



فرا تحلیل رابطه بین سلامت روان شناختی با هوش هیجانی

* نگار استوار

* استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

negarostovar@pnu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۱

چکیده

این پژوهش باهدف ترکیب کمی پژوهش‌ها در حوزه رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روانی با استفاده از روش فراتحلیل انجام شد. همچنین تعیین نقش متغیرهایی چون نوع ابزار مورداستفاده در پژوهش‌های اولیه، جنسیت و سن آزمودنی‌های بر این رابطه از دیگر اهداف این فراتحلیل بود. بر طبق ملاک‌های ورودی و خروجی ۱۷ مطالعه اولیه مورد تحلیل قرار گرفتند. پس از حذف یک اندازه اثر پرت بر اساس نتایج نمودار کیفی، اندازه اثر ترکیبی بین این دو متغیر برابر با ۰/۴۸ به دست آمد. همچنین تحلیل‌های ناهمگنی نشان از نقش احتمالی متغیرهای تعدیل‌کننده بر روابط بین این دو سازه داشت. نوع ابزار مورداستفاده برای سنجش سلامت روانی نقش کوچکی در اندازه‌های اثر حاصل داشت. در ارتباط با جنسیت نیز مشخص شد که اندازه اثر خلاصه رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روانی در زنان بالاتر از مردان است. همچنین با افزایش سن آزمونی‌ها اندازه‌های اثر رابطه بین دو متغیر مذکور افزایش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: فراتحلیل، هوش هیجانی، هوش عاطفی، سلامت روانی، بهزیستی روان‌شناختی.

نوع مقاله: علمی

۱- مقدمه

از ۳۶ متغیر در چهار سنخ اجتماعی، فرهنگی، زمینه‌ای و روان‌شناختی است. متغیرهای اجتماعی در ۳۶٪ موارد بیشترین فراوانی را دارا هستند و متغیرهای روان‌شناختی در ۲۳٪ موارد کمترین اهمیت را نزد نویسندگان پژوهش‌های مرور شده داشته‌اند [۸]. بدون در نظر گرفتن وضعیت هیجانی فرد تعریف و توصیف بهداشت روانی صحیح نیست؛ از این رو عواطف نقش مهمی در وضعیت بهداشت روان‌شناختی افراد دارند [۱۲]؛ [۲۱] و اختلال در هیجان‌ها موجب رفتارهای پرخطر می‌شود [۱۷].

یکی از متغیرهایی که با سلامت روان ارتباط دارد هوش هیجانی (Emotional IQ) است. گلمن (۱۹۹۵) اولین کسی بود که مفهوم هوش هیجانی را طرح کرد. همچنین او، هوش هیجانی را ظرفیت تشخیص احساسات خود و دیگران، خودانگیزی، مدیریت هیجان‌ها و تنظیم روابط بین فردی تعریف کرده است. به عبارتی دیگر، هوش هیجانی نوعی هوش است که به تفاوت افراد در شناخت عواطف، انگیزه و کنترل هیجان‌ات در زمینه فردی و در روابط

سلامت روانی (Mental health) یکی از مؤلفه‌های مهم بهداشت عمومی است. بهداشت روانی توانایی برقراری توازن در زندگی و مقاومت در برابر مشکلات است. امروزه فشار روانی از موضوعات مهم زندگی است. لذا توجه به سلامت روان از اهمیت بسزایی برخوردار است. سلامت روانی چیزی بیش از نبود اختلالات روانی یا ناتوانی‌های روانی است. همچنین ذکر شده است که سلامت روانی حالتی از بهزیستی است که در آن یک فرد توانایی‌هایش را درک می‌کند، می‌تواند با فشارزاهای طبیعی زندگی‌اش سازگار شود، به‌گونه‌ای بهره‌ور کار کند و قادر است تا به جامعه‌اش یاری رساند. در این مفهوم مثبت، سلامت روانی اساسی برای بهزیستی فردی و کارکرد مؤثر یک جامعه است. سلامت روانی ضعیف با شرایط کاری استرس‌آور، تبعیض جنسیتی، محرومیت اجتماعی، سبک زندگی غیرسالم، خشونت، بیماری جسمانی و نقض حقوق بشر مرتبط بوده است. نتایج یک مطالعه مرور نظام‌مند بر روی ۳۰ مقاله پژوهشی داخل کشور نشان می‌دهد که سلامت روان متأثر

نویسنده عهده‌دار مکاتبات: نگار استوار Negarostovar@pnu.ac.ir



بزرگسالان در مقایسه با نوجوانان و زنان نسبت به مردان نمرات بالاتری در آزمون‌های هوش هیجانی کسب می‌کنند. همچنین گلدن برگ، متیسون و منتلر (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی به عنوان یک صفت در زنان بالاتر از مردان است و به طور مشخصی با افزایش سن نمرات هوش عاطفی بالا می‌رود.

پیشینه پژوهشی نشان از ارتباط بین هوش هیجانی و سلامت روان شناختی است. نتایج پژوهش‌های همبستگی حاکی از رابطه مثبت و معنادار هوش هیجانی با سلامت روانی است [۳۶]؛ [۴۶] و [۹]. نتایج نشان می‌دهد که هوش هیجانی با سلامت روان رابطه داشته و مؤلفه‌های هوش هیجانی قادر به پیش‌بینی سلامت روان چیزی بیش از نبود اختلالات روانی یا ناتوانی‌های روانی است. همچنین ذکر شده است که سلامت روانی حالتی از بهزیستی است که در آن یک فرد توانایی‌هایش را درک می‌کند، می‌تواند با فشارزاهای طبیعی زندگی‌اش سازگار شود، به گونه‌ای بهره‌ور کار کند و قادر است تا به جامعه‌اش یاری رساند. در این مفهوم مثبت، سلامت روانی اساسی برای بهزیستی فردی و کارکرد مؤثر یک جامعه است. سلامت روانی ضعیف با شرایط کاری استرس‌آور، تبعیض جنسیتی، محرومیت اجتماعی، سبک زندگی غیر سالم، خشونت، بیماری جسمانی و نقض حقوق بشر مرتبط بوده است. نتایج یک مطالعه مرور نظام‌مند بر روی ۳۰ مقاله پژوهشی داخل کشور نشان می‌دهد که سلامت روان متأثر از ۳۶ متغیر در چهار سنخ اجتماعی، فرهنگی، زمینه‌ای و روان‌شناختی است. متغیرهای اجتماعی در ۳۶٪ موارد بیشترین فراوانی را دارا هستند و متغیرهای روان‌شناختی در ۲۳٪ موارد کمترین اهمیت را نزد نویسندگان پژوهش‌های مرور شده داشته‌اند [۸]. بدون در نظر گرفتن وضعیت هیجانی فرد تعریف و توصیف بهداشت روانی صحیح نیست؛ از این رو عواطف نقش مهمی در وضعیت بهداشت روان شناختی افراد دارند [۱۲]؛ [۲۱] و اختلال در هیجان‌ها موجب رفتارهای پرخطر می‌شود [۱۷].

یکی از متغیرهایی که با سلامت روان ارتباط دارد هوش هیجانی (Emotional IQ) است. گلمن (۱۹۹۵) اولین کسی بود که مفهوم هوش هیجانی را طرح کرد. همچنین

اجتماعی اشاره دارد. [۴۷]. همچنین بار-آن (۱۹۹۷) هوش هیجانی را مجموعه‌ای از ظرفیت‌ها، قابلیت‌ها و مهارت‌های غیر شناختی می‌داند که توانایی فرد را برای رویارویی موفقیت‌آمیز با الزامات و فشارهای محیطی افزایش می‌دهد و منجر به رفتارهای سازگارانه و انسانی توسط فرد می‌شود. مایر، کاراسو و سالوی (۲۰۰۰) هوش هیجانی را توانایی درک، ارزیابی و بیان احساسات، تسهیل عواطف، تفکر، شناخت، تجربه و تحلیل و به‌کارگیری دانش هیجانی و تنظیم منطقی هیجانات تعریف می‌کنند.

هوش هیجانی همچون هوش شناختی سازه‌ای چندوجهی است از این جهت ابزارهای سنجش هوش هیجانی دارای مقیاس‌های فرعی هستند. همچنین هوش هیجانی به عنوان یک ویژگی یا صفت (همانند صفات شخصیت مثل برون‌گرایی) مفهوم‌سازی شده است [۴۵]؛ [۴۷]. هوش هیجانی متشکل از دو جز شناختی و عاطفی است که تعامل بین این دو منجر به یک کارکرد سازشی می‌شود [۴۸]. برای هوش هیجانی مدل‌های مفهومی مختلفی ارائه شده است. یکی از این الگوها، مدل چهاربعدی مایر، سالوی و کراسو (۲۰۰۴) بر این موضوع تأکید می‌کند که هوش هیجانی دربرگیرنده چهار توانایی الف) ادراک عاطفه خود و دیگران ب) کاربرد عواطف برای تسهیل تصمیم‌گیری ج) درک و فهم عواطف د) تنظیم هیجان خود و دیگران. مدل بار-آن (۱۹۹۷) پیشنهاد می‌کند که هوش هیجانی شامل آگاهی عاطفی و همچنین مهارت‌ها یا مشخصه‌های مختلفی است که به فرد کمک می‌کنند عواطف خود را تنظیم کند و استرس را مدیریت کند.

مرور پیشینه تجربی نیز نشان می‌دهد که سازه هوش هیجانی به شیوه‌های مختلف در پژوهش‌های علوم رفتاری مورد توجه قرار گرفته است. رابطه این سازه در تعدادی از تحقیقات به صورت مختلف (ساده، چندگانه، تعدیل‌کننده و کنترل) با دیگر شاخص‌های روان‌شناختی بررسی شده است. همچنین در تحقیقات علی-مقایسه‌ای به بررسی تفاوت هوش هیجانی در گروه‌های مختلف (سالم، در معرض خطر و آسیب‌دیده) پرداخته شده است. و در پژوهش‌های تجربی اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر متغیرهای مختلف (فردی و اجتماعی) بررسی شده است. تعدادی از مطالعات نشان می‌دهند که هوش هیجانی ممکن است در بین گروه‌های سنی و جنسیتی متفاوت باشد. برای مثال مایر، کاراسو و سالوی (۱۹۹۹) به این نتیجه رسیدند که

همچنین در تحقیقات علی-مقایسه ای به بررسی تفاوت هوش هیجانی در گروه‌های مختلف (ساله)، در معرض خطر و آسیب‌دیده) پرداخته شده است. و در پژوهش‌های تجربی اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر متغیرهای مختلف (فردی و اجتماعی) بررسی شده است. تعدادی از مطالعات نشان می‌دهند که هوش هیجانی ممکن است در بین گروه‌های سنی و جنسیتی متفاوت باشد. برای مثال مایر، کاراسو و سالوی (۱۹۹۹) به این نتیجه رسیدند که بزرگسالان در مقایسه با نوجوانان و زنان نسبت به مردان نمرات بالاتری در آزمون‌های هوش هیجانی کسب می‌کنند. همچنین گلدن برگ، متیسون و منتلر (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی به‌عنوان یک صفت در زنان بالاتر از مردان است و به‌طور مشخصی با افزایش سن نمرات هوش عاطفی بالا می‌رود.

پیشینه پژوهشی نشان از ارتباط بین هوش هیجانی و سلامت روان شناختی است. نتایج پژوهش‌های همبستگی حاکی از رابطه مثبت و معنادار هوش هیجانی با سلامت روانی است [۳۶]؛ [۴۶] و [۹]. نتایج نشان می‌دهد که هوش هیجانی با سلامت روان رابطه داشته و مؤلفه‌های هوش هیجانی قادر به پیش‌بینی سلامت روان هستند [۳۹]. همچنین در پژوهش‌های علی-مقایسه ای مشخص شده است افراد دارای هوش هیجانی بالاتر از لحاظ مؤلفه‌های سلامت روانی در وضعیتی بهتر از افراد باهوش هیجانی پایین تر هستند. برای مثال، افراد دارای هوش هیجانی پایین در مواجهه با استرس قدرت سازگاری کمتری دارند و کمتر پیامدهای منفی مثل استرس، افسردگی و ناامیدی را تجربه می‌کنند [۳۰]. پژوهش‌های تجربی نیز نشان از اثربخشی آموزش هیجانی بر شاخص‌های سلامت روانی دارد. ادبیات پژوهشی در این حوزه نشان می‌دهد که آموزش هوش هیجانی هم بر بهبود مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی در افراد سالم و هم افراد دارای اختلالات روان شناختی اثربخش است [۳۸]. همچنین برنامه‌های مداخله‌ای هوش هیجانی منجر به بهبود در درک و تسهیل عواطف می‌شود که در نوبه خود بهداشت روانی در افراد سالم را نیز بهبود می‌بخشد [۵۳]. با آموزش هوش هیجانی می‌توان پایداری افراد را در مواجهه با ناکامی‌ها تقویت کرد،

او، هوش هیجانی را ظرفیت تشخیص احساسات خود و دیگران، خودآنگیزی، مدیریت هیجان‌ها و تنظیم روابط بین فردی تعریف کرده است. به‌عبارتی دیگر، هوش هیجانی نوعی هوش است که به تفاوت افراد در شناخت عواطف، انگیزه و کنترل هیجانات در زمینه فردی و در روابط اجتماعی اشاره دارد. [۴۷]. همچنین بار-آن (۱۹۹۷) هوش هیجانی را مجموعه‌ای از ظرفیت‌ها، قابلیت‌ها و مهارت‌های غیر شناختی می‌داند که توانایی فرد را برای رویارویی موفقیت‌آمیز با الزامات و فشارهای محیطی افزایش می‌دهد و منجر به رفتارهای سازگارانه و انسانی توسط فرد می‌شود. مایر، کاراسو و سالوی (۲۰۰۰) هوش هیجانی را توانایی درک، ارزیابی و بیان احساسات، تسهیل عواطف، تفکر، شناخت، تجربه و تحلیل و به‌کارگیری دانش هیجانی و تنظیم منطقی هیجانات تعریف می‌کنند.

هوش هیجانی همچون هوش شناختی سازه‌ای چندوجهی است از این جهت ابزارهای سنجش هوش هیجانی دارای مقیاس‌های فرعی هستند. همچنین هوش هیجانی به‌عنوان یک ویژگی یا صفت (همانند صفات شخصیت مثل برون‌گرایی) مفهوم‌سازی شده است [۴۵]؛ [۴۷]. هوش هیجانی متشکل از دو جز شناختی و عاطفی است که تعامل بین این دو منجر به یک کارکرد سازشی می‌شود [۴۸]. برای هوش هیجانی مدل‌های مفهومی مختلفی ارائه شده است. یکی از این الگوها، مدل چهاربعدی مایر، سالوی و کاراسو (۲۰۰۴) بر این موضوع تأکید می‌کند که هوش هیجانی دربرگیرنده چهار توانایی الف) ادراک عاطفه خود و دیگران ب) کاربرد عواطف برای تسهیل تصمیم‌گیری ج) درک و فهم عواطف د) تنظیم هیجان خود و دیگران. مدل بار-آن (۱۹۹۷) پیشنهاد می‌کند که هوش هیجانی شامل آگاهی عاطفی و همچنین مهارت‌ها یا مشخصه‌های مختلفی است که به فرد کمک می‌کنند عواطف خود را تنظیم کند و استرس را مدیریت کند.

مرور پیشینه تجربی نیز نشان می‌دهد که سازه هوش هیجانی به شیوه‌های مختلف در پژوهش‌های علوم رفتاری مورد توجه قرار گرفته است. رابطه این سازه در تعدادی از تحقیقات به صورت مختلف (ساده، چندگانه، تعدیل‌کننده و کنترل) با دیگر شاخص‌های روان شناختی بررسی شده است.



حالات خلقی را تنظیم کرد و توانایی تسلط بر خود را افزایش داد و همچنین ارضاء نیازهای زودگذر را به تعویق انداخته و از غرق شدن در مسائل ناراحت کننده اجتناب کرد. [۱۰].

لاوه بر پیشینه تجربی مبانی نظری متقنی در ارتباط بین هوش هیجانی و سلامت روانی وجود دارد. به صورت کلی مهارت های تنظیم هیجان می تواند بر بهبود مؤلفه های بهزیستی روانی مؤثر باشد. هوش هیجانی ظرفیت ادراک، ابراز، شناخت، کاربرد و اداره هیجان های خود و دیگران است [۵۵]. از منظر نظری، مدل های هوش هیجانی (مانند مدل بار-آن) بر این نکته تأکید دارند که مولفه هایی نظیر خودآگاهی هیجانی، کنترل تکانه، تحمل فشار روانی و همدلی نقش مهمی در حفظ و ارتقای سلامت روان دارند. به عبارتی، هوش هیجانی به فرد کمک می کند تا با شناخت بهتر هیجانات خود و دیگران، روابط اجتماعی سالم تری برقرار کند و در برابر چالش های روانی تاب آوری بیشتری داشته باشد (بار-آن، ۱۹۷۷). برای تبیین رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان شناختی همچنین می توان به نظریه ارزیابی شناختی لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) استناد کرد که بر نقش فرایندهای ارزیابی و مدیریت استرس در سلامت روان تأکید دارد. این نظریه بیان می کند افراد با هوش هیجانی بالاتر، توانایی بهتری در ارزیابی و بازسازی شناختی موقعیت های استرس زا دارند که به کاهش پیامدهای منفی روانی منجر می شود.

مفروضات کلیدی این نظریه بر بیان می کنند که افراد با هوش هیجانی بالا، موقعیت های چالش برانگیز را نه به عنوان تهدید، بلکه به عنوان فرصتی برای رشد ارزیابی می کنند. این ارزیابی مثبت، سطح اضطراب را کاهش می دهد. همچنین این نظریه تأکید می کند که تنظیم هیجانات (مانند تبدیل خشم به انگیزه یا اضطراب به تمرکز) از طریق مهارت های هوش هیجانی، تاب آوری روانی را افزایش می دهد. در انتها طبق این نظریه استفاده از راهبردهای مبتنی بر حل مسئله (به جای اجتناب یا سرکوب هیجانات) با سلامت روان بالاتر مرتبط است. هوش هیجانی، انتخاب این راهبردها را تسهیل می کند.

در ارتباط با روابط بین هوش هیجانی و شاخص های مرتبط با سلامت روانی تعدادی فرا تحلیل انجام شده است. در کل این فرا تحلیل ها نشان می دهند که هوش هیجان کلی با تعدادی از شاخص های مرتبط با زندگی رابطه بالا دارند. برای نمونه دیاز، کابلو، رابلز و براکل (۲۰۲۲) در پژوهشی به فرا تحلیل رابطه بین هوش هیجانی و بهزیستی روانی پرداختند. در این فرا تحلیل ۳۷ مطالعه اولیه وارد فرایند تحلیل شدند که اندازه اثر محاسبه شده رابطه هوش هیجانی با بهزیستی عاطفی ۰/۳۵ و بهزیستی شناختی ۰/۲۷ بود. همچنین اسکات، مألوف، تروستینسون، بوهرلر و راکه (۲۰۰۷) به فرا تحلیل رابطه بین هوش هیجانی و سلامت پرداختند. در این فرا تحلیل از ۴۴ اندازه اثر استفاده شد که اندازه اثر رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان شناختی برابر با ۰/۲۹ به دست آمد. نتایج یک فرا تحلیل نیز نشان می دهد که مداخلات روان شناختی مرتبط با تنظیم هیجان می تواند به درمان اختلالاتی همچون افسردگی و اضطراب در نوجوانان کمک بکند [۳۳]. دیگر یافته های این فرا تحلیل نشان داد که هوش هیجانی پیش بین معتبری برای تعدادی از شاخص ها است (مانند استخدام ۰/۲۲، پیشرفت تحصیلی ۰/۰۹ و عملکرد شغلی ۰/۲۲). همچنین در فرا تحلیل ون روی و ویزوس وارن (۲۰۰۴) مشخص شد که سلامت ذهنی و جسمانی و دیگر عملکردهای بقا رابطه بالایی با هوش هیجانی دارند. دیگر یافته های این فرا تحلیل نشان داد که هوش هیجانی با هوش شناختی و جنبه هایی از شخصیت دارای همپوشی دارد.

پراکندگی نتایج مطالعات، ضرورت مرور کمی پژوهش های تعیین کننده های سلامت روان را به منظور رسیدن به تصویری نسبتاً جامع از یافته های پژوهشی حوزه آشکار می سازد. این پژوهش با هدف ترکیب اندازه های اثر هوش هیجانی و سلامت روانی انجام شده است. در ارتباط با سلامت روانی قبلاً در داخل کشور فرا تحلیل هایی انجام گرفته است. به عنوان مثال ابراهیمی پرگو و همکاران (۱۳۹۲) فرا تحلیل رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روان؛ موسوی فخر و کیوانلو (۱۴۰۰). نقش دینداری در سلامت روان؛ مرتضوی و یاراللهی (۱۳۹۴) فرا تحلیل تاب آوری و

۳- جامعه و نمونه

جامعه آماری این فرا تحلیل، مقاله‌های علمی و پایان‌نامه‌های در دسترس مرتبط با رابطه هوش هیجانی و سلامت روانی در پایگاه‌های اطلاعاتی SID و IRANDOC است که تا مردادماه ۱۴۰۲ بر اساس کلیدواژه‌ها و ملاک‌های ورود تعریفی در جستجوها بازیابی شدند. کلیدواژه‌های جستجو هوش هیجانی، هوش عاطفی، سلامت روانی، بهداشت روانی، بهزیستی روانی انتخاب شد. پس از انتخاب اولیه پژوهش‌ها بر اساس یک مجموعه ملاک ورود این پژوهش‌های اولیه برای تحلیل به فرا تحلیل وارد شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تحقیقاتی که از لحاظ متغیرهای پیشاینده و برون داد به ترتیب مربوط به هوش هیجانی و سلامت روانی باشد؛ پژوهش‌های چاپ شده بین سال‌های ۱۳۸۰ الی ۱۴۰۲ که در پایگاه‌های تعریف شده نمایه شده باشند؛ پژوهش‌هایی که با همبستگی یا علی-مقایسه ای انجام شده باشند؛ پژوهش‌ها باید به صورت مقاله یا پایان‌نامه تمام متن از طریق آنلاین در دسترس بوده باشند. پس ورود تعدادی از تحقیقات بر اساس ملاک‌های خروج از ادامه تحلیل خارج شدند که عبارت بودند از: پژوهش‌هایی که یکی از اطلاعات لازم برای محاسبه اندازه اثر را گزارش نکرده باشند؛ مقالاتی که برگرفته از پایان‌نامه‌ها باشند و اطلاعات آن‌ها دوباره جمع‌آوری شده باشد؛ پژوهش‌هایی که از کفایت لازم برخوردار نباشند یا دارای ضعف‌های روش شناختی جدی باشند. مراحل انجام این جست‌وجوها و انتخاب مطالعات مناسب برای فرا تحلیل، در نمودار پریسما شکل ۱ با وضوح بیشتری نشان داده شده است.

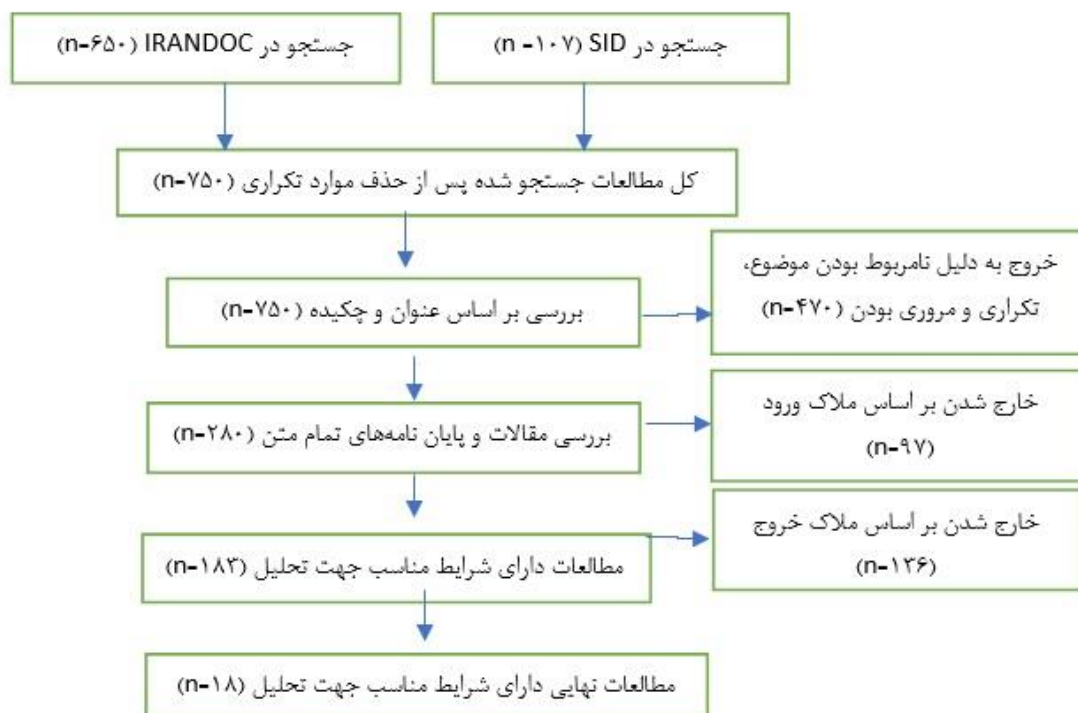
سلامت روان و شاهپوری و عابدی (۱۳۹۷) فرا تحلیل فرسودگی شغلی و سلامت روان انجام داده‌اند.

اولین سؤالی که این فرا تحلیل به آن پاسخ می‌دهد این است که اندازه اثر ترکیبی هوش هیجانی و سلامت روانی چقدر است؟ همچنین در این فرا تحلیل تلاش می‌شود به این سؤال پاسخ داده شود که نقش متغیرهای تعدیل‌کننده بر روابط هوش هیجانی و سلامت روانی چگونه است؟ نتایج این پژوهش به جمع‌بندی یافته‌های پراکنده در این موقعیت پژوهشی کمک می‌کند و دیدگاه جدیدی به روی محققان این حوزه در مورد متغیرهای تعدیل‌کننده احتمالی باز می‌کند. همچنین یافته‌های این فرا تحلیل، گزاره‌های لازم را برای نظریه‌پردازی در این زمینه را فراهم می‌کند و از لحاظ روش‌شناسی نیز این فرا تحلیل به عنوان اولین پژوهش جامع این حوزه در ارتباط با پژوهش‌های داخلی قابل توجه است.

۲- روش‌شناسی

در این پژوهش با توجه به هدف اصلی تحقیق یعنی ترکیب کمی پژوهش‌ها در یک حوزه، از روش فرا تحلیل استفاده شده است. از آنجاکه غالب پژوهش‌های اولیه در این حوزه از نوع همبستگی و معدودی علی-مقایسه ای بودند، از یک شاخص اندازه اثر از نوع ۲ و مشخصاً از ضریب همبستگی پیرسون به عنوان شاخص اندازه اثر استفاده شد. کوهن (۱۹۸۸) یک طبقه‌بندی کلی تفسیری برای اهمیت اندازه اثر ارائه داده است که برای اندازه اثرهای ۲، مقادیر ۰/۱، ۰/۳ و ۰/۵ به ترتیب نشانگر اندازه‌های اثر کوچک، متوسط و بزرگ هستند.





شکل ۱. نمودار پریسما نحوه انتخاب پژوهش‌های اولیه

۴- ابزار گردآوری اطلاعات

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از چک‌لیست مشخصات تحقیقات اولیه مصر آبادی (۱۳۹۵) استفاده شد. از این فرم برای ثبت اطلاعات پژوهش‌های اولیه در فراتحلیل‌ها استفاده می‌شود که شامل سه بخش برای ورود اطلاعات کتاب‌شناسی، روش‌شناسی و داده‌های موردنیاز برای محاسبه اندازه اثر است.

۵- یافته‌ها

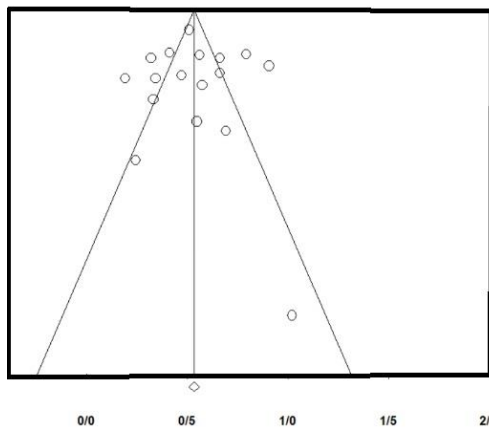
در جدول شماره ۱ مشخصات پژوهش‌های اولیه وارد شده در فراتحلیل ارائه شده است. همان‌گونه که مشخص است در غالب فراتحلیل‌های این دو حوزه از دو ابزار GHQ و گلدبرگ برای سنجش شاخص سلامت روانی استفاده شده

است. لازم به ذکر است نمره‌گذاری پرسشنامه GHQ با توجه به صورت منفی گزاره‌ها، منفی و در مقیاس گلدبرگ مثبت بود. این موضوع در ورود داده در فراتحلیل حاضر لحاظ شد و علامت همبستگی پرسشنامه GHQ هم‌جهت با ابزار گلدبرگ شد. مقادیر همبستگی بین دو متغیر در دامنه‌ای از ۰/۱۹ تا ۰/۹۲ پراکنده شده‌اند. در تعدادی از مطالعات از حجم نمونه‌های کوچک (زیر ۱۰۰ نفر) استفاده شده است که بر طبق نظر صاحب‌نظران، همبستگی‌ها در مطالعات نمونه‌های با حجم کوچک ناپایدار و غیر قابل اعتماد هستند [۲۴].

جدول ۱. مشخصات پژوهش‌های اولیه وارد شده در فراتحلیل

خطای معیار	همبستگی	حجم نمونه	ابزار سنجش	پژوهشگر (ان)
۰/۱۴	۰/۷۷	۱۲۰	GHQ	[۲]
۰/۰۵	۰/۵۸	۲۱۰	کارول ریف	[۳]
۰/۰۴	۰/۴	۴۵۰	GHQ	[۴]
۰/۰۲	۰/۴۷	۲۰۰	گلدبرگ	[۵]
۰/۱۵	۰/۲۴	۴۰	GHQ	[۶]
۰/۰۳	۰/۷۲	۲۶۵	GHQ	[۷]
۰/۰۹	۰/۳۲	۱۰۷	گلدبرگ	[۹]

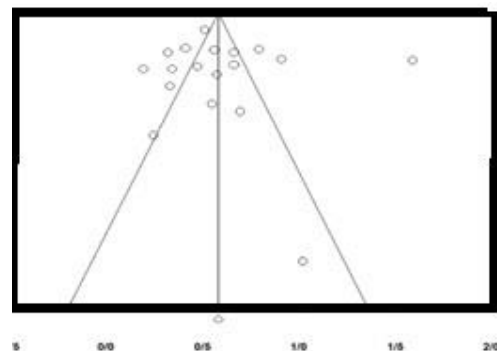
۰/۰۸	۰/۶۰	۶۰	GHQ	[۱۳]
۰/۰۵	۰/۳۱	۳۸۵	گلدبرگ	[۱۴]
۰/۰۷	۰/۳۳	۱۸۰	گلدبرگ	[۱۶]
۰/۰۱	۰/۹۲	۲۵۰	گلدبرگ	[۱۸]
۰/۰۴	۰/۵۱	۴۱۰	GHQ	[۱۹]
۰/۰۳	۰/۶۶	۴۲۰	گلدبرگ	[۲۰]
۰/۰۳	۰/۵۸	۳۶۰	گلدبرگ	[۲۲]
۰/۰۶	۰/۵۲	۱۵۰	گلدبرگ	[۲۶]
۰/۰۷	۰/۱۹	۱۸۰	GHQ	[۲۷]
۰/۰۶	۰/۴۴	۱۹۶	گلدبرگ	[۲۸]
۰/۰۹	۰/۷۵	۷۰	GHQ	[۲۹]



شکل ۳. نمودار کیفی سوگیری انتشار بعد از تحلیل حساسیت

شکل ۲ نمودار کیفی برای بررسی سوگیری انتشار قبل از تحلیل حساسیت را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود در شکل ۲ یک اندازه اثر نامتعارف در سمت راست قرار دارد که موجب نامتقارن شدن شکل شده است. شکل ۳ نمودار کیفی بعد از تحلیل حساسیت نشان می‌دهد. این نمودار بعد از حذف یک اندازه اثر نامتعارف و پرت به دست آمده است که نسبت به شکل ۲ متقارن تر است. همچنین بر اساس شاخص تعداد امن از تخریب پس از ورود ۱۷ اندازه اثر غیر معنی‌دار به فرا تحلیل، اندازه اثر ترکیبی محاسبه شده غیر معنی‌دار می‌شود.

یکی از پیش فرض‌های فرا تحلیل نبود سوگیری انتشار (Publication bias) است که به چاپ نشدن تحقیقات مرتبط با موضوع فرا تحلیل که یافته‌های غیر معنی‌دار یا ناهم‌سو با نتایج تحقیقات پیشین دارد، اشاره می‌کند [۲۴]. در این فرا تحلیل برای بررسی سوگیری انتشار که به تحلیل حساسیت مشهور است، از یک شیوه گرافیکی (نمودار کیفی) و از یک شاخص آماری (تعداد امن از تخریب) استفاده شد.



شکل ۲. نمودار کیفی سوگیری انتشار قبل از تحلیل حساسیت

جدول ۲. اندازه‌های اثر ترکیبی اثرات ثابت و تصادفی مربوط به رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان شناختی

مدل	تعداد اندازه اثر	اندازه اثر ترکیبی	فاصله اطمینان ۰/۹۵ حد پایین حد بالا	مقدار Z	مقدار P
ثابت	۱۷	۰/۴۸۸	۰/۴۶۷ ۰/۵۰۸	۳۹/۲۲	۰/۰۰۱
تصادفی	۱۷	۰/۴۸۵	۰/۴۱۴ ۰/۵۴۹	۱۱/۷۲	۰/۰۰۱

ناهمگنی را بدون تأثیر از حجم نمونه نشان دهد. این آماره، مجذور I است [۳۷]. بر این اساس مجذور I نیز در این پژوهش محاسبه شد که مقدار آن نیز $۸۸/۳۳$ به دست آمد که طبق شاخص هیگنز و همکاران (۲۰۰۲). این مقدار نشانگر ناهمگنی بالا در مطالعات است و به این امر اشاره دارد که متغیرهای دیگری نیز وجود دارند که بر متغیر وابسته اثرگذار هستند و پراکندگی بین اندازه اثر مطالعات فقط ناشی از خطای نمونه گیری نیست.

با توجه به ناهمگنی بالا در اندازه های اثر، مدل تصادفی به عنوان مدل فراتحلیل انتخاب شد و اندازه اثر ترکیبی $۰/۴۸۵$ در نظر گرفته شد. با توجه به اینکه اندازه های اثر ناهمگون هستند، گام بعدی جست و جوی متغیرهای تعدیل کننده است که می توانند تغییر پذیری اندازه های اثر را تبیین کنند. به همین منظور در گام اول، نوع ابزار مورد استفاده برای سنجش سلامت روانی به عنوان یک متغیر تعدیل کننده در نظر گرفته شد که اندازه های اثر به تفکیک نوع ابزار در جدول ۴ ارائه شده است. همان گونه که مشخص است اندازه اثر خلاصه مطالعات اولیه که در آن ها از مقیاس GHQ استفاده شده اند کمی پائین تر از دو ابزار دیگر است.

جدول ۲ اندازه های اثر ترکیبی اثرات ثابت و تصادفی مربوط به رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان شناختی را نشان می دهد. در این جدول اندازه اثر ترکیبی یا خلاصه بر اساس مدل های ثابت و تصادفی ۱۷ اندازه اثر مشاهده می شود که میانگین اندازه اثر کلی مطالعات انجام شده در این فراتحلیل برای هر دو مدل ثابت و تصادفی تقریباً برابر با $۰/۴۸$ به دست آمد که در سطح $۰/۰۰۱$ معنی دار هستند.

جدول ۳. شاخص های ناهمگنی اندازه اثر در بین تحقیقات اولیه

Q کوکران	درجه آزادی	سطح معنی داری	مجذور I
۱۳۷/۱۶۵	۱۷	۰/۰۰۱	۸۸/۳۳

جدول ۳ شاخص های ناهمگنی اندازه اثر در بین تحقیقات اولیه را نشان می دهد. جهت بررسی ناهمگنی از آزمون مجذور Q و شاخص I استفاده شد. مقدار آزمون مجذور Q با درجه آزادی ۱۷ برابر با $۱۳۷/۱۶۵$ و در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار است. بنابراین فرض صفر مبنی بر ناهمگنی مطالعات تأیید می شود. با توجه به تأثیر پذیری شاخص Q از حجم نمونه، لازم است از شاخصی استفاده شود که مقدار

جدول ۴. اندازه اثر ترکیبی بر اساس نوع ابزار سلامت روانی

ابزار سنجش	تعداد مطالعات	اندازه اثر ترکیبی	فاصله اطمینان ۰/۹۵		مقدار Z	مقدار p
			حد پایین	حد بالا		
GHQ	۹	۰/۴۵	۰/۴۲	۰/۴۹	۲۰/۹۴	۰/۰۰۱
گلدبرک	۷	۰/۵۰	۰/۴۷	۰/۵۲	۳۱/۸۸	۰/۰۰۱
کارول ریف	۱	۰/۵۸	۰/۴۸	۰/۶۶	۹/۵۳	۰/۰۰۱

آزمودنی ها ارائه شده است. همان گونه که مشاهده می شود اندازه اثر ترکیبی در پژوهش هایی که آزمودنی های جنس مؤنث داشته اند بزرگ تر از اندازه اثر ترکیبی پژوهش های با جنسیت مذکر است.

گام بعدی در جست و جوی متغیرهای تعدیل کننده بررسی نقش جنسیت آزمودنی ها در پژوهش هایی است که به بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روانی پرداخته بودند. در جدول ۵ اندازه های اثر به تفکیک جنسیت

جدول ۵. اندازه اثر ترکیبی رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روانی در بین آزمودنی ها با جنسیت های مختلف

جنسیت آزمودنی ها	تعداد مطالعات	اندازه اثر ترکیبی	فاصله اطمینان ۰/۹۵		مقدار Z	مقدار p
			حد پایین	حد بالا		
مذکر	۳	۰/۳۵	۰/۲۷	۰/۴۳	۷/۷۵	۰/۰۰۱
مؤنث	۴	۰/۵۲	۰/۴۵	۰/۵۸	۱۳/۰۳	۰/۰۰۱
هر دو جنس	۱۰	۰/۵۰	۰/۴۷	۰/۵۲	۳۶/۳۵	۰/۰۰۱

روان شناختی در ارتباط است برای مثال مشخص شده است که رابطه هوش هیجانی با خوش بینی منجر به بهبود روابط اجتماعی می شود. پژوهش ها نشان می دهند که افرادی که دارای هوش هیجانی بالاتری هستند به احتمال زیاد از لحاظ خلق بهتر هستند و توانایی بیشتری برای کنترل پیامدهای منفی دارند [۵۰]. به صورت کلی هوش هیجانی شناخت را بهبود می بخشد و با تنظیم عواطف، سلامت روان شناختی و جسمانی حاصل می شود [۳۷].

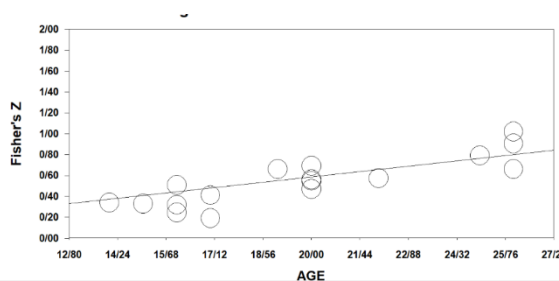
خاطر نشان می کنند که هوش هیجانی بالا می تواند از ابتلا شدن به اختلالات روان شناختی پیشگیری کند. فقدان آگاهی از عواطف و ناتوانی در مدیریت هیجان ها یکی از نشانگان اصلی در تعدادی از اختلالات شخصیتی است.

همچنین یافته اصلی فرا تحلیل حاضر یعنی رابطه بالای دو سازه هوش هیجانی و سلامت روانی با نتایج دیگر فرا تحلیل ها در این زمینه همخوانی دارد. به طور مشخص اندازه اثر خلاصه این فرا تحلیل از لحاظ شدت و جهت به اندازه های اثر خلاصه دو فرا تحلیل رابلز و براکل (۲۰۲۲) و اسکات و همکاران (۲۰۱۷) نزدیک است که همه از رابطه متوسط به بالا بین این دو متغیر حکایت دارند. یافته های این فرا تحلیل با دیگر فرا تحلیل ها با موضوعات مشابه نیز همسو است [۳۳] و [۵۴]. پژوهش های فرا تحلیلی در کل نشان داده اند که هوش هیجانی یکی از مهم ترین متغیرهای پیش بینی کننده سلامت روان و سلامت جسم است.

علی رغم این مبانی نظری و تجربی که نشان دهنده پیش بینی سلامت روان شناختی بر اساس هوش هیجانی است، بایستی خاطر نشان کرد که در مواقعی هوش هیجانی بالاتر ممکن است به پیامدهای منفی رفتاری منجر شود. همین موضوع با توجه به میانگین همبستگی های این حوزه نیز مشخص است که در این فرا تحلیل این رابطه در حد متوسط (۰/۴۸) بود. یکی از تبیین های این موضوع افزایش حساسیت در افراد دارای هوش هیجانی بالاتر است. در همین زمینه پترایدز و فارنهام (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که افرادی با هوش هیجانی بالاتر به محرک های عاطفی حساس تر می شوند و از این رو گاهاً دچار استرس بیشتری می شوند.

بخش دیگری از یافته های فرا تحلیل نشان داد که در اندازه های اثر اولیه ناهمگنی بزرگی مشهود است. برای تبیین ناهمگنی، یک مجموعه از تحلیل های تکمیلی بر روی نوع ابزار سنجش سلامت روانی، جنسیت و سن آزمودنی ها

برای تبیین ناهمگنی در اندازه های اثر اولیه از سن آزمودنی ها به عنوان یک متغیرهای تعدیل کننده کمی استفاده شد. برای بررسی نقش سن در اندازه های اثر اولیه از یک فرا رگرسیون استفاده شد. در شکل ۴ خط رگرسیون و نمودار پراکنش اندازه های اثر اولیه ارائه شده است که در محور عمودی اندازه های اثر و در محور افقی سن آزمودنی ها در پژوهش های اولیه نشان داده شده است. بر اساس این شکل بین سن آزمودنی ها و اندازه های اثر رابطه مستقیم وجود دارد. مقدار ضریب رگرسیون استاندارد نشده در این موقعیت برابر با ۰/۰۴ و مقدار معنی دار است ($P < ۰/۰۰۱$). هر چند مقدار ضریب رگرسیون بسیار اندک است ولی می توان گفت که در سنین بالاتر رابطه بزرگتری بین هوش هیجانی و سلامت روانی وجود دارد.



شکل ۴. نمودار پراکنش و خط رگرسیون برای رابطه بین سن آزمودنی ها و اندازه های اثر

۶- بحث

اولین یافته این پژوهش که نشان از رابطه بالای بین هوش هیجانی و سلامت روانی است پشتوانه نظری و پژوهشی محکمی در ادبیات پژوهشی دارد. در ابتدا لازم است به تعریف سلامت روانی توجه شود که به عنوان توانایی کامل در ایفای نقش های ذهنی و جسمی و به طور دقیق تر توانایی سازگاری با دیدگاه های خود و دیگران و رویارویی با مشکلات زندگی روزمره تعریف شده است. بر طبق مؤلفه ها و تأکیدات هر دو مدل ارائه شده برای هوش هیجانی مایر، سالوی و کراسو (۲۰۰۴) و بار-آن (۱۹۹۷) می توان پیش بینی کرد که سلامت روانی با هیجان ها و عواطف رابطه ای مستحکم دارند و ادراک بهتر عواطف و مدیریت عواطف موجب می شود که از رفتارهای غیر انطباقی مانند اختلالات خلقی و اضطرابی که بر سلامت روانی اثری کاهنده دارند، پیشگیری شود. نتیجه مطالعات مارتینز و همکاران نشان داد که مؤلفه های هوش هیجانی قادر به پیش بینی سلامت روان می باشد. (مارتینز و همکاران، ۲۰۱۰). هوش هیجانی بالاتر با تعدادی از ابعاد



کاربردی این فراتحلیل بر برنامه ریزی مداخلات فردی- اجتماعی مؤثر بر هوش هیجانی تأکید دارد که با ارتقا این مؤلفه در بهبود سلامت روان شناختی افراد مؤثر می‌شود. همچنین از لحاظ روش شناسی لازم است در تحقیقات آتی بر نقش متغیرهای تعدیل کننده احتمالی تأکید شود. این فراتحلیل دارای محدودیت‌هایی بود که در تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار بگیرند که می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به ملاک‌های ورودی تعریفی، نبود امکان ورود تعدادی از تحقیقات اولیه به جهت عدم ارائه کامل نتایج عددی و احتمال اشتباهات عمدی و غیر عمدی در گزارش‌های یافته‌های پژوهش‌های اولیه اشاره کرد.

تعارض منافع

این پژوهش به عنوان طرح با شماره قرارداد ۳۱۸/د/۴۰۲۶۱ در تاریخ ۱۴۰۱/۹/۲۷ در پژوهشگاه سلامت روانی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان تصویب شده است و بین نویسندگان تعارض منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از کلیه پژوهشگران تحقیقات اولیه که داده‌های فراتحلیل از این پژوهش‌ها استخراج شده، سپاسگزاریم.

در تحقیقات اولیه انجام شد که نتایج نشان داد تا حد اندکی نوع ابزار سنجش سلامت می‌تواند بر مقدار اندازه‌های اثر مؤثر باشد. شاید یک تبیین برای این یافته جهت گزاره‌هایی است که در ابزارها برای سنجش سلامت روانی به کاررفته است. در پرسشنامه GHQ گزاره‌ها منفی و در دیگر ابزارها مثبت است. در ارتباط با جنسیت نیز مشخص شد که اندازه اثر خلاصه رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روانی در زنان بالاتر از مردان است. همچنین بر اساس بخشی از یافته‌های این فراتحلیل می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش سن آزمونی‌ها اندازه‌های اثر رابطه بین دو متغیر مذکور افزایش می‌یابد. یافته‌های این بخش از فراتحلیل با نتایج پژوهش گلدن برگ، متیسون و منتلر (۲۰۰۶) می‌تواند در ارتباط باشد که نشان از نقش جنسیت و سن آزمودنی‌ها بر نمرات هوش هیجانی آن‌ها داشت.

۶- نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های این فراتحلیل که مبتنی بر پژوهش‌های قبلی است می‌توان نتیجه گرفت که یک رابطه متوسط آماری و طبق تفسیر کوهن از اندازه‌های اثر از نوع همبستگی رابطه بزرگی بین هوش هیجانی و سلامت روانی وجود دارد. همچنین در روابط بین این دو متغیر ناهمگنی بزرگی در اندازه‌های اثر تحقیقات قبلی وجود دارد که طبق

منابع

۱. ابراهیمی پرگو، الهام؛ عابدی، احمد و عریضی، حمیدرضا. (۱۳۹۲)، «فرا تحلیل رابطه حمایت اجتماعی بر سلامت روان»، دومین کنگره روانشناسی اجتماعی ایران .
۲. احیاکننده منیژه، شفیع آبادی، عبدالله و سودانی، منصور. (۱۳۸۸). رابطه هوش هیجانی و سلامت روانی دانشجویان دختر رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان، دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۴۱، ۱۶-۱. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533763.html
۳. اخوان تفتی، مهناز و مفردنژاد، ناهید. (۱۳۹۷). ارتباط هوش هیجانی و مهارت‌های اجتماعی با بهزیستی روان شناختی در سالمندان. نشریه سالمند. مجله سالمندی ایران، ۱۳(۳)، ۳۳۴-۳۴۵. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.13.3.334>
۴. افسری، علی؛ اناری نژاد، عباس؛ قاسمی، فرشید و شیروانی شیری، علی. (۱۴۰۱). بررسی رابطه هوش هیجانی، خلاقیت و سلامت روان در دانشجویان، دو ماهنامه علمی پژوهشی- رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، ۱۳(۳)، ۲۰۸-۱۹۷. <https://doi.org/10.30495/jedu.2022.27173.5430>
۵. بخشی سورشجانی، لیلیا. (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان، دانش و پژوهش در علوم تربیتی- برنامه ریزی درسی، ۱۹، ۹۷-۱۱۶. https://jsr-e.isfahan.iau.ir/article_534112.html
۶. بلورساز مشهدی، هنگامه. (۱۳۹۶). ارتباط هوش هیجانی با سلامت روان شناختی و خودکارآمدی در زنان سالمند شهر کرج. مطالعات مدیریت رفتار سازمانی در ورزش، ۴(۲)، ۴۱-۵۱.

هوش هیجانی. فصلنامه روان شناسی تربیتی، ۱۳(۴۴)، ۴۹-۵۸.

<https://doi.org/10.22054/jep.2017.7979>
 ۱۵. شاهپوری، سمیرا و عابدی، احمد. (۱۳۹۷). فرا تحلیل رابطه بین فرسودگی شغلی و سلامت روان در ایران: طی سال‌های ۷۹ تا ۹۲. نشریه علمی رویش روان‌شناسی، ۷(۱۰)، ۳۱۹-۳۳۴.

<http://frooyesh.ir/article-1-75-fa.html>
 ۱۶. عاشوری، جمال. (۱۳۹۴). رابطه هوش هیجانی، راهبردهای مقابله‌ای و رضایت از زندگی با سلامت روانی دانشجویان پرستاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت*، ۲(۲)، ۳۱-۳۷.

<http://journal.jmu.ac.ir/article-1-83-fa.html>
 ۱۷. عامری، نرجس، نجفی، محمود. (۱۴۰۳). روابط ساختاری ناگویی هیجانی و گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان: نقش میانجی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی. *مجله روانشناسی*، ۲ (۲۸)، ۱۴۲-۱۵۱.

<http://www.iranapsy.ir/fa/Article/45546>
 ۱۸. غلامی بونگ، فاطمه؛ مقدری، محمد؛ عادل پور، زکیه. (۱۳۹۴). نقش هوش هیجانی و خودکارآمدی در پیش بینی سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۱)، ۱۶۰-۱۶۸.

https://jsums.medsab.ac.ir/article_547.htm
 ۱۹. فتی، لادن؛ موتابی، فرشته؛ شکیب، شیما و باروتی، عصمت. (۱۳۸۷). مؤلفه‌های هوش هیجانی - اجتماعی به عنوان پیش‌بینی کننده‌های سلامت روان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۲)، ۱۰۱-۱۲۴.

<https://doi.org/10.22051/psy.2008.1629>
 ۲۰. محمدنژاد، اسمعیل؛ ابوطالبی، قاسم؛ طالبیان، یاسر و نعمتی دوپلانی، فاطمه. (۱۳۹۳). ارتباط هوش هیجانی و سلامت روان در کارکنان پتروشیمی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۶(۳)، ۷۰-۷۸.

<http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-273-fa.html>
 ۲۱. محمدی، لیلا، بشارت، محمدعلی، رضازاده، محمدرضا و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی در رابطه بین معنای زندگی و سلامت روانی. *مجله روانشناسی*، ۲ (۲۲)، ۱۵۷-۱۷۱.
<http://www.iranapsy.ir/Article/21257/FullText>

۷. بهدار، حمیرا؛ شهبازی، مسعود. (۱۳۹۷). بررسی رابطه هوش هیجانی و باورهای غیرمنطقی با سلامت روان. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۵(۳۲)، ۳۹-۵۸.

<https://doi.org/10.22111/jeps.2018.4411>
 ۸. توکل، محمد، اخلاصی، ابراهیم، رسولی نژاد، سید پویا. (۱۳۹۹). مرور نظام‌مند مطالعات ناظر به تعیین‌کننده‌های سلامت روان در جامعه ایرانی مورد کاوش: مقالات علمی پژوهشی داخلی ۱۳۸۵-۱۳۹۹. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۷(۲۳)، ۴۶-۱.

<https://doi.org/10.22054/rjsw.2021.61781.505>

۹. حسن طهرانی، طیبه؛ کرمی کبیر، ناهید؛ چراغی، فاطمه، بکاییان، مهدی و یعقوبی، فاطمه. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط هوش هیجانی با سلامت روان و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان پرستاری دانشکده نیشابور، *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۰(۳)، ۳۵-۴۲.

<https://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1121-fa.html>

۱۰. حمیدی زاده، محمدرضا. (۱۳۸۶). *تصمیمات هوشمندانه و خلاقانه: هوش هیجانی*. تهران: انتشارات ترمه.
 ۱۱. دادمهر، علی اصغر، یحیوی، علی احمد، رضایی، کاظم و سنایی مهر، مجیب. (۱۳۹۴). فرا تحلیل جامع رابطه هوش هیجانی و رضایت زناشویی زوجین جوان ایرانی. *مطالعات راهبردی ورزش و جوانان*، ۱۴(۲۷)، ۱-۱۵.
https://fasname.msy.gov.ir/article_30.htm

۱۲. رفیعی، نفیسه و بنی طالبی، مجتبی. (۱۴۰۳). مدل یابی رابطه‌ی هوش موفق و انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی تحصیلی، نقش میانجی تفکر خلاق در دانش‌آموزان متوسطه، *مجله روانشناسی*، ۳ (۲۸)، ۲۷۴-۲۸۲.

<http://www.iranapsy.ir/Article/42626/FullText>

۱۳. رئیسی، عبدالحسین؛ بلوچی، زیبا؛ رئیسی، منصور. (۱۴۰۱). بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت روان دانش‌آموزان متوسطه اول شهر نیکشهر. *پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۵۰(۵)، ۴۵۴-۴۷۸.
<https://jonapte.ir/fa/showart-52e2457725a615112f93d1116962747d>

۱۴. سلیمانی، سمیرا؛ رضایی، علی محمد؛ داداللهی ساراب، رویا. (۱۳۹۶). سلامت روان دانشجویان: نقش معنویت و



- <https://jpe.mazums.ac.ir/article-1-162-fa.html>
30. Austin, E. J., Saklofske, D. H., & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 547-558. doi:10.1016/j.paid.2004.05.009.
31. Bar-On, R., (1997). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems. <http://www.eittrainingcompany.com/wp-content/uploads/2009/04/eqi-133-resource.pdf>
32. https://www.google.com/books/edition/The_Emotional_Intelligence_Quick_Book/P_dqtxXAp0QC?hl=en
33. Daros, A. R., Haefner, S. A., Asadi, S., Kazi, S., Rodak, T., & Quilty, L. C. (2021). A meta-analysis of emotional regulation outcomes in psychological interventions for youth with depression and anxiety. *Nature human behaviour*, 5(10), 1443-1457. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01191-9>
34. Goldenberg, I., Matheson, K., & Mantler, J. (2006). The assessment of emotional intelligence: A comparison of performance-based and self-report methodologies. *Journal of personality assessment*, 86(1), 33-45. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8601_05
35. Goleman, D. (1995), *Emotional intelligence*, New York Bantam Books. [https://www.scirp.org/\(S\(vtj3fa45qm1ean45wffcz5%205\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1702996](https://www.scirp.org/(S(vtj3fa45qm1ean45wffcz5%205))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1702996)
36. Gupta, G., & Kumar, S. (2010). Mental health in relation to emotional intelligence and self efficacy among college students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(1), 61-67.
37. Higgins, J. P., & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in medicine*, 21(11), 1539-1558. DOI: 10.1002/sim.1186
۲۲. محی‌الدین شیخ‌الاسلامی، حسین. (۱۴۰۰). ارتباط تیپ‌های شخصیتی و هوش هیجانی با سلامت روانی دانشجویان. *فصلنامه رویکردی نو در علوم تربیتی*، ۳(۱)، ۲۰-۲۵.
- <https://doi.org/10.22034/naes.2020.252576.1059>
۲۳. مرتضوی، نرگس سادات و یاراللهی، نعمت‌ا... (۱۳۹۴). فرا تحلیل رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۳)، ۱۰۳-۱۰۸. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2015.4309>
۲۴. مصرآبادی، جواد. (۱۴۰۲). *فرا تحلیل: مفاهیم، نرم افزار و گزارش نویسی*، تبریز: انتشارات دانشگاه شهید مدنی آذربایجان.
۲۵. موسوی فخر، سید محمدحسن و کیوانلو، فهیمه. (۱۴۰۰). نقش دینداری در سلامت روان دانشجویان: مطالعه مروری نظام‌مند و فرا تحلیل. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۸(۴)، ۱۰۵-۱۱۴. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-6656-fa.html>
۲۶. موسوی، فرانک؛ حیدری، فرهاد و عظیمی، شهرام. (۱۳۹۷). ارتباط هوش هیجانی و سلامت روانی با سازگاری اجتماعی دانشجویان ورزشکار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه. *مطالعات راهبردی ورزش و جوانان*، ۱۷(۴۲)، ۱۵۶-۱۷۸.
- https://fasname.msy.gov.ir/article_287.html
۲۷. نمازی، آسیه؛ علیزاده، شیوا؛ کوچک زاده طالعی، سبحانه. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین سلامت عمومی، هوش هیجانی و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان مامایی. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۴(۲)، ۲۰-۲۸. <http://78.39.35.47/article-1-223-fa.html>
۲۸. یعقوبی، ابوالقاسم؛ فرهادی، مهرا؛ قنبری، نیکزاد و کاکابرابی، کیوان. (۱۳۸۷). بررسی رابطه هوش هیجانی با احساس غربت و سلامت عمومی دانشجویان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۳(۹)، ۱۳۵-۱۵۱. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4350.html
۲۹. یوسفی سعید آبادی، رضا؛ گل افشانی، علی و باهو طرودی، تقی. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان کارکنان آموزش و پرورش ناحیه ۲ شهرستان ساری. *نشریه مهندسی فرایندها*، ۵(۱۱)، ۸۰-۹۵.

2000_EmotionIntelligenceMeetsStandards ForTraditionalIntelligence.pdf

45. Neubauer, A. C., & Freudenthaler, H. H. (2005). Models of emotional intelligence. *Emotional intelligence: An international handbook, 2005*, 31-50. https://www.researchgate.net/profile/Aljoscha-Neubauer-2/publication/232490406_Models_of_Emotional_Intelligence/links/5a5f0c9daca272d4a3e0be9c/Models-of-Emotional-Intelligence.pdf

46. Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 30*(1), 107-115. <http://www.elsevier.com/locate/paid>

47. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European journal of personality, 15*(6), 425-448. DOI:10.1002/per.416

48. Salovey, P., & Grewal, D. (2005). The science of emotional intelligence. *Current directions in psychological science, 14*(6), 281-285. <http://www.jstor.org/stable/20183048?origin=JSTOR-pdf>

49. Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality, 9*(3), 185-211. https://center.uoregon.edu/StartingStrong/uploads/STARTINGSTRONG2016/HANDOUTS/KEY_46201/pub153_SaloveyMayerICP1990_OCR.pdf

50. Schutte, N. S., Malouff, J. M., Simunek, M., McKenley, J., & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition & Emotion, 16*(6), 769-785. <https://rune.une.edu.au/web/bitstream/1959.11/887/7/open/SOURCE04.pdf>

51. Slaski, M., & Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 18*(2), 63-68.

38. Llamas-Díaz, D., Cabello, R., Megías-Robles, A., & Fernández-Berrocal, P. (2022). Systematic review and meta-analysis: The association between emotional intelligence and subjective well-being in adolescents. *Journal of Adolescence, 94*(7), 925-938. DOI: 10.1002/jad.12075.

39. Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and individual differences, 49*(6), 554-564. doi:10.1016/j.paid.2010.05.029.

40. Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2004). *Emotional intelligence: Science and myth*. MIT press.

41. [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Fy9gXBgREtQC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Matthews,+G.,+Zeidner,+M.,+%26+Roberts,+R.+D.+\(2004\).+Emotional+intelligence:+Science+and+myth.+MIT+press.&ots=luhKuLgIJy&sig=Hslj7fVvK7HL6uVyRTkaOYwkmNao#v=onepage&q=Matthews%2C%20G.%2C%20Zeidner%2C%20M.%2C%20%26%20Roberts%2C%20R.%20D.%20\(2004\).%20Emotional%20intelligence%3A%20Science%20and%20myth.%20MIT%20press.&f=false](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Fy9gXBgREtQC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Matthews,+G.,+Zeidner,+M.,+%26+Roberts,+R.+D.+(2004).+Emotional+intelligence:+Science+and+myth.+MIT+press.&ots=luhKuLgIJy&sig=Hslj7fVvK7HL6uVyRTkaOYwkmNao#v=onepage&q=Matthews%2C%20G.%2C%20Zeidner%2C%20M.%2C%20%26%20Roberts%2C%20R.%20D.%20(2004).%20Emotional%20intelligence%3A%20Science%20and%20myth.%20MIT%20press.&f=false)

42. Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). TARGET ARTICLES: "emotional intelligence: Theory, findings, and Implications". *Psychological inquiry, 15*(3), 197-215. <http://www.calcasa.org/wp-content/uploads/files/ei2004mayersalovey carusotarget.pdf>

43. Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Selecting a Measure of Emotional Intelligence, *Hard Book of Emotional Intelligence*. Bass Inc., California. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1503_02

44. Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence, 27*(4), 267-298. http://www.gruberpeplab.com/teaching/psych131_fall2013/documents/13.1_Mayer_



1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
54. Van Rooy, D. L., & Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 65(1), 71-95. doi:10.1016/S0001-8791(03)00076-9
55. Webb, C. A., DelDonno, S., & Killgore, W. D. (2014). The role of cognitive versus emotional intelligence in Iowa Gambling Task performance: What's emotion got to do with it?. *Intelligence*, 44, 112-119. <https://doi.org/10.1016%2Fj.intell.2014.03.008>.
- <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/smi.926>
52. Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933. doi:10.1016/j.paid.2006.09.003
53. Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development*, 88(4), 1156-



