

مقایسه هوش هیجانی، سلامت روانی و جسمانی مشاغل مختلف*

Comparison of emotional intelligence, mental and physical health
In different occupations

S. Bazzazian, MA: Islamic Azad Uni. of Abhar
E-mail: bazzazian@yahoo.com

M. A. Besharat, Ph.D: Tehran Uni.

سعیده بزازیان: دانشگاه آزاد اسلامی ابهر

دکتر محمدعلی بشارت: دانشگاه تهران

Abstract: Aim: This study investigated the relationship between occupation, gender, mental and physical health, and emotional intelligence. **Method** is expose- facto and 150 respondent in Zanjan including managers, university heads, lecturers, teachers, civil servants, workers and farmers were randomly selected. Participants completed the Mental Health Inventory (MHI, 1983), Physical Health Checklist (PHC, 2004), Emotional Intelligence Scale (EIS, 1998), along with demographic information form. Data were analyzed using multivariate analysis. **Results:** Indicated that the main effect of occupation on psychological well being, psychological distress, emotional intelligence, subjective physical health, and objective physical health was significant. Also the main effect of gender was significant on psychological well being, psychological distress, subjective physical health and emotional intelligence but not on objective physical health. The interactional of gender and occupation was significant on psychological distress and emotional intelligence but not on psychological well being, and physical health (objective and subjective). **Discussion:** Findings showed the connection between health, emotional intelligence, and occupation, and can be helpful in planning pathological and preventional programs in organizations.

Keywords: mental health, occupation, physical

چکیده: هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه بین شغل، جنس، سلامت روانی و جسمانی با هوش هیجانی مشاغل مختلف است. **روش** پژوهش پس رویدادی است و در آن ۱۵۰ نفر از مدیران ارشد سازمان ها، روسا، معاونین و اساتید دانشگاه، دبیران، کارمندان، کارگران و کشاورزان استان زنجان با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه سلامت روانی (MHI، ۱۹۸۳) با دو بعد بهزیستی و درماندگی روانی، فهرست سلامت جسمی (PHC، ۲۰۰۴)، مقیاس هوش هیجانی (EIS، ۱۹۹۸) و فرم اطلاعات جمعیت شناختی را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی، ضریب همبستگی و تحلیل واریانس یک و چند متغیری و رسم نمودار تحلیل شد. **یافته های** پژوهش نشان داد که رابطه شغل با دو زیر مقیاس سلامت روانی یعنی بهزیستی و درماندگی روانی، سلامت جسمی عینی و ذهنی و هوش هیجانی معنادار است. اثر اصلی جنس بر بهزیستی، درماندگی روانی، سلامت جسمی ذهنی و هوش هیجانی معنادار و بر سلامت جسمی عینی معنادار نبود. اثر تعاملی شغل و جنس نیز بر درماندگی روانی و هوش هیجانی معنادار بود، اما بر بهزیستی روانی، سلامت جسمی ذهنی و سلامت جسمی عینی معنادار نبود. **نتیجه گیری:** شغل بر سلامت جسمی و روانی و هوش هیجانی اثر گذار است. این یافته می-تواند راه گشای سیاستگذاری های مناسب در زمینه آسیب شناسی مشکلات صاحبان مشاغل و ارائه برنامه های پیشگیرانه و برنامه های مرتبط با ارتقاء بهره وری در سازمان ها باشد.

کلید واژه ها: جسمانی، سلامت روانی، مشاغل، هوش هیجانی

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۶/۲۹؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۷/۱۲/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۲/۱۵

* برگرفته از طرح پژوهشی دانشگاه آزاد واحد ابهر سال ۱۳۸۶

سلامت^۱ که امروزه به عنوان مفهومی مطرح است که متأثر از عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی است، سابقه ای به اندازه طول عمر بشر دارد؛ چه جوامع در هر برهه ای از زمان درگیر عوامل مخل سلامت و درصدد بودند تا سطح سلامت جامعه و کیفیت زندگی را ارتقاء دهند. سازمان بهداشت جهانی، سلامت را چنین تعریف می کند: سلامت عبارت از حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است و صرفاً عدم بیماری و ضعف نیست (سارافینو^۲، ۲۰۰۳). همچنین سلامت روانی^۳ عبارت است از احساس رضایت و بهبود روانی و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه. سلامت روانی نیز همانند سلامت جسمی، چیزی فراتر از نبودن بیماری یا سایر مشکلات است. پژوهشگران معتقدند سلامتی و بیماری یک حالت مطلق و مستقل و یک رویداد نیست، بلکه فرایندی است که تاثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی در شکل گیری آن برجسته می شود. بر اساس نظر انجل (۱۹۹۶، نقل از هالز، ۱۳۸۲) مدل زیستی-روانی-اجتماعی سلامت که در آن عوامل زیستی (مانند ویروس ها، باکتری ها، زخم ها و جراحی ها) با عوامل روانی (مانند نگرش ها، عقاید، خصوصیات شخصیتی و رفتارها) و عوامل اجتماعی (مانند طبقه اجتماعی، اشتغال و قومیت) در تعامل با هم سلامت فرد را تعیین می کنند، دقیق تر می تواند سلامت را تبیین کند. در کل عوامل سلامت در دو بعد جسمانی، و روانی و رفتاری در نظر گرفته می شوند و باید توانایی شخص در مقابله با مشکلات زندگی روزمره و تمایل وی به جستجوی چالش و تنوع در زندگی نیز در بررسی سلامت مورد توجه قرار گیرد (سارافینو، ۲۰۰۳).

در جوامع انسانی افراد بر اساس کاری که انجام می دهند و مقدار درآمدی که برای انجام آن کار دریافت می دارند طبقه بندی می شوند، بنابراین شغل^۴ و درآمد از عواملی هستند که منزلت و رفاه اقتصادی افراد را تامین می کنند. زمانی که منزلت اقتصادی-اجتماعی افراد تغییر می یابد، افراد با موقعیت های متغیری مواجه می شوند که عمیقاً بر عملکرد فردی و اجتماعی آن ها تأثیر می گذارد (برانون و فیست^۵، ۲۰۰۴). پژوهش ها نشان می دهند که وقوع بیماری روانی با اعتبار اجتماعی پایین، درآمد ناکافی و سطح پایین تحصیلات مرتبط است و بیماری روانی با درصد

-
1. Health
 2. Sarafino
 3. Psychological health
 4. Occupation
 5. Broinnon, & Feist

بالاتری بین کارگران کشاورز در مقایسه با کشاورزان، کارگران در مقایسه با کارفرمایان و تجار در مقایسه با مالکین و روسا شایع بوده است (دالی و ویلیامز^۱، ۲۰۰۲). کوپل و مک گیوفین^۲ (۱۹۹۹) در بررسی ارتباط بین پذیرش های روانپزشکی و شاخص های موقعیت اقتصادی- اجتماعی^۳ دریافتند که شیوع بیماری های روانی با محرومیت اقتصادی- اجتماعی در هر دو جنس رابطه دارد و این امر در مورد تمام گروه های تشخیصی به جزء اختلالات عضوی صادق است، البته در مورد اسکیزوفرنی، اختلال هذیانی و سوء مصرف مواد و نیز اختلالات شخصیت ارتباط بیشتر است.

شیوع بیشتر عوامل خطر رفتاری در مصرف سیگار در سطوح اقتصادی- اجتماعی پایین جامعه بیشتر است تا در سطوح بالاتر اقتصادی- اجتماعی (ویلیامسون^۴، ۲۰۰۰). پژوهش های مارموت^۵ (۱۹۹۹) نشان می دهد که نرخ مرگ و میر کارمندان دولت که سیگار مصرف می کنند با کاهش موقعیت شغلی افزایش می یابد. نتایج یک مطالعه کلاسیک که به صورت خانه به خانه به منظور بررسی نحوه تعبیر و تفسیر علائم پزشکی مختلف در نمونه ای از زنان متعلق به موقعیت های اجتماعی مختلف انجام شد، نشان داد که افراد در زمینه درخواست کمک های پزشکی تفاوت زیادی دارند که تابع موقعیت اقتصادی- اجتماعی است. کمتر از یک پنجم بیماران متعلق به موقعیت اقتصادی- اجتماعی پائین تصور می کردند که خستگی مزمن و کمردرد ارزش آن را ندارد که به پزشک مراجعه کنند. ۸۰٪ از دست دادن اشتها را نادیده گرفته و ۷۷٪ به سرفه های طولانی بی اعتنا بودند. در کل نتیجه گیری شد که افراد دارای موقعیت اقتصادی- اجتماعی بالا بیشتر احتمال دارد به علائم جسمی خود توجه کرده و به دنبال مراقبت پزشکی باشند (فریدمن^۶، ۲۰۰۲). نتایج پژوهش آدامز، هارد، مک فادن، مریل و ریبیرو^۷ (۲۰۰۳). با بررسی مسیرهای علی بین سلامت و موقعیت اقتصادی- اجتماعی نشان دادند که موقعیت اقتصادی- اجتماعی به سوی میزان شیوع بیماری ها و نیز حوادث و بیماری های حاد مانند تصادفات و غیره

-
1. Daley, & Williams
 2. Koppel, & Mc Guffin
 3. Socio- economic status
 4. Williamson
 5. Marmot
 6. Frideman
 7. Adames, Hurd, McFadden, Merrill, & Ribeiro

رابطه علی مستقیم ندارد، اما موقعیت اقتصادی-اجتماعی با بیماری های مزمن که آغاز آن ها تدریجی است، مانند بیماری های روانی و بیماری های قلبی، ارتباط دارد.

هوش هیجانی^۱ بین عاطفه و شناخت تعادل ایجاد می کند که منجر به کنش سازگارانه می-شود (سالوی و گریوال، ۲۰۰۵، نقل از شاته، ملنوف، ترستین سون، بولار و روک^۲، ۲۰۰۷).

الگوی چهار بعدی هوش هیجانی نشان می دهد که هوش هیجانی حاصل توانایی های مرتبط به هم زیر است: (۱) ادراک هیجان در خود و دیگران (۲) استفاده از هیجان برای تسهیل تصمیم گیری (۳) فهم هیجان (۴) تنظیم هیجان خود و دیگران. بر اساس الگوی ترکیبی بارون (۲۰۰۵)، نقل از گریون، کامورو پریموزیک، آرچ و فورنهام^۳، (۲۰۰۸)، هوش هیجانی از خودآگاهی عاطفی عاطفی و خصوصیات و مهارت های مختلف تشکیل شده است که از کاربرد موثر یا تنظیم عواطف مانند روابط بین فردی مناسب، حل مسأله و تحمل استرس استنباط می شود. هوش هیجانی به عنوان صفت شخصیتی مشابه برونگرایی و وظیفه شناسی مفهوم سازی شده است که در سطوح پائین تر سلسله مراتب شخصیتی قرار می گیرد. هوش هیجانی تفاوت های فردی را در قابلیت های عاطفی فردی (کنترل استرس) و بین فردی (ادراک استرس) پوشش می دهد (ساکلوفسک، استین، گالووی و دیویدسون^۴، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر افراد دارای هوش هیجانی بالا مهارت های های مدیریت استرس خوبی دارند و قادرند عواطف خود را ارزیابی، بیان و مدیریت نمایند (گریون و همکاران، ۲۰۰۸).

مطالعات انجام شده در زمینه هوش هیجانی نشانگر رابطه معنادار بین هوش هیجانی و سلامت جسمی و روانی است (شاته و همکاران، ۲۰۰۷). هوش هیجانی با مدیریت استرس، خوش بینی، خلق مثبت، رفتارهای سالم، همدلی و رضایت از روابط بین فردی رابطه مثبت (براون و شاته^۵، ۲۰۰۶) و با آشفتگی روانی^۶، استرس، افسردگی، علائم خستگی و ضعف و مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر رابطه منفی (آستین، ساکلوفسک و اگن^۷، ۲۰۰۵) دارد. بار-آن، آن، براون، کرکالدی و تومه^۸ (۲۰۰۰) در پژوهشی دریافتند که هوش هیجانی افسران پلیس به

-
1. Emotional intelligence
 2. Shutte, Malnuff, Thorsteinsson, Bhullar, & Rooke
 3. Greven, Chamorro- Premuzic, Arteche, & Furnham
 4. Saklofske, Austin, Galloway, & Davidson
 5. Brawn, & Schutte
 6. psychological distress
 7. Austain, Saklofske, & Egan
 8. Bar- on, Brawn, Kirkaldy, & Thome

طور معناداری بالاتر از مراقبین کودک و آموزشیاران سلامت روان است. افسران پلیس نمرات بالاتری در دو بعد عاطفه مثبت و ثبات عاطفی داشتند، عموماً سازگارتر بودند، بهتر مقابله می کردند و از کار خود لذت می بردند. فرهنگ سازمانی افسران پلیس ایجاب می کند در مواجهه با موقعیت های در مانده ساز، بر اساس هویت کاری خود رفتار کنند نه بر اساس هویت شخصی خود. اگر نتوانند این تمایز را ایجاد کنند بهره وری آن ها به مخاطره می افتد. کنترل عواطف و ثبات عاطفی بخشی از هویت شغلی آن ها است. برعکس مراقبین کودک و آموزشیاران سلامت روان در ابراز عواطف خود و تشخیص عواطف دیگران نمره بالاتری داشتند. این امر به این صورت قابل تبیین است که مراقبت و آموزش، مشاغل زنانه ای هستند و بخشی از انتظارات شغلی متصدیان این مشاغل، تشخیص عواطف دیگران، همدلی و کمک به کنترل عواطف است. تفاوت بین این گروه ها را می توان، به تفاوت آن ها در آموزش های اولیه لازم برای احراز مهارت های شغلی مناسب نسبت داد. دارابی (۱۳۸۴) بین هوش هیجانی و کارآمدی مدیران رابطه مثبت معناداری را گزارش کرد. در پژوهشی ونگ و لاو^۱ (۲۰۰۲) نشان دادند که هوش هیجانی مدیران و کارمندان آن ها اثرات مثبتی بر عملکرد شغلی و رضایت شغلی آن ها دارد. فشار عاطفی شغل تعدیل کننده رابطه نهایی شغل و هوش هیجانی است. همچنین هوش هیجانی مدیران بر رضایت و رفتار فرانش آن ها تاثیر دارد.

پژوهشگران معتقدند کارآمدی مدیر، به توانایی وی در حل مشکلات پیچیده اجتماعی که در یک سازمان پیش می آید، بستگی دارد. مدیران نیاز دارند که در زمان های مختلف نقش های متفاوتی را ایفا کنند و مهم تر این که مدیران خوب توانایی آن را دارند که نقش مناسبی را متناسب با موقعیت انتخاب کنند. پژوهشگران معتقدند هوش هیجانی عامل حمایتی در برابر استرس و عامل تسهیل کننده سلامت در پرستاران است و رابطه مثبت با سلامت ادراک شده، سلامت روانی، رضایت شغلی و رضایت از زندگی دارد (آگوستو لاند، لوپز- زوفرا، بریوس مارتوس و آگولار لوزون^۲، ۲۰۰۸). همچنین ونگ و لاو (۲۰۰۲) گزارش کردند ۷۵٪ تعارض در تعاملات اجتماعی از عوامل منفی موثر در بازده شغلی کارگران است. تعارضات بین فردی ممکن است خودکارآمدی شغلی را کاهش دهد. خودکارآمدی شغلی نیز عبارت از خودارزیابی شناختی از توانایی عملکرد حرفه ای است. از سوی دیگر فقدان حمایت اجتماعی به معنای این است که فرد منبع ارزشمندی را برای مقابله با الزامات محیط کاری از دست داده است. دبوراه و بلکمن^۳

1. Wong, & Law

2. Augusto Landa, Lopez-Zofra, Berrios Martos, & Aguilar-Luzon

3. Deborah, & Blackman

(۲۰۰۰) معتقدند که استرس فزاینده در محیط کار ناشی از کار زیاد نیست، بلکه عامل عمده آن الزام به کار گروهی و روابط اجتماعی تعارض آمیز ناشی از آن است. افراد دارای هوش هیجانی بالا به دلیل توانایی درک احساسات دیگران و برقراری ارتباط مناسبی از تعارضات بین فردی به دور بوده و حمایت اجتماعی مناسب را دریافت می کنند (لوپرس، لولین و زویگ،^۱ ۲۰۰۵). با توجه به پیشینه پژوهش، بدیهی است سلامت و هوش هیجانی از عوامل تاثیر گذار بر بهره-وری نیروی انسانی در سازمان ها و مراکز آموزشی است. اما مقایسه سلامت و هوش هیجانی صاحبان مشاغل مختلف، کمتر انجام شده است. تلاش پژوهش حاضر این است که سلامت روانی، جسمانی و هوش هیجانی صاحبان مشاغل مختلف را مقایسه و تفاوت های موجود را با آزمون فرضیه های زیر برجسته نماید: (۱) بهزیستی روانی^۲ صاحبان مشاغل تفاوت دارد. (۲) درماندگی روانی صاحبان مشاغل تفاوت دارد. (۳) هوش هیجانی صاحبان مشاغل تفاوت دارد. (۴) سلامت جسمی عینی^۳ صاحبان مشاغل تفاوت دارد. (۵) سلامت جسمی ذهنی^۴ صاحبان مشاغل تفاوت دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی (پس رویدادی) است. جامعه پژوهش کلیه زنان و مردان شاغل سال ۱۳۸۶ در استان زنجان است. نمونه پژوهش ۱۵۰ نفر (۹۰ نفر مرد و ۶۰ نفر زن) بود که با روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای از بین زنان و مردان متاهل شاغل در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال (میانگین سنی ۳۸/۴) انتخاب شد. در مرحله اول نمونه گیری، مراکز دانشگاهی و ادارات و سازمان ها و دبیرستان ها انتخاب و در مرحله دوم با مراجعه به محل های انتخاب شده، رییس دانشگاه و مدیرکل سازمان و حداقل ۳ و حداکثر ۵ نفر از کارمندان و کارگران و معاونین و دبیران واجد شرایط پژوهش انتخاب شدند. کشاورزان جداگانه و به صورت در دسترس انتخاب گردیدند. برای این که اکثر مشاغل دولتی تحت پوشش قرار گیرند، گروه بندی مذکور برای مشاغل انجام شد.

1. Lubbers, Loughlin, & Zweig

2. Psychological well being

3. Objective physical health

4. Subjective physical health

روش اجرا به صورت فردی بود. پس از اتمام مرحله اجرا با توجه به همگنی شغل، درآمد و تحصیلات، شش گروه مورد بررسی (مدیران ادارات و سازمان ها و رؤسا و معاونین دانشگاه ها، اساتید دانشگاه ها، دبیران دبیرستان های دولتی، کارمندان، کارگران، و کشاورزان) دو به دو در یک گروه قرار گرفتند. بنابراین متغیر شغل با سه سطح زیر تحلیل شد: ۱) مدیران و معاونین ادارات و سازمان ها، رؤسا و معاونین دانشگاه ها؛ اساتید دانشگاه ها ۲) دبیران دبیرستان های دولتی و کارمندان ۳) کارگران و کشاورزان.

ابزار سنجش

الف. مقیاس سلامت روانی - مقیاس سلامت روانی^۱ ویت و ویر، ۱۹۸۳ (نقل از بشارت، ۱۳۸۵) یک آزمون ۳۴ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روانی و درماندگی روانی را از نمره ۱ تا ۵ لیکرت می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در زیرمقیاس های بهزیستی و درماندگی روانی به ترتیب ۱۴ و ۲۰ و حداکثر نمره آزمودنی در همین زیرمقیاس ها به ترتیب ۶۰ و ۱۰۰ است. فرم فارسی این مقیاس در نمونه‌ای متشکل از ۱۶۰ دانشجوی دانشگاه های تهران و علم و صنعت ایران در دو گروه بیمار (n = ۸۰؛ ۵۰ دختر، ۳۰ پسر) و بهنجار (n = ۸۰؛ ۵۰ دختر، ۳۰ پسر) اجرا شد و ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس های بهزیستی درماندگی روانی برای آزمودنی های بهنجار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای آزمودنی های بیمار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است.

ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از آزمودنی های بهنجار (n=۳۰) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش اعتبار^۲ بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی درماندگی روانی به ترتیب I=۰/۸۹ و I=۰/۸۷ و در سطح P< ۰/۰۰۱ معنی دار بودند که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از آزمودنی های بیمار (n = ۳۰) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی درماندگی روانی به ترتیب I= ۰/۷۷ و I= ۰/۸۲ و در سطح P< ۰/۰۰۱ معنی دار بودند که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است.

روایی^۳ همزمان مقیاس سلامت روانی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی در مورد همه آزمودنی های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که

1. Mental Health in Ventry (MHI)

2. Reliability

3. Validity

همبستگی نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روانی منفی معنی‌دار ($r = -0/85$, $P < 0/001$) و با زیر مقیاس درماندگی روانی همبستگی مثبت معنی‌دار ($r = 0/86$, $P < 0/001$) است. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی و درماندگی روانی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه و تأیید شد (بشارت، ۱۳۸۵).

ب. فهرست سلامت جسمی^۱ بوآردمن،^۲ (۲۰۰۴) یک فرم خود گزارش دهی استاندارد است که از سه قسمت تشکیل شده است. سلامت جسمی با ترکیب سه نمره بر اساس پاسخ‌های آزمودنی‌ها به دست می‌آید. قسمت اول شامل فهرستی از بیماری‌ها است (بیماری‌های قلبی، کلیوی، گوارشی، فشارخون، سرطان، آلرژی، ضعف عمومی، کمردرد، سردرد، دیابت و سایر موارد) و از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود که در صورت ابتلا به هر یک از بیماری‌هایی که در فهرست آمده است، مقابل آن علامت‌گذاری کنند و اگر بیماری فرد در فهرست نباشد در قسمت سایر موارد قید شود. تعداد پاسخ‌های فرد از نمره کل کم شده باقی‌مانده به عنوان نمره فرد در این قسمت در نظر گرفته می‌شود. در قسمت دوم، پاسخ فرد به سوال به نظر شما چقدر بیماری با فعالیت‌های شغلی و روزانه شما تداخل می‌کند؟ در دامنه ۵ درجه‌ای از خیلی زیاد تا خیلی کم نمره‌گذاری می‌شود. در قسمت سوم، مصرف سیگار به عنوان یک رفتار پرخطر در قالب دو سوال بررسی می‌شود: آیا سیگار مصرف می‌کنید؟ و در صورت مصرف آیا مداوم است یا تفننی؟ پاسخ مثبت به سوال اول و انتخاب گزینه مصرف مداوم هر یک به منزله یک نمره منفی تلقی می‌شوند. در نهایت این سه نمره به نمرات استاندارد تبدیل شده و مجموع آن‌ها نمره فرد در سلامت جسمی را نشان می‌دهد. ارزش‌های بالاتر نشانگر سلامت بهتر است. در بخش دوم، از فرد خواسته می‌شود سلامت جسمی خود را به صورت کلی در دامنه ۵ درجه‌ای از بسیار خوب تا خیلی ضعیف نمره‌گذاری کند. این نمره نیز به نمره استاندارد تبدیل شده، معرف سلامت جسمی ادراک شده فرد است. این فهرست به طور وسیعی در جامعه شناسی پزشکی و پژوهش‌های مربوط به سلامت عمومی به کار می‌رود و اعتبار آن ($\alpha = 0/89$) به طور ثابت تأیید شده است (بنیامینی و سولومون،^۳ ۲۰۰۵؛ بوآردمن، ۲۰۰۴).

ج. مقیاس هوش هیجانی یک آزمون ۳۳ سوالی است که به وسیله شاته و همکاران (۱۹۹۸) بر اساس الگوی هوش هیجانی سالوی و می‌یر (۱۹۹۰؛ می‌یر و سالوی، ۱۹۹۷؛ نقل از بشارت،

1. Physical health checklist

2. Boardman

3. Benyamini, & Solomon

۲۰۰۷) ساخته شده است. سوال های آزمون سه مقوله هوش هیجانی شامل تنظیم هیجان ها^۱، بهره وری از هیجان ها^۲ و ارزیابی هیجان ها را در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) می سنجد. همسانی درونی^۳ سوال های آزمون بر حسب ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ توسط آستین، ساکلوفسک، هوانگ و مک کینی، ۲۰۰۴؛ ساکلوفسک، آستین و مینسکی، ۲۰۰۳ (نقل از شاته و همکاران، ۲۰۰۷) گزارش شده است. ضریب اعتبار بازآزمایی مقیاس در مورد ۲۸ نفر از دانشجویان به فاصله دو هفته ۰/۷۸ محاسبه شد (شاته و همکاران، ۱۹۹۸؛ نقل از بشارت، ۲۰۰۷). روایی^۴ مقیاس هوش هیجانی نیز از طریق سنجش همبستگی آن با سازه های مرتبط، کافی گزارش شده است (آستین و همکاران، ۲۰۰۴؛ ساکلوفسک و همکاران، ۲۰۰۷؛ شاته و همکاران، ۲۰۰۷). در فرم فارسی این مقیاس (بشارت، ۲۰۰۷) آلفای کرونباخ پرسش های مقیاس در مورد ۱۳۵ نفر از دانشجویان ۰/۸۸ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب آزمون است. ضرایب همبستگی بین نمره های ۴۲ نفر از نمونه مذکور در دو نوبت با فاصله دو هفته ۰/۸۳ محاسبه شد که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است.

د. فرم اطلاعات جمعیت شناختی که در آن مشخصات فردی شامل شغل، سن، جنس، میزان تحصیلات و میزان درآمد مورد سوال قرار گرفت.

جدول ۱ نشان می دهد که نمره های مردان در بهزیستی روانی، هوش هیجانی، سلامت جسمی ذهنی و عینی بیشتر و در درماندگی روانی کمتر از زنان است. برای آزمون فرضیه های پژوهش، ابتدا ضرایب همبستگی بین متغیرها که معنادار بود محاسبه شد (جدول ۲). بنابراین به دلیل همبستگی متغیرها، جهت بررسی رابطه بین جنس و شغل با دو بعد سلامت روانی (بهزیستی و درماندگی روانی)، هوش هیجانی و سلامت جسمی عینی و ذهنی از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد (جدول های ۳ و ۴). نخستین گام در تحلیل واریانس چندمتغیری آزمون معناداری مشخصه F چندمتغیری است. با توجه به این که در این پژوهش متغیر شغل دارای سه سطح است، از مشخصه لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری الگوی مورد مطالعه استفاده و نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شد.

-
1. Regulation of emotion
 2. Utilization of emotion
 3. Internal consistency
 4. validity

یافته ها

جدول ۱. حداقل و حداکثر نمره، میانگین و انحراف استاندارد نمره های بهزیستی و درماندگی روانی، هوش هیجانی، سلامت جسمی ذهنی و عینی

انحراف استاندارد	میانگین	حداکثر نمره	حداقل نمره	تعداد	متغیر	
۸/۴۳۳	۵۱/۳۸۳	۶۷	۳۰	۶۰	بهزیستی روانی	زن
۱۸/۸۰۸۱	۵۴/۰۵۰۰	۹۹	۲۸	۶۰	درماندگی روانی	
۱۵/۳۶۰۸	۱۲۰/۲۵۰۰	۱۵۱	۸۲	۶۰	هوش هیجانی	
۱/۷۰۵۶	-۰/۱۷۲۲	=۰/۱۹۲۱	=۰/۱۱۱۷	۶۰	سلامت جسمی ذهنی	
۰/۸۰۸۸	۰/۹۵۶۹	۰/۲۶۱۱	۰/۴۵۲۳	۶۰	سلامت جسمی عینی	
۷/۴۲۰	۵۴/۵۱۱	۷۰	۳۶	۹۰	بهزیستی روانی	مرد
۱۳/۴۴۳۰	۴۸/۸۷۷۸	۹۶	۲۰	۹۰	درماندگی روانی	
۱۳/۷۰۲۴	۱۳۴۳۴ ۱۲۴	۱۵۱	۸۷	۹۰	هوش هیجانی	
۲/۲۵۶۴	-۰/۱۱۴۶	=۰/۱۳۲۹	=۰/۰۸۹۷	۹۰	سلامت جسمی ذهنی	
۰/۷۶۸۰	۰/۴۹۰۲	۰/۹۱۶۷	۰/۲۷۶۸	۹۰	سلامت جسمی عینی	
۷/۹۶۳	۵۳/۲۶۰	۷۰	۳۰	۱۵۰	بهزیستی روانی	کل
۱۶/۰۳۸۸	۵۰/۳۴۶۷	۹۹	۲۰	۱۵۰	درماندگی روانی	
۱۴/۴۷۸۷	۱۲۲/۷۰۶۷	۱۵۱	۸۲	۱۵۰	هوش هیجانی	
۲/۰۵۲۵	۰/۱۴۳۵	۰/۱۹۲۱	۰/۰۸۹۷	۱۵۰	سلامت جسمی ذهنی	
۰/۸۱۴۹	۰/۶۷۶۹	۰/۹۱۶۷	۰/۲۷۶۸	۱۵۰	سلامت جسمی عینی	

جدول ۲. همبستگی بین متغیرها

متغیر	بهبودی روانی	درماندگی روانی	هوش هیجانی	سلامت جسمی ذهنی	سلامت جسمی عینی
بهبودی روانی	۱	۰/۴۵۷ **	-۰/۴۲۳ **	۰/۳۹۳ **	۰/۲۵۱ **
درماندگی روانی		۱	-۰/۵۶۳ **	-۰/۴۷۶ **	۰/۲۳۳ **
هوش هیجانی			۱	۰/۳۰۶ **	۰/۱۳۴
سلامت جسمی ذهنی				۱	۰/۴۲۰ **
سلامت جسمی عینی					۱

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (آزمون معناداری F چند متغیری)

نام آزمون	ارزش	F	درجات آزادی	سطح معناداری	
لامبدای ویلکز	۰/۸۵۴	۴/۷۹۹	۵	۰/۰۰۰۱	جنس
لامبدای ویلکز	۰/۶۹۸	۵/۵۱۶	۱۰	۰/۰۰۰۱	شغل
لامبدای ویلکز	۰/۸۶۹	۲/۰۳۴	۱۰	۰/۰۳۰	جنس* شغل

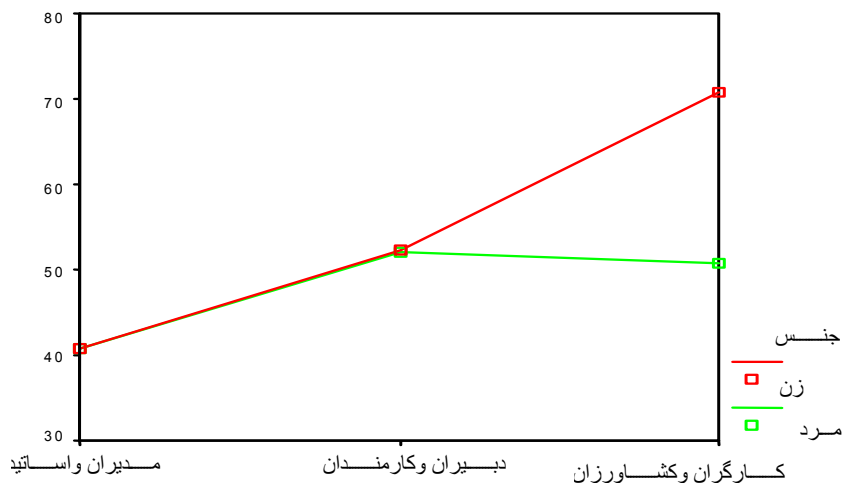
جدول ۳ نشان می دهد مشخصه F لامبدای ویلکز برای دو متغیر جنس و شغل و اثر تعاملی آنها از لحاظ آماری معنادار است ($F=۴/۷۹۹$ ، $F=۵/۵۱۶$ ، $F=۲/۰۳۴$).

طبق جدول ۴ اثر اصلی جنس بر تمام متغیرهای پژوهش به جز سلامت جسمی عینی و اثر اصلی شغل بر تمام متغیرها و اثر تعاملی شغل و جنس نیز بر درماندگی روانی و هوش هیجانی معنادار است ($F=۷/۳۶۰$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ؛ $F=۴/۰۸۹$ ، $P < ۰/۰۱۹$) اما بر بهبودی روانی، سلامت جسمی ذهنی و سلامت جسمی عینی معنادار نیست. نتایج آزمون تعقیبی توکی حاکی از آن است که در بعد بهبودی روانی تفاوت بین مدیران و اساتید دانشگاه با گروه کارگران و کشاورزان است و در بعد درماندگی روانی تفاوت بین مدیران و اساتید دانشگاه با هر دو گروه کارگران و کشاورزان و کارمندان و دبیران معنادار است.

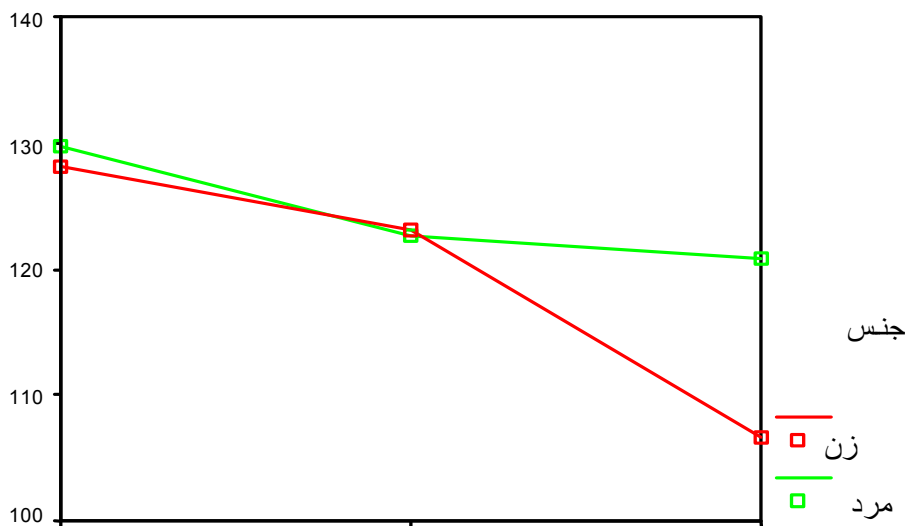
جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری (تأثیر متغیرهای جنس و شغل و اثر تعاملی آن ها بر بهزیستی و درماندگی روانی، هوش هیجانی، سلامت جسمی ذهنی و عینی)

متغیرها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
جنس	بهزیستی روانی	۱	۳۹۵/۲۶۷	۶/۸۴۸	۰/۰۱۰
	درماندگی روانی	۱	۱۵۳۵/۲۰۴	۷/۹۸۲	۰/۰۰۵
	هوش هیجانی	۱	۸۶۲/۶۰۴	۴/۹۰۸	۰/۰۲۸
	سلامت جسمی ذهنی	۱	۸۱/۰۶۷	۱۵/۰۳۴	۰/۰۰۰۱
	سلامت جسمی عینی	۱	۰/۸۵۱	۰/۲۲۲	۰/۶۳۸
شغل	بهزیستی روانی	۲	۷۱۰/۶۴۳	۶/۱۵۶	۰/۰۰۳
	درماندگی روانی	۲	۸۰۹۸/۷۷۵	۲۱/۰۵۴	۰/۰۰۰۱
	هوش هیجانی	۲	۴۷۲۳/۴۶۰	۱۳/۴۰۳۸	۰/۰۰۰۱
	سلامت جسمی ذهنی	۲	۱۲/۳۸۹	۱۱/۶۵۴۳	۰/۰۰۰۱
	سلامت جسمی عینی	۲	۴۷/۱۷۹	۶/۱۵۲	۰/۰۰۳
جنس* شغل	بهزیستی روانی	۲	۱۶۵/۸۹۴	۱/۴۳۷	۰/۲۴۱
	درماندگی روانی	۲	۲۸۳۰/۹۶۵	۷/۳۶۰	۰/۰۰۱
	هوش هیجانی	۲	۱۴۳۷/۳۶۵	۴/۰۸۹	۰/۰۱۹
	سلامت جسمی ذهنی	۲	۲/۱۹۸	۲/۰۴۹	۰/۱۳۳
	سلامت جسمی عینی	۲	۲۰/۶۲۸	۲/۶۸۹	۰/۰۷۱

در مورد متغیر هوش هیجانی تفاوت هر سه گروه با هم معنادار است. به این صورت که هوش هیجانی مدیران و اساتید دانشگاه بالاتر از کارمندان و دبیران؛ و هوش هیجانی کارمندان و دبیران بالاتر از کارگران و کشاورزان است. در زمینه سلامت جسمی ذهنی تفاوت بین مدیران و اساتید دانشگاه با هر دو گروه کارگران و کشاورزان؛ و کارمندان و دبیران معنادار است، اما در زمینه سلامت جسمی عینی فقط تفاوت بین مدیران و اساتید دانشگاه با گروه کارگران و کشاورزان معنادار است. اثر تعاملی شغل و جنس بر درماندگی روانی (نمودار ۱) نشان می دهد میانگین نمرات درماندگی روانی دو جنس در دو گروه مدیران و اساتید دانشگاه و کارمندان و دبیران یکسان است، اما نمرات مذکور در زنان کارگر و کشاورز بالاتر از مردان است. در زمینه اثر تعاملی شغل و جنس بر هوش هیجانی (نمودار ۲)، میانگین نمرات مردان به طور معناداری بالاتر از میانگین نمرات زنان در گروه کارگران و کشاورزان است.



نمودار ۱. اثر تعاملی جنس و شغل بر درماندگی روانی



بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که رابطه شغل با بهزیستی و درماندگی روانی، سلامت جسمی ذهنی و سلامت جسمی عینی معنادار است. تفاوت مدیران و اساتید دانشگاه با گروه کارگران و کشاورزان در بعد بهزیستی روانی معنادار و در بعد درماندگی روانی تفاوت مدیران و اساتید دانشگاه با هر دو گروه کارگران و کشاورزان؛ و کارمندان و دبیران معنادار است. به عبارت دیگر مدیران و اساتید دانشگاه در مقایسه با کارگران و کشاورزان از نظر بهزیستی روانی و سلامت جسمی عینی در سطح بالاتری قرار دارند و کارگران و کشاورزان و کارمندان و دبیران درماندگی روانی بالاتری داشتند و سلامت جسمی خود را پائین تر ارزیابی کردند. این یافته ها همسو با نتایج پژوهش های انجام شده در کشورهای صنعتی است (ویلیامسون،^۱ ۲۰۰۰؛ گالو و ماتیوز،^۲ ۲۰۰۳؛ مارموت، ۱۹۹۹؛ ماتیوز، جاگر و هنکوک،^۳ ۲۰۰۶؛ ون، هاوکلی و کاسیوپو،^۴ ۲۰۰۶).

بحث های زیادی در زمینه مکانیسم های علی این ارتباط وجود دارد و مکانیسم علی با توجه به مرحله رشد اقتصادی هر کشور و نیز عوامل فرهنگی- اجتماعی متغیر است. اولاً موقعیت اقتصادی- اجتماعی پایین منجر به عدم دسترسی به مراقبت پزشکی و تأخیر در تشخیص بیماری، کاهش دستیابی به خدمات پزشکی یا درمان ناموفق می شود. تصمیم در زمینه جدی بودن علائم جسمی و پزشکی با منابع فردی و خانوادگی مرتبط است. افراد دارای سطوح درآمد پائین به علائم جسمی خود توجه کمتری دارند. مثلاً کارگری که حقوق او به سختی الزامات اساسی زندگی است را پوشش می دهد علائم جسمی خود را کمتر نیازمند توجهات پزشکی می داند چون برای انجام آزمایش های پزشکی باید مرخصی بگیرد و حقوق یک روز خود را از دست بدهد (فریدمن، ۲۰۰۲). به علاوه برای بیماران موقعیت اقتصادی- اجتماعی پائین مراقبت پزشکی همیشه در دسترس نیست. یکی از مشکلات اصلی آن ها عدم پوشش بیمه یا همکاری پزشک با سیستم بیمه ای است که تمامی هزینه ها را تقبل نمی کند. بنابراین اگر دسترسی به مراقبت امکان پذیر نباشد بیماران از جستجوی مراقبت امتناع می کنند. از سوی دیگر استرس فزاینده یا مواجهه مکرر با خطرات محیطی ناشی از موقعیت شغلی، مشکلات سلامت را افزایش می دهد. همچنین افراد غیرمرفه عادات بهداشتی و رفتاری نادرستی دارند که این عادات سلامت آن ها را در معرض خطر قرار می دهند (ویلیامسون، ۲۰۰۰). ثانیاً سطح سلامت پایین توانایی فرد را برای کار یا مراقبت از خود کاهش می دهد و منجر به کاهش درآمد و نیز افزایش هزینه های

1. Williamson

2. Gallo, & Matthews

3. Matthews, Jagger, & Hancock

4. Wen, Hawkey, & Cacioppo

مراقبت پزشکی می شود که این امر خود منجر به کاهش فرصت پس انداز و افت امکانات اقتصادی می گردد. از سوی دیگر به علت سلامت متغیر ممکن است فرد شغل خود را از دست بدهد (کیم و دوردن،^۱ ۲۰۰۷). همچنین عوامل عمومی نهفته ای وجود دارند که منجر به ارتباط اکولوژیکی بهداشت و سلامت و موقعیت اقتصادی- اجتماعی می شوند. عوامل ژنتیکی هم بر مقاومت در برابر بیماری و هم توانایی کارکردن تأثیر می گذارد (آدامز و همکاران، ۲۰۰۳).

با توجه به ارتباط تنگاتنگ شغل و تحصیلات، نقش واسطه ای تحصیلات نیز کاملاً بدیهی به نظر می رسد. گریزی واگز و اتنر^۲ (۲۰۰۴) نشان دادند که در شریط برابر از نظر زمانی و موقعیتی، افراد تحصیل کرده علائم و نشانه های جسمی کمتری را ابراز کرده و آشفتگی روانی کمتری دارند. گرچه افراد تحصیل کرده روزانه در معرض عوامل استرس زای بیشتری قرار می گیرند اما از نظر شدت و میزان تأثیر، استرس زاهای شدیدتر توسط افرادی که تحصیلات کمتری دارند گزارش می شود، دسترسی به منابع شناختی یعنی دانشی که فرد از طریق آن رفتارهای سالم را بیاموزد و مهارتی که بتواند برای تغییر رفتارهای موجود خود برنامه ریزی کند، از عواملی است که در حفظ رفتارهای سالم و اقدام به موقع برای درمان موثر است. افراد متعلق به سطوح اقتصادی- اجتماعی پائین نسبت به بیماران دارای موقعیت اقتصادی - اجتماعی و تحصیلات بالاتر اطلاعات اندکی در مورد بیماری دارند و به احتمال زیاد رابطه طولانی مدت با یک پزشک را حفظ نمی کنند (گالو و ماتیوز، ۲۰۰۳). سطح تحصیلات پائین با رفتارهایی مانند مصرف سیگار، رژیم غذایی پرچرب سبک زندگی کم تحرک که همگی برای سلامت مضرند، مرتبط است (برانون و فسیت، ۲۰۰۴). در نهایت عوامل فرهنگی- اجتماعی به خصوص تفاوت های ادراک شده در فرصت ها با تفاوت بین حالات ادراک شده و واقعی را توجیه می کند. در افراد متعلق به موقعیت اقتصادی- اجتماعی پائین حس قربانی بودن ممکن است واسطه ارتباط بین سلامت ذهنی و موقعیت اقتصادی- اجتماعی فرد قرارگیرد (فرنزینی و فرناندز اف اسکوتر،^۳ ۲۰۰۶). سطوح پائین تر محیط کاری استرس زا بوده و توان فرد را برای کنترل استرس کاهش می دهد، در حالی که تمایل به شناخت ها و عواطف منفی را افزایش می دهد. از سوی دیگر، پذیرش اجتماعی برای بقاء انسان ضروری است و پذیرش توسط گروه مستلزم آن است که رفتار افراد مطابق قوانین اجتماعی باشد. اگر کسی نتواند قوانین گروه را به خوبی تشخیص داده و از آن ها پیروی کند، در خطر محرومیت اجتماعی با

1. Kim, & Durden

2. Grzywacz, & Etnner

3. Frenzini, & Fernandez F-squer

پیامد های فاجعه بار آن قرار می گیرد. بنابراین مسأله احساس شرم و حقارت و مکانیسم عمل آن مطرح می شود (روی^۱، ۲۰۰۴).

طبق یافته های این پژوهش تفاوت هوش هیجانی هر سه گروه با هم معنادار بود، و افزایش سلسله مراتبی هوش هیجانی به ترتیب زیر مشاهده شد: کارگران و کشاورزان، کارمندان و دبیران، مدیران و اساتید دانشگاه. این یافته ها همسو با نتایج پژوهش های پیشین (ساکلوفسک، اوستین، گالووی و دیویدسون^۲، ۲۰۰۷؛ شاته و همکاران، ۲۰۰۷؛ گریلی^۳، ۲۰۰۵؛ گوئینلن^۴، ۲۰۰۷) است. در تبیین احتمالی این نتایج می توان به موارد زیر اشاره کرد: اولاً سطح بالای هوش هیجانی افراد را آماده می کند به طریقی فکر و عمل کنند که به تجارب عاطفی مثبت منتهی و مانع تجارب عاطفی منفی شود. قوانین سازمانی اغلب مستلزم ابراز عواطف مثبت و سرکوب عواطف منفی است. بنابراین انتظار می رود افراد دارای هوش هیجانی بالا آمادگی ابراز عواطف مذکور و سازگاری با قوانین سازمانی و عملکرد شغلی خوبی را داشته باشند. ثانیاً چون هوش هیجانی شامل همدلی و کفایت در مدیریت عواطف خود و دیگران است، برای کارمندان با هوش هیجانی بالا راحت تر است که عواطف دلخواه را در دیگران ایجاد کنند. بنابراین کمتر با عواطف منفی دیگران مواجه می شوند. ثالثاً زمانی که با استرس شغلی مواجه می شوند، توانایی بالای آن ها در مدیریت عواطفشان، آن ها را ترغیب می کند تا کاملاً درگیر کار شوند و این امر عدم تطابق عاطفی را کاهش می دهد (میکولجczak، منیل و لومینت^۵، ۲۰۰۷). افراد دارای هوش هیجانی بالا سبک های مقابله مساله مدار بیشتری را به کار می گیرد. هوش هیجانی خود تنظیم گری موفق را جهت دستیابی به نتایج دلخواه تسهیل می کند (ساکلوفسک و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهش ها نشان می دهند که افراد دارای هوش هیجانی بالا نوعاً خلق مثبت تری دارند و بهتر می توانند خلق مطلوب را بعد از ایجاد حالت خلقی منفی، بازسازی کنند. هوش هیجانی همانند سپری عمل می کند و باعث ایجاد خلق سالم تر، راه های سازگاران تر تعبیر محیط اطراف و دریافت حمایت اجتماعی بهتر جهت تعدیل اثرات استرس های محیطی می شود (براون و شاته^۶، ۲۰۰۶). در کل با توجه به مطالب عنوان شده و با توجه به همپوشی هوش هیجانی، هوش شناختی و جنبه هایی از شخصیت، انتظار می - رود افراد دارای هوش شناختی بالاتر (که در تحصیلات نمود پیدا می کند) دارای هوش هیجانی بالاتر

-
1. Roy
 2. Saklofske, Austin, Galloway, & Davidson
 3. Grili
 4. Guinlan
 5. Mikolajczak, Menil, & Luminet
 6. Brawn, & Schutte

نیز باشند. بدیهی است این افراد به علت کفایت های روانی- اجتماعی بهتر قادرند به تعهدات شغلی خود عمل کنند و به سطوح شغلی بالاتر اجتماع ارتقا یابند.

نتایج پژوهش نشان داد که جنس با بهزیستی و درماندگی روانی، هوش هیجانی و سلامت جسمی ذهنی رابطه دارد. یافته قابل توجه در این پژوهش تفاوت معنادار دو جنس در درماندگی روانی و هوش هیجانی در گروه شغلی کارگران و کشاورزان است. به این معنا که درماندگی روانی زنان بالاتر از مردان و هوش هیجانی مردان بالاتر از زنان در این گروه بود. نتایج پژوهش های دیگر برخی ارتباط بین شاخص های موقعیت اقتصادی- اجتماعی و سلامت جسمی و روانی را در زنان قوی تر از مردان گزارش کرده اند (دالی و ویلیامز، ۲۰۰۲؛ اسپون، ۲۰۰۲؛ سایت، کر و ونگ، ۲۰۰۸)^۲، اما برخی دیگر تفاوت های جنسی را به نفع زنان گزارش نموده اند (ترستون و همکاران، ۲۰۰۵، نقل از اسمیت و گولدمن، ۲۰۰۷)^۳. در تبیین این یافته می توان به تعهدات متعدد شغلی، مادرانه و خانوادگی زنان و نقش های چندگانه آن ها به واسطه اشتغال و آثار تجمعی استرس های ناشی از الزامات همزمان چند نقش (مادرگری، همسری و حرفه ای) و عدم حمایت های اجتماعی لازم اشاره کرد که این امر در رده های شغلی پائین برجسته تر می شود. همچنین زنان در مقایسه با مردان دارای سبک های اسنادی آسیب پذیرتری هستند. آن ها کمتر از مردان به موقعیت اهمیت داده و به احتمال زیاد به خاطر شکست خود را سرزنش و در نتیجه بیشتر از مردان احساس درماندگی می کنند (یونسی، رضالو، موسوی و صدرالسادات، ۱۳۸۳). همچنین جامعه پذیری شغلی اثرات متفاوتی بر زنان و مردان دارد (بار-ان و همکاران، ۲۰۰۰).

یافته دیگر، هوش هیجانی بالاتر مردان را در گروه شغلی کارگران و کشاورزان نشان می دهد. این نتیجه در تناقض با یافته های پژوهش های انجام شده در کشورهای دیگر (شاته و همکاران، ۲۰۰۷) و پژوهش بنی هاشمیان (۱۳۸۵) مبنی بر هوش هیجانی بالاتر در موقعیت های شغلی بالاتر است. به نظرمی رسد موقعیت شغلی و تحصیلات، تفاوت های بین هوش هیجانی زنان در مشاغل مختلف را تبیین کند. تعهدات و مسئولیت های متعدد زنان، استرس شغلی بیشتر، کنترل کمتر، تبعیض جنسی و موقعیت اقتصادی- اجتماعی پائین تر می توانند منجر به آشفتگی روانی و افزایش عواطف منفی در کارگران و کشاورزان زن شود. همچنین عوامل مذکور در کنار سطح پایین تحصیلات در این گروه می- تواند ابراز عواطف و تعبیر احساسات دیگران را تحت تاثیر قرار دهد. اما این احتمال به دلیل عدم وجود یافته های پژوهشی قابل استناد، قطعیت ندارد و یافته پژوهش ما بر اساس عوامل فرهنگی- اجتماعی

-
1. Schoon
 2. Sit, Kerr, & Wong
 3. Smith, & Goldman

جامعه ایران و بر اساس نتایج پژوهش هایی که به طور خاص و در مقیاس وسیعتر رابطه هوش هیجانی، مشاغل مختلف و جنس را بررسی کنند، تبیین خواهد شد.

با استفاده از نتایج پژوهش حاضر و پژوهش هایی از این دست می توان با شناخت رابطه عوامل شخصیتی و روانی- اجتماعی با مشاغل، در جهت ارتقاء سلامت نیروی کار در سازمان ها و ادارات، انتخاب نیروی کار متناسب با حرفه مورد نظر و در نتیجه افزایش بهره وری نیروی انسانی گام برداشت و سیاستگذاری های مناسبی را در زمینه ارائه برنامه های پیشگیرانه در سازمان ها و ادارات و در جهت ارتقاء کارآمدی شغلی به عمل آورد.

نتایج پژوهش حاضر به علت محدود بودن جامعه پژوهش به استان زنجان و مشاغل دولتی قابل تعمیم به استان های دیگر و کل کشور و مشاغل خصوصی نیست. در این پژوهش تنها به بررسی رابطه شغل به عنوان شاخص موقعیت اقتصادی- اجتماعی با سلامت و هوش هیجانی پرداخته شد. بدیهی است شاخص های دیگر موقعیت اقتصادی- اجتماعی و عوامل دیگر از جمله حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی و نظایر آن نیز با سلامت و هوش هیجانی رابطه دارند که بررسی آن ها فرصت و مجال دیگری را می طلبد. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و محدودیت های مذکور، انجام پژوهش های مشابه در استان های دیگر و در سطح ملی می تواند راه گشای تعیین شاخص های مرتبط با سلامت و هوش هیجانی در مشاغل مختلف باشد. با توجه به عدم وجود پیشینه داخلی در زمینه رابطه هوش هیجانی با مشاغل و تفاوت های جنسی، امید می رود پژوهش های آینده برطرف کننده ابهام موجود باشند.

منابع

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). *فصلنامه دانشور رفتار*، ۱۶، ۱۶-۱۱.

بنی هاشمیان، کوروش. (۱۳۸۵). *رابطه هوش هیجانی و کارآمدی مدیران مدارس*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.

دارابی، لیلا. (۱۳۸۴). *بررسی مقایسه ای هوش عاطفی بر کامیابی مدیران مالی و غیر مالی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه الزهرا. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.

هالز، دیان. (۱۳۸۲). *رهنمودهای سلامت زیستن*. ترجمه الهه میرزایی و سید علی احمدی ابهری، تهران: فروردین.

یونسی، سیدجلال، رضالو، علی اکبر، موسوی، اشرف السادات، و صدرالسادات، سید جلال. (۱۳۸۳). نقش بازآموزی اسنادی بر سبک های اسنادی زوج های ناسازگار و افزایش رضامندی زناشویی آنان. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۱۶، ۱۷، ۱۱۲-۱۰۱.

- Adames, P. M. D., Hurd, M. D., McFadden, D., Merrill, A., & Ribeiro, T. (2003). Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct casual paths between health and socioeconomic status. *Journal of Econometrics*, 112, 3-5.
- Augusto Landa, J. M., Lopez-Zofra, E., Berrios Martos, M. P., & Aguilar-Luzon, M. C. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress, and health in nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 18, 152-157.
- Austain, E., Saklofske, D. H., & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.
- Bar-on, R., Brawn, J. M., Kirkaldy, B. D., & Thome, E. P. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress: an application of the emotional quotient inventory. *Personality and Individual Differences*, 28, 1107-1118.
- Benyamini, Y., & Solomon, Z. (2005). Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, cumulative life stress, and physical health. *Social Science & Medicine*, 61, 1267-1277.
- Besharat, M. A. (2007). Psychometric properties of Farsi version of the Emotional Intelligence Scale-41 (FEIS-41). *Personality and Individual Differences*, 43, 991-1000.
- Boardman, L. D. (2004). Stress and physical health: the role of neighborhoods as mediating and moderating mechanisms. *Social Science & Medicine*, 58, 2473-2483.
- Brawn, R. F., & Schutte, N. C. (2006). Direct and indirect relationship between emotional intelligence and subjective fatigue in university students. *Journal of Psychometric Research*, 60, 585-593.
- Broinnon, L., & Feist, J. (1997). *Health Psychology. An introduction to Behavior and Health*. (3rd Ed.). Brooks, Cole Publishing Company.
- Daley, M. C., & Williams, P. R. (2002). Optimal indicators of socio-economic status for health research. *American Journal of Pubic Health*, 92 (7), 1151-1157.
- Deborah, A., & Blackman, S. (2000). Emotional intelligence at work. Book Reviews and Review Briefs. <http://www.elsevier.com/healthplace>
- Frenzini, L., & Fernandez F-squer, M. E. (2006). The association of subjective social status and health in low income Mexican- origin individuals in Texas. *Social Science & Medicine*, 63, 788-804.
- Frideman, H. S. (2002). *Health psychology (2nd Ed.)*. New Jersey Pearson Education, INC.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129 (1), 19-51.
- Greven, C., Chamorro-Premuzic T., Arteche, A., & Furnham, A. (2008). A hierarchical integration of dispositional determinants of general health in students: The Big Five, trait Emotional Intelligence and humour style. *Personality and Individual Differences*, 44, 1562-1573.
- Grili, V. (2005). Disturbed eating attitudes, coping styles and subjective quality of life in adolescents with type I diabetes. *Journal of Psychometric Research*, 59, 65-72.

- Grzywacz, J. G., & Ettner, S. L. (2004). Socioeconomic status and health: a micro level analysis of exposure and vulnerability to daily stressors. *Journal of Health And Social Behavior*, 45 (1), 1-16.
- Guinlan, M. (2007). Organizational restructuring/ downsizing, OHS regulation and worker health and well-being. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 385-399.
- Kim, T., & Durden, E. (2007). SES and age trajectories of health. *Social Science and Medicine*, 65, 2489-2502.
- Koppel, S., & Mc Guffin, P. (1999). Socioeconomic factors that predict psychiatric admissions at a local level. *Psychological Medicine*, 29(5), 1235-1241.
- Marmot, M. (1999). Epidemiology of Socioeconomic Status and Health: are determinants within countries the same as between countries? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 16-29.
- Matthews, R. J., Jagger, C., & Hancock, R. M. (2006). Does socio- economic advantage lead to a longer, healthier old age? *Social Science and Medicine*, 62, 2489-2499.
- Mikolajczak, M., Menil, C., & Luminet, Q. (2007). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress: exploration of emotional labor processes. *Journal of Research in Personality*, 41, 1107-1117.
- Roy, J. P. (2004). Socioeconomic status and health: a neurobiological perspective. *Medical Hypotheses*, 62, 222-227.
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Galloway, J., & Davidson, K. (2007). Individual correlates of health- related behaviors: preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 47, 421-502.
- Sarafino, E. P. (2003). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, 4th Ed. John Wiley & Sons, INC.
- Schoon, I. (2002). The long-term influence of socioeconomic disadvantage on the psychological adjustment of women. <http://www.ScienceDirect.com>
- Shutte, N. C., Malnuff, 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, 921-933.
- Sit, C. H. P., Kerr, J. H., & Wong, I. J. F. (2008). Motives for and barriers to physical activity participation in middle- aged Chinese women. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 266-283.
- Smith, K. U., & Goldman, N. (2007). SES differences in health among older adults In Mexico. *Social Science & Medicine*, 65, 1372-1385.
- Thumboo, J., Fong, K. Y., & Machine, D. (2003). Quality of life in an urban Asian population: the impact of ethnicity and socio- economic status. *Social Science & Medicine*, 56, 1761-1772.
- Wen, M., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2006). Objective and perceived neighborhood environment, individual SES and psychosocial factors, and self- rated health: An analysis of older adults in cook country, Illinois. *Social Science and Medicine*, 63, 2575-2590.
- Williamson, D. L. (2000). Health behaviors and health: evidence that the relationship is not conditional on income adequacy. *Social Science and Medicine*, 50, 1741-1754.

مقایسه هوش هیجانی، سلامت روانی و

Wong, C. S., & Law, K. S. (2002). The effect of leader and follower emotional intelligence on performance and attitudes: an exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13, 243-274.