

«فصلنامه علوم تربیتی»

سال پنجم - شماره ۱۹ - پاییز ۱۳۹۱

ص. ص. ۱۲۷-۱۴۱

## رابطه هوش هیجانی مدیران با خودکارآمدی و سلامت روانی آنان

دکتر جعفر بیگزاد<sup>۱</sup>

دکتر اسداله خدیوی<sup>۲</sup>

دکتر علیرضا حسین پورسنبل<sup>۳</sup>

راحله محمدنژاداصل<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۳/۱۷

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۰۷/۱۲

### چکیده

هدف مقاله حاضر بررسی رابطه هوش هیجانی مدیران با خودکارآمدی و سلامت روانی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنجگانه تبریز می‌باشد. در این پژوهش هوش هیجانی براساس نظریه دانیل گلن در چهار بعد؛ خودآگاهی، خودمدیریتی، خودآگاهی اجتماعی، و مدیریت رابطه و خودکارآمدی براساس نظریه شرر و مادوکس و سلامت روانی براساس نظریه گلدبرگ در چهار بعد؛ علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی، و افسردگی مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر مدیران مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنجگانه تبریز به تعداد ۶۱۱ نفر می‌باشد. حجم نمونه‌ی آماری براساس فرمول کوکران ۲۳۸ نفر برآورد شده است. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای می‌باشد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر پرسشنامه می‌باشد. روایی پرسشنامه به صورت صوری و با استفاده از نظرات اساتید و کارشناسان مورد تأیید است. پایایی پرسشنامه با آزمون آلفای کرونباخ برای سؤال‌های هوش هیجانی و خودکارآمدی و سلامت روانی پرسشنامه به ترتیب با اعتبار ۰/۸۳۲ و ۰/۷۶۴ و ۰/۷۸۷ مورد تأیید قرار گرفته است. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون  $t$  پیرسون استفاده شده است. نتایج حاصل بیانگر آن است که بین هوش هیجانی مدیران با خودکارآمدی و سلامت روانی آنان در مدارس مقاطع سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنجگانه تبریز رابطه معنی‌داری وجود دارد.

**واژگان کلیدی:** هوش هیجانی<sup>۱</sup>، خودکارآمدی<sup>۲</sup>، سلامت روانی<sup>۳</sup>، مدیران مقاطع سه‌گانه تحصیلی<sup>۴</sup>.

۱. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، گروه مدیریت دولتی، بناب، ایران.

۲. استادیار دانشگاه فرهنگیان تبریز، گروه علوم تربیتی، تبریز، ایران.

۳. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد میانه، گروه مدیریت دولتی، میانه، ایران.

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت دولتی.

1. Emotional intelligence
2. Self- efficacy
3. Mental health
4. Three levels of school Managers

## مقدمه

با عنایت به این که آموزش و پرورش به عنوان اساس و زیربنای توسعه فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی هر جامعه است و از آنجایی که بخش قابل توجهی از فعالیت‌های آموزش و پرورش در مدارس صورت می‌گیرد، مدارس به عنوان یک نظام اجتماعی حساس و مهم، از جایگاه خاصی برخوردارند. مدارس در صورتی خواهند توانست وظیفه‌ی خطیری را که بر دوش آنهاست به نحو احسن انجام دهند که سازمان‌های سالم و پویایی باشند. مدارس سالم، خواهان مدیرانی بانفوذ هستند، مدیران این مدارس لازم است با ویژگی‌های سازمان سالم آشنایی کامل داشته باشند و خود افرادی برخوردار از احساس خودکارآمدی قوی و سلامت روانی بالا باشند. زیرا، علاوه بر تأثیر الگویی مسئولین مدرسه بر رفتار دانش‌آموزان، نوع ارتباطی که با دانش‌آموزان برقرار می‌کنند می‌تواند سودمند یا برعکس مخل بهداشت روانی دانش‌آموزان باشد؛ و این امر سبب ایجاد جو روانی مناسب و روابط انسانی مطلوب، تحقق اهداف آموزشی، افزایش اثربخشی و کارایی مدیران، تعهد نسبت به کار خود، رشد مهارت‌ها و امنیت عاطفی خواهد شد.

بدون تردید هر مدرسه ای که به دنبال کسب نام و اعتبار است، آرزو دارد که معلمان و دانش‌آموزان به درستی و با کیفیت بالایی فرآیند تدریس و یادگیری را براساس انتظارات و اهداف آموزشی دنبال نمایند و در این میان مدیران آموزشی در نقش رهبری، تأثیر بسیاری در ایجاد جو روانی مناسب و برقراری روابط انسانی مطلوب و نهایتاً تحقق اهداف آموزشی مدارس دارند.

در حوزه روان‌شناسی ریشه‌های تئوری هوش هیجانی به آغاز نهضت هوش هیجانی باز می‌گردد. ای. ال. ثرندایک<sup>۱</sup>، استاد روان‌شناسی آموزشی در کالج معلمین دانشگاه کلمبیا یکی از اولین کسانی بود که جنبه‌هایی از هوش هیجانی را تحت عنوان هوش اجتماعی مطرح کرد (فاطمی، ۱۳۸۸، ۳۹). سالووی و مایر<sup>۲</sup> (۱۹۹۰): «هوش هیجانی نوعی هوش اجتماعی است که با توانایی نظارت بر هیجانات خود و دیگران، تشخیص آنها و استفاده از اطلاعات برای راهنمایی اعمال و تفکر خود، سر و کار دارد». بار-آن<sup>۳</sup> معتقد است؛ افرادی که دارای هوش هیجانی بالا هستند، عموماً در برخورد با خواست‌ها و فشارهای محیطی عملکرد موفقیت آمیزتری دارند. او همچنین معتقد است که نقص و نارسایی در هوش هیجانی می‌تواند بعنوان عدم موفقیت و وجود مشکلات هیجانی معنی شود. او به صورت کلی معتقد است که هوش هیجانی و هوش شناختی به طور مساوی و برابر بر هوش عمومی تأثیر می‌گذارد (زهراکار، ۱۳۸۶، ۹۱-۹۲). هوش هیجانی را توانایی درک و فهم عواطف به منظور ارزیابی افکار و خلق و خو تنظیم آنها به گونه‌ای که موجب تعالی و رشد عقلی و عاطفی گردد تعریف کرده‌اند (حسینی‌نسب و محمدی، ۱۳۸۸، ۱۳۰). برادبری و همکاران هوش هیجانی را توانایی، استعداد و مهارت شناسایی، ارزیابی و اداره‌ی

1. Thorndike
2. Salovey & Mayer
3. Bar- on

احساسات خود فرد در برخورد با دیگران و گروه‌ها تعریف می‌کنند (حنیفی و جویباری، ۱۳۸۹، ۳۲). بار-آن هوش هیجانی را این‌گونه تعریف می‌نماید: «مجموعه‌ای از توانایی‌ها، قابلیت‌ها و مهارت‌های غیرشناختی که بر توانایی شخص در کنار آمدن با مشکلات و فشارهای محیطی تأثیر می‌گذارد» (حسینی فاطمی و همکاران، ۱۳۸۹، ۴). کوپر مدل چهارگانه‌ای را برای هوش هیجانی ارائه داد که شامل: سواد هیجانی، عمق و ژرفای هیجانی، تناسب یا صلاحیت هیجانی و معجزه هیجانی است (سبحانی‌نژاد و یوزباشی، ۱۳۸۷، ۲۸). گلמן<sup>۱</sup> هوش هیجانی را به عنوان ظرفیت بازشناسی احساسات خود و دیگران، برانگیختن خود و مدیریت صحیح هیجانات خود در روابط مختلف با سایر افراد تعریف می‌کند (رهنما و عبدالملکی، ۱۳۸۸، ۵۷). گلמן هوش هیجانی را مشتمل بر چهار بعد می‌داند: ۱. خودآگاهی: توانایی در شناسایی دقیق هیجان‌های خود و آگاهی از آنها به هنگام تولید؛ ۲. خودمدیریتی: توانایی در به کارگیری آگاهی از هیجان‌ها به منظور انعطاف‌پذیر ماندن و رفتارها را مثبت هدایت کردن؛ ۳. خودآگاهی اجتماعی: توانایی در تشخیص دقیق هیجان‌های دیگران و درک اینکه دقیقاً چه اتفاقی در حال روی دادن است؛ ۴. مدیریت رابطه: توانایی در بکارگیری آگاهی از هیجان‌های دیگران به منظور موفقیت در کنترل و مدیریت تعامل‌ها (حسن‌زاده، ۱۳۸۶، ۲۱۹).

بندورا<sup>۲</sup> روان‌شناس کانادایی در سال ۱۹۷۷ برای اولین بار مفهوم خودکارآمدی را مطرح ساخت و در نظام بندورا منظور از نظام 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 (فشارکی و همکاران، ۱۳۸۹، ۲۶۳). پن تریچ و شانک<sup>۳</sup> معتقدند که خودکارآمدی یک متغیر حیاتی و اساسی در یادگیری، عملکردهای اجتماعی-شناختی، مهارت‌های حرکتی، انتخاب راهبردها و رفتارهاست. آنها معتقدند که مهارت‌های آموخته شده زمانی می‌توانند به صورت عملکرد درآیند که فرد برانگیخته شود یا از انگیزه‌ی کافی برای عمل کردن و نشان دادن آن یادگیری‌ها برخوردار باشد (حسین چاری، ۱۳۸۶، ۸۹). افراد دارای خودکارآمدی بالا از احساس شایستگی، انگیزش درونی، قدرت انتخاب و تعهد به اهداف و پشتکار در برابر تکالیف چالش‌انگیز در سح بالاتری از افراد دارای خودکارآمدی پایین قرار می‌گیرند (کمالی زارچ و همکاران، ۱۳۸۵، ۱۸۶). خودکارآمدی، روی میزان استقامت، تعهد و تلاش برای دستیابی به هدف، اثر می‌گذارد و اینکه ما معیارهای رفتارمان را تا چه اندازه‌ای درست برآورد کرده باشیم احساس خودکارآمدی ما را تعیین می‌کند. خودکارآمدی پایین، می‌تواند انگیزه را نابود کند، آرزوها را کم کند، با توانایی‌های شناختی تداخل کرده و تأثیر نامطلوبی بر سلامت جسمانی بگذارد (خوشنویسان و افروز، ۱۳۹۰، ۷۴). هنگامی که افراد بر این باور باشند که قابلیت‌ها و توانایی‌های لازم برای انجام کار یا فعالیتی را دارند، برای انجام آن تکلیف وقت بیشتری

1. Golman
2. Bandura
3. Penn Trych and SHank

صرف نموده و در نهایت به نتایج بهتری دست پیدا خواهند کرد (زینلی پور و همکاران، ۱۳۸۸، ۱۵). خودکارآمدی عبارت است از قضاوت یک شخص درباره‌ی توانایی‌اش برای انجام یک فعالیت خاص (Jose & etal, 2011, p. 171). خودکارآمدی قضاوت شخص در مورد توانایی خود برای سازماندهی کردن و انجام دادن فعالیت‌هایی است که نیاز به دست یافتن سطح معینی از عملکرد را دارد (Tao Tai, 2006, p. 53). خودکارآمدی درجه‌ای از احساس تسلط فرد در مورد توانایی‌اش برای انجام فعالیت‌های خاص می‌باشد (مسعودی و همکاران، ۱۳۸۷، ۹۷-۹۸). به نظر شرر و مادوکس<sup>۱</sup> خودکارآمدی ادراکی است که فرد تصور می‌کند می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی رفتارهای لازم را برای ایجاد یک پیامد مطلوب و خوشایند انجام دهد. شرر و مادوکس خودکارآمدی را در قالب سه بعد مطرح کرده ولی عوامل و گویه‌های آن را مشخص نکرده‌اند که این ابعاد عبارتند از: ۱. میل به آغازگری رفتار ۲. میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف ۳. مقاومت در رویارویی با موانع (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۸، ۱۱۲). باورهای خودکارآمدی افراد، می‌توانند بوسیله چهار منبع اصلی مؤثر ایجاد و تقویت شوند که این منابع عبارتند از: ۱. تجارب مستقیم (شخصی): مؤثرترین روش بواسطه «تجارب مستقیم» است. موفقیت‌های افراد، باوری نیرومند در کارآمدی شخصی افراد ایجاد می‌کنند، در حالی که شکست‌ها، آنان را ویران می‌سازند؛ بویژه اگر این شکست‌ها قبل از پابرجایی قوی خودکارآمدی رخ دهند. ۲. تجارب جانشینی: این تجارب توسط الگوهای اجتماعی بدست می‌آید. دیدن افراد مشابه با کسب موفقیت‌های آنان باعث تلاش بیشتر و برانگیختگی آنان شده و توانایی لازم جهت تسلط بر موانع را یافته و موفق می‌شوند. ۳. اقناع کلامی: افرادی که بصورت شفاهی تشویق می‌شوند زمانی که توانایی تسلط بر فعالیت‌ها را دارند، باعث تلاش و تحمل بیشتر آنان می‌شود. ۴. داوری توانایی خود: خلق مثبت باعث افزایش خودکارآمدی شده و خلق محزون، معکوس عمل کرده و باعث کاهش خودکارآمدی می‌شود. کاهش واکنش تنیدگی افراد و تفسیر نادرست حالات هیجانی در تغییر و اصلاح باورهای خودکارآمدی تأثیر دارند (Jerusalem and Klein Hessling, 2009, p. 331).

سلامت از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار نقش حیاتی دارد. مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و... می‌باشد (عبدی ماسوله و همکاران، ۱۳۸۶، ۶۵). یکی از مهمترین دلایل اهمیت بررسی بهداشت روانی، شیوع بالا، ناتوان کننده و بسیار شدید و طولانی بعضی از اختلالات روانی است، به طوری که طبق گزارش مجامع علمی، حدود نیم میلیارد نفر از مردم دنیا از اختلالات روانی و مغزی رنج می‌برند و میلیون‌ها فراموش شده، درد و رنج خود را پشت دیوارهای ناامیدی نه تنها درسکوت و انزوا، بلکه در احساس شرمساری، محرومیت و مرگ تحمل می‌کنند که تبعات آن می‌تواند گریبان‌گیر جوامع انسانی شود و روند رو به پیشرفت جوامع را مختل سازد (شریفی و

همکاران، ۱۳۸۹، ۱۲۶). سلامت روانی عبارت است از سازش فرد با جهان اطرافش با حد اکثر امکان به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و مؤثر به طور کامل شود (شیرانی و همکاران، ۱۳۸۸، ۱۲۵). عدم سلامت روانی از پیشرفت و اعتلای فرد و همچنین توانایی انجام اعمال و وظایفی که بر عهده وی می باشد جلوگیری خواهد نمود و خود این امر باعث اختلال در سلامت و پیشرفت جامعه و عواقب ناشی از آن خواهد شد (Rashidi, 2001). و نتیز<sup>۱</sup> سلامت روان را وابسته به هفت ملاک می داند که عبارتند از: رفتار اجتماعی مناسب، رهایی از نگرانی و گناه، فقدان بیماری روانی، کفایت فردی و خودمهارگری، خویشتن پذیری و خودشکوفایی، توحید یافتگی و سازماندهی شخصیت، گشاده نگری و انعطاف پذیری (مطهری، ۱۳۸۵، ۱۲). تحقیقات آلپورت<sup>۲</sup> حاکی از آن است که شخصیت سالم به وسیله «روابط گرم با دیگران»، «ادراک واقع بینانه»، «رشد مهارت ها»، «امنیت عاطفی»، «تعهد نسبت به کار خود»، «عینیت بخشی و یک فلسفه وحدت بخش برای زندگی» مشخص می شود (رشیدی و همکاران، ۱۳۸۹، ۵۱). کامئو<sup>۳</sup> سلامت روانی را به جنبه های زیر تقسیم کرده است: بهبود فردی، فقدان اضطراب، فقدان نشانه های ناتوانی، ظرفیت برقراری ارتباط با دیگران، ظرفیت مقابله با مشکلات روزمره و فشارهای زندگی (فرح بخش و ستار، ۱۳۸۵، ۴۴۵-۴۴۶). براون و هریس<sup>۴</sup> چهار عامل را مطرح می کنند که حتی در صورت وجود عوامل مستعد کننده افسردگی و وجود رویدادهای مربوط به فقدان، از ایجاد افسردگی جلوگیری می کنند. این عوامل عبارتند از: وجود روابط صمیمانه با همسر یا زوج، داشتن یک شغل تمام وقت یا نیمه وقت، حضور کمتر از سه فرزند در منزل، وجود تعهدات جدی مذهبی (شعاع کاظمی، ۱۳۸۸، ۶۰). گلدبرگ<sup>۵</sup> چهار مؤلفه اساسی به شرح علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را مد نظر قرار می دهد و معتقد است؛ افرادی که دارای این چهار نوع اختلال می باشند یا به طور خفیف، متأثر از آن هستند؛ از سلامت روانی لازم برخوردار نیستند. ابعاد سلامت روانی از نظر گلدبرگ عبارت است از: ۱. علائم جسمانی: شامل احساس افراد نسبت به وضع سلامت و احساس خستگی آنهاست و نشانه های بدنی را دربر می گیرد. این زیر مقیاس دریافت های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی های هیجانی همراه اند، شناسایی می کند؛ ۲. اضطراب و بی خوابی: شامل مواردی است که مشخص می کند افراد تا چه میزان با اضطراب و بی خوابی مواجه اند (اویسی و همکاران، ۱۳۸۶، ۴۴)؛ ۳. اختلال در کارکرد اجتماعی: توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، داشتن قدرت تصمیم گیری، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن در زندگی و لذت بردن از فعالیت های روزمره مورد بررسی قرار می گیرد؛ ۴. افسردگی: علائم ویژه افسردگی از جمله: احساس ناامیدی، احساس بی ارزش بودن

1 . Ventyz

2 . Allport

3 . Kammeo

4 . Brown and Harris

5 . Goldberg

زندگی، داشتن افکار خودکشی و آرزوی مردن، احساس بی ارزشی و ناتوانی در انجام کارها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (تقوی، ۱۳۸۷، ۵).

پژوهش‌های خارجی و داخلی انجام شده قبلی که تا حدودی مرتبط با موضوع این پژوهش است، به شرح زیر است:

سلاسکی و کارت وایت<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) معتقدند هوش هیجانی عامل مهمی در تعیین موفقیت‌های زندگی و سلامت روانی است چون بر توانایی افراد برای مقابله مؤثر با فشارها و تقاضاهای محیطی اثر می‌گذارد.

ساموئل<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) پژوهشی با هدف بررسی روابط میان هوش هیجانی و خودکارآمدی در تأثیر نگرش‌های معلمان دوره‌ی دبیرستان در جنوب غربی نیجریه انجام داده است. نتایج حاکی از آن است که هوش هیجانی و خودکارآمدی معلمان منجر به ارتقاء و بهبود نگرش‌های کاری آنها می‌شود.

پژوهش راتی و راستوگی<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) نشان داد که هوش هیجانی، رابطه مثبتی با خودکارآمدی شغلی دارد و از پیش‌بین‌های مهم آن به شمار می‌رود. همچنین افراد دارای هوش هیجانی بالا در مقایسه با افراد دارای هوش هیجانی پایین، کارمندان کارآمدتری هستند.

مویر و الیور<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) نشان دادند که هوش هیجانی رابطه مثبتی با خودکارآمدی دارد و هر دو متغیر قابلیت پیش‌بینی یکدیگر را دارند. براساس این یافته افراد دارای هوش هیجانی بالا در مقایسه با افراد دارای هوش هیجانی پایین در همه‌ی موقعیت‌ها عملکرد بهتری دارند.

جرسالم و کلین حسلینگ<sup>۵</sup> (۲۰۰۹) پژوهشی با عنوان ارتقای سلامت روانی در مدارس از طریق تقویت خودکارآمدی در کشور آلمان مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان دادند که فردسازی وظایف و کارکردهای مورد نیاز و بازخورد کارایی، به خوبی از معلمین پشتیبانی و حمایت می‌کند و همچنین از معیارهای ارزیابی که برای خودکارآمدی دانش‌آموزان در مدارس مفید است پشتیبانی یا حمایت می‌نماید.

یاریاری و همکاران (۱۳۸۵) به این نتیجه رسیدند که بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با سلامت روانشناختی رابطه وجود دارد، یعنی افراد با سطح هوش هیجانی بالا و منبع کنترل درونی از سلامت روانشناختی بهتری برخوردارند.

سلیمانی و علی بیگی (۱۳۸۸) به این نتیجه رسیدند که بین هوش هیجانی مدیران و خودکارآمدی آنان رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد.

- 
1. Slaski & Cartwright
  2. Samuel
  3. Rathi and Rastogi
  4. Moura & Olivier
  5. Jerusalem and Klein Hessling

احدی و همکاران (۱۳۸۸) معتقدند؛ بین هوش هیجانی و خودکارآمدی با رضایت از زندگی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد.

بنی‌هاشمیان و همکاران (۱۳۸۹) معتقدند؛ سلامت عمومی با هوش هیجانی رابطه مثبت دارد و مدیرانی که از هوش هیجانی بالاتری برخوردارند، هم سلامت عمومی بالاتری دارند و هم در تعامل و ارتباط با معلمان، می‌توانند روابط بین فردی سالم‌تر و موفق‌تری برقرار نمایند.

رستمی و همکاران (۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی با کلیه مؤلفه‌های هوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده، رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد.

جدول شماره ۱. نمونه آماری به تفکیک سهم هر ناحیه در نمونه آماری

ردیف	نام ناحیه	تعداد مدیران	سهم هر یک از نواحی در نمونه آماری
۱	ناحیه ۱	۱۳۰	۵۱
۲	ناحیه ۲	۱۰۱	۳۹
۳	ناحیه ۳	۱۳۸	۵۴
۴	ناحیه ۴	۱۴۳	۵۶
۵	ناحیه ۵	۹۹	۳۸
	<b>جمع کل</b>	۶۱۱	۲۳۸

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه می‌باشد. بخش نخست پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال برای هوش هیجانی و بخش دوم، شامل ۱۷ سؤال برای خودکارآمدی و بخش سوم شامل ۲۸ سؤال برای سلامت روانی است. سؤال‌های هر سه بخش پرسشنامه به صورت مقیاس لیکرت تنظیم شده است. روایی پرسشنامه با استفاده از روش صوری و بدلیل استفاده از نظرات و پیشنهادهای اساتید و کارشناسان امر مورد تأیید است. پایایی آن نیز براساس آزمون آلفای کرونباخ برای سؤال‌های هوش هیجانی پرسشنامه و سؤال‌های خودکارآمدی پرسشنامه و همچنین برای سؤال‌های سلامت عمومی پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۳۲ و ۰/۷۶۴ و ۰/۷۸۷ به دست آمده و پرسشنامه‌ی پژوهش، از پایایی بالایی برخوردار می‌باشد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده، از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شده است و در سطح استنباطی نیز برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون  $t$  پی‌رسون استفاده شده است.

### فرضیه‌های پژوهش

۱. بین هوش هیجانی مدیران و خودکارآمدی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.

۱-۱. بین خودآگاهی مدیران و خودکارآمدی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.

- ۲-۱. بین خودمدیریتی مدیران و خودکارآمدی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.
- ۳-۱. بین خودآگاهی اجتماعی مدیران و خودکارآمدی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.
- ۴-۱. بین مدیریت رابطه مدیران و خودکارآمدی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.
۲. بین هوش هیجانی مدیران و سلامت روانی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد؛
- ۱-۲. بین خودآگاهی مدیران و سلامت روانی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.
- ۲-۲. بین خودمدیریتی مدیران و سلامت روانی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.
- ۳-۲. بین خودآگاهی اجتماعی مدیران و سلامت روانی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.
- ۴-۲. بین مدیریت رابطه مدیران و سلامت روانی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.
۳. بین خودکارآمدی مدیران و سلامت روانی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد؛
- ۱-۳. بین خودکارآمدی مدیران و علائم جسمانی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.
- ۲-۳. بین خودکارآمدی مدیران و اضطراب و بی‌خوابی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.
- ۳-۳. بین خودکارآمدی مدیران و اختلال در کارکرد اجتماعی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.
- ۴-۳. بین خودکارآمدی مدیران و افسردگی آنان در مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز رابطه وجود دارد.



### یافته‌های پژوهش

توصیف آماری متغیرها و مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در جدول ۲. نشان داده شده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

	ابعاد هوش هیجانی					خودکارآمدی	ابعاد سلامت روانی			سلامت روانی	
	خودآگاهی	خودمدیریتی	خودآگاهی اجتماعی	مدیریت رابطه	هوش هیجانی		علائم جسمانی	اضطراب و بی‌خوابی	اختلال در کارکرد		افسردگی
تعداد	۲۳۸	۲۳۸	۲۳۸	۲۳۸	۲۳۸	۲۳۸	۲۳۸	۲۳۸	۲۳۸	۲۳۸	
بدون پاسخ	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
میانگین	۲۵/۱۷	۳۵/۰۳	۲۰/۷۲	۳۴/۳۱	۱۱۵/۲۴	۴۵/۷۳	۳/۴۵	۴/۶۴	۵/۵	۲/۱۷	۱۵/۷۵
میان	۲۵/۰۰	۳۵/۰۰	۲۱/۰۰	۳۴/۰۰	۱۱۶/۰۰	۴۵/۰۰	۳/۰۰	۵/۰۰	۵/۰۰	۲/۰۰	۱۵/۰۰
مد	۲۵/۰۰	۳۶/۰۰	۲۱/۰۰	۳۴/۰۰	۱۱۵/۰۰	۴۴/۰۰	۳/۰۰	۵/۰۰	۵/۰۰	۱/۰۰	۱۵/۰۰
انحراف معیار	۱/۸۰۹	۳/۶۷۶	۱/۹۲۱	۲/۴۶۴	۷/۳۱۹	۵/۸۲۹	۱/۶۱۹	۱/۸۹۹	۲/۴۴۶	۱/۴۳۴	۵/۲۴۸
واریانس	۳/۲۷۱	۱۳/۵۱۳	۳/۶۸۸	۶/۰۷۲	۵۳/۵۶۵	۳۳/۹۷۲	۲/۶۲۰	۳/۶۰۷	۵/۹۸۱	۲/۰۵۶	۲۷/۵۳۷
رتبه	۱۰	۱۷	۱۰	۱۵	۴۰	۶۱	۸	۱۱	۱۳	۸	۳۱
مینیمم	۲۰	۲۶	۱۵	۲۵	۹۴	۳۸	.	۱	.	.	۵
ماکزیمم	۳۰	۴۳	۲۵	۴۰	۱۳۴	۹۹	۸	۱۲	۱۳	۸	۳۶

براساس اطلاعات به دست آمده از جدول ۲. ملاحظه می‌شود که میانگین متغیر مستقل هوش هیجانی مدیران سازمان برابر با ۱۱۵/۲۴ است. همچنین میانگین ابعاد خودآگاهی، خودمدیریتی، خودآگاهی اجتماعی، مدیریت رابطه متغیر هوش هیجانی مدیران به ترتیب ۲۵/۱۷، ۳۵/۰۳، ۲۰/۷۲ و ۳۴/۳۱ به دست آمده است. میانگین متغیر وابسته‌ی سلامت روانی مدیران نیز برابر با ۱۵/۷۵ به دست آمده است. همچنین میانگین ابعاد علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی متغیر سلامت روانی مدیران به ترتیب ۳/۴۵، ۴/۶۴، ۵/۵ و ۲/۱۷ به دست آمده است. میانگین متغیر واسطه خودکارآمدی مدیران ۴۵/۷۳ به دست آمده است.

جهت آزمون فرضیه‌های اول تا سوم پژوهش یعنی بررسی رابطه‌ی بین هوش هیجانی مدیران و مؤلفه‌های آن با خودکارآمدی و سلامت روانی و بررسی رابطه‌ی خودکارآمدی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن از آزمون همبستگی  $F$  پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳. و ۴. ارائه شده است.

جدول ۳. آزمون  $F$  پیرسون برای تعیین همبستگی هوش هیجانی مدیران و ابعاد آن با خودکارآمدی و سلامت روانی آنان

متغیر	سطح معنی‌داری	خودکارآمدی	سلامت روانی
هوش هیجانی	۰/۰۰۰	۰/۳۴۹	۰/۳۹۴
بعد خودآگاهی هوش هیجانی	۰/۰۰۰	۰/۳۴۷	۰/۳۳۷
بعد خودمدیریتی هوش هیجانی	۰/۰۰۰	۰/۳۵۱	۰/۳۲۸
بعد خودآگاهی اجتماعی هوش هیجانی	۰/۰۰۰	۰/۳۲۹	۰/۳۴۱
بعد مدیریت رابطه هوش هیجانی	۰/۰۰۰	۰/۳۲۵	۰/۳۶۴

جدول ۴. آزمون ۲ پیرسون برای تعیین همبستگی خودکارآمدی مدیران با سلامت روانی آنان و ابعاد آن

متغیر	سطح معنی‌داری	خودکارآمدی
سلامت روانی	۰/۰۰۰	۰/۳۵۱
بعد علائم جسمانی سلامت روانی	۰/۰۰۰	-۰/۳۱۹
بعد اضطراب و بی‌خوابی سلامت روانی	۰/۰۰۰	-۰/۲۱۶
بعد اختلال در کارکرد سلامت روانی	۰/۰۰۰	-۰/۳۴۷
بعد افسردگی سلامت روانی	۰/۰۰۰	-۰/۳۵۰

بر اساس اطلاعات به دست آمده از جدول‌های ۳ و ۴، ملاحظه می‌شود که برای همه فرضیه‌ها در سطح معنی‌داری یک دامنه‌ای، سطح معنی‌داری آزمون ۲ پیرسون برابر با ۰/۰۰۰ می‌باشد. این سطح از حداقل سطح معنی‌داری ۰/۰۵ کوچک‌تر می‌باشد. مقادیر ۲ پیرسون محاسبه شده برای فرضیه ۱ و فرضیه‌های فرعی آن، به ترتیب، ۰/۳۴۹، ۰/۳۴۷، ۰/۳۵۱، ۰/۳۲۹، و ۰/۳۲۵ می‌باشد. مقادیر محاسبه شده برای فرضیه ۲ و فرضیه‌های فرعی آن، به ترتیب، ۰/۳۹۴، ۰/۳۳۷، ۰/۳۲۸، ۰/۳۴۱ و ۰/۳۶۴ می‌باشد و مقادیر محاسبه شده برای فرضیه ۳ و فرضیه‌های فرعی آن، به ترتیب، ۰/۳۵۱، ۰/۳۱۹، ۰/۲۱۶، ۰/۳۴۷- و ۰/۳۵۰- می‌باشد و این مقادیر از ۰/۱۵۹ مقدار بحرانی پیرسون در سطح اطمینان ۹۵ درصد و درجه‌ی آزادی ۲۳۷ بزرگ‌تر می‌باشد. بنابراین رابطه‌ی معنی‌داری بین هوش هیجانی مدیران و ابعاد چهارگانه‌ی آن شامل ابعاد خودآگاهی، خودمدیریتی، خودآگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه با خودکارآمدی و سلامت روانی آنان در مدارس مقاطع سه‌گانه وجود دارد. همچنین بین خودکارآمدی مدیران و سلامت روانی آنان رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این پژوهش حاکی از آن است که بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با خودکارآمدی و سلامت روانی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد، همچنین بین خودکارآمدی و سلامت روانی و مؤلفه‌های آن رابطه معنی‌داری وجود دارد.

در توجیه ارتباط هوش هیجانی با خودکارآمدی باید گفت که با توجه به اینکه هوش هیجانی 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 عقلانی است، و باورهای خودکارآمدی نیز بر طرز تفکر افراد، چگونگی رویارویی با مشکلات، سلامت هیجانی، تصمیم‌گیری، مقابله با استرس و افسردگی تأثیر می‌گذارد؛ هر دو سازه مجموعه‌ای از مهارت‌ها، استعدادها و توانایی‌ها هستند که توانایی موفقیت فرد را در مقابله با فشارها و اقتضاهای محیطی افزایش می‌دهند. بر این اساس هر دو متغیر با یکدیگر رابطه مثبتی دارند و قابلیت پیش‌بینی یکدیگر را دارند. نتایج این پژوهش در مورد رابطه هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با خودکارآمدی مدیران، هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های احدی و همکاران (۱۳۸۸)، سلیمانی و علی بیگی

(۱۳۸۸)، رستمی و همکاران (۱۳۸۹)، ساموئل (۲۰۰۷)، راتی و راستوگی (۲۰۰۸)، اقدمی‌باهر و همکاران (۱۳۸۸) است.

سالووی اظهار می‌دارد؛ افراد دارای هوش هیجانی بالا، توانایی بهتری برای مقابله با استرس دارند. از سوی دیگر افراد دارای هوش هیجانی پایین، پیوسته احساس پوچی و فروپاشی نموده، واکنش‌های عاطفی نامناسب نشان می‌دهند. از اینرو هوش هیجانی پایین می‌تواند از عوامل خطر ساز ابتلا به بیماری‌های روانی و ایجاد مشکلات در سازگاری افراد با محیط به شمار آید (محمدخانی و باش‌قره، ۱۳۸۷، ۳۸). از آنجایی که هوش هیجانی به توانایی درک و فهم عواطف به منظور ارزیابی افکار و خلق و خو و تنظیم آنها مربوط می‌شود، لذا داشتن سلامت روانی برای فرد مهم است چرا که می‌تواند با داشتن درکی درست از هیجان خود، به خود تنظیمی بهینه نیز بپردازد. از طرفی داشتن سلامت روانی خود نشانگر، مهارت روانشناختی سازگار در فرد تلقی می‌شود که به پایش خود می‌انجامد به طوری که از نظر کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت فکر و روان به قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصیتی بطور منطقی، عادلانه و مناسب مربوط می‌شود (حسینی‌نسب و محمدی، ۱۳۸۸، ۱۳۲-۱۳۳). نتایج این پژوهش در مورد رابطه هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با سلامت روانی مدیران، هم راستا با نتایج پژوهش‌های سیاروچی و پی دنیز (۲۰۰۰)، یاریاری و همکاران (۱۳۸۵)، محمدامینی و همکاران (۱۳۸۷)، بنی‌هاشمیان و همکاران (۱۳۸۹)، بخشی سورشجانی (۱۳۸۷ و ۱۳۸۹) است.

خودکارآمدی ساز و کار علتی ارتقای سلامتی است و نتایج مطالعات نشان داده است که تنظیم خودکارآمدی در تعدیل رفتارهای مرتبط با سلامتی مؤثر است. ارتقای خودکارآمدی به نتایج بهتر خودمدیریتی منجر می‌شود، امید به زندگی را افزایش داده و رفتارهای سلامتی را تعدیل می‌کند. ارتقای خودکارآمدی با کنترل نشانه‌ها، درمان، پیامدهای جسمانی، اثرات روانی - اجتماعی بیماران مزمن ارتباط دارد (بالجانی و همکاران، ۱۳۹۰، ۴۶). افرادی که دارای احساس خودکارآمدی واضح، خوب تعریف شده، هماهنگ و تقریباً باثبات هستند از سلامت روان شناختی بیشتری برخوردارند. این افراد به دیدگاهی روشن در مورد خود رسیده‌اند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه و ارزیابی‌های این وقایع قرار می‌گیرند (محمد امینی و همکاران، ۱۳۸۷، ۱۱۰-۱۱۱). نتایج این پژوهش در مورد رابطه خودکارآمدی با سلامت روانی مدیران، هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های شوردفگر و همکاران (۲۰۰۸)، اعرابیان و همکاران (۱۳۸۳)، محمد امینی و همکاران (۱۳۸۷)، صابری و همکاران (۱۳۸۸)، جرسالم و کلین حسلینگ (۲۰۰۹) است. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی از قبیل محدود بودن ابزار اندازه‌گیری به پرسشنامه و همچنین محدود بودن جامعه آماری به مدیران مدارس دوره‌های سه‌گانه تحصیلی آموزش و پرورش نواحی پنج‌گانه تبریز می‌باشد، لذا با توجه به نتایج به دست آمده و محدودیت‌های مذکور، به نظر می‌رسد که پیشنهادها ذیل بتوانند در کاربردی ساختن اهداف پژوهش و افزایش کیفیت تحقیقات آتی مؤثر باشند.

آن گونه که نتایج پژوهش آشکار ساخت، هوش هیجانی و مؤلفه‌های چهارگانه آن (خودآگاهی، خودمدیریتی، خودآگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه) با خودکارآمدی و سلامت روانی مدیران مدارس رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری داشت. با توجه به اکتسابی بودن بخش قابل توجهی از مهارت‌ها و قابلیت‌های هوش هیجانی، پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها در برنامه‌های آموزش و توسعه مدیران، جایگاه ویژه‌ای برای تقویت این هوش در نظر بگیرند.

از آنجایی که خودکارآمدی مدیران نیز با سلامت روانی آنان رابطه معنی‌داری دارد؛ لذا پیشنهاد می‌شود سازمان‌ها خودکارآمدی مدیران را از طریق ترتیب دادن هدف‌های قابل دسترس، جانشین سازی تجربه‌های موفق با تجربه‌های ناموفق و تقویت اعتماد به نفس تقویت نمایند.

### منابع

احدی، بتول، محمد، نریمانی، عباس، ابوالقاسمی و مریم، آسیایی (۱۳۸۸)، بررسی ارتباط هوش هیجانی، سبک اسناد و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در زنان شاغل، **مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی**، دوره دهم، شماره ۱، ۱۱۷-۱۲۷.

اعرابیان، اقدس، محمد کریم، خدائاهی، محمود، حیدری و بهرام، صالح صدق پور (۱۳۸۳)، بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی با سلامت روانی و موفقیت تحصیلی دانشجویان، **مجله روان‌شناسی**، شماره ۳۲، ۳۶۰-۳۷۱. اقدمی‌باهر، علیرضا، سعید، نجاریپور استادی و شعله، لیوارجانی (۱۳۸۸)، رابطه احساس خودکارآمدی و هوش هیجانی با فرسودگی شغلی در بین کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، **مجله علوم تربیتی**، سال دوم، شماره ۷، پاییز، ۹۹-۱۱۹.

اویسی، الهام، عباس، اسماعیلی ساری، محمود، قاسمپوری و پرویز، آزاد فلاح (۱۳۸۶)، بررسی تأثیر آلودگی صوتی ناشی از ترافیک بر سلامت عمومی و روانی شهروندان یزد، **مجله محیط‌شناسی**، سال ۳۳، شماره ۴۳، پاییز، ۴۱-۵۰.

بالجانی، اسفندیار، ژاله، رحیمی، الهام، امان پور، صالح، سلیمی و منیژه، پرخاشجو (۱۳۹۰)، تأثیر مداخلات پرستاری در ارتقای خودکارآمدی و کاهش عوامل خطر عروقی در بیماران قلبی-عروقی، **مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)**، دوره ۱۷، شماره ۱، ۴۵-۵۴.

بخشی سورشجانی، لیلا (۱۳۸۷)، رابطه هوش هیجانی با سلامت روانی در عملکرد تحصیلی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان، **دانش و پژوهش در علوم تربیتی برنامه‌ریزی درسی (دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان)**، شماره ۱۹، پاییز، ۹۷-۱۱۶.

بخشی سورشجانی، لیلا (۱۳۸۹)، رابطه‌ی هوش هیجانی و سلامت روان با فرسودگی شغلی دبیران، پرستاران و کارکنان اداره آب و برق شهرستان بهبهان، **فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی**، سال ۶، شماره اول، زمستان، ۳۷-۵۸.

بنی‌هاشمیان، کوروش، هادی، بهرامی احسان و منصور، مؤذن (۱۳۸۹)، رابطه سلامت عمومی و هوش هیجانی مدیران و رضایت شغلی معلمان، **مجله علوم رفتاری**، دوره ۴، شماره ۱، بهار، ۴۵-۵۰.

- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۷)، هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، **دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور رفتار دانشگاه شاهد**، سال پانزدهم، شماره ۲۸، اردیبهشت، ۱ - ۱۳.
- حسن‌زاده، رمضان (۱۳۸۶)، **انگیزش و هیجان**، تهران، انتشارات ارسباران، چاپ اول.
- حسین چاری، مسعود (۱۳۸۶)، مقایسه خودکارآمدی ادراک شده در تعامل اجتماعی با همسالان در بین گروهی از دانش‌آموزان دختر و پسر دوره راهنمایی، **مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء**، دوره ۳، شماره ۴، زمستان، ۸۷-۱۰۳.
- حسینی‌نسب، داوود و شروین، محمدی (۱۳۸۸)، رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روانی با هوش هیجانی دانش‌آموزان دختر پایه سوم مقطع متوسطه دبیرستان‌های تبریز، **مجله علوم تربیتی**، سال دوم، شماره ۸، زمستان، ۱۲۹-۱۵۰.
- حسینی فاطمی، آذر، رضا، پیشقدم و صفورا، ناوری (۱۳۸۹)، تأثیر و نقش کلاس‌های آموزش زبان انگلیسی در افزایش هوش هیجانی و سازه‌های مربوط، **مجله مطالعات زبان و ترجمه (دانشکده ادبیات و علوم انسانی)**، علمی - پژوهشی، شماره اول، تابستان، ۱-۱۷.
- حنیفی، فریبا و آرزیتا، جویباری (۱۳۸۹)، بررسی رابطه هوش هیجانی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر تهران، **فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی**، شماره ۵، پاییز، ۲۹-۴۴.
- خوشنویسان، زهرا و غلامعلی، افروز (۱۳۹۰)، **رابطه‌ی خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس، اندیشه و رفتار**، دوره پنجم، شماره ۲۰، تابستان، ۷۳-۸۰.
- رستمی، رضا، خدیجه، شاه محمدی، غلامحسین، قانعی، محمدعلی، بشارت، سعید، اکبری زردخانه و مسعود، نصرت آبادی (۱۳۸۹)، رابطه خودکارآمدی با هوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه تهران، **آفق دانش: فصلنامه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد**، دوره ۱۶، شماره ۳، پاییز، ۴۶-۵۴.
- رشیدی، فرنگیس، قدسی، احقر و عبدالله، شفیق آبادی (۱۳۸۹)، نقش باورهای غیرمنطقی بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران، **اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی**، سال پنجم، شماره ۲، بهار، شماره مسلسل ۱۸، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- رهنما، اکبر و جمال، عبدالملکی (۱۳۸۸)، بررسی رابطه بین هوش هیجانی و خلاقیت با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه شاهد، **اندیشه‌های نوین تربیتی (دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء)**، دوره ۵، شماره ۲، تابستان، ۵۵ - ۷۸.
- زهرا کار، کیانوش (۱۳۸۶)، بررسی رابطه مؤلفه‌های هوش هیجانی و عملکرد تحصیلی، **روان‌شناسی کاربردی**، دوره دوم، شماره ۵، پاییز، ۸۹ - ۹۸.
- زینلی‌پور، حسین؛ اقبال، زارعی و زهره، زندی‌نیا (۱۳۸۸)، خودکارآمدی عمومی و تحصیلی دانش‌آموزان و ارتباط آن با عملکرد تحصیلی، **پژوهشنامه مطالعات روانشناسی تربیتی**، شماره نهم، بهار و تابستان، ۱۳-۲۸.

سبحانی‌نژاد، مهدی و علیرضا، یوزباشی (۱۳۸۷)، **هوش هیجانی و مدیریت در سازمان**، تهران، یسپرون، چاپ اول.

سلیمانی، نادر و فرزانه، علی بیگی (۱۳۸۸)، بررسی رابطه هوش هیجانی مدیران گروه‌های آموزشی با خودکارآمدی آنان در واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی منطقه ده کشور، **فصلنامه رهبری و مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار**، سال سوم، شماره ۴، زمستان، ۱۳۷-۱۵۴.

شریفی، طیبه، حسین، شکرکن، حسن، احدی و محمد مهدی، مظاهری (۱۳۸۹)، بررسی رابطه بین هویت‌های دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان، **یافته‌های نو در روان‌شناسی**، ۱۲۵-۱۴۲.

شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۸۸)، رابطه مقابله‌های مذهبی و سلامت روان در بیماران مبتلا به تصلب چند گانه بافت (MS)، **فصلنامه روانشناسی کاربردی**، سال ۳، شماره ۱ (۹)، بهار، ۵۷-۶۶.

شیرانی، ناهید، غلامرضا، احمدی و احمد، شعبانی (۱۳۸۸)، جو سازمانی دانشگاه صنعتی اصفهان و ارتباط آن با سلامت روان دانشجویان در سال تحصیلی ۸۸-۸۷، **دانش و پژوهش در علوم تربیتی - برنامه‌ریزی درسی**، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، شماره ۲۳، پاییز، ۱۲۳-۱۴۸.

صابری، هاید، حسن، پاشاشریفی، غلامعلی، افروز و سیمین، حسینیان (۱۳۸۸)، رابطه رضایت شغلی، رضایت زناشویی و احساس خودکارآمدی با سلامت روان معلمان مدارس عادی، **تیزهوشان و آهسته گام، اندیشه و رفتار**، دوره سوم، شماره ۱۲، تابستان، ۲۹-۴۴.

عبدی ماسوله، فتانه، حسین، کاویانی، مرتضی، خاقانی زاده و ابوالفضل، مؤمنی عراقی (۱۳۸۶)، بررسی رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان: مطالعه در ۲۰۰ پرستار، **مجله دانشگاه علوم پزشکی تهران**، دوره ۶۵، شماره ۶، شهریور، ۶۵-۷۵.

فاطمی، سید محسن (۱۳۸۸)، **هوش هیجانی**، انتشارات سارگل، چاپ سوم.

فرح بخش، سعید و آریتا، ستار (۱۳۸۵)، رابطه سبک‌های رهبری و سلامت روانی مدیران مدارس متوسطه شهر اصفهان، **فصلنامه انجمن ایرانی روانشناسی، مجله علمی - پژوهشی روانشناسی**، سال دهم، شماره ۴، زمستان، ۴۴۱-۴۵۷.

فشارکی، محمد، محمد، اسلامی مریم، مقیمیان و مهرداد، آذر برزین (۱۳۸۹)، تأثیر تدریس به روش سخنرانی و سخنرانی همراه با یادگیری مبتنی بر مسأله خودکارآمدی دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد نجف آباد سال ۸۸-۸۷، **مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی**، پاییز، شماره ۱۰ (۳)، ۲۶۲-۲۶۹.

کمالی زارچ، محمود، پروین، کدیور، محمود، قاضی طباطبایی و علیرضا، کیامنش (۱۳۸۵)، نقش منابع اطلاعات خودکارآمدی و ویژگی‌های میانجی شخصی در خودکارآمدی و عملکرد ریاضی، **مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی**، سال سی و ششم، شماره ۱ و ۲، ۱۸۵-۲۰۶.

محمد امینی، زرار، محمد، نریمانی، تراوشا، برهمند و ناصر، صبحی قراملکی (۱۳۸۷)، رابطه هوش هیجانی با خودکارآمدی و سلامت روان و مقایسه آنها در دانش‌آموزان ممتاز و عادی، **دانش و پژوهش در**

روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، سال دهم، شماره ۳۵ و ۳۶، ۱۰۷-۱۲۲.

محمدخانی، شهرام و رقیه، باش قره (۱۳۸۷)، رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای با سلامت عمومی دانشجویان، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره دوم، شماره اول، بهار، ۳۷-۴۷.  
 سعودی، رضا، سید محمد، افضل، شهرام، اعتمادی فر و جعفر، مقدسی (۱۳۸۷)، احساس خودکارآمدی و ایفای نقش مربیان دانشکده پرستاری و مامایی شهرکرد در آموزش بالین، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ۱۰، شماره ۴، زمستان، ۹۶-۱۰۴.  
 مطهری، جمشید (۱۳۸۵)، نقش ارزش‌ها در سلامت روان، روزنامه کیهان، شماره ۱۸۶۱۴، شهریور، صفحه ۱۲ (اندیشه).

نریمانی، محمد، سودابه، رفیق ایرانی و عباس، ابوالقاسمی (۱۳۸۸)، مقایسه اثربخشی روش‌های ایمن‌سازی روانی مایکندام و مهارت‌های مطالعه و ترکیبی از هر دو روش در افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر، اندیشه‌های نوین تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء، دوره پنجم، شماره ۳، پاییز، ۱۱۱-۱۲۴.

یاریاری، فریدون، علیرضا، مرادی و سلیمان، یحیی زاده (۱۳۸۶)، رابطه‌ی هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روان شناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران، مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، دوره ۳، شماره ۱، بهار، ۲۱-۴۰.

Ciarrochi, J. P., Deans, F. & Anderson., S. (2000), **Emotional Intelligence Moderates the relationship between stress and mental health**, Journal of personality and individual differences. VOL 32. 197-209.

Jerusalem, M., Klein Hessling, J. (2009), **Mental health promotion in schools by strengthening self-efficacy**, Health education. Vol. 109, No. 4, pp. 329-341.

Jose M, Leon-Perez, Francisco J, Medina and Lourdes Munduate (2011), **Effects of self-efficacy on objective outcomes in transactions and disputes**, International journal of conflict management, Vol. 22, No. 2, pp. 170-189.

Moura , M., Olivier , L. (2008), **Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events: An exploratory study**, Personality and Individual Differences, Vol. 44 , Issue. 7, pp. 1445-1453.

Rashidi, F. (2001), **study of the range of depression in students of Zanjan nursing and midwifery faculty**, J Zanjan Univ Med Sci Health Serv 2001, 36 (9), 44-54.

Rathi, Neerpal & Rastogi, Renu (2008), **Effect of Emotional Intelligence on Occupational Self-Efficacy**, The Icfai Journal of Organizational Behavior, Vol. 7, No. 2, April, pp.46-56.

Salovey, P. and Mayer, J. D (1990), **Emotional Intelligence, Imagination, Cognition and Personality**, Vol. 9, No. 3, pp.185-211.

Samuel Salami, (2007), **Relationship of Emotional Intelligence and Self - efficacy to work Attitudes among Secondary School Teachers in Southwestern, Nigeria**, Journal of Medwell, Vol. 4, pp.540-547

Schwerdfeger, A., Konermann, L, & Schonhofen, K. (2008), **Self- efficacy as a health protective resource in teacher? A biopsychological approach**, Health Psychology, 27(3), pp.358-563

