پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال هشتم، شماره۴، ۱۳۸۷ / ۳۸۱-۳۷۰
Research on Exceptional Children, 2009, Vol.8, No. 4,370-381

رابطهٔ ویژگیهای شخصیتی و هوش هیجانی با سلامت روان افراد مبتلا به فنیل‌کتونوریای تحت درمان

دکتر علیرضا آقا یوسفی[۱]، سحر بهروزیان*[۲]، دکتر اسماعیل سعدی پور[۳]

تاریخ دریافت: ۱۰ / ۱۲ /۸۶ تجدید نظر: ۶/ ۵ /۸۷ پذیرش نهایی: ۲۱/ ۱۰ /۸۷

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مطالعهٔ روابط میان ویژگیهای شخصیتی و هوش هیجانی با سلامت عمومی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به فنیل‌کتونوریای ساکن شهر تهران انجام شد. در این تحقیق، همهٔ ۴۱ بیمار فاقد تأخیر ذهنی و معلولیت حرکتی ۱۵ سال به بالای مبتلا به فنیل‌کتونوریا که در تهران سکونت داشتند مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامهٔ مشخصات فردی، شکل کوتاه پرسشنامهٔ پنج عاملی BFI (که دارای ۴۴ ماده است)، پرسشنامهٔ هوش هیجانی بار-آن و فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامهٔ سلامت عمومی گلدبرگ بود. از آنجا که طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود، داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS ویراست ۱۳ مورد پردازش قرار گرفتند و ضرایب همبستگی پیرسونی محاسبه و تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی نیز اجرا شد. نتایج نشان داد که هوش هیجانی با برون‌گرایی، گشودگی، سازگاری و وظیفه‌شناسی همبستگی مثبت و با روان‌آزردگی‌گرایی همبستگی منفی دارد. سلامت روان‌شناختی نیز با برون‌گرایی، گشودگی و سازگاری رابطهٔ مثبت و با روان‌آزردگی‌گرایی رابطهٔ منفی داشت و میان وظیفه‌شناسی با سلامت عمومی روان‌شناختی رابطه‌ای پیدا نشد. به‌علاوه، برون‌گرایی و سازگاری دو متغیر شخصیتی بودند که توانایی پیش‌بینی نمرات هوش هیجانی را داشتند. روان‌آزردگی‌گرایی نیز می‌توانست سلامت عمومی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند. در نهایت، هوش هیجانی هم توانست سلامت عمومی را پیش‌بینی کند. تحلیل واریانس نیز نشان داد که تحصیلات والدین بر سلامت روانی آزمودنیها تأثیری ندارد. **نتیجه‌گیری**: به نظر می‌رسد از میان ویژگیهای شخصیتی تنها برون‌گرایی و سازگاری با هوش هیجانی و سلامت روان‌شناختی رابطهٔ قوی‌تری داشتند و روان‌آزردگی‌گرایی نیز رابطهٔ منفی نیرومندتری با سلامت روانی در مبتلایان به فنیل‌کتونوریای ساکن تهران دارد.

واژه‌های کلیدی: ویژگیهای شخصیتی، هوش هیجانی، سلامت روانی، فنیل‌کتونوریا

مقدمه

پژوهشهای انجام‌شده در خصوص ارتباط بین ویژگیهای شخصیتی[۱]، هوش هیجانی[۲] و سلامت روانی[۳]، گویای ارتباط این شاخصها به صورت جداگانه است. امینی‌خواه (۱۳۸۴) در تحقیقی با عنوان بهبود سلامت روان دانشجویان از طریق آموزش هوش هیجانی بر روی ۵۰ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی، نشان داد هر اندازه فرد دارای هوش هیجانی بالاتری باشد، از سلامت روان‌شناختی بیشتری برخوردار است. در همین رابطه چلیبانلو و حسن‌شاهی (۱۳۸۴) درپژوهشی با عنوان «بررسی ویژگیهای شخصیتی بر اساس مدل ۵ عاملی، هوش هیجانی و سلامت روان برروی ۳۰۰ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی» نشان دادند که عوامل روان‌آزردگی‌گرایی، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی با هوش هیجانی رابطه دارند و آن را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین هوش هیجانی نیز سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند. زارعان و عبدالله‌پور (۱۳۸۴) نیز در پژوهشی دربارهٔ رابطهٔ هوش هیجانی و سبکهای حل مسئله با سلامت روان بر روی ۶۹ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز دریافتند که هوش هیجانی با سلامت روان رابطهٔ مثبت دارد. ذوقی پایدار و عبدالله (۱۳۸۴) در مطالعهٔ هوش هیجانی، فراشناخت

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور
۲*- **نویسنده رابط**: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی- دانشگاه پیام نور مرکز تهران ۰۲۱-۸۸۰۶۷۸۳ (Email: saharbehroozian@gmail.com)
۳- استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

و سلامت روانی روی۳۷۲ دانشجو در همدان رابطهٔ مستقیمی میان هوش هیجانی و سلامت روانی مشاهده کردند.شکری (۱۳۸۳) و جعفرنژاد و مرادی (۱۳۸۳) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند.

در رابطه با متغیرهای این پژوهش در جوامع آماری دیگر نیز پژوهشهایی انجام شده است از جمله تحقیقی که کاروسو و مایر (۲۰۰۲) با عنوان «بررسی رابطهٔ هوش هیجانی با شخصیت بر روی ۱۸۳ مرد و زن» انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده رابطهٔ هوش هیجانی و رگه‌های شخصیتی بود و نشان می‌داد که هوش هیجانی علایق شغلی و رفتار اجتماعی را تعیین می‌کند و می‌تواند ویژگیهای شخصیتی را پیش‌بینی کند. فورهام و چامارو پریموزیک (۲۰۰۴) نیز در پژوهشی در رابطه با هوش هیجانی و ۵ عامل بزرگ شخصیت در بین ۷۴ مرد و ۱۷ زن در انگلستان دریافتند بین هوش هیجانی و برون‌گرایی، پذیرا بودن و وظیفه‌شناسی از ویژگیهای شخصیتی رابطه وجود دارد. همچنین فورهام (۲۰۰۴) در پژوهش دیگری، رابطهٔ هوش و شخصیت را بین ۱۳۰ نفر با پرسشنامه NEO مورد مطالعه قرار داد و نتایج هوش را پیش‌بینی‌کنندهٔ شخصیت دانست. وندرزی و شاکل،۲۰۰۲، به نقل از چلیبانلو، ۱۳۸۴)) نیز به بررسی هوش هیجانی و ۵ عامل بزرگ شخصیت پرداختند. نمونهٔ آنان شامل ۱۱۶ دانشجو بود و رابطه‌ای قوی بین متغیرهای مورد مطالعه به دست آوردند.

شات و مالوف (۲۰۰۷) به بررسی هوش هیجانی از طریق تست بار-اُن (۲۰۰۰) و سلامت روان در بین ۹۸ نفر پرداختند. بررسی نمرات نشان‌دهندهٔ ارتباط قوی بین هوش هیجانی و سلامت روان بود تا جایی که می‌توان از آن به مثابهٔ پیش‌بینی‌کنندهٔ سلامت روان استفاده کرد. جین و سینها (۲۰۰۵) دربارهٔ رابطهٔ هوش هیجانی با سلامت عمومی پژوهشی بر روی ۲۵۰ نفر انجام دادند که نتایج این بررسی رابطهٔ مثبت بین این دو عامل را نشان می‌داد؛ به گونه‌ای که حتی عامل اول قادر به پیش‌بینی عامل دوم نیز هست. همچنین آستین و سالکوفسکی و وین‌ست (۲۰۰۴) در پژوهشی در کانادا بر روی ۵۰۰ نفر و همچنین در اتریش بر روی ۲۰۴ نفر انجام دادند، نتایج آنها حاکی از رابطه بین هوش هیجانی و شخصیت و همچنین رابطه هوش هیجانی و سلامت روانی و اجتماعی افراد است. در همین رابطه گانون و راینزین (۲۰۰۵) در تحقیقی که در زمینهٔ هوش هیجانی و ویژگیهای شخصیت انجام دادند، نشان دادند که همبستگیهای به نسبت بالایی میان این دو سازه وجود دارد. وارویک و نتل بک،۲۰۰۴،به نقل از چلیبانلو، ۱۳۸۴) نیز در بررسی رابطهٔ شخصیت با هوش هیجانی، همبستگیهای پایین میان هوش هیجانی و شخصیت را نشان دادند. شولت و همکاران (۲۰۰۴) در بررسی وجود رابطه بین هوش هیجانی و شخصیت، همبستگی مثبت به‌دست آوردند (به نقل از زارعان و اسدالله پور، ۱۳۸۴). نیکولز سالوسکی ،۲۰۰۳، به نقل از ذوقی پایدار ، عبدالله ۱۳۸۴) نیز در پژوهشی دریافت که افرادی که دارای هوش هیجانی بالا هستند، فشار ذهنی کمتری را تحمل می‌کنند و از رضایت روان‌شناختی و جسمانی بهتری برخوردارند و نشان داده شده که عملکرد شغلی بالاتری دارند. از طرفی سالکوفسکی و مینیسکی (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان دادند که هوش هیجانی بالا با برون‌گرایی، سازگاری، وظیفه شناسی و گشودگی همبستگی دارد (به نقل از ذوقی پایدارعبدالله،۱۳۸۴).

بار- ان (۲۰۰۱) برای هنجاریابی آزمون هوش هیجانی به منظور دستیابی به اعتبار سازی آزمون همبستگی آن را با آزمونهای دیگر که از کاربرد مقبولیت بالایی برخوردار بودند، بررسی کرده است. در بررسی رابطهٔ هوش هیجانی و سلامت روانی، بار- اُن و همکارانش همبستگی بین داده‌های آزمون هوش هیجانی و نمرات به دست آمده از سلامت روان ارزیابی شد. این تحقیق که بررسی نمونه‌ای از دانشجویان در دیگر اقشار مردم در امریکای شمالی انجام گرفت،

حاکی از آن است که رابطه معناداری بین هوش هیجانی و سلامت روان وجود دارد. هرن و میشل (۲۰۰۳)، هایس و جوزف (۲۰۰۲)،کوستاو و مک‌کری (۲۰۰۵)، دینیو وکوپر (۱۹۹۸)، چانگ و جوزف (۲۰۰۰)، پنلی و توماکا (۲۰۰۰)، هیلز و آرجیل (۲۰۰۱) نیز در پژوهشهای خود بین ویژگیهای شخصیتی و سلامت روان روابط معناداری را به‌دست آوردند.

با این حال، تاکنون پژوهشی که ویژگیهای شخصیتی، هوش هیجانی و سلامت روانی را همزمان و دربارهٔ مبتلایان به فنیل‌کتونوریا[۴] مورد مطالعه قرار دهد، منتشر نشده است. اندک پژوهشهایی نیز وجود داشتند که روابط میان بعضی از این متغیرها را به صورت جداگانه در مبتلایان فنیل‌کتونوریا بررسی کرده‌اند. فیش، ساینز و چانگ[۵] ،۱۹۸۱، به نقل از نکویی، ۱۳۸۳) نشان دادند که مردان بزرگسال مبتلا به فنیل‌کتونوریا بیش از برادران و خواهرانش علائم اختلالات روان‌شناختی را در آزمون چندجنبه‌ای مینه‌سوتا نشان می‌دهند. با این حال، این تفاوت فقط در حد بزرگسالی قابل تشخیص است. چنان که سولیوان و پی‌نیان (۱۹۹۹) در مرور ادبیات پژوهشی مربوط اشاره کرده‌اند که این نوع پژوهشها عموماً به دلیل کم بودن نمونهٔ پژوهش و تعداد پژوهشهای انجام شده، نقایص روش‌شناختی متعددی دارند. شُر[۶] (۱۹۸۳) در تحقیق بر روی کودکان ۳ تا ۷ سالهٔ مبتلا به فنیل‌کتونوریا نشان داد که ناپایداری خلقی همبستگی مثبتی با سطح فنیل‌آلانین در خون دارد. پیتز و همکاران (۱۹۹۷) نیز در بررسی ۳۵ بیمار ۱۷ تا ۳۳ ساله و مقایسه با جمعیت عادی تفاوت معناداری بین مبتلایان به فنیل‌کتونوریا و نشانه‌ها و ویژگیهایی که از طریق آزمون چندجنبه‌ای شخصیتی مینه‌سوتا قابل دست یافتن بود، پیدا نکردند. سولیوان و پی‌نیان (۱۹۹۹) در بررسی ادبیات مربوط به این موضوع دریافت که تنها ۳۸ پژوهش روی مبتلایان به فنیل‌کتونوریا تا آن تاریخ انجام‌شده که بسیاری از حوزه‌های روان‌شناختی را در برمی‌گیرد ولی هیچ‌کدام هوش هیجانی را مد نظر قرار نداده بودند. دو سال بعد سولیوان (۲۰۰۱) دریافت که آن دسته از مبتلایان به فنیل‌کتونوریا ۱۴ تا ۲۴ ساله که زود درمان را دریافت کرده بودند، با جمعیت عادی از نظر ابتلا به اختلالات روانی و خودپنداره تفاوتی نداشتند و مقایسه با گروه بیماران مزمن نشان داد که تفاوتهای آنها با گروه عادی در حد تجربهٔ استرس مزمنی است که ممکن است بیمار در سرتاسر زندگی به آن مبتلا باشد؛ بنابراین به نظر می‌رسد با کنترل نسبی سن و هوش (که با سن تشخیص و کنترل بیماری نسبت دارد) نیاز جدی به مقایسه با جمعیت عادی نباشد. مونتس-برگز و آکوستو (۲۰۰۷) در انگلستان در پژوهشی با عنوان «رابطه بین هوشی هیجانی، حمایت اجتماعی و سلامت روان‌شناختی بر روی ۱۰۰ کودک مبتلا به فنیل‌کتونوری» نشان داد که هوشی هیجانی توانایی و مهارتی است که نتایج تنیدگی منفی را کاهش می‌دهد و از سوی دیگر بین هوش هیجانی و سلامت روانی، روابط مثبت وجود دارد. پترایدس، پیتا و کوکی ناکی(۲۰۰۷) نیز در انگلیس رابطه هوشی هیجانی و عوامل پنج‌گانهٔ شخصیتی را در ۹۲ فرد مبتلا به فنیل کتونوریا بررسی کردند که نتایج آنها نشان داد فرضیه مربوط به رابطهٔ بین هوشی هیجانی و شخصیت تأیید می‌شود. در همین رابطه اکسترمرا و فرناندز (۲۰۰۶) در پژوهشی رابطهٔ هوش هیجانی و سلامت روانی-اجتماعی و جسمانی دانش آموزان مبتلا به فنیل کتونوری در اسپانیا را مورد مطالعه قرار داد. آنها ۱۸۴ دانش آموز(۳۸ پسر و۱۴۶ دختر) را مطالعه کردند و نشان دادند که هوش هیجانی به طور چشمگیری با خشم، تنیدگی بالا، افسردگی و سطوح پایین سلامت روانی-حسی و اجتماعی در ارتباط است. سطوح بالای هوش هیجانی و حساسیتهای حسی و خلق و خویی با سطوح پایین خشم و افسردگی مرتبط است و نقش زیادی در سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی فرد دارد.

کامتون (۲۰۰۵) نیز به ارزیابی رابطهٔ سلامت روان و نظریهٔ ۵ عاملی شخصیت در یک نمونه ۲۹۶ نفری متشکل از دانش آموزان و دانشجویان مبتلا به فنیل کتونوری پرداخت. بررسی نمرات مقیاسهای ارزیابی سلامت روان و مدل ۵ عاملی شخصیت، رابطه‌های داخلی میان این دو ویژگی را نشان دادند. در رابطه با همین ویژگی ویگلچ ،۱۹۹۴، به نقل از نکویی، ۱۳۸۳) در آلمان، به پژوهشی تحت عنوان«بررسی خصوصیات و ویژگیهای شخصیتی بیماران فنیل کتونوریا که سریعاً تحت درمان قرار گرفته‌اند» پرداخت. او در این بررسی ۵۸ کودک ۱۰ ساله مبتلا به فنیل کتونوری را که به دلیل وجود این بیماری به‌سرعت تحت درمان قرار گرفته بودند، مورد تجزیه تحلیل قرار داد. یافته‌های او نشان دادند که بیماران مبتلایی که سریعاً تحت درمان قرار گرفته بودند، در معرض خطر شدید و جدی از نظر تنظیم نادرست رفتاری و احساسی (در مقایسه با عوامل سلامتی در سن ۱۰ سالگی) قرار نداشتند.

به این ترتیب، از آنجا که در ایران هنوز تحقیقی بر روی مبتلایان به فنیل‌کتونوریا با در نظر گرفتن متغیرهای این مطالعه (ویژگیهای شخصیتی، هوش هیجانی و سلامت روان‌شناختی) انجام نشده و تنها معدودی پژوهشهای روان‌شناختی برون‌مرزی روی این گروه از بیماران اجرا شده که آنها هم تنها برخی از این شاخصها را در نمونهٔ فنیل‌کتونوریک مورد بررسی قرار داده‌اند، اجرای پژوهش حاضر می‌تواند نتایج سودمندی در یافتن راهی برای بهبود سازش‌یافتگی این گروه از مبتلایان به بیماری داشته باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ این شاخصها در بیماران فنیل‌کتونوریک و عادی نبود، چه پژوهشهایی که به آنها اشاره شد، پیشتر نشان داده‌اند که بین ویژگیهای روان‌شناختی بیماران فنیل‌کتونوریای زود درمان‌شده و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد. از طرفی نمونهٔ این پژوهش نیز مربوط به بیمارانی است که نه تنها تأخیر ذهنی بلکه حتی معلولیت جسمانی هم ندارند و بنابراین به گروه عادی بسیار شبیه هستند. هدف اصلی این پژوهش یافتن روابط میان این متغیرها در جامعهٔ مبتلایان به فنیل‌کتونوریایی که زود درمان را دریافت کرده‌اند، بوده‌است. این پژوهش دارای ۳ فرضیه به شرح زیر بود و برای آزمون آنها این مطالعه اجرا شد:

۱- ویژگیهای شخصیتی با هوش هیجانی بیماران فنیل‌کتونوریا رابطه دارند.

۲- ویژگیهای شخصیتی با سلامت عمومی روان‌شناختی بیماران فنیل‌کتونوریا رابطه دارند.

۳- هوش هیجانی با سلامت عمومی روان‌شناختی بیماران فنیل‌کتونوریا رابطه دارد.

روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای همبستگی است و تنها می‌تواند روابط میان متغیرها را مورد مطالعه قرار دهد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعهٔ پژوهش حاضر عبارت بودند از کلیهٔ مبتلایان به فنیل‌کتونوریای بالای ۱۵ سال ساکن شهر تهران که تأخیر ذهنی و معلولیت حرکتی داشتند. در مجموع ۲۲۵ بیمار مبتلا به فنیل‌کتونوریا در استان تهران زندگی می‌کنند و تنها ۴۱ نفر از آنها واجد معیارهای پژوهش حاضر (فقدان تأخیر ذهنی، فقدان معلولیت حرکتی و سن بیشتر از ۱۵ سال) بودند؛ به همین جهت، نمونه‌گیری انجام نشد و همهٔ اعضای جامعه، مورد مطالعه قرار گرفتند.

از آنجا که این بیماران «خاص» محسوب می‌شوند و زیر پوشش سازمان بهزیستی قرار دارند، اطلاعات آنها از سازمان مذکور دریافت و با آنها برای شرکت در پژوهش توافق شد. سوابق بیماران در بهزیستی حاکی از فقدان تأخیر ذهنی شرکت‌کنندگان بود. شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۲ زن و ۹ مرد بودند و از ۱۵ تا ۲۵ سال داشتند. ۲۱ نفر از آنها تحصیلاتی پایین‌تر از دیپلم، ۱۳ نفر دیپلم و ۷ نفر تحصیلاتی

بالاتر از دیپلم متوسطه داشتند.

برای اجرای پژوهش، اگر آزمودنیها تلفن داشتند، از پیش با آنها هماهنگ می‌شد و در هر حال به نشانی بیماران مراجعه و پرسشنامه‌ها برای اجرای انفرادی به بیماران عرضه و تکمیل می‌شد. به ترتیب پرسشنامه‌های پنج عامل بزرگ شخصیت (BFI)، هوش هیجانی بار– اُن و سلامت روان‌شناختی (GHQ) به همراه پاسخ‌نامه و دستورالعمل پاسخ‌دهی در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار گرفت.

ابزار پژوهش

الف- پرسشنامهٔ جمعیت‌شناختی: پژوهشگران این پرسشنامه را برای دریافت اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان در پژوهش تدوین کردند و مشخصاتی مانند سن، جنس، تحصیلات، سن تشخیص بیماری، تحصیلات والدین، شغل والدین و تعداد اعضای خانواده آزمودنیها مورد پرسش قرار گرفتند.

ب- پرسشنامهٔ پنج عامل بزرگ شخصیت: شکل خلاصه شدهٔ پرسشنامهٔ پنج عاملی، یک مقیاس مداد و کاغذی است که شامل ۴۴ ماده است. پرسشنامهٔ پنج عامل بزرگ (BFI) با پرسشنامه NEO کاملاً متفاوت است. این پرسشنامه ویژگیهای اصلی پنج عامل(روان‌رنجور خویی، برونگرایی، پذیرش، سازگاری و وظیفه‌شناسی) را از طریق عبارات کوتاه اندازه‌گیری می‌کند؛ به عبارت دیگر، احساس نیاز نسبت به اندازه‌گیری مؤلفه‌های اصلی پنج عامل شخصیت از طریق عبارات کوتاه، جان، دوناهو و کنتل (۱۹۹۱) را به ساخت BFI ترغیب کرد. بر این اساس، BFI اندازه‌گیری مؤثر و منعطف ابعاد پنج‌گانه شخصیت را وقتی اندازه‌گیری متمایز وجوه فردی مورد نظر نیست، فراهم می‌کند (جان و استیواستاوا، ۱۹۹۹، به نقل از شکری ، ۱۳۸۵). مواد این مقیاس بر روی مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف = ۱، تا حدودی مخالف=۲، نه موافق و نه مخالف= ۳، تاحدودی موافق= ۴،کاملاً موافق= ۵ درجه‌بندی می‌شود. شکری (۱۳۸۵) ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل روان‌آزردگی‌گرایی ۰/۷۹، برونگرایی ۶۴/، پذیرش ۰/۷۹، سازگاری ۰/۵۵ و وظیفه شناسی ۰/۸۳ محاسبه نموده‌اند. همچنین مرادی و همکاران (به نقل از شکری،۱۳۸۵) ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب آن برای عاملهای روان رنجورخویی، برونگرایی، پذیرش، سازگاری و وظیفه شناسی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۰، ۰/۷۷، ۰/۵۶ و ۰/۸۲ به دست آوردند. همچنین جعفرنژاد و مرادی (۱۳۸۲) آن را هنجاریابی مقدماتی کرده و ضریب پایایی ۰/۷۳ را به دست آورده است. روایی پرسشنامهٔ فوق با روش تحلیل عاملی با چرخش واریماکس محاسبه شد. آزمون کفایت نمونه‌گیری KMO (۰/۷۴۵) نیز معنادار بود. نتایج تحلیل عاملی با سطحهای عاملی ۰/۳ نشان داد که پرسشنامه مذکور پنج عامل را می‌سنجد (جعفرنژاد، ۱۳۸۳).

در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه به روش محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ مجدداً محاسبه شد و ضریب ۰/۷۵ به دست آمد.

ج- پرسشنامهٔ هوش هیجانی بار-اُن: این پرسشنامه بهرهٔ کلی و نمراتی در پنج حیطهٔ هوش هیجانی شامل بهره‌های هوش هیجانی بین‌فردی (همدلی، مسؤلیت‌پذیری اجتماعی و روابط میان‌فردی)، مقابله با تنیدگی (تحمل فشار و کنترل تکانه)، سازگاری (خرده مقیاسهای واقعیت‌آزمایی، حل مسئله و انعطاف‌پذیری) و خلق کلی (شامل خرده مقیاسهای خوش‌بینی و شادکامی) را می‌سنجد. در این پژوهش، شکل کوتاه و ۳۹ ماده‌ای آن که پیش‌تر سپهرآذر (۱۳۸۵) معرفی و خواص روانسنجی آن بررسی کرده بود، مورد استفاده قرار گرفت. او برای روایی پرسشنامهٔ شکل کوتاه ضریب ۰/۷۷ و برای پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ضریب ۰/۷۸ به دست آورد. پایایی آن در پژوهش حاضر به همان روش ۰/۸۳ محاسبه شد.

د-پرسشنامهٔ سلامت روان‌شناختی عمومی گلدبرگ از فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی

در این پژوهش استفاده شده است. گلدبرگ و میلر در ۱۹۷۹ آن را تدوین کرده که سؤالات آن براساس روش تحلیل عوامل بر روی فرم ۶۰ ماده‌ای اولیه استخراج شده است. این پرسشنامه شامل ۲۸ مادهٔ ۴ گزینه‌ای و دارای ۴ مقیاس است که هر کدام از این مقیاسها مواد خود را دارد و مقیاسهای آن عبارت‌اند از: نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی. در همهٔ گزینه‌ها درجات پایین نشان دهندهٔ سلامتی و درجات بالا حاکی از نبود سلامت و وجود ناراحتی در فرد است .

در این پرسشنامه از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده که به صورت (۰-۱-۲-۳) است؛ یعنی گزینه الف نمره صفر، گزینه ب نمره ۱، گزینه ج نمره ۲ ، گزینه د نمره ۳ می‌گیرد. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره گذاری برابر با ۸۴ خواهد بود.

گلدبرگ و مارسی (۱۹۸۹) این پژوهشها را فراتحلیل کردند که در آن با توجه به واریانس به تخمینی از پایایی، ضریبی داده شده است: نتایج نشان داد که متوسط حساسیت پرسشنامه برابر با ۸۴٪ (بین ۸۹٪ تا ۷۷٪) و متوسط ویژگی آن برابر با ۸۲٪ (بین ۷۸ ٪ تا ۸۵٪) است (گلدبرگ، به نقل از غضنفری، ۱۳۸۲). آوری بیگب و جورج در نیجریه اعتبار شکل ۲۸ ماده‌ای را در یک گروه ۲۷۷ نفری ارزیابی کردند و پایایی آن را ۸۲٪ و روایی آن را ۸۵٪ به دست آوردند (هومن ۱۳۸۰ به نقل از محسنی، ۱۳۸۵) ضریب پایایی کلی این پرسشنامه را ۹۱٪ و ضریب پایایی خرده آزمون‌های آن را بین ۰/۵ گزارش کرده است. (یزدان‌پناه ۱۳۷۵، به نقل از محسنی، ۱۳۸۵) پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را به روش همسانی درونی و با استفاده از ضریب کرونباخ برابر ۸۴٪ به دست آورده است. همچنین آریا و همکاران ۱۹۹۲ (به نقل ا ز جعفرنژاد، ۱۳۸۲) در شیلی و شاماسوند (۱۹۹۶) ،به نقل از جعفرنژاد، (۱۳۸۲)در هند پایایی سلامت عمومی را با استفاده از روش کرونباخ به ترتیب ۷۳٪ و ۹۳٪ به دست آورده‌اند. جعفرنژاد و مرادی (۱۳۸۲) پایایی آزمون سلامت روان را با استفاده ازضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آوردند. مولوی و همکاران (۱۳۸۲) بهنقل از نجات، ۱۳۸۵) در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ (هماهنگی درونی) پرسشنامهٔ سلامت عمومی را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند و هیچ یک از مواد این پرسشنامه رابطهٔ منفی یا نزدیک به صفر با نمرات کل نداشتند (مولوی وهمکاران، ۱۳۸۲ به نقل از نجات ۱۳۸۵).

در پژوهش حاضر که بر روی ۴۱ نفر از افراد بالای ۱۵ سال مبتلا به بیماری فنیل کتونوریا شهر تهران انجام گرفت، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد.

یافته‌ها

از آنجا که زیرگروههای جنس، تحصیلات و سن بسیار کوچک و نامتقارن بودند، در تحلیلهای آماری مورد مطالعه قرار نگرفتند. با این حال، فراوانی این متغیرها در جداول ۱ تا ۳ ارائه شده‌اند:

جدول ۱- توزیع سنی جمعیت شرکت‌کننده در پژوهش

سن	فراوانی	درصد
۱۴-۱۶	۱۱	٪۲۶/۸
۱۷-۱۹	۹	٪۲۲
۲۰-۲۲	۱۲	٪۲۹/۲
۲۳-۲۵	۹	٪۲۲

جدول ۱ نشان می‌دهد که توزیع سن تقریباً متقارن است و ۱۱ نفر ۱۵ و ۱۶ سال، ۹ نفر ۱۷ تا ۱۹ سال، ۱۲ نفر ۲۰ تا ۲۲ سال و ۹ نفر نیز ۲۳ تا ۲۵ سال سن دارند.

جدول ۲- توزیع تحصیلات شرکت‌کنندگان در پژوهش

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
زیردیپلم	۲۱	۵۱/۲
دیپلم	۱۳	۳۱/۷
بالاتر از دیپلم	۷	۱۷/۱

چنانکه جدول ۲ نشان می‌دهد حدود نیمی از شرکت‌کنندگان در این پژوهش تحصیلاتی پایین‌تر از دیپلم متوسطه داشته‌اند. ۱۳ نفر دیپلم بودند و اقلیت باقی‌مانده تحصیلاتی بالاتر از دیپلم داشته‌اند.

تحلیل واریانس تفاوتی میان میانگین متغیرهای تعدیل‌کنندهٔ پژوهش مانند جنس، سن، تحصیلات بیمار و والدینش نشان نداد. با این حال، تعداد ناکافی نمونه‌ها در زیرگروهها درستی نتایج چنین تحلیلهای آماری را با تردید مواجه می‌کند.

جدول ۳- شاخصهای توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

	میانگین	واریانس	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
روان‌آزردگی‌گرایی	۲۴/۲۶	۵۳/۲۱	۷/۲۹	-۰/۸۰	۰/۱۰
برونگرایی	۲۵	۳۴/۷۱	۵/۸۹	-۰/۴۸	۰/۱۹
گشودگی	۳۶/۴۶	۵۳/۶۴	۷/۳۲	-۱/۲۲	۰/۱۶
سازگاری	۳۰/۹۳	۶۴/۹۲	۸/۰۵	-۰/۴۵	۰/۴۱
وظیفه شناسی	۳۲/۳۳	۴۷/۲۳	۶/۸۷	۰/۱۶	-۰/۸۸
هوش‌هیجانی	۲۶۰	۲۶۲۶	۵۱/۲۴	۰/۲۸	۰/۱۹
سلامت روان‌شناختی	۲۱/۳۳	۱۵۰/۸۱	۱۲/۲۸	-۰/۴۲	۰/۴۲

جدول ۴- ضرایب همبستگی میان ویژگیهای شخصیتی، هوش هیجانی و سلامت روانی

	هوش هیجانی		سلامت روان‌شناختی	
	ضریب همبستگی	احتمال خطا	ضریب همبستگی	احتمال خطا
روان‌آزردگی‌گرایی	-۰/۶۲	۰/۰۱۳	-۰/۶۳	۰/۰۱
برون‌گرایی	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۰/۰۰۲
گشودگی	۰/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۰/۰۱
سازگاری	۰/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۰۰۳
وظیفه‌شناسی	۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	۰/۰۶
هوش هیجانی			۰/۷۵	۰/۰۰۰۱

جدول ۳ نشان می‌دهد که توزیع نمرات روان‌آزردگی‌گرایی و گشودگی گرایش به کرانهٔ منفی دارد. توزیع وظیفه‌شناسی از نظر کشیدگی منفی است که نشان دهندهٔ توزیع تقریباً یکنواخت و پخ دارد. میانگین و پراکنش نمرات در جدول نشان داده شده است.

بر پایهٔ داده‌های جدول ۴، روان‌آزردگی‌گرایی با هوش هیجانی و سلامت روانی همبستگی منفی دارد. سایر ویژگیهای شخصیتی با این دو متغیر همبستگی مثبت دارند. با این حال، وظیفه‌شناسی با سلامت روانی همبستگی معناداری ندارد. هوش هیجانی نیز با سلامت روان‌شناختی همبستگی مثبتی دارد؛ به این معنا که هرچه فرد دارای هوش هیجانی بالاتری باشد، نمرات بالاتری نیز در سلامت روانی به دست خواهد آورد. این ضرایب خام هستند و نمی‌توانند به ما بگویند اگر مجموعهٔ ویژگیهای شخصیتی با هم وارد معادلهٔ رگرسیون شوند، کدام‌یک سهم معناداری در تبیین پراکنش هوش هیجانی و سلامت روانی خواهند داشت. به همین جهت یک سری تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی اجرا شد که نتایج آن در جداول ۵

تا ۷ بیان شده‌است.

جدول ۵ نشان می‌دهد که از میان پنج عامل بزرگ شخصیت، تنها برون‌گرایی و سازگاری هستند که می‌توانند پراکنش نمرات هوش هیجانی را به گونه‌ای معنادار تاحد ۶۳ درصد پیش‌بینی کنند. سایر عوامل نقش قابل توجهی در این زمینه نداشتند.

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی برای پیش‌بینی هوش هیجانی از روی نمرات ویژگیهای شخصیتی

	ضرایب غیراستاندارد			ضرایب استاندارد	احتمال خطا
	معادله رگرسیون	R	R^2	ضریب بتا	
برونگرایی	۴/۱۵	۰/۸۰	۰/۶۳	۰/۴۹	۰/۰۰۲
سازگاری	۲/۷۴			۰/۳۶	۰/۰۱۸

جدول ۶- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی برای پیش‌بینی سلامت روانی از روی نمرات ویژگیهای شخصیتی

	ضرایب غیراستاندارد			ضرایب استاندارد	احتمال خطا
	معادله رگرسیون	**R**	R^2	**ضریب بتا**	
روان آزردگی گرایی	۱/۰۶	-۰/۶۳	۰/۳۹	-۰/۶۳	۰/۰۰۲

جدول ۷- نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی برای پیش‌بینی سلامت روانی از روی نمرات هوش هیجانی

	ضرایب غیراستاندارد			ضرایب استاندارد	احتمال خطا
	معادله رگرسیون	**R**	R^2	**ضریب بتا**	
روان آزردگی گرایی	۰/۱۲	۰/۷۵	۰/۵۶	۰/۷۵	۰/۰۰۰۱

سلامت روان‌شناختی با هوش هیجانی پیش‌بینی می‌شود و به ازای هر واحد تغییر در نمرات هوش هیجانی، ۰/۷۵ واحد تغییر در نمرات سلامت روانی به وجود خواهد آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای این پژوهش آزمون سه فرضیهٔ بود.

فرضیهٔ نخست: بر پایهٔ داده‌های جدول ۴، هر پنج عامل بزرگ شخصیت (روان‌آزردگی‌گرایی، برون‌گرایی، گشودگی، سازگاری و وظیفه‌شناسی) با هوش هیجانی همبسته‌اند. روان‌آزردگی‌گرایی همبستگی منفی و سایر عوامل شخصیتی همبستگی مثبت با هوش هیجانی دارند. داده‌های جدول ۵ نیز نشان می‌دهند که اگرچه هر پنج عامل شخصیتی با هوش هیجانی همبسته‌اند ولی تنها دو عامل برون‌گرایی و سازگاری هستند که توانایی تبیین پراکنش متغیر هوش هیجانی را در سطحی معنادار دارند (۶۳ درصد).

بر پایهٔ آنچه در جدول ۶ می‌توان دید، تنها روان‌آزردگی‌گرایی است که سهم معناداری (۳۹درصد) در تبیین پراکنش نمرات سلامت روان‌شناختی دارد و سایر عوامل شخصیتی مورد مطالعه نقش مهمی در پیش‌بینی نمرات سلامت روانی نداشته‌اند. به ازای هر واحد افزایش در نمرات روان‌آزردگی‌گرایی ۰/۶۳ واحد نمرات سلامت روانی کاهش خواهد یافت. در جدول ۷ نشان داده شده است که ۷۵ درصد از واریانس نمرات

این یافته‌ها با آنچه پیش‌تر چلیبانلو و حسن‌شاهی (۱۳۸۴) و کاروسو و مایر (۲۰۰۲) نشان داده‌اند، همگرایی دارد. فورهام و چامارو پری موزیک(۲۰۰۴) نیز در پژوهشی در رابطه با هوش هیجانی و ۵ عامل بزرگ شخصیت در بین ۷۴ مرد و ۱۷ زن در انگلستان دریافتند که بین هوش هیجانی و برون‌گرایی، پذیرا بودن و وظیفه شناسی از ویژگیهای شخصیتی رابطه وجود دارد. وندرزی و شاکل (۲۰۰۲) نیز به بررسی هوش هیجانی و پنج عامل بزرگ شخصیت پرداختند.

نمونهٔ آنان شامل ۱۱۶ دانشجو بود و رابطه‌ای قوی بین متغیرهای مورد مطالعه به دست آوردند.همچنین آستین و سالکوفسکی و وین‌ست (۲۰۰۴) در پژوهشی در کانادا بر روی ۵۰۰ نفر و همچنین در اتریش بر روی ۲۰۴ نفر انجام دادند، نتایج آنها حاکی از رابطه بین هوش هیجانی و شخصیت بود. گانون و راینزین (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی که در زمینهٔ هوش هیجانی و ویژگیهای شخصیت انجام دادند، نشان دادند که همبستگیهای به نسبت بالایی میان این دو سازه وجود دارد. مجموعهٔ این داده‌ها با پژوهش حاضر همگرا هستند. با این حال، پیتز و همکاران (۱۹۹۷) در تحقیق بر روی ۳۵ بیمار ۱۷ تا ۳۳ ساله و مقایسه با جمعیت عادی تفاوت معناداری بین مبتلایان به فنیل‌کتونوریا و نشانه‌ها و ویژگیهایی که از طریق آزمون چندجنبه‌ای شخصیتی مینه‌سوتا قابل دست یافتن بود، پیدا نکردند. فیش، ساینز و چانگ (۱۹۸۱) نیز نشان دادند که مردان بزرگسال مبتلا به فنیل‌کتونوریا بیش از برادران و خواهرانشان علائم اختلالات روان‌شناختی را در آزمون چندجنبه‌ای مینه‌سوتا نشان می‌دادند. با این حال، این تفاوت فقط در حد بزرگسالی قابل تمایز بود. این یافته‌ها در ظاهر با آنچه پژوهش حاضر نشان داده، متفاوت است. با این‌حال، دو نکته را باید در نظر داشت: نخست اینکه آزمون شخصیت مورد مطالعهٔ پیتز و همکاران (۱۹۹۷) و فیش، ساینز و چانگ (۱۹۸۱) آزمون چند جنبه‌ای شخصیت مینه‌سوتا بوده است که پایه‌ای مرضی داشته و بیش از آنکه عوامل بزرگ شخصیت را بسنجد، رفتارهایی را برآورد می‌کند که اگر فراوانی آنها بیشتر شود، با این یا آن اختلال روانی مطابقت می‌کند؛ دوم اینکه، سولیوان (۲۰۰۱) دریافت آن دسته از مبتلایان به فنیل‌کتونوریا ۱۴ تا ۲۴ ساله که زود درمان را دریافت کرده بودند، با جمعیت عادی از نظر ابتلا به اختلالات روانی و خودپنداره تفاوتی نداشتند و مقایسه با گروه بیماران مزمن نشان داد که تفاوتهای آنها با گروه عادی در حد تجربهٔ تنیدگی مزمنی است که ممکن است بیمار در سرتاسر زندگی به آن مبتلا باشد. پترایدس و همکاران (۲۰۰۷) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند.

فرضیهٔ دوم: نتایج محاسبهٔ ضرایب سادهٔ همبستگی پیرسونی در جدول ۴ نشان داده شده است. بر پایهٔ داده‌های این جدول همهٔ عوامل شخصیت به جز وظیفه‌شناسی با سلامت عمومی روان‌شناختی همبسته هستند. برای بررسی عمیق‌تر این روابط تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی (جدول ۶) اجرا شد. نتایج نشان داد که تنها روان‌آزردگی‌گرایی به مثابهٔ عاملی شخصیتی، می‌تواند پراکنش نمرات سلامت عمومی را (در حد ۳۹ درصد) تبیین کند.

نتایج یافته‌های این پژوهش با آن چه پیش‌تر پژوهشگران دربارهٔ جمعیت عادی و مبتلایان به فنیل‌کتونوریا به دست آورده‌اند، همگرایی دارد؛ برای مثال با آنچه چلیبانلو و حسن‌شاهی (۱۳۸۴) و زارعان و اسدالله پور(۱۳۸۴) به دست آورده‌اند، همسویی دارد. کامتون (۲۰۰۵) نیز به ارزیابی رابطهٔ سلامت روان و نظریهٔ پنج عاملی شخصیت در یک نمونه ۲۹۶ نفری متشکل از دانش آموزان و دانشجویان مبتلا به فنیل کتونوری پرداخت. بررسی نمرات مقیاسهای ارزیابی سلامت روان و مدل پنج عاملی شخصیت، رابطه‌های داخلی میان این دو ویژگی را نشان می‌دادند. در رابطه با همین ویژگی (ویگلچ ۱۹۹۴ به نقل از نکویی، ۱۳۸۳) در آلمان، به پژوهشی تحت عنوان«بررسی خصوصیات و ویژگیهای شخصیتی بیماران فنیل کتونوریا که سریعاً تحت درمان قرار گرفته‌اند» پرداخت. او در این بررسی ۵۸ کودک ۱۰ ساله مبتلا به فنیل کتونوری را که سریعاً به دلیل وجود این بیماری تحت درمان قرار گرفته بودند را مورد تجزیه تحلیل قرار داد. یافته‌های او نشان داد که بیماران مبتلایی که سریعاً تحت درمان قرار گرفته بودند، در معرض نوعی خطر شدید و جدی از نظر تنظیم نادرست رفتاری و احساسی (در مقایسه با عوامل سلامتی در سن ۱۰ سالگی) قرار نداشتند. به نظر

می‌رسد برخی از ویژگیهای شخصیت از راه گسترش مبادلات با جهان خارج و تشکل نوعی لایهٔ حمایتی اجتماعی و نیز کاهش پیامدهای ناخوشایند تنیدگیهای زندگی بر سلامت روانی، تأثیر دارند.

فرضیهٔ سوم: جدول ۴ نشان می‌دهد هوش هیجانی همبستگی مثبت معنادار با سلامت روانی (۰/۷۵) دارد. مع‌الوصف این نوعی همبستگی ساده است. برای اطمینان بیشتر یک تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی (که نتایج آن در جدول ۷) بیان شده، اجرا شد. نتایج نشان داد که هوش هیجانی توانایی تبیین ۵۶ درصد از پراکنش سلامت عمومی روان‌شناختی را دارد.

یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهشهای دگانون و راینزین(۲۰۰۵)،پتریدس و همکاران(۲۰۰۷) در انگلیس بر روی افراد مبتلا به فنیل کتونوریا، فورهام و چامارو (۲۰۰۴)، شولت و همکاران(۲۰۰۴)، چلیبانلو و حسن شاهی (۱۳۸۴) و زارعان و اسدالله پور(۱۳۸۴) همگرایی دارد. در همین رابطه اکسترمرا و فرناندز (۲۰۰۶) در پژوهشی رابطهٔ هوش هیجانی و سلامت روانی‌ـاجتماعی و جسمانی دانش‌آموزان مبتلا به فنیل کتونوری در اسپانیا را مورد مطالعه قرار داد. آنها ۱۸۴ دانش‌آموز(۳۸ پسر و۱۴۶ دختر) را بررسی کردند و نشان دادند که هوش هیجانی به‌طور چشمگیری با خشم، تنیدگی بالا، افسردگی و سطوح پایین سلامت روانی‌ـحسی و اجتماعی در ارتباط است. سطوح بالای هوش هیجانی و حساسیتهای حسی و خلق و خویی با سطوح پایین خشم و افسردگی مرتبط است و نقش زیادی در سلامت روانی، اجتماعی وجسمانی فرد دارد. هرن و میشل (۲۰۰۳)، هایس و جوزف (۲۰۰۲)،کوستاو و مک‌کری (۲۰۰۵)، دینیو وکوپر (۱۹۹۸)، پنلی و توماکا (۲۰۰۰)، هایس و جوزف (۲۰۰۳)، هیلز و آرجیل (۲۰۰۱) نیز درپژوهشهای خود بین ویژگیهای شخصیتی و سلامت روان روابط معناداری را به‌دست آوردند. آوستین و همکاران (۲۰۰۵) هم نشان دادند هوش هیجانی با پریشانی روان‌شناختی و افسردگی رابطه منفی دارد.

دربارهٔ رابطهٔ مثبت میان برون‌گرایی و سلامت روانی می‌توان گفت که ویژگیهای آنها شامل خون‌گرم بودن، مهربانی و روابط گسترده و کمک‌کنندهٔ آنها با دیگران به گسترش شبکهٔ حمایت اجتماعی آنها منجر می‌شود که مطابق نظریه‌های موجود می‌تواند به افزایش سلامت روانی آنان منجر شود. مجموعهٔ یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌کنند که گشودگی و روان‌آزردگی گرایی دو ویژگی شخصیتی هستند که از راه تأثیر بر سلامت روان‌شناختی، و برون‌گرایی و سازگاری نیز از راه تأثیر بر هوش هیجانی و به نوبهٔ خود تأثیر هوش هیجانی بر سلامت روان‌شناختی اثر می‌گذارند؛ بنابراین، یافته‌های این پژوهش با الگویی که گلمن و امرلینگ (۲۰۰۳) و مک‌کرا (۲۰۰۴) ارائه داده‌اند، همخوانی دارد.

با این وجود، گرچه یافته‌های این پژوهش با آنچه در پژوهشهای منفرد کشورهای دیگر همگرایی دارد، اما نخست باید محدودیتهای روش‌شناختی این پژوهش را از نظر حجم نمونه، تداخل متغیر سن و جنس و نیز محیط جغرافیایی سکونت در نظر گرفت و از تعمیم مفرط نتایج اجتناب ورزید. در وهلهٔ بعد باید به مهم‌ترین نتیجهٔ کاربردی پژوهش اشاره کرد که هرچه سن تشخیص و درمان فنیل‌کتونوریا پایین‌تر باشد، پیامدهای روان‌شناختی‌ابتلا به آن نیزکمتر خواهد بود.

یادداشتها:

1) personality triats
2) Emotional Intelligence
3) Mental Health
4) Phenyl ketonuria
5) Sains & chang
6) Fish & Nichols Salwoski

منابع

افروز، غلامعلی (۱۳۸۱). *روانشناسی و توانبخشی کودکان آهسته‌گام*. چاپ نهم. انتشارات دانشگاه تهران.

اکبرزاده، نسرین (۱۳۸۳). *هوش هیجانی*. تهران. انتشارات وفایی.

امینی‌خواه، آزاده (۱۳۸۴). *بهبود سلامت دانشجویان از طریق آموزش هوش هیجانی*. پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۴). «بررسی دلبستگی و هوش هیجانی». *فصلنامهٔ اندیشه‌های نوین تربیتی دانشگاه الزهرا*. دورهٔ یک. شمارهٔ ۲. ص ۱۱۱-۱۴۲

بنی‌جمالی، شکوه‌السادات و احدی، حسن (۱۳۸۰). *بهداشت روانی و عقب‌ماندگی ذهنی*. تهران. نشر نی.

پروین، لارنس و جان، الیور پ. (۲۰۰۰). *شخصیت، نظریه و پژوهش*. ترجمهٔ کدیور، پروین و جوادی، محمدجعفر. ۱۳۸۰. چاپ هشتم. تهران. انتشارات آییژ.

جعفرنژاد، پروین (۱۳۸۳). *بررسی رابطهٔ بین ۵ عامل بزرگ شخصیت، سبکهای مقابله‌ای و سلامت عمومی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران*. پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم.

چلیبانلو، غلامرضا و حسن‌شاهی، محمد مهدی (۱۳۸۴). *رابطهٔ بین ویژگیهای شخصیتی برای مدل پنج عاملی، هوش هیجانی و سلامت روان در گروهی از دانشجویان*. پایان‌نامهٔ کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان.

ذوقی پایدار، محمدرضا و عبدالله، حسن (۱۳۸۴). *رابطهٔ بین هوش هیجانی، فراشناخت، سلامت روان و پیش‌رفت تحصیلی در دانشجویان دانشگاههای همدان*. پایان‌نامهٔ کارشناسی. دانشگاه همدان.

زارعان، مصطفی و اسدالله‌پور، امین (۱۳۸۴). *بررسی رابطهٔ هوش هیجانی و حل مسأله با سلامت روان بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه تبریز*. پایان‌نامهٔ کارشناسی. دانشگاه تبریز.

شکری، امید (۱۳۸۵). *بررسی رابطهٔ میان پنج عامل بزرگ شخصیت، سبکهای مقابله‌ای و سلامت روان در دانشجویان کارشناسی*. رسالهٔ دکتری روانشناسی تربیتی. دانشگاه تربیت معلم.

سپهرآذر، فیروزه(۱۳۸۵)، ساخت و هنجاریابی آزمون هوش هیجانی براساس نظریه موجود و فرهنگ بومی و ارزشیابی تأثیر آموزش آن بر شیوه‌های مقابله با استرس در بین دانش‌آموزان دبیرستانهای ارومیه، رسالهٔ دکتری روانشناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی

محسنی، وحید، (۱۳۸۵) بررسی رابطه بین سلامت روان و هوش هیجانی در دختران پایهٔ اول دبیرستانهای منطقه دوم تهران، پایان نامهٔ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات

نجات، حمید(۱۳۸۵) بررسی تأثیر خودافشایی بر میزان سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد رسالهٔ دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات.

نکویی، طوبی(۱۳۸۳) بررسی نقش تغذیه در افراد مبتلا به فنیل کتونوریا. پایان نامه کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات.

Austin, J E; Saklofske, H D & Vincent, E (2004). personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Department of Education psychology and special Education*. Canada Elsevier.

Bar-On, R (2001)."Emotional and Social Intelligence in sight the emotional quotient Inventory". In Bar-On, R & Parker, D A (EDs). *The Handbook of Emotion*. pp. 363-387

Caruso, R D & Mayer, D J (2002). "Recreation of ability Measure of Emotional Intelligence to Personality". Department of Psychology. *Journal of Personality Assessment*. 79, 2, 306-320

Compton, W C (2005). Measure of Mental Health and a Five Factor Theory of Personality. *Department of Psychology. Middle Tennessee State University*, Murfreesboro 37132, USA. Southern Universities Press. US. 83 (1). 371-81

Costa, P T & McCrae, R R (2005). "Personality across cultures: Studies focus on Age Factor". *Journal of American Society on Aging*. 7, 224-31

Deneu, K & Cooper, H (1998). The Happy Personality: a Meta analysis of 137 PersonalityTraits and Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229

Extremera, N & Fernandez-Berrocal, P (2006). Emotional Intelligence as predictor of Mental Social and Physical Health in University

Students. Spain. The Spanish *Journal of Psychology*. 9(1), 45-51

Fisch, R O; Sines, L K & Chang, P (1981). Personality characteristics of nonretarded phenylketonurics and their family members. *Journal of Clinical Psychiatry, 42, 106-113.*

Furnham, A & Chamorro-Premuzic, T (2004). Personality and Intelligence as Predictors of Statistics Examination Grades. *Department of Psychology. University College London*. Personality and Individual Difference, 37,943-55

Gannon, N & Renzijin, R (2005). Does Emotional Intelligence Predict Unique Variance in Life? Satisfaction beyond IQ and Personality? *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1353-1364

Goleman, D & Emmerling, D (2003). Emotional Intelligence: Issues and Common Misunderestandings. *The Consertium for Research on Emotional Intelligence in Organization.*

Haren, E & Mitchell, C W (2003). Relationships between the Five Factor Personality Model and Coping Styles. *Psychology and Education: an Interdisciplinary Journal*, 400(1), 38-49.

Hayas, N & Joseph, S (2003). Big Five Correlates of Three Measures of Subjective Well-being. *Personality and Individual Differences*,34(4), 723-27.

Hills, P & Argyle, M (2001). Emotional Stability as a major Dimension of Happiness. *Personality and Individual Differences*,34(4), 733-737.

Jain, K A & Sinha, K A (2005). General Health in Organizations: Relative relevanceof Emotional Intelligence, Trust and Organizational Support. *International Journal of Stress Management*, 12 (3), 257-73

McCrae, R R (2004). Emotional Intelligence from the Perspective of Five Factor Model of Personality. *In Bar-On, R & Parker, D A (EDs).* The Handbook of Emotional Intelligence. 263-267

McCrae, R R & Costa, P T (2004). A Contemplated Version of the NEO Five Factor Inventory. *Personality and Individual Difference*, 36, 576-87.

McCrae, R R (2005). Universal Features of Personality Traits from the observers Perspective: Data from 50 Cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88,541-61.

Montes-Berges, B & Augusto, J M (2007). Exploring the Relationship between Percieved Emotional Intelligence, Coping, Social Support and Mental Health in Nursing Students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. England*, 14(2) , 163-71.

Penely, J A & Tomaka, K (2002). Associations among the Big Five, Emotional Response and Coping with Acute Stress. *Personality and Individual Differences*, 32, 1215-28

Pietz, J; Fätkenheuer, B; Burgard, P; Armbruster, M; Esser, G & Schmidt, H (1997). Psychiatric Disorders in Adult Patients With Early-treated Phenylketonuria. *Pediatrics, 99(3), 345-50.*

Petrides, K V; Pita, R & Kokkinaki, F (2007). The Location of Trait Emotional Intelligence in Personality Factor Space. Institute of Education. University of London. UK. *British Journal of Psychology*, 273-89

Schitte, N S & Malouf, M J (2007). A Meta-analytic Investigation of the Relationship between Emotional Intelligence and Health. School of Psychology. University of New England Armindale. NSW2351. Australia. *Personality and Individual Differences*, 24(6), 921-33

Schor, D P (1983). PKU and Temperament. *Clinical Pediatrics*, 22, 12, 807-811.

Sullivan, J E (2001). Emotional Outcome of Adolescents and Young Adults with Early and Continuously treated Phenylketonuria. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(8), 477-84

Sullivan, J E & PiNian, C (1999). Review: Emotional and Behavioral Functioning in Phenylketonuria. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(3), 281-9.