

رابطه هوش هیجانی، کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیتی با سلامت روان در افراد با معلولیت (ناتوانی) جسمی حرکتی

مونا حیدری پور^۱، *علی مشهدی^۲، سیدمحسن اصغری نکاح^۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه هوش هیجانی، کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیتی با سلامت روان در افراد با معلولیت (ناتوانی) جسمی حرکتی انجام شد.

روش بررسی: در قالب یک طرح همبستگی، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان معلولین جسمی حرکتی مجتمع نیکوکاری آموزشی توان‌یابان مشهد تعداد ۶۰ نفر (۳۰ دختر و ۳۰ پسر) انتخاب شدند و پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-آن، پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیت (NEO-FFI) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) را تکمیل نمودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی با چهار بعد سلامت روان همبستگی مثبت و معناداری دارند ($r=0/86$; $r=0/87$; $P<0/05$)، در حالی که بین مؤلفه‌های هوش هیجانی با سلامت روان همبستگی معناداری وجود ندارد ($r=-0/03$; $P>0/05$). بین مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($r=0/12$; $P<0/05$) ولی بین مؤلفه‌های هوش هیجانی با ویژگی‌های شخصیت و کیفیت زندگی همبستگی منفی است و معنادار نمی‌باشد ($P>0/05$; $r=-0/09$; $r=-0/13$). تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که ویژگی‌های شخصیت و کیفیت زندگی متغیرهای تبیین‌کننده واریانس و پیش‌بین سلامت روان هستند.

نتیجه‌گیری: ویژگی‌های شخصیت و مؤلفه‌های آن و نیز کیفیت زندگی با مؤلفه‌های سلامت روان رابطه‌ای مستقیم داشته و قادر به پیش‌بینی آن می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: معلولیت جسمی حرکتی، سلامت روان، هوش هیجانی، ویژگی‌های شخصیت، کیفیت زندگی

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران
- ۲- دکترای روان‌شناسی، استادیار دانشگاه فردوسی مشهد، ایران
- ۳- دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، استادیار دانشگاه فردوسی مشهد، ایران

دریافت مقاله: ۹۰/۰۲/۲۷

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۲۷

* آدرس نویسنده مسئول:

ایران، مشهد، پردیس دانشگاه فردوسی مشهد، دانشگاه علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی.

* تلفن: ۸۸۰۳۶۰۲ (۵۱۱) ۹۸+

* رایانامه:

mashhadia@yahoo.com



مقدمه

معلولیت واقعی است انکارناپذیر و به عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تاکنون در جوامع وجود داشته است. با این وجود، مفهوم معلولیت توسط سازمان بهداشت جهانی^۱ (۱) در طبقه‌بندی بین‌المللی ناتوانی کارکردی و سلامت: به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها، محدودیت‌های کارکردی و محدودیت‌های مشارکتی مطرح شده است. بنابر این تعریف، عدم معلولیت و معلولیت براساس یک الگوی زیستی-روانی-اجتماعی تبیین می‌شود زیرا معلولیت نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است که از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، جنس و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی است کاسته یا جلوگیری می‌کند (۱، ۲). برون و ترنر معلولیت‌های جسمی و حرکتی را به عنوان یک آسیب که یک یا بیش از یکی از فعالیت‌های عمده زندگی فرد را محدود می‌کند، تعریف کرده‌اند (۳). تخمین زده می‌شود که ۱۰ درصد جمعیت دنیا (حدود ۶۵۰ میلیون نفر) با یک معلولیت زندگی می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی). هم‌چنین، در حال حاضر طبق آمارهای موجود در حدود ۴ درصد از جمعیت کشور را افراد معلول با معلولیت‌های مختلف جسمی، ذهنی، حسی و روانی تشکیل می‌دهند که جمعیتی بالغ بر ۲/۵ میلیون نفر را شامل می‌شود (۴).

معلولیت‌های جسمی^۲ آن نوع ویژگی‌هایی هستند که مانع بروز کارآمد توانایی‌های بدنی یا جسمی فرد می‌شود (۵). دامنه تعریف عملیاتی معلولیت جسمی حرکتی شامل مشکلاتی در وارد شدن به اتوبوس، مشکل حمل کردن یک شی پنج کیلویی، مشکل بالا رفتن از پله‌ها و وارد و خارج شدن از رختخواب، استفاده از ویلچر، عصا، عصای زیر بغل یا واکر و هم‌چنین مشکلات روانی همراه این ناتوانایی‌ها مانند احساس اضطراب، افسردگی و یا داشتن دیگر مشکلات روانی را شامل می‌شود (۶). معلولیت‌های جسمی-حرکتی تنوع بسیاری دارند و جدا از محدودیت‌ها یا مشکلاتی که از نظر کارکردی در فرد معلول ایجاد می‌کنند، ممکن است تأثیرات سوء روان‌شناختی در اثر تعاملات اجتماعی بر شخصیت فرد معلول یا تکوین بهینه آن داشته باشد (۷). یافته‌های پژوهش‌های متعدد نشان دهنده این تأثیرات هستند؛ چنانچه ترنی و بخشی طبق بررسی دقیقی مطرح می‌کنند که ۲۱/۶ درصد معلولین دارای پریشانی روانی هستند (۸). مارین، بولند، دالی و استینس سطح کیفیت زندگی معلولان را با مؤلفه‌های سطح سلامت جسمانی و بهزیستی روانی، بهزیستی کارکردی، ارتباط موثر اجتماعی و محیطی و شدت معلولیت جسمی مرتبط

می‌دانند (۹). هم‌چنین نتایج بررسی نوسک، هگز و سوئیدن نشان می‌دهد که شدت معلولیت‌های جسمی در پیش‌بینی مشکلات روان‌شناختی موثر است (۱۰). نتایج پژوهش مرادی، کلانتری و معتمدی نیز نشان می‌دهد که معلولان جسمی-حرکتی در کل از سلامت بهینه روانی برخوردار نیستند (۱۱). افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی از وضعیت سلامت روان ضعیف‌تر، رضایت‌مندی کمتر از سلامت (سطح پایین کیفیت زندگی)، سطوح بالای افسردگی و سطوح پایین از حمایت‌های عاطفی و مشارکت و تعهدات اجتماعی برخوردار هستند (۱۲).

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی^۳ در بهترین منظر عبارت است از یک حالت پایا و کامل از نبود نشانه‌های بیماری و حضور نشانه‌های سلامت که دارای ابعاد فاعلی، روانی و اجتماعی است. بنابراین سلامت روانی نه تنها نبود بیماری روانی را در بر می‌گیرد، بلکه به سطحی از کارکرد اشاره می‌کند که فرد با خود و سبک زندگی خویش آسوده و بدون مشکل است (۱۳). مشکلات سلامت روانی که نشانگر ناتوانی فرد در کنار آمدن با مسائل خود است می‌توانند ناشی از بروز کارکردهای سازش نیافته در هر یک از چهار قلمرو گسترده کارکردی انسان یعنی: رفتاراجتماعی، رفتارهیجانی، موضوع‌های مرتبط با سلامتی و شغل باشند (۱۴). پژوهش‌های متعدد، عوامل مختلفی را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان مطرح کرده‌اند که مهم‌ترین آنها عبارتند از: هوش هیجانی^۴، کیفیت زندگی^۵ و ویژگی‌های شخصیت^۶ (۱۸-۱۵).

هوش هیجانی مجموعه‌ای از مهارت‌های به هم پیوسته برای ادراک دقیق، ارزیابی و ابراز هیجانات-دسترسی یا ایجاد احساسات به منظور تسهیل تفکر، توانایی فهم هیجانات و تنظیم آنها به منظور رشد هیجانی و عقلانی است. مطالعات متعددی در زمینه ارتباط هوش هیجانی با سلامت روان، ویژگی‌های شخصیت، کیفیت زندگی انجام گرفته است و نتایج به دست آمده حاکی از آن است که هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم با متغیرهای مزبور ارتباط دارد. نیکولا و همکاران در یک فراتحلیل نشان دادند که هوش هیجانی با سلامت روان رابطه مثبت و معناداری دارد (۱۹). افرادی که درباره هیجانات خود آگاهی بیشتری دارند مهارت‌های بیشتری در مدیریت مشکلات هیجانی دارند و در مقایسه با افرادی که مهارت‌های کمتری دارند از سطح سلامت روان بیشتری برخوردار هستند (۲۰-۲۳). آستین، ساکوفسکی و ایگان نشان می‌دهند که هوش هیجانی با میزان بالاتر سطح کیفیت زندگی، شبکه روابط

1- World Health Organization
4- Emotional Intelligence

2- Physical Disability
5- Quality of Life

3- Mental health
6- Traits of Personality



عادی تجربه می‌کنند، روبرو می‌شوند؛ چنانچه این نکته نیز در پژوهش‌های مختلف پذیرفته شده است که مشکلات اجتماعی در این افراد باعث کاهش سطح فعالیت در آنها نسبت به افراد عادی می‌شود و خطر مربوط به مسایل سلامت روان در آنها را افزایش می‌دهد (۳۴-۳۲). افراد معلول با مشکلات و آسیب‌های متنوع و متعددی در روابط بین فردی، کار، محیط‌های تحصیلی و حوزه‌های عاطفی-رفتاری روبرو هستند (۳۵).

مطابق با تعریف معلولیت به عنوان مجموعه‌ای از اختلالات جسمانی یا ذهنی که فرد را از ادامه زندگی مستقل فردی و اجتماعی باز می‌دارد و موجب اختلال در ارتباط بهینه فرد با محیطش می‌شود (۲۷) و تأثیر غیر قابل انکار آن بر ابعاد اجتماعی-فردی و روان‌شناختی به عنوان یک پدیده چند بعدی و از طرفی اهمیت مؤلفه سطح سلامت روانی که ارتباط چندگانه با دیگر مؤلفه‌های اثرگذار روان‌شناختی-اجتماعی مانند هوش هیجانی، کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصی دارد که هر یک از آنها به صورت مجزا و یا در ارتباط با یکدیگر در تحول بهینه کیفیت زندگی اجتماعی-فردی و سلامت روان‌شناختی نقش‌های ویژه‌ای را ایفا می‌کنند، بررسی وضعیت افراد دارای ناتوانی جسمی-حرکتی در هر یک از این مؤلفه‌ها به صورت مجزا و همچنین در ارتباط با یکدیگر جهت تشخیص و سنجش نارسایی در هر یک از حیطه‌ها، مداخله و در نهایت اصلاح و درمان در راستای اهداف توان‌بخشی ضرورت دارد و به عنوان مسأله اصلی پژوهش مطرح می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط هوش هیجانی، کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیتی با سلامت روان در افراد با معلولیت (ناتوانی) جسمی-حرکتی انجام شد.

روش بررسی

با توجه به ماهیت موضوع و هدف پژوهش از روش توصیفی-همبستگی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه معلولین جسمی-حرکتی مجتمع نیکوکاری آموزشی توان‌یابان مشهد در سال ۱۳۸۹ با حجم کل ۱۲۴ نفر می‌باشد که از این تعداد ۶۰ نفر کارآموز (۳۰ دختر-۳۰ پسر) به شیوه تصادفی انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های ذیل استفاده شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش پس از اطمینان از حضور داوطلبانه آزمودنی‌ها و شرکت در جلسات توجیهی پرسش‌نامه‌ها در اختیارشان قرار داده شد.

الف) پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-ان (۱۵)

پرسش‌نامه ۱۳۳ سوالی هوش هیجانی بار-ان متشکل از ۱۵ زیرمقیاس، هوش هیجانی را در ۵ مقوله: عوامل درون فردی

اجتماعی و کیفیت آن رابطه مثبت و با پریشانی روان‌شناختی و افسردگی رابطه منفی دارد (۲۴). مؤلفه تأثیرگذار دیگر در سطح سلامت روان کیفیت زندگی است که عوامل متفاوتی در آن مشارکت دارند؛ برای مثال گیسون-تعامل اجتماعی-دینر و امونس، ویژگی‌های شخصیتی-آستین و همکاران و همچنین راجرز، کوالتر، فیلیس و گاردنر، هوش هیجانی-اولکر و استویر، سلامت روان را مطرح کرده‌اند (۲۸-۲۵، ۱۷). براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است، پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (۲۷).

نتایج پژوهش اولکر ارتباط مثبت و معنادار بین سلامت روان و کیفیت زندگی را برجسته کرده است (۲۶). راجرز و همکاران بین ناتوانی در ادراک هیجانات دیگران و سازگاری اجتماعی ضعیف، و سطح سلامت روان کمتر رابطه معناداری یافتند (۲۵). کاستا، مک کری و بار-آن ویژگی‌های شخصیتی را شامل: سازگاری و وظیفه‌شناسی، که تجربه مثبت بیشتری را در موقعیت‌های اجتماعی به همراه دارد-پذیرش، که می‌تواند فرد را به تجربه حالات هیجانی منفی و مثبت سوق دهد-روان‌آزردگی، تمایل به تجربه پریشانی روان‌شناختی به شکل اضطراب، خشم-برون‌گرایی، شامل اجتماعی بودن و صفاتی مثل سرزندگی، شادابی-پذیرابودن، صفات مرتبط با حس زیبایی‌شناختی، کنجکاوی هوشمندانه-توافق‌گرایی، شامل صداقت، نوع‌دوستی-با وجدان بودن، شامل کوششی منظم برای اهداف و پیروی جدی از اصول مطرح می‌کنند (۱۵). هایس و جوزف مطرح کردند که مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیتی مانند با وجدان بودن و برون‌گرایی با سلامت روان مرتبط هستند (۲۸). مه‌یر و فلچر رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و هوش هیجانی را بررسی کردند و دریافتند که افرادی که از نظر اجتماعی خوش‌برخورد و در ارتباط با دیگران هم‌احساسی و توجه بیشتری داشته و در ارتباط با خود و اجتماع پذیراترند، از هوش هیجانی بیشتری برخوردارند (۲۹). سامار و همکاران به این نتیجه رسیدند که مشکلات مربوط به سلامت روان در دانشجویان دختر و پسر معلول حسی-حرکتی وجود دارد (۳۰). مازیاک، اسفر، امزایک و کلیر در پژوهشی روی آزمودنی‌هایی با مشکلات جسمی-حرکتی، نشان داد که در مقایسه با جمعیت عمومی، نمونه به طرز مشخصی از خویش‌پذیری و عزت‌نفس (خود اثربخشی) پایین‌تری برخوردارند (۳۱). هم‌چنین افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی با مشکلات اجتماعی بیشتری از آنچه که افراد



متخصصین و پژوهشگران طراحی شده بود مطرح کردند که عبارتند از: روان‌آزردگی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌گرایی، با وجدان بودن. فرم خلاصه شده پرسش‌نامه پنج عاملی یک مقیاس مداد کاغذی است که شامل ۶۰ آیتم است و به وسیله جان و استیوا ۱۹۹۹، طراحی و در آن پاسخ هر سوال در طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف=۰ تا کاملاً موافق=۴) مشخص می‌شود (۳۶). در پژوهش شکری و همکاران، ضریب پایایی پرسش‌نامه مزبور با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که این ضریب برای با وجدان بودن ۰/۸۳، روان‌آزردگی ۰/۷۹، برون‌گرایی ۰/۶۴، گشودگی به تجربه ۰/۷۹ و توافق‌گرایی ۰/۵۵ به دست آمد (۳۹).

د) پرسش‌نامه کیفیت زندگی

پرسش‌نامه کیفیت زندگی توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است. فرم کوتاه این پرسش‌نامه دارای ۲۶ سوال است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی را با ۲۴ سوال (به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال است) ارزیابی می‌کند. ۲ سوال اول نیز صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیاز قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰ تا ۱۰۰ است و امتیاز بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است (۳۸، ۳۹). به گونه‌ای که مجموع سوالات هر حیطه بیانگر نمره فرد در همان حیطه می‌باشد. در ایران نجات و همکاران این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند و ضریب آلفای پرسش‌نامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و ضریب پایایی با استفاده از روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷ گزارش کرده‌اند (۴۰). نصیری و همکاران نیز ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ به دست آوردند و سلطانی و همکاران (۱۳۸۹) نیز آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۷ بدست آورده‌اند (۴۱).

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS اقدام و در بخش توصیف اطلاعات از میانگین، انحراف استاندارد و واریانس نمرات و در بخش تحلیل و استدلال به منظور پی‌بردن به رابطه میان متغیرهای مورد نظر در نمونه مورد بررسی از روش آماری همبستگی و به منظور مشخص کردن سهم هر یک از سطوح متغیرهای پنج عامل بزرگ شخصیت، کیفیت زندگی و هوش هیجانی در پیش‌بینی سلامت روان از روش آماری تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

(خودآگاهی هیجانی، جرأت‌مندی، خود تحقق‌دهی، استقلال، احترام به خود) - عوامل بین فردی (همدلی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، روابط بین فردی) - سازش‌پذیری (حل مسأله، واقعیت‌آزمایی، انعطاف‌پذیری) - مدیریت‌تندگی (تحمل‌تندگی، مهاربرانگیختگی) - خلق عمومی (شادکامی، خوش‌بینی) با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف=۰ تا کاملاً موافق=۴) اندازه‌گیری می‌کند. ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۶ گزارش شده است. شمس‌آبادی این پرسش‌نامه را در یک گروه نمونه متشکل از ۹۲۳ دانش‌آموز دختر و پسر دوره متوسطه شهر مشهد هنجاریابی کرد و ضریب اعتبار این پرسش‌نامه را در دامنه بین ۰/۵۵ (زیر مقیاس همدلی) تا ۰/۸۳ (زیر مقیاس برانگیختگی) مطرح کرد. دهشیری پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی برای ۳۵ نفر، ۰/۷۴ گزارش کرد. برای خرده‌مقیاس‌های تحمل‌تندگی، مهاربرانگیختگی، انعطاف‌پذیری به ترتیب ضرایب بازآزمایی ۰/۹۰-۰/۸۴ تا ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌های جرأت‌مندی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و استقلال ضرایب بازآزمایی ۰/۵۸-۰/۶۲ تا ۰/۶۵ گزارش شده است. در ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ میانگین ضرایب آلفا برابر ۰/۷۳ بود. بالاترین ضریب آلفا در مورد خرده مقیاس احترام به خود ۰/۸۵ و کم‌ترین ضریب آلفا برای خرده مقیاس مسئولیت‌پذیری اجتماعی ۰/۵۰ بدست آمد (۳۶).

ب) پرسش‌نامه سلامت عمومی

این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ و هیلیر تدوین شده، دارای ۲۸ گویه است و چهار خرده مقیاس علایم جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی و نارسایی کارکردی اجتماعی فرد را از یک ماه پیش از اجرای آزمون ارزیابی می‌کند. تمام گویه‌های آن چهار گزینه‌ای و روش نمره‌گذاری آن بر حسب طیف لیکرت است (۳۷). در این پرسش‌نامه که فرم ۲۸ سوالی است، سوالات به ترتیب پشت سر هم آمده‌اند، به گونه‌ای که از سوال ۱ تا ۷ مقیاس علائم جسمی و از ۸ تا ۱۴ مقیاس اضطراب و بی‌خوابی، و از ۱۵ تا ۲۱ مقیاس نارسایی کارکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ تا ۲۸ مقیاس افسردگی لحاظ شده است. کسب نمره بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده سلامت عمومی پایین‌تر و بالعکس کسب نمره پایین نشان‌دهنده حداقل علائم مرضی و سلامت عمومی بالاتر است. کشاورز و همکاران روایی و پایایی این آزمون به ترتیب بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ و ۰/۷۶ تا ۰/۸۲ و ضرایب اعتبار زیرمقیاس‌های آن نیز به ترتیب بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ مطرح کردند (۳۸).

ج) پرسش‌نامه پنج عامل بزرگ شخصیت

پل کوستا و رابرت مگ کری (۱۹۹۲) پنج عامل نیرومند یا بزرگ را در ارتباط با ساختار شخصیت براساس آن چه که پیش‌تر توسط



یافته‌ها

سلامت روان در نمونه مورد بررسی از روش آماری همبستگی استفاده شد.

به منظور بررسی رابطه بین مؤلفه‌های ویژگی‌های شخصیت و

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی بین ویژگی‌های شخصیت با سلامت روان معلولین جسمی-حرکتی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
روان آزردهی	۲۹/۱۶	۴/۸۲	۱					
برون‌گرایی	۲۷/۶۶	۷/۲۸	۰/۵۷	۱				
گشودگی به تجربه	۲۷/۱	۵/۴۹	۰/۵۳	۰/۶۳	۱			
توافق‌گرایی	۲۸/۳۸	۵/۱۶	۰/۴۹	۰/۶۴	۰/۶۶	۱		
با وجدان بودن	۲۸	۴/۹۴	۰/۵۳	۰/۵۹	۰/۵۳	۰/۶۳	۱	
سلامت روان	۶۲/۳۱	۲۱/۵۱	۰/۶۷	۰/۷۹	۰/۷۵	۰/۶۷	۰/۸۴	۱

پرسش‌نامه سلامت روان بیانگر سلامت روان کمتر است، چنانچه نتایج همبستگی مثبت و معنادار مؤلفه روان‌آزردهی شخصیت را با عامل اضطراب و افسردگی سلامت روان که به ترتیب $(I=0/57; I=0/95; P<0/05)$ است، نشان می‌دهند. هم‌چنین به منظور بررسی رابطه بین مؤلفه هوش هیجانی با سلامت روان در نمونه مورد بررسی از روش آماری همبستگی استفاده شد.

همبستگی بین ویژگی‌های شخصیت و مؤلفه‌های آن با سلامت روان مثبت و معنادار می‌باشد و بیشترین میزان همبستگی را مؤلفه با وجدان بودن با نمره سلامت روان دارد $(I=0/84)$ و میزان همبستگی مؤلفه‌های دیگر شخصیت با سلامت روان به ترتیب عبارتند از: برون‌گرایی $I=0/79$ ، روان‌آزردهی $I=0/67$ ، گشودگی به تجربه $I=0/75$ ، توافق‌گرایی $I=0/67; P<0/05$. نمره بالا در

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی بین هوش هیجانی با سلامت روان معلولین جسمی-حرکتی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
هوش هیجانی کلی	۲/۵۷	۱۸/۶۳	۱					
روابط درون فردی	۷۷/۲۸	۹/۶۰	۰/۷۱	۱				
روابط بین فردی	۵۹/۷۵	۷/۴۰	۰/۲۷	-۰/۱۰	۱			
سازگاری	۵۱/۶۸	۷/۹۳	۰/۶۵	۰/۳۱	-۰/۰۵	۱		
کنترل استرس	۳۴/۱۸	۸۴/۸۳	۰/۴۳	۰/۱	-۰/۱۱	۰/۲۳	۱	
خلق عمومی	۳۴/۶۸	۵/۰۲	۰/۵۱	۰/۲۶	-۰/۰۷	۰/۱	۰/۲۴	۱
سلامت روان	۷۷/۲۸	۹/۶۰	-۰/۰۳	-۰/۰۸	-۰/۲۳	۰/۱۳	۰/۲۰	-۰/۰۵

آن با سلامت روان منفی و معنادار است $(I=-0/86; P<0/05)$ و این یافته حاکی از آن است که با بالا رفتن نمره کیفیت زندگی میزان علائم آسیب‌شناختی سلامت روان کاهش می‌یابد و بالعکس. (سلامت جسمی $I=-0/06$ سلامت روانی $I=-0/4$ روابط اجتماعی $I=-0/2$ سلامت محیطی $I=-0/8; P<0/05$). هم‌چنین همبستگی مثبت و معناداری بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی با نمره کل آن وجود دارد $(I=0/65, 0/58, 0/68, 0/54; P<0/05)$ و این یافته نشانگر این است که مؤلفه‌های کیفیت زندگی در سنجش آن با هم بسیار مرتبط و هم بسته می‌باشند. هم‌چنین میزان همبستگی بین مؤلفه‌های هوش هیجانی، ویژگی‌های شخصیت و کیفیت زندگی در نمونه مورد بررسی تعیین شد.

همبستگی بین نمره کلی هوش هیجانی با سلامت روان و مؤلفه‌های آن منفی است و معنادار نمی‌باشد (نمره کلی سلامت روان $I=-0/3; P>0/05$). به عبارت دیگر با بالا رفتن نمره کل هوش هیجانی میزان سلامت روان کاهش نمی‌یابد. هم‌چنین یافته‌ها همبستگی مثبت و معنادار مؤلفه‌های هوش هیجانی با نمره کل هوش هیجانی را نشان می‌دهند، این موضوع نشانگر آن است که مؤلفه‌های هوش هیجانی در سنجش آن با هم بسیار مرتبط و هم بسته می‌باشند. به منظور بررسی رابطه بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان در نمونه مورد بررسی از روش آماری همبستگی استفاده شد. چنانچه ملاحظه می‌گردد، (همبستگی بین کیفیت زندگی و مؤلفه



جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی بین کیفیت زندگی با سلامت روان معلولین جسمی-حرکتی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵
سلامت جسمی	۱۹/۲۸	۴/۳۳	۱				
سلامت روانی	۱۷/۳۵	۳/۷۹	۰/۶۵	۱			
روابط اجتماعی	۸/۹	۲/۴۴	۰/۵۱	۴۷/۰	۱		
سلامت محیطی	۲۰/۹۳	۵/۰۸	۰/۵۸	۰/۶۸	۰/۵۴	۱	
سلامت روان	۶۲/۳۱	۲۱/۵۱	-۰/۶	-۰/۴	-۰/۲	-۰/۸	۱

جدول ۴. میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی بین هوش هیجانی، کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیت معلولین جسمی-حرکتی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳
ویژگی‌های شخصیت	۱/۴۳	۲۳/۱۱	۱		
هوش هیجانی	۲/۵۷	۱۸/۶۳	-۰/۱۳	۱	
کیفیت زندگی	۶۶/۴	۱۳/۱	۰/۱۲	-۰/۰۹	۱

این بود که مشخص سازد کدام یک از متغیرهای هوش هیجانی، ویژگی‌های شخصیت و کیفیت زندگی توان بیشتری در پیش‌بینی میزان سلامت روان افراد دارای معلولیت جسمی-حرکتی دارند. به منظور پاسخگویی به این سوال از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد.

چنانچه در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، بین هوش هیجانی با ویژگی‌های شخصیت ($P > 0.05, r = -0.13$) و کیفیت زندگی ($P > 0.05, r = -0.09$) همبستگی منفی است و معنادار نمی‌باشد و بین ویژگی‌های شخصیت و کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنادار ($P < 0.05, r = 0.12$) وجود دارد. هدف دیگر پژوهش

جدول ۵. خلاصه تحلیل نتایج رگرسیون مؤلفه‌های هوش هیجانی، کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیت در پیش‌بینی سلامت روان معلولین جسمی-حرکتی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	SE	B	T	R
هوش هیجانی		۰/۰۷	۰/۰۶	+۰/۰۸	۱/۲	
ویژگی‌های شخصیت		۰/۹	۰/۰۵	+۰/۸۴	۱۵/۳۷	۰/۸۱
کیفیت زندگی		-۰/۱۹	۰/۰۹	-۰/۳۱	-۳/۲	

از نظر کارکردی در فرد معلول ایجاد می‌کند ممکن است تأثیرات سوء روان شناختی در اثر تعاملات اجتماعی بر شخصیت فرد معلول یا تکوین بهینه آن داشته باشد (۶). یافته‌های پژوهش حاکی از عدم سلامت بهینه روانی در معلولین بود زیرا تأثیری که معلولیت بر وضعیت روحی روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی بر جای می‌گذارد، غیرقابل انکار است. ناتوانی جسمی بر سازگاری روانی-اجتماعی و سلامت روانی شخص تأثیر می‌گذارد چنانچه در افراد ناتوان جسمی فشار روانی، افسردگی مزمن و نشانه‌های اضطراب بیشتری نسبت به سایر افراد مشاهده می‌شود (۳۵، ۳۴، ۳۰، ۱۱). این مسأله را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که معلولیت در هر بعدی که باشد به دلیل برهم زدن توازن، تولید اضطراب می‌کند و ریشه بحران برای فرد معلول در این جاست که شخص احساس می‌کند که گردونه زندگی از میانه راه باز ایستاده و به خصوص در افرادی که زندگی قبلی‌شان

نتایج حاصل از رگرسیون چندگانه نشان داد که مدل مورد بررسی معنادار است ($P < 0.05, R = 0.81, F = 76.67$). به عبارت دیگر این مدل ۸۱ درصد از واریانس سلامت روان را توجیه می‌کند. هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن پیش‌بینی کننده معنادار سلامت روان نبودند و دو مؤلفه دیگر کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیت و مؤلفه‌های آن به طور معناداری سلامت روان را پیش‌بینی کرده و تأثیر زیادی بر آن دارند.

بحث

به طور کلی سلامت روانی یک حالت پایا و کامل از نبود نشانه‌های بیماری و حضور نشانه‌های سلامت که دارای ابعاد فاعلی، روانی و اجتماعی است می‌باشد و به سطحی از کارکرد اشاره می‌کند که در آن فرد با خود و سبک زندگی خویش آسوده و بدون مشکل است (۱۳). معلولیت جدا از محدودیت‌ها یا مشکلاتی که



در جنبه‌های متعدد کیفیت زندگی نظیر جنبه‌های جسمانی، روانی، ارتباطات اجتماعی، وضعیت اقتصادی و محیطی می‌کند. چنانچه نوسک و همکاران در تحقیقات متعددی دریافتند که زنان معلول نسبت به زنان غیرمعلول به طور معناداری سطح تحصیلات کمتری دارند و تعداد کمتری از آنها شاغلند (۴۸). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی معلولان هنوز در بسیاری از کشورها، شهروندان درجه دو به شمار می‌روند (۲۷). بسیاری از آنها در انزوا روزگار می‌گذرانند و با مشکلات مالی روبه رو هستند و فعالیت‌های روزمره را به دشواری انجام می‌دهند. بسیاری از آنها هم از نگرانی و تنش رنج می‌برند و خودباوری لازم برای حضور در جامعه را در خود سراغ ندارند. در زمینه رابطه مستقیم هوش هیجانی و کیفیت زندگی تحقیقات پیشین چندان هماهنگ نیستند و طیفی از همبستگی ضعیف (ضرایب حاصل به ترتیب ۰/۱۷ و ۰/۱۱ بود) تا متوسط (بین ۰/۲۲ تا ۰/۲۸) (۴۲). هم‌چنین پژوهش‌های متعددی همبستگی بالا حدود ۰/۴۰ بین این دو سازه را گزارش کرده‌اند. به همین جهت وجود این رابطه همواره مورد تردید و کنکاش بوده است (۵۰، ۴۹، ۴۵، ۲۱، ۲۰). هم‌چنین پژوهش‌های متعددی ویژگی‌های شخصیت را عامل روان‌شناختی موثر و مرتبط با سلامت روان مطرح کرده‌اند. چنانچه نتایج حاصل از این پژوهش همسو با این یافته‌ها، همبستگی مثبت و معنادار ویژگی‌های شخصیت و مؤلفه‌های آن و کیفیت زندگی و توانایی تبیین‌کنندگی دقیق سلامت روان براساس آن را نشان می‌دهند (۳۰، ۲۵، ۲۰).

نتیجه‌گیری

ویژگی‌های شخصیت و مؤلفه‌های آن و نیز کیفیت زندگی با مؤلفه‌های سلامت روان رابطه‌ای مستقیم داشته و قادر به پیش‌بینی آن می‌باشند. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که سازه سلامت روان و مؤلفه‌های موثر و مرتبط با آن در معلولین جسمی-حرکتی متفاوت می‌باشد و این یافته را می‌توان این گونه تبیین کرد که معلولیت یک پدیده زیستی، روانی و اجتماعی است و چنانچه هر یک از این حیطه‌ها دارای نقصان شوند، شالوده سلامت روان تأثیر خواهد پذیرفت که در نتیجه پرورش و توسعه دیگر توانمندی‌های این افراد کند و یا متوقف خواهد شد. از این رو پیشنهاد می‌گردد با توجه به دیدگاه‌های نوین در حیطه توان‌بخشی بالاخص توان‌بخشی مبتنی بر اجتماع، مسئولان و نهادهای اجتماعی-درمانی در امر آموزش افراد با نیاز ویژه از جمله معلولین جسمی-حرکتی نسبت به طراحی و اجرای دوره‌های آموزش و پرورش مؤلفه‌های موثر بر سلامت روان

توأم با آرامش و آسایش مداوم بوده و یا روال آرام و خاص را داشته‌اند و بعدها دچار آسیب و معلولیت جسمی شده‌اند، می‌تواند باعث کاهش رضایت‌مندی فرد از زندگی شود. سامار و همکاران در پژوهشی با عنوان آسیب حسی-حرکتی و سلامت روان با بررسی مطالعات انجام شده به نتایج زیر دست یافتند: ۱. ماهیت و سطح مشکلات سلامت روان در افراد معلول مشابه با جمعیت عادی نیست. ۲. مشکلات عصب‌شناختی مرتبط با علت معلولیت می‌تواند به طور نامناسبی بر کارکرد روانی افراد معلول تأثیر بگذارد. ۳. برخی از افراد معلول به علت داشتن رفتارهای کلیشه‌ای ممکن است هیجانی یا پرخاشگر به نظر برسند. ۴. افراد معلول طیفی از ویژگی‌های شخصیتی را به صورت‌های مختلف دارا هستند که در هر فرهنگی تفسیر خاص خود را به همراه دارد (۳۰). نتایج پژوهش حاضر، با نتایج بررسی‌های متعددی که هوش هیجانی را به عنوان مجموعه‌ای از مهارت‌های به هم پیوسته برای ادراک دقیق، ارزیابی و ابراز هیجانات و تنظیم آنها به منظور رشد هیجانی و عقلانی یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان مطرح کرده‌اند (۲۲-۱۹، ۱۶، ۱۵) ناهم‌خوان بود و این یافته تأییدکننده سطوح پایین از حمایت‌های عاطفی-هیجانی و مشارکت و تعهدات اجتماعی معلولین است، زیرا هوش هیجانی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق مؤلفه‌های ضمنی اجتماعی ایجاد و تحول می‌یابد و عدم حضور و مشارکت مطلوب افراد دارای ناتوانی جسمی-حرکتی به دلایلی از قبیل عدم مناسب‌سازی فضاهای شهری، وسایل نقلیه و نگرش نامطلوب اجتماع نسبت به پدیده معلولیت و معلول می‌تواند منجر به نارسایی مهارت‌های اجتماعی در معلولین شده و اثرات سوء بر هوش هیجانی که در تعامل با اجتماع تحول می‌یابد بگذارد. نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که بین هوش هیجانی و سازه‌های روان‌شناختی-اجتماعی گوناگون ارتباط وجود دارد؛ سازه‌هایی همچون کیفیت زندگی، خود کارآمدی، عملکرد تحصیلی و رفتار بزهکارانه، بهداشت روانی و تندرستی روان‌شناختی و مهارت‌های اجتماعی (۴۶-۴۲). هوش هیجانی عامل موثر و تعیین‌کننده در برآیندهای زندگی واقعی مانند موفقیت در مدرسه و تحصیل، موفقیت در شغل و روابط بین شخصی و به طور کلی در کارکرد اجتماعی و سلامت می‌باشد (۴۷). مؤلفه کیفیت زندگی، سازه روان‌شناختی مهم و تأثیرگذار دیگر بر سلامت روان است که یافته‌های این پژوهش نیز همسو با نتایج بررسی‌های متعددی دیگر تأییدکننده این امر می‌باشند (۴۶). با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان ادعان نمود که معلولیت جسمی-حرکتی افراد مبتلا را دچار ناتوانی و نارسایی



که در حال افزایش است، توجه و اقدام نمایند. از محدودیت‌های این پژوهش عدم دسترسی به تعداد بیشتری از افراد دارای ناتوانی جسمی-حرکتی با ویژگی‌های جمعیتی شناختی متنوع (سن، جنس، وضعیت اشتغال، شدت معلولیت و...) به دلایلی مانند عدم مناسب‌سازی فضاهای شهری و آموزشی که منجر به مشکلات حمل و نقل، حضور نداشتن در مراکز و نهادهای آموزشی می‌شود، بود.

بالاخص هوش هیجانی، مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های زندگی جهت دستیابی به مهارت‌هایی که به طور بنیادی بر کارکردهای آموزشی، شغلی و اجتماعی افراد دارای ناتوانی جسمی-حرکتی اثر می‌گذارد و نقش اساسی در پیشرفت تحصیلی و موفقیت در زندگی دارد و به آنها کمک می‌کند که توانمندی‌هایشان را بشناسند و اهداف واقع بینانه برگزینند است، به منظور پیشگیری از ایجاد و گسترش آسیب‌های روان‌شناختی این قشر از اجتماع

منابع

- 1-World Health organization. Bulletin of world Health organization. 2001; 21 (2): 1047-1055.
- 2-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L and THE WHOQOL-DIS Group. The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: Development and psychometric properties. Res Dev Disabil. 2011; 32 (3): 1212-1225.
- 3-Brown RL, Turner RJ. Physical Disability and Depression. J Aging Health. 2010; 22 (7): 977-1000.
- 4-Sattari B, Omidvar KH, Yaghobi V. [Compare attitude with disable people in their families (Persian)]. J Rehabil. 2006; 6 (3): 25-32.
- 5-Spencer T. The role of research in the lives of people with disability. Too little too late?. The Exceptional parent. Eur J Dev Psychol. 2007; 37 (5): 78-82.
- 6-Molden TH, Tøssebro J. Measuring disability in survey research: Comparing current measurements within one data set. Eur J Dev Psychol. 2010; 4 (3): 174-189.
- 7-Gallucci M Ongaro F, Meggiolaro S, Antuono P, Gustafson DR, Forloni GL, Albani D, Gajo GB, Durante E, Caberlotto L, Zanardo A, Siculi M, Muffato G, Regini C. Factors related to disability. Arch Gerontol Geriatr. 2011; 52 (3): 309-316
- 8-Trani JF, Bakhshi P. Challenges for assessing disability prevalence: The case of Afghanistan. Alter, Rev Res Educ. 2008; 2: 44-64.
- 9-Mairin C, Boland MD, Daly L, Stains A. Self-rated health and quality of life in adults attending regional disability services in Ireland. Disabil Rehabil. 2009; 2 (2): 95-103.
- 10-Nosek MA, Hughes RB, Swdiund N. Self- steem and women with disabilities. Soc Sci Med. 2003; 56 (8): 1737-1747.
- 11-Moradi A, Kalantari M, Motamedi M. [Relationship between variables of demographic and mental health in Isfahan (Persian)]. Journal of Knowledge and Research in Psychology. 2008; (31): 83-100.
- 12-Krahn G, Putnam M, Drum CL, Powers L. Disabilities and Health. J Dev Phys Disabil. 2006; 17: 18-27.
- 13-World Health Organization Report. Mental Health. J Psychol Med. 2009; 1-53.
- 14-Keyes LM. Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health.J Am Psychol. 2007; 62 (2): 95-108.
- 15-Bar -On R. The Bar -On model of emotional-social intelligence (ESI). Psicothema. 2006; 18: 13-25.
- 16-Mikolajczak M, Luminet O. Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events: An exploratory study. Pers Individ Differ. 2008; 44 (7): 1445-1453.
- 17-Stoeber J, Stoeber FS. Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. Pers Individ Differ. 2009; 46 (4): 530-535
- 18-Latimer AE, Rench TA, Brackett MA. Emotional intelligence. A framework for examing emotions in sport and exercise groups. Group dynamics in exercise and sport psychology. 2007; 5 (3): 3-27.
- 19-Nicola S, Schulte JM, Malouff EB, Thorsteinsson N, Sally E. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. Pers Individ Differ. 2007; 6 (42): 921-933.
- 20-Fernandez, Brrocal P, Extremera N. Emotional intelligence as predictor of mental, social and physical health in university students. Span J Psychol.2006; 1: 45-51
- 21-Fernandez, A, Brrocal P, Extremera N. About emotional intelligence and moral decision. J Behav Health Serr.2005; 28: 548-559.
- 22-Gohm CL, Clore GL. Four latent traits of emotional experience and their involvement in attribution style, coping and well-being. J Cogn Dev.2002; 16: 495-518.
- 23-Zulling KJ, Valois RF, Huebner ES, Drane JW. Adolescent health-related quality of life and peried satisfaction with life. J Psychol.2005; 14: 1573-1584.
- 24-Austin EJ, Saklofske DH, Egan V. Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. J Pers Assess.2005; 38: 547-558.
- 25-Rogers P, Qualter P, Phelps G, Gardner K. Belief in the paranormal, coping and emotional intelligence. Pers Individ Differ. 2006; 40: 1089-1095.
- 26-Ulker A. Mental health and Life satisfaction of young Australians. Pers Individ Differ.2008; 2: 199-218.
- 27-WHO-QOL group. What is quality of life? World health organization Qol Assessment. J Behav Health Serr. 2011; 17 (1): 354-356.
- 28-Hayes N, Joseph S. Big 5 correlate of three measures of subjective well-being Pers Individ Differ. 2003; 3 (1): 30-45.
- 29-Meyer B, Fletcher TB. Emotional intelligence: A theoretical and implications for research and professional practice in sport psychology. J Appl Sport Psychol. 2007; 19 (1): 1-15
- 30-Samar VJ, Poollard R, Sutter E, O Hearn A, Latty p, Barnetts. Deaf young adults self-reported suicide attemjpt rate: Role of reaking and gender mach. Honolulu, Hawaii, paper presented at the meeting of the pacific Rim Disability Conference.2007; 21 (4): 25-63.
- 31-Maziak W, Asfar T, Mzayek F, Fouad F, Klizieh N. Social demograjpic correlates of psychiatric morbid among lowincom women in Aleppo, Syria. Soc Sci Med. 2002; 54 (9): 1419-142
- 32-Tate D, Krisch N, Maynard F, Paterson C, Forchheimer M, Roller A.Coping with the late effects differences between depressed and non-depressed polio survivors. Am J Phys Med Rehab. 1994; 73: 27-35.
- 33-Eide AH, Roysamb E.The relationship between level of disability, psychological problems, social activity, and social networks. Rehabil Psychol. 2002; 47 (3): 165-183.
- 34-Turner RJ, Beiser. Major depression and depressive symptomatology. Among the physically disabled. J Neuropsych Clin. 1990; 17 (4): 343-350.
- 35-Tekin A, Bulbin GLU.Effectivess of cognitieve process Approached Social Skills Training Program for people with Mental Retardation. Soc Sci Med. 2007; 22-35.
- 36-Aslankhani M, Abdoli B, Zamani H, Rezaie Z. [Emotional intelligence in attlrtes with Disabilities (Persian)]. Journal of Iranian Psychologists. 2007; 6 (21): 15-14.
- 37-Goldberg DP, Hillier V. Scaled version of General Health Questionnaire. J Physiol Sci Med.1979; 9 (1): 133-145.
- 38-Keshavarz A, Mehrabi H, Soltanizade M. [Psychological Predictors of Life Satisfaction. (Persian)].Journal of Iranian Psychologists. 2010; 6 (22): 159-168.
- 39-Shokri O, Moradi A, Farzad V, Sangari AA, Ghanaie Z, Rezaie A. [The role of trait personality and ways of coping in mental health of students (Persian)].Journal of Cognitive Sciences.2005; 7 (1): 28-38.
- 40-Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, MajdzadehR.



- [The World Health Organization Quality of Life (WHOQOLBREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version (Persian)]. Journal of School of public Health & Institute of Public Health Research. 2007; 6 (3): 25-32.
- 41-Soltani, R. Et al. [Survey the quality of life in Guilan university students (Persian)]. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2010; 75 (3): 63-69.
- 42-Gannon N, Ranzijn R. Does EI predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? Pers Indiv Differ. 2005; 38 (2): 1353-136.
- 43-Cikanek KL. Emotional intelligence and coping skills as predictors of counselor self-efficacy with genetic counseling graduate students. Pers Indiv Differ. 2007; 13 (2): 25-36.
- 44-Petrides KV, Furnham A. Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. Eur J Personality. 2001; 15 (4): 425-448.
- 45-Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. Pers Indiv Differ. 2002; 32 (2): 197-209.
- 46-Gibson DM. Interaction and well-being. Is it quantity or quality that counts? J Aging Health. 1986; 24 (1): 29-40.
- 47-Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. J Pers Assess. 1985; 49 (3): 71-75.
- 48-Nosek MA, Hughes RB, Swedlund N, Taylor HB, Swank P. Self-esteem and women with disabilities. Soc Sci Med. 2003; 56 (2): 1737-1747
- 49-Martinez-Pons M. The relation of emotional intelligence with selected area of personal functioning. J Aging Health. 1986; 25 (1): 45-58.
- 50-Palmer B, Gignac G, Bates T, Stough C. Examining the structure of the trait meta-mood scale. Aust J Psychol. 2003; 55 (5): 154-184.

Relationship between Personality Characteristics, Emotional Intelligence and Quality of Life with Mental Health of People with Disabilities

Heydariipoor M.(B.Sc.)¹, Mashhadi A.(Ph.D.)², Asghari Nekah M.S.(Ph.D.)³

Receive date: 17/05/2011

Accept date: 17/03/2013

1-M.Sc. Student in General

Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Iran.

2-Ph.D. of Psychology, Assistant

Professor of Ferdowsi University of Mashhad, Iran.

3-Ph.D. of Psychology and Education

of Exceptional Children, Assistant Professor of Ferdowsi University of Mashhad, Iran

***Correspondent Author Address:**

Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University, Mashhad, Iran.

*Tel: +98 (511) 8803602

*E-mail: mashhadia@yahoo.com

Abstract

Objective: This study was performed to assess the relationships between personality characteristics, emotional intelligence and quality of life with Mental Health Status of people with disabilities.

Materials & Methods: This Descriptive Correlation study randomly selected (60) of the physical disabilities. Including (30 girls, 30 boys) of SET Educational Beneficence Tavanyaban of Mashhad. Order to collecting data was completed four Questionnaire: General Health (GHQ) Questionnaire, Emotional Intelligence Questionnaire characteristics of personality, Questionnaire (NEO) and Quality of Life Questionnaire. Data were analyzed by using Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis

Results: Data analysis showed a significant positive correlation between personality characteristics and quality of life with the four dimensions of mental health. ($r=0.86$, $r=0.87$, $P<0.05$) While there was no significant correlation between the components of emotional intelligence and mental health ($r=-0.03$, $P>0.05$) Positive and significant correlation exists between the components of personality characteristics and components of quality of life ($P>0.05$, $r=0.12$) negative correlation exists between the components of emotional intelligence and personality characteristics and quality of life ($r=-0.13$, $r=-0.09$ $P>0.050$) This correlation was not statistically significant. Multiple Regression analysis showed that personality characteristics and quality of life are associated and predictors of Mental Health.

Conclusions: Personality characteristics and its components and quality of life are in a direct relationship with mental health and may be regarded as significant predictors of Mental Health.

Keywords: Physical disabilities, Mental health, Emotional intelligence, Personality characteristics, Quality of life