مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره یازدهم، شمارهٔ ۱، فروردین – اردیبهشت ۱۳۸۸، صفحه ۵۶-۴۹

رابطه بدبینی با سلامت عمومی و هوش هیجانی در دانشجویان دانشگاه شیراز و علوم پزشکی شیراز

کورش بنی هاشمیان*[۱]، محمدحسن صیف[۲]، منصور موذن[۱]

۱- مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور واحد جهرم
۲- مربی گروه مدیریت آموزشی دانشگاه پیام نور واحد جهرم
۳- مربی گروه مدیریت دولتی دانشگاه پیام نور واحد خاوران

دریافت: ۸۷/۸/۲، اصلاح: ۸۷/۹/۱۳، پذیرش: ۸۷/۱۱/۳۰

خلاصه

سابقه و هدف: رفتارها، عادات و سبک زندگی بر سلامت انسان تأثیر چشمگیری داشته و ویژگیهای هیجانی نیز رابطهٔ مستقیمی با سطح سلامت عمومی فرد دارند. لذا این مطالعه به منظور مقایسه رابطهٔ بدبینی با سلامت عمومی و هوش هیجانی در دانشجویان دانشگاه شیراز و علوم پزشکی شیراز انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی بر روی ۲۰۳ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز (۸۸ مرد و ۱۱۵ زن) و ۲۰۱ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز (۹۵ مرد و ۱۰۶ زن) که به صورت تصادفی خوشه ای انتخاب شدند، انجام گردید. از پرسشنامه های سلامت عمومی گلدبرگ(شامل ۲۸ سؤال)، هوش هیجانی شرینک (شامل ۳۳ سؤال) و ناامیدی بک(شامل ۲۰ سؤال) جهت سنجش استفاده شد و داده ها با استفاده از آزمون های معنی داربودن ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چندگانه و t گروههای مستقل، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میزان بدبینی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۴±۱۱/۳ و سلامت عمومی در آنها ۲۰/۶±۲۸ و در دانشجویان دانشگاه شیراز به ترتیب ۳/۴±۹/۷ و ۲۵/۲±۴۹ بود که رابطه معنی داری بین بدبینی و سلامت عمومی در هر دو گروه دانشجویان وجود داشت (p<۰/۰۰۱). همچنین میزان هوش هیجانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۱۱/۷±۱۲۴/۸ در دانشجویان دانشگاه شیراز ۱۱/۲±۱۲۹/۷ بود که بین هوش هیجانی و سلامت عمومی نیز در دو گروه رابطه معنی داری مشاهده شد (p<۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی در مقایسه با دانشجویان دانشگاه شیراز از بدبینی بیشتر و هوش هیجانی و سلامت عمومی پایین تری برخوردارند. بنابراین توصیه می شود با استفاده از روشهای روانشناختی و درمانی جهت رفع بدبینی و بهبود وضعیت سلامت عمومی گروههای علوم پزشکی اقدام شود.

واژه های کلیدی: *بدبینی، سلامت عمومی، هوش هیجانی، دانشجویان، علوم پزشکی.*

مقدمه

رفتارها، عادات و سبک زندگی بر سلامتی و بیماری تأثیر می گذارند. این گونه رفتارها معمولاً ریشه در ارزشهای فرهنگی یا نیازها و انتظارات افراد دارند که تغییر آنها هم دشوار است. خصوصیات شخصیتی افراد نیز بطور مستقیم یا غیر مستقیم بر سلامتی و بیماری تأثیر گذاشته و گاهی ویژگیهای شخصیتی محصول بیماری خاصی هستند و یا اینکه موجب رفتارهای ناسالم می شوند (۱). John بدبینی را به عنوان یکی از عوامل شخصیتی که بر سلامت افراد تأثیر بسزایی دارد، در نظر می گیرد. فرد بدبین نسبت به انسانهای اطراف و رویدادهای مختلف نگرش منفی دارد، مثلاً از افراد مختلف انتظار خیانت و از رویدادهای مختلف انتظار ضرر و آسیب دارد (۲). سلامت در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی حالت خوب بودن کامل از نظر جسمی- روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده است و رابطهٔ تنگاتنگ عوامل شخصیتی و روانشناختی با سلامت به وضوح نشان داده شده است (۳). بدبینی از جمله فرآیندهای روانشناختی است که ممکن است موجب بیماریهای مختلف جسمی و روانی بشود. نتایج مطالعات نشان داد، کسانیکه از خوش بینی بالایی در زندگی برخوردار بودند، نسبت به بدبینها کمتر به

* مسئول مقاله:
آدرس: جهرم، بلوار آزادگان، دانشگاه پیام نور، ساختمان شماره ۲
e-mail: kouroshcpsp@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.1.8.3]

بیماری مبتلا شدند و کمتر حوادث دلخراش گذشته را به خاطر آوردند (۵و۴) Kubzansky و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که بدبینی و خوش بینی دو قطب یک پیوستار را تشکیل می دهند که قطب خوش بینی بالا بر قطب سلامتی بالا و قطب بدبینی بالا بر قطب اختلالات شدید در سلامتی منطبق است (۶). افراد بدبین و مضطرب در مقایسه با افراد خوش بین، دارای فشار خون بالاتری می باشند اما خوش بینی باعث پشتکار و پیشرفت و سلامت روانی و جسمانی فرد می شود (۸و۷).

در مورد تفاوت زنان و مردان در میزان بدبینی و سلامت عمومی، نتایج مطالعه Hourani، نشان داد که نمرات بیماری جسمانی و روانی و همچنین بدبینی در زنان بیشتر بوده و از استرس بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری را در زندگی برخوردارند (۹). Hintika و همکاران نشان دادند که از بین مردان و زنان متأهل، مردان، کمتر از اختلال روانی رنج می برند (۱۰).

Natali، در مطالعه ای دانشجویان رشته های فنی و غیرفنی را مورد بررسی قرار داد که نتایج نشان داد که دانشجویان رشته های ادبی نسبت به دانشجویان دیگر بیشتر شکایات جسمانی و اضطراب را گزارش دادند (۱۱). همچنین Beautrais، در مطالعه خود دریافت که دانشجویان رشته های غیر فنی نسبت به زندگی و آینده در مقایسه با دانشجویان فنی نا امیدی بیشتری داشتند (۱۲). هوش هیجانی، همدلی با دیگران و استفاده مثبت از هیجانها در تفکر و شناخت، کاربرد مناسب هیجانها در روابط انسانی، درک حالات هیجانی خود و دیگران، خویشتنداری، موضوع هوش هیجانی است که مؤلفه های روانشناختی هستند که می توانند بر سلامت فرد تأثیر بسزایی داشته باشند (۱۳). افرادی که از هوش هیجانی بالایی برخوردار هستند نسبت به افرادی که هوش هیجانی آنها پایین تر است، به طور معنی داری از سلامتی جسمانی و روانی بالاتری، برخوردار می باشند (۱۷-۱۴).

Boussiakou و همکاران به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی یک متغیر لازم برای پایین آوردن سطح اضطراب و ناامیدی و بالا بردن سطح اعتماد و شجاعت می باشد و افراد بدبین نمرهٔ هوش هیجانی پایین تری بدست می آورند (۱۳). Constantine، در مطالعه ای نشان داد که هوش هیجانی بالا با سطح بالای همدلی در ارتباط است و افراد با همدلی بالا به زندگی و حوادث آن خوش بین تر هستند و دارای هوش هیجانی بالاتری هم هستند (۱۸). Extremera و همکاران در مطالعه ای که رابطهٔ هوش هیجانی، بدبینی و سازگاری روانشناختی را بررسی می کردند، به این نتیجه رسیدند که نوجوانان با توانایی هیجانی بالا، رضایت بالایی از زندگی و استرس کمتری را گزارش دادند (۱۹).

رفتارها، طرز نگرش، سبک زندگی و عوامل شخصیتی بر سلامتی انسان تأثیر می گذارند. امید به آینده و خوش بینی افراد نسبت به جهان و پیامدهای مختلف آن به بهداشت روانی و به تبع آن به سلامت جسمانی و به طور کلی سلامت عمومی فرد کمک چشمگیری می نماید. علاوه بر لزوم مطالعهٔ تأثیر نوع نگرش و هوش هیجانی دانشجویان بر سلامت عمومی آنها، باید خاطرنشان ساخت که دانشجویان علوم پزشکی و غیرپزشکی در دانشگاههای مجزا و تحت نظر وزارتخانه های مجزا تحصیل می کنند، ماهیت و نوع رشته های علوم پزشکی و غیرپزشکی متفاوت بوده و دارای آیندهٔ شغلی متفاوتی نیز هستند. بنابراین آیندهٔ شغلی موفق یا نا موفق و میزان تأمین زندگی از طریق استفاده از مدرک تحصیلی مربوطه، می تواند بر نحوهٔ نگرش دانشجویان نسبت به جهان اطراف تأثیر بگذارد. لذا این مطالعه با هدف بررسی رابطهٔ بدبینی با سلامت عمومی و هوش هیجانی و مقایسهٔ آن در دانشجویان دانشگاه شیراز و علوم پزشکی شیراز تدوین گردیده است.

مواد و روشها

این مطالعه تحلیلی بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز و دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. جهت انتخاب تقریباً مساوی تعداد دانشجویان علوم پزشکی و غیر پزشکی، در دانشگاه علوم پزشکی، در هرکدام از دانشکده های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی و پرستاری و مامایی ۵ کلاس و در دانشگاه شیراز در هر کدام از دانشکده های علوم پایه، علوم انسانی، مهندسی، کشاورزی و علوم تربیتی، ۴ کلاس به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شده، سپس در هر ۴۰ کلاس انتخاب شده، پرسشنامهٔ سلامت عمومی، هوش هیجانی و مقیاس نا امیدی به صورت متصل و با کدهای یکسان در حضور محققین، توسط دانشجویان تکمیل گردید (۲۲-۲۰).

به منظور سنجش میزان بدبینی دانشجویان از مقیاس ناامیدی Beck استفاده شد، از آنجایی که Beck بدبینی و ناامیدی را دو خصوصیت جدانشدنی از یکدیگر، مخصوصاً در افراد افسرده در نظر می گیرد و همبستگی بین این دو متغیر را مثبت و معنادار معرفی می کند، لذا در این پژوهش نا امیدی معادل بدبینی در نظر گرفته شده است. مقیاس نا امیدی بک، شامل ۲۰ سؤال است. هر یک از سؤالات دارای دو گزینهٔ بلی و خیر است که نمره گذاری بدین ترتیب است که به گزینه هایی که بیانگر بدبینی هستند، نمرهٔ ۱ و به گزینه هایی که بیانگر خوش بینی هستند، نمرهٔ صفر تعلق می گیرد. پایایی این مقیاس نیز در دو مرحله به دست آمده است (۲۰).

برای سنجش میزان سلامت عمومی نیز از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامهٔ سلامت عمومی Goldberg استفاده شد. این پرسشنامه از چهار خرده آزمون تشکیل شده است که هر کدام شامل ۷ سؤال است. سؤالات ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه های جسمانی، سؤالات ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی خوابی، سؤالات ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤالات ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی است، که کلاً وضعیت روانی – جسمانی فرد را در یک ماه اخیر نشان می دهد. تمام سؤالات شامل ۴ گزینه هستند. روش نمره گذاری برای این پرسشنامه به صورت (۳،۲،۱،۰) می باشد بدین صورت که نمرهٔ بیشتر بیانگر سلامت عمومی بالاتر می باشد. بنابراین نمرهٔ فرد از ۰ تا ۸۴ متغیر خواهد بود (۲۱).

همچنین به منظور سنجش هوش هیجانی مدیران، از پرسشنامهٔ هوش هیجانی Shrink، استفاده شد. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۷۰ سؤال است که دارای ۲ قسمت است: قسمت اول دارای ۴۰ سؤال و قسمت دوم دارای ۳۰ سؤال می باشد. در قسمت اول، هر سؤال حاکی از یک موقعیت در زندگی است و آزمودنی باید یکی از گزینه ها را که با حالات روحی او تطابق بیشتری دارد انتخاب کند. در قسمت دوم در ابتدای هر سؤال یک داستان ساختگی هیجانی آورده شده است و از آزمودنی خواسته شده که پاسخ خود را با توجه به داستان انتخاب کند. از آنجا که این داستانها با فرهنگ ایران تطابق لازم را نداشته است حذف شده اند. پاسخها به صورت ۵ درجه ای و ترتیبی می باشد. در سؤالات

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.1.8.3]

(۳۳،۲۸،۲۲،۲۰،۱۴،۱۲،۱۰،۹) اگر کسی گزینه الف را انتخاب کند، نمره ۵ و چنانچه ب، ج، د، ه را انتخاب کند به ترتیب نمره کمتری می گیرد. نمره گذاری سایر سؤالات برعکس می باشد (۲۲). منصوری، در اجرای اولیه این آزمون از قسمت اول که شامل ۴۰ سؤال بوده است استفاده کرد و تعداد ۷ سؤال را به دلیل همبستگی اندک با نمرهٔ کل آزمون حذف کرد و سؤالاتی که برای اجرای نهایی در نظر گرفت به ۳۳ سؤال کاهش پیدا کرد. وی همچنین میزان همسانی درونی آزمون ۳۳ سؤالی را در اجرای مقدماتی که روی یک نمونه ۴۰ نفری از دانشجویان دانشگاه تهران اجرا کرد به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرده است (۲۲). همچنین به منظور سنجش وضعیت تحصیلی دانشجویان، از معدل کل نمرات نیمسال اول تحصیلی آنها استفاده شد. داده ها با استفاده از آزمونهای ضریب همبستگی پیرسون، t گروههای مستقل و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p<0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

در این از مطالعه ۲۰۳ نفر از دانشجویان علوم پزشکی، ۸۸ پسر و ۱۱۵ دختر از ۲۰۱ نفر دانشجویان دانشگاه شیراز، ۹۵ پسر و ۱۰۶ دختر مورد بررسی قرار گرفتند. دانشجویان دانشگاه شیراز از سلامت عمومی بالاتری (۴۹) در مقایسه با دانشجویان علوم پزشکی (۲۸) برخوردار بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. فراوانی میانگین ±انحراف متغیرهای بدبینی، سلامت عمومی و هوش هیجانی در دو گروه دانشجویان دانشگاه شیراز (n=۲۰۱) و علوم پزشکی شیراز (n=۲۰۳)

گروه	Mean±SD	دامنه نمره
دانشگاه علوم پزشکی شیراز		
بدبینی	۱۱/۳±۳/۹	۴-۱۷
سلامت عمومی	۲۸±۲۰/۳	۱۱-۷۱
هوش هیجانی	۱۲۴/۸±۱۱/۷	۱۰۱-۱۴۰
دانشگاه شیراز		
بدبینی	۹/۷±۳/۴	۳-۱۷
سلامت عمومی	۴۹±۲۵/۲	۱۳-۸۰
هوش هیجانی	۱۲۹/۷±۱۱/۲	۱۱۰-۱۴۰

بین بدبینی و سلامت عمومی و همچنین بین بدبینی و نمره های فرد در مؤلفه های سلامت عمومی و بین بدبینی و هوش هیجانی رابطه منفی و معنی داری بدست آمد (جدول شماره ۲). بین دانشجویان دانشگاه شیراز و علوم پزشکی شیراز از نظر میزان بدبینی، سلامت عمومی و هوش هیجانی تفاوت معنی دار وجود دارد ($p<0/001$)، بدین ترتیب که میزان بدبینی در دانشجویان علوم پزشکی شیراز بالاتر از دانشجویان دانشگاه شیراز می باشد و سلامت عمومی و هوش هیجانی دانشجویان علوم پزشکی پایین تر از دانشجویان دانشگاه شیراز است. همچنین هوش هیجانی دانشجویان دختر، بیشتر از دانشجویان پسر می باشد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳. مقایسهٔ میانگین نمرات بدبینی، سلامت عمومی و هوش هیجانی بر حسب دانشگاه و جنس (۲۰۱= تعداد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی)، (۲۰۳= تعداد دانشجویان دانشگاه شیراز

	Mean±SD	سطح معنی داری
بدبینی		
دانشگاه علوم پزشکی شیراز	۱۱/۳±۳/۹	$p<0/001$
دانشگاه شیراز	۹/۷±۳/۴	
سلامت عمومی		
دانشگاه علوم پزشکی شیراز	۲۸±۲۰/۳	$p<0/001$
دانشگاه شیراز	۴۹±۲۵/۲	
هوش هیجانی		
دانشگاه علوم پزشکی شیراز	۱۲۴/۸±۱۱/۷	$p<0/001$
دانشگاه شیراز	۱۲۹/۷±۱۱/۲	
بدبینی		
دانشجویان مرد	۱۰/۲±۳/۹	$p<0/11$
دانشجویان زن	۱۰/۷±۳۴	
سلامت عمومی		
دانشجویان مرد	۳۶/۷±۲۴/۳	$p<0/09$
دانشجویان زن	۳۹/۹±۲۵/۸	
هوش هیجانی		
دانشجویان مرد	۱۲۵/۶±۱۱/۶	$p<0/01$
دانشجویان زن	۱۲۸/۶±۱۱/۶	

بین بدبینی و سن رابطه مثبت و معنی دار ($r=0/14$ و $p<0/001$)، بین بدبینی و وضعیت تحصیلی رابطه منفی و معنی دار ($r=-0/14$ و $p<0/001$)، بین سلامت عمومی و سن رابطه منفی و معنی دار ($r=-0/35$ و $p<0/01$)، و بین سلامت عمومی و وضعیت تحصیلی رابطه منفی و معنی دار ($r=-0/45$ و $p<0/001$)، بدست آمد. با افزایش سن، سلامت عمومی کاهش و بدبینی افزایش می یابد و با افزایش بهبود وضعیت تحصیلی، سلامت عمومی افزایش و بدبینی کاهش می یابد. جهت تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی توسط متغیرهای سن، بدبینی و هوش هیجانی از تحلیل رگرسیون چندگانه در ۳ مرحله استفاده شد. در مرحلهٔ نخست متغیر پیش بین سن دانشجویان وارد معادلهٔ رگرسیون شد که آزمون F حاصل از این تحلیل معنی دار بوده و نتیجهٔ این تحلیل نشان می دهد که متغیر سن به تنهایی ۱۲/۷٪ واریانس متغیر سلامت عمومی را تبیین می کند. در مرحلهٔ دوم متغیر پیش بین بعدی یعنی بدبینی همراه متغیر سن وارد معادله شد. نتایج این تحلیل نیز معنی دار بوده و نشان داد که اضافه شدن متغیر بدبینی باعث افزایش ضریب تعیین شده است بطوریکه این ضریب برابر با ۰/۱۵۵ می باشد و نشان می دهد که بدبینی و سن به همراه هم ۱۵/۵٪ واریانس سلامت عمومی را تبیین می کنند. در تحلیل سوم متغیر هوش هیجانی همراه متغیر سن وارد معادله شدند که آزمون F حاصل از این تحلیل معنی دار بوده و نتیجه نشان داد که متغیرهوش هیجانی و سن به همراه هم ۱۵/۲٪ واریانس سلامت عمومی را تبیین می کنند (جدول شماره ۴).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.1.8.3]

جدول شماره ۲. ضریب همبستگی و معناداری آن برای بررسی رابطهٔ بدبینی با هوش هیجانی و سلامت عمومی و خرده آزمونهای سلامت عمومی

متغیر	سلامت عمومی	افسردگی	اختلال در کارکرد اجتماعی	نشانه های جسمانی	اضطراب و بیخوابی	بدبینی	هوش هیجانی
سلامت عمومی	۱						
افسردگی	٭۰/۹۸	۱					
اختلال در کارکرد اجتماعی	٭۰/۹۸	٭۰/۹۳	۱				
نشانه های جسمانی	٭۰/۹۷	٭۰/۹۴	٭۰/۹۴	۱			
اضطراب و بیخوابی	٭۰/۹۸	٭۰/۹۴	٭۰/۹۵	٭۰/۹۳	۱		
بدبینی	٭-۰/۲۱	٭-۰/۲۱	٭-۰/۲۰	٭-۰/۲۲	٭-۰/۲۰	۱	
هوش هیجانی	٭۰/۲۰	٭۰/۱۶	٭۰/۲۲	٭۰/۱۸	٭۰/۲۱	٭-۰/۳۴	۱

٭ p<۰/۰۱

جدول شماره ۴. تحلیل رگرسیون جهت تبیین واریانس سلامت عمومی توسط سن، بدبینی و هوش هیجانی

متغیر	ضریب B	ضریب Beta	t	F	ضریب تعیین
تحلیل ۱:					
سن	-۳/۰۴۳	-۰/۳۵۶	-۷/۶۲***	۵۸/۰۹ ***	۰/۱۲۷
تحلیل ۲:					
سن	-۲/۸۳	-۰/۳۳۲	-۷/۱۲***	۳۶/۴۶ ***	۰/۱۵۵
بدبینی	-۱/۱۱	-۰/۱۶۸	-۳/۶۱***		
تحلیل ۳:					
سن	-۲/۸۸	-۰/۳۳	-۷/۲۵***	۳۵/۸۱ ***	۰/۱۵۲
هوش هیجانی	۰/۳۴۴	۰/۱۶۰	۳/۴۵**		

*** p < ۰/۰۰۱ , ** p < ۰/۰۱

بحث و نتیجه گیری

مطالعه ما نشان داد که دانشجویان علوم پزشکی در مقایسه با دانشجویان دانشگاه غیر پزشکی در شیراز از بدبینی بیشتر و هوش هیجانی و سلامت عمومی پایین تری برخوردار می باشند که با یافته های دیگر مطالعات نیز همخوانی دارد (۲۳و۷و۸)، به نظر می رسد همانطور که تحقیقات پیشین نشان می دهند، یکی از خصوصیات شخصیتی که می تواند در سلامت روانی و جسمانی تأثیر بسزایی داشته باشد، بدبینی است که نوعی نحوهٔ نگرش فرد نسبت به جهان و رویدادهاست، که باعث ناامیدی و به دنبال آن افسردگی می شود که افسردگی هم چه از نوع خلق افسرده باشد و چه از نوع افسردگی شدید، به نوبهٔ خود باعث ابتلا به انواع مشکلات روانی و جسمانی خواهد شد، که می توان از آن جمله شکایات جسمانی، مسائل اجتماعی و بین فردی و اضطراب را نام برد، که هرکدام از اینها می توانند با بدبینی رابطهٔ منفی داشته باشند که یافته های پژوهش حاضر تأیید کنندهٔ این موضوع می باشد که بدبینی با زیر مؤلفه های سلامت عمومی رابطهٔ معنی دار دارد. در این مطالعه، بین بدبینی و هوش هیجانی رابطهٔ منفی بدست آمد که با یافته های دیگر مطالعات نیز همخوانی دارد (۱۹و۱۸و۱۳). به نظر می رسد که مؤلفه های هوش هیجانی از جمله، همدلی و انعطاف پذیری از خصوصیات فرد خوش بین می باشند، لذا هوش هیجانی بالا می تواند باعث خوش بین بودن فرد شود. در مورد اختلاف میزان بدبینی، سلامت عمومی و هوش هیجانی در دانشجویان رشته های علوم پزشکی و غیر پزشکی، یافته های این مطالعه بیانگر تفاوت معنی دار میزان بدبینی و سلامت عمومی دانشجویان رشته های علوم پزشکی و غیر پزشکی است که با یافته های حاصل از مطالعه Geerken، Hill، همسو می باشد (۲۵و۲۴).

در این مطالعه دانشجویان علوم پزشکی بدبین تر از دانشجویان غیر پزشکی بوده و نسبت به آنها از سطح سلامت عمومی و هوش هیجانی پایین تری برخوردارند، که می توان برای تبیین این نتیجه، به مشکلات و صحت تحصیلی و آینده شغلی نسبتا نامعلوم رشته های علوم پزشکی اشاره کرد. دانشجویان علوم پزشکی، مخصوصاً دانشجویان پزشکی و داروسازی در کشور ما از طرفی با این دیدگاه وارد دانشگاه می شوند که در رشته های نسبتاً عالی از نظر جایگاه اجتماعی و نوع مدرک که عموماً دکترا است، شروع به تحصیل می کنند، اما از

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.1.8.3]

طرفی هرچه زمان می گذرد، تعداد فارغ التحصیلان این رشته ها بیشتر شده و طبیعتاً رقابت در آزمونهای دستیاری پزشکی و تخصصی مشکل تر می شود که دغدغه قبولی در این آزمونها و این نوع تغییر وضعیت تحصیلی تماماً استرس زا بوده و باعث بدبینی و پایین آمدن سطح سلامت عمومی نسبت به دانشجویان رشته های دیگر که داده های جدول شماره ۳ نیز اختلاف نمره چشمگیری را در این زمینه نشان می دهد. همچنین حتی هوش هیجانی نیز تحت تأثیر دیدگاه فرد و استرس زاهای محیطی پایین می آید (۱۸).

در مورد بررسی رابطهٔ هوش هیجانی و جنسیت، یافته های مطالعه حاضر نشان داد که هوش هیجانی زنان بیشتر از مردان است که این یافته ها با یافته های پژوهشهای Brackett، Reif، Gaustello و Wu همسو می باشد (۲۹-۲۶). نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بدبینی با پیشرفت تحصیلی رابطهٔ منفی و با سن رابطهٔ مثبت دارند و سلامت عمومی با سن رابطهٔ منفی و با پیشرفت تحصیلی رابطهٔ مثبت دارد، که با یافته های پژوهش Natali و Hill همسو می باشد. همانطور که این پژوهشها خاطر نشان می سازند با افزایش سن و نزدیک شدن به فرآیند ازدواج و مسؤولیت پذیری، اضطراب در زندگی افزایش یافته و ممکن است باعث افزایش بدبینی شود و همچنین با پیشرفت تحصیلی، فرد با امید بیشتر و انگیزهٔ بالاتر در جهت موفقیت های آینده گام بر می دارد و نسبت به آینده امیدوارتر و خوش بین تر خواهد بود و سطح سلامت عمومی وی نیز بالاتر خواهد رفت (۲۵و۱۱). با توجه به اینکه میزان بدبینی در دانشجویان علوم پزشکی نسبت به دانشجویان غیر پزشکی بالاتر و میزان سلامت عمومی و هوش هیجانی آنها پایین تر است، لزوم استفاده از روشهای روانشناختی و درمانی جهت رفع بدبینی و بهبود وضعیت سلامت عمومی دانشجویان پزشکی بیش از پیش توجه گردد.

تقدیر و تشکر

در پایان از همکاری صمیمانهٔ مسئولین محترم دانشگاههای شیراز و علوم پزشکی شیراز و همچنین دانشجویان محترم این دانشگاهها، قدردانی می شود.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.1.8.3]

Relationship between Pessimism, General Health and Emotional Intelligence in College Students at Shiraz University and Shiraz University of Medical Sciences

K. Banihashemian (MA) [1*], M.H. Seif (MA) [2], M. Moazzen (MSc) [3]

1. Instructor of General Psychology, Payam-e-Noor University, Jahrom, Iran,
2. Instructor of Educational Research, Payam-e-Noor University, Jahrom, Iran,
3. Instructor of Public Administration, Payam-e-Noor University, Khavaran Branch, Iran

Received: October 23rd 2008, Revised: December 3rd 2008, Accepted: February 3rd 2009.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Behaviors, habits and life style have obvious effectiveness on human health. Also emotional features have direct relationship with general health. The aim of this study was to compare the relationship between pessimism, general health and emotional intelligence in college students at Shiraz University and Shiraz University of medical sciences.

METHODS: This cross sectional study was performed on 203 college students (88 males and 115 females), at Shiraz University of medical sciences, and 201 college students (95 males and 106 females) at Shiraz University. They were randomly selected. Students completed Beck hopelessness scale (20-items), emotional intelligence (33-items), and Goldberg general health (28-items) questionnaires. Pearson correlation coefficient, independent t-test, and multiple regression analysis were used.

FINDINGS: Pessimism and general health in medical college students were 11.3±4 and 28±20.6, respectively. Pessimism and general health in non-medical college students were 9.7±3.4 and 49±25.2, respectively that there was a significant relationship between pessimism and general health in both groups of students ($p< 0.001$). Also emotional intelligence in medical college students was 124.8±11.7 and in non-medical college students was 129.7±11.2 that there was a significant relationship between emotional intelligence and general health ($p<0.001$).

CONCLUSION: The results of this study showed that pessimism in medical college students is more than non-medical college students and general health and emotional intelligence in medical college students are less than non-medical college students. So it is recommended to use psychological method for removing pessimism and improving general health in medical college students.

KEY WORDS: *Pessimism, General health, Emotional intelligence, College students, Medical sciences.*

References

1. Dimatteo MR. Health psychology, 1st ed, Tehran, Samt Publishing Co 2006; pp: 24-7. [in Persian]

[*] **Corresponding Author;**
Address: Building No: 2, Payam-e-Noor University, Azadegan Boulevard, Jahrom, Iran
E-mail: kouroshcpsp@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.1.8.3]

2. John D, Catherine T. MacArthur. Optimism/pessimism, Research network on socioeconomic status and health, 2nd ed, San Francisco, University of California 2001; pp: 14-19.
3. Fathi E, Ashtiani A. Health psychology, 1st ed, Tehran, Besat 2007; pp: 10-12. [in Persian]
4. Phares EJ, Trull TJ. Clinical psychology, 7th ed, Belmont, CA: Wadsworth 2006; pp: 41-5.
5. Kivimaki M, Vahtera J, Elovainio M, Helenius H, Singh Manoux A, Pentti J. Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. Health Psychol 2005; 24(4): 413-21.
6. Kubzansky LD, Kubzansky PE, Maselko J. Optimism and pessimism in the context of health: bipolar opposites or separate constructs? Pers Soc Psychol Bull 2004; 30(8): 943-56.
7. Karen A. Effects of optimism pessimism, and trait anxiety on ambulatory blood pressure and mood during every life. J Pers Soc Psychol 2003; 76(1): 104-13.
8. Peterson C. The future of optimism. J Am Psychol 2000; 55(1): 44-55.
9. Hourani LL, Yuan H, Bray RM. The health status of women and men in the navy and marine corps: findings from the 1995 perceptions of wellness and readiness assessment. J US Nav Health Res Cen Rep 2007; 98(19): 1-79.
10. Hintika JT, Koskela T. Men, women and marriage: are there differences in venation to mental health? J Fam Ther 1999; 26: 213-18.
11. Natali RM. Moods, coping and perception of daily life events: are these factors related to optimism and pessimism. USA Coll Arts Sci 1991; 2(3): 100.
12. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Aust N Z J Psychiatry 2000; 34(3): 420-36.
13. Boussiakou LG, Boussiakou I, Kalkani EC. Student development using emotional intelligence. World Trans Eng Technol Edu 2008; 5(1): 54-8.
14. Ashkananasy N, Dasboroug M. Emotional intelligence awareness and emotional intelligence in leadership teaching. J Educ Bus 2003; 79(1): 18-23.
15. Esmaeily M. Training effectiveness of emotional intelligence components on mental health increasing, Thesis, Tehran, Allameh University 2004; PP: 30-5. [in Persian]
16. Palmer BR, Gardner L, Stough C. The relationship between emotional intelligence, personality and effective leadership. Aust J Psychol 2003; 55(2): 140-2.
17. Wells A. Emotional disorders ET. Meta cognition (Innovative cognitive therapy). New York, John Willey & Sons Ltd 2000; 4(1): 11-16.
18. Constantine MG, Gainor KA. Emotional intelligence and empathy: their relation to multi-cultural counseling knowledge and awareness. Prof Sch Couns 2001; 5(2): 131.
19. Extremera N, Duran A, Lourdes R. Perceived emotional intelligence and dispositional optimism- pessimism: analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. Pers Individ Dif 2007; 42(6): 1069-79.
20. Goodarzi MA. Investigation of validity and reliability of beck hopelessness scale in group college students. Shiraz J Soc Humanity Sci 2002; 6(1): 2-8. [in Persian]
21. Taghavi MR. Investigation of validity and reliability of GHQ. J Psychol 2001; 5(4): 381-98.
22. Mansouri B. Normalization of shrink emotional intelligence questionnaire at Tehran University. Thesis, Allameh University 2001; pp: 63-79. [in Persian]
23. Vickers KS, Vogeltanz ND. Dispositional optimism as a predictor of depression symptoms overtime. Pers Individ Dif 2000; 28(2): 259-72.
24. Geerken MR. The effect of children and employment on the mental health of married men & women. J Soc Forces 2003; 56(1): 66-76.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.1.8.3]

25. Hill EL. Expectation of fairness: the influence of pessimism on psychological and psychophysiological reactions of injustice. University of Nebraska 2000; 22(6): 120-7.
26. Brackett MA. Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. Pers Individ Dif 2004; 36(6): 1387-403.
27. Reiff HB, Hatzes NM, Bramel MH, Gibbont T. The relation of LD and gender with emotional intelligence in college students. J Learn Disabil 2001; 34(1): 66-78.
28. Guastello DD, Guastello SJ. Androgyny, gender role behavior, and emotional intelligence among college students and their parents. Sex Roles 2003; 49(11): 663-74.
29. Wu SM. Development and application of a brief measure of emotional intelligence for vocational high school teachers. Psychol Rep 2004; 95(3 Pt 2): 1207-18.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.1.8.3]