



The Relationship between Emotional Intelligence and Resiliency with Mental Health in People with Hearing Impairment

Zahra Tanha (PhD)¹ , Saba Hasanvandi (PhD)^{1,*} , Fatemeh Azizi (BA)², Raziye Jalili (PhD)³

¹ Assistance professor in psychology, Faculty of Literature and Humanities, Azad University, Khorramabad Branch, Khorramabad, Iran

² Bachelor in psychology, Faculty of Literature and Humanities, Azad University, Khorramabad Branch, Khorramabad, Iran

³ Assistance professor in Educational Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Azad University, Khorramabad Branch, Khorramabad, Iran

* **Corresponding Author:** Saba Hasanvandi, Bachelor in psychology, Faculty of Literature and Humanities, Azad University, Khorramabad Branch, Khorramabad, Iran. Email: Hasanvandi2010@yahoo.com

Abstract

Received: 13/11/2019

Accepted: 28/12/2019

How to Cite this Article:

Tanha Z, Hasanvandi S, Azizi F, Jalili R. The Relationship between Emotional Intelligence and Resiliency with Mental Health in People with Hearing Impairment. *Pajouhan Scientific Journal*. 2020; 18(4): 9-16. DOI: 10.29252/psj.18.4.9

Background and Objectives: People with hearing impairments are exposed to many health problems. These deficiencies can disrupt the mental health and other aspects of daily living. The purpose of this study was to investigate the relationship between emotional intelligence and resilience with mental health in people with hearing loss.

Materials and Methods: The statistical population consisted of all persons with hearing impairment referred to the audiology center of Faculty of Rehabilitation of Tehran University of Medical Sciences in 98-97 and the sample included 154 persons who were selected by available method. Questionnaires were included Goldberg and Hiller's General Health (1979), Bar-An's Emotional Intelligence (1980) and Conner and Davidson's Resiliency questionnaires (2003). Data were analyzed using correlation and stepwise regression.

Results: The results of this study showed that all dimensions of emotional intelligence and resiliency had significant positive relationship with mental health. The results of regression analysis also showed that the variables of independence, self-concept, problem solving, optimism, and impulse control were able to predict mental health and explain 21% of its variance.

Conclusions: The findings of this study highlight the necessity of considering the underlying variables of emotional intelligence and resilience in mental health of people with hearing impairment and draw the attention of mental health professionals to this issue.

Keywords: Emotional Intelligence; Hearing Loss; Hearing Impairment; Mental Health; Resiliency

رابطه بین هوش هیجانی و تاب آوری با سلامت روان در افراد مبتلا به آسیب شنوایی

زهرا تنها^۱ , صبا حسنوندی^{۱*} , فاطمه عزیزی^۲، راضیه جلیلی^۳

^۱ استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم آباد، خرم آباد، ایران

^۲ کارشناسی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم آباد، خرم آباد، ایران

^۳ استادیار برنامه‌ریزی درسی، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم آباد، خرم آباد، ایران

* نویسنده مسئول: صبا حسنوندی، استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم آباد، خرم آباد، ایران. ایمیل: Hasanvandi2010@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: افراد دارای نقص شنیداری در معرض مشکلات بسیاری در حوزه سلامت هستند. این نقایص می‌تواند ابعاد سلامت روان و سایر حوزه‌های زندگی روزمره را مختل کند. در این راستا مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین هوش هیجانی و تاب آوری با سلامت روان در افراد مبتلا به آسیب شنوایی انجام شد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری کلیه افراد دارای آسیب شنوایی در محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال مراجعه کننده به مرکز شنوایی شناسی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۹۷-۹۸ و نمونه مورد مطالعه شامل ۱۵۴ نفر (۱۰۲ مرد و ۵۲ زن) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت ارزیابی از پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، هوش هیجانی بار-آن (۱۹۸۰) و تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری همبستگی و رگرسیون گام به گام تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که کلیه ابعاد هوش هیجانی و تاب‌آوری با سلامت روان رابطه مثبت معنادار داشتند. در پایان نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نیز نشان داد که متغیرهای استقلال، تصور از شایستگی فردی، حل مسئله، خوش‌بینی و کنترل تکانه توانستند سلامت روان را پیش‌بینی کرده و ۲۱٪ از واریانس آن را تبیین کنند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش لزوم توجه به متغیرهای زمینه‌ای از قبیل هوش هیجانی و تاب‌آوری در سلامت روان افراد دچار آسیب شنیداری را پررنگ می‌کند و توجه متخصصان سلامت روان را به این مسئله جلب می‌نماید.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری؛ سلامت روان؛ کم‌شنوا؛ ناشنوا؛ هوش هیجانی

مقدمه

موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی، مهم و همواره مطرح بوده است. سلامت روان به عنوان یکی از دو رکن سلامتی، لازمه یک زندگی مفید، موثر و رضایت بخش فردی است و سلامت روان افراد یک جامعه لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است [۱]. در اساس نامه سازمان جهانی بهداشت [WHO] [۲]، سلامت، نه تنها نبود بیماری یا معلولیت، بلکه، حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی تعریف شده است. مسئله سلامت روان برای همه اقشار جامعه به خصوص افرادی که از برخی ناتوانی‌ها رنج می‌برند، همواره مطرح بوه است. افراد دارای آسیب شنیداری از جمله افرادی هستند که بررسی وضعیت سلامت روان آن‌ها از

جمله محورهای مطالعاتی مهم محسوب می‌شود [۲]. Roger Al Tai [۳] آسیب شنوایی را به دو گروه ناشنوا و کم شنوا تقسیم کرده است و بدین صورت تعریف می‌کند: ناشنوا به کسی گفته می‌شود که میزان شنیدن او به حدی است که مانع از درک صحبت دیگران از راه گوش حتی با استفاده از وسایل کمک شنوایی می‌شود و کم شنوا نیز کسی است که میزان شنیدن او به حدی است که با استفاده از سمعک، مانع از درک صحبت دیگران از راه گوش نمی‌شود، اما در شنیدن بدون وسایل کمک شنوایی مشکل دارد. همچنین، کم شنوایی دارای سه نوع متفاوت شامل کم شنوایی حسی عصبی، انتقالیو آمیخته هستند و درجه کم‌شنوایی می‌تواند خفیف (آستانه‌های شنوایی

۱۶ تا ۲۵ دسی بل HL)، ملایم (۲۶ تا ۴۰ دسی بل HL)، متوسط (۴۱ تا ۵۵ دسی بل HL)، متوسط به شدید (۵۶ تا ۷۰ دسی بل HL)، شدید (۷۱ تا ۹۰ دسی بل HL) و عمیق (۹۱ دسی بل HL یا بالاتر) باشد [۴]. کم شنوایی آمیخته زمانی رخ می‌دهد که دو نوع کم شنوایی مذکور همزمان رخ دهند. علت کم شنوایی حسی عصبی می‌تواند مادرزادی (ژنتیکی، بیماری‌های حین بارداری و مصرف داروها) یا اکتسابی (ضربه، بیماری‌های پس از تولد و مصرف داروه) باشد [۵].

نتایج برخی از پژوهش‌های انجام شده، نشان داده است که سطح سلامت افراد ناشنوا نسبت به افراد شنوا پایین‌تر است. برای مثال، جونز و لوب [۶] و زیسبرگ [۷] نشان دادند افراد ناشنوا در مقایسه با افراد شنوا از سطح سلامتی پایین‌تری برخوردارند. کرامر، کاپتین و هوتگاست [۸] اذعان کردند که افراد با مشکل شنوایی بیشتر در معرض مشکلات مربوط به بیماری‌های روانی قرار دارند که این امر منجر به ترک محیط و در نتیجه بیکاری می‌شود. به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهند که پیامدهای فردی و اجتماعی ناشی از فقدان شنوایی، سلامت روان و عزت نفس ناشنویان را با مشکل رو به رو می‌کند. همچنین، ناشنویانی که دارای ناتوانی بدنی و معلولیت جسمی‌اند، از نظر سلامت عمومی در معرض خطر بیشتری قرار دارند [۹].

عوامل فردی و محیطی مختلفی ممکن است سلامت روان افراد دچار اختلالات شنوایی را تحت تأثیر قرار دهد که از جمله عوامل فردی مؤثر، هوش هیجانی و تاب‌آوری است [۱۰، ۱۱]. بر این اساس، ناشنوایی می‌تواند بر اجزای هوش هیجانی مانند خود آگاهی، مدیریت خود، آگاهی اجتماعی و مدیریت ارتباطات تأثیر بگذارد. به گونه‌ای که بسیاری از افراد مبتلا به اختلال شنوایی در معرض فشار روانی و اضطرابند [۱۲]. مطالعات متعددی در ایران با محور ارتباط بین هوش هیجانی و سلامت جسمانی و روانی در افراد سالم انجام گرفته است [۱۳، ۱۴، ۱۵] و نتایج به‌دست آمده حاکی از آن است که هوش هیجانی هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیر مستقیم با سلامت روان ارتباط دارد. بنابراین، هر کدام از اجزای هوش هیجانی به نحوی بر کیفیت سلامت روان تأثیر دارند. افراد معلول به دلیل نارسایی هوش هیجانی ارتباطات صمیمی کمتر و احساس تنهایی بیشتری را تجربه کرده و تمایل بیشتری به انزوای اجتماعی دارند [۳، ۱۶، ۱۷].

از دیگر متغیرهای در پژوهش حاضر، تاب‌آوری است که ارتباط نزدیکی با سلامت روان دارد [۱۸]. محققان با تمرکز بر سلامت روان به طور فزاینده‌ای به مفهوم تاب‌آوری علاقمند شده‌اند. تاب‌آوری مفهوم جدیدی است که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است [۱۹]. تاب‌آوری از طریق کاهش هیجانانگ منفی، سلامت روان و رضایت از زندگی را سبب

می‌شود و می‌تواند به عنوان یک ساز و کار دفاعی در نظر گرفته شود که افراد را به پایداری در مواجهه با سختی و بهبود سلامت روان، توانا سازد. همچنین، یافته‌های پژوهشگران نشان داد بین تاب‌آوری و سلامت روانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۲۰]. دروپرت، داونلی، لوماس، بونت و سیموند [۲۱] در مطالعه‌ای با عنوان تعیین سهم هوش هیجانی و تاب‌آوری در عملکرد تحصیلی نوجوانان نشان دادند که عامل تاب‌آوری قادر به پیش بینی ۶۵٪ سهم عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به ناهنجاری‌های مادرزادی از قبیل شکاف کام است. لو، چسی و ساکلوفسکی [۲۲] با بررسی افراد معلول در مطالعه‌ای با عنوان نقش ترکیبی صفات شادکامی و تعهد در ارتباط با تاب‌آوری و بهزیستی نشان دادند که افراد معلولی که مولفه شادکامی در آن‌ها بارزتر بود تاب‌آوری بیشتری در برابر مشکلات داشتند.

به رغم اهمیت این موضوع، پژوهش موجود در زمینه تاب‌آوری افراد مبتلا به کم شنوایی محدود است [۲۳]. برای مثال، یافته‌های برخی پژوهش‌ها آشکار ساخت بین تاب‌آوری ناشنویان و افراد عادی تفاوت معنادار وجود دارد [۲۴]. با این حال این مهم نیست وضعیت چقدر حاد است همواره افرادی وجود دارند که می‌توانند با وجود اختلال شنوایی موفق شوند و حتی در مقایسه با افراد سالم از نظر شنیداری، احساس شادکامی بیشتری داشته باشند [۲۶]. مفهوم تاب‌آوری به ندرت در مورد تجربه‌های کودکان و خانواده‌های ناشنوا یا مداخلات خاص در رابطه با این گروه به کار برده شده است به نظر می‌رسد که افراد ناشنوا به دلیل شرایط دشوار ناشی از اختلال در موقعیت روانی خود در معرض خطر قرار دارند و احتمالاً شرایط اجتماعی دشواری پیش روی آنان است. براساس برآورد سازمان بهداشت جهانی [۲] ۳۲۸ میلیون بزرگسال کم شنوا در جهان وجود دارد. در حالی که در کشورمان ۱۲ اسفند هر سال به عنوان روز جهانی ناشنویان و کم شنویان نام‌گذاری شده است و در حال حاضر حدود ۵۲۰ هزار ناشنوا در کشور زندگی می‌کنند، اما افراد ناشنوا از نظر سلامت روانی وضعیت مطلوبی ندارند [۲۷]. با توجه به جمعیت بالای ناشنویان و وجود تعداد بالایی از دانش‌آموزان ناشنوا و کم شنوا در کشور لازم است پژوهش‌های مربوط با سلامت روان افراد دچار آسیب شنوایی گسترش یابد. بسیاری از این افراد آینده‌سازان کشور محسوب می‌شوند و صرف‌نظر از آسیب شنیداری، توانمندی‌های ویژه‌ای در بسیاری از حوزه‌ها از خود نشان می‌دهند [۲۷]. از سوی دیگر، کمبود پژوهش‌های داخلی و در سطح ملی درباره مشکلات روان‌شناختی این قشر بزرگ، مطالعه برخی حوزه‌های مرتبط با سلامت روان مانند هوش هیجانی و تاب‌آوری می‌تواند متون پژوهش حوزه اختلالات شنیداری را غنی‌تر کند. انجام این تحقیق با هدف جبران خلاء علمی در این زمینه و همچنین، زمینه‌سازی تحقیقات مداخله در آینده و در نهایت،

ارتقاء سلامت روان افراد مبتلا به آسیب شنوایی انجام می‌شود. از این رو، هدف اصلی از انجام این پژوهش بررسی رابطه بین هوش هیجانی و تاب‌آوری با سلامت روان افراد مبتلا به آسیب شنوایی است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی است. جامعه پژوهش حاضر کلیه افراد دچار آسیب شنوایی در محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال مراجعه کننده به مرکز شنوایی شناسی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس است. حجم نمونه نیز بر اساس تعیین حجم جامعه و با استفاده از جدول کرجسکی و مورگان محاسبه شد. ۱۰۲ مرد و ۵۲ زن جهت انتخاب نمونه ملاک‌های ورود شامل محدوده سنی بین ۱۸ تا ۳۰ سال، سطح تحصیلات سیکل تا لیسانس، داشتن سواد خواندن و نوشتن، بروز کم شنوایی قبل از سن زبان آموزی، آسیب شنوایی از نوع حسی، استفاده از سمعک یا کاشت حلزون و کم شنوایی از ملایم تا شدید رعایت شد. همچنین، ملاک‌های خروج شامل مصرف هر گونه داروی روان‌پزشکی در ۶ ماه اخیر، بودن هرگونه مشکل نورولوژیک از قبیل تشنج، مصرف هرگونه داروی مخدر یا روانگردان در نظر گرفته شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه، پرسش‌نامه سلامت عمومی گلد برگ و هیلر بود. پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر [۲۸] ساخته شده است. یک آزمون ۲۸ سؤالی با ۴ زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی افسردگی است. هر یک از زیر مقیاس‌ها بر حسب ۷ سؤال در اندازه‌های ۴ درجه‌ای لیکرت [۳، ۲، ۱، ۰] سنجیده می‌شود. از مجموع نمره‌ها نیز نمره کل آزمودنی محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۸۴ متغیر خواهد بود. پایایی و روایی پرسش‌نامه سلامت عمومی در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است [۲۸، ۲۹]. نتایج پژوهش بشارت [۳۰] نشان داد مقیاس سلامت روانی از روایی تفکیکی برخوردار است و می‌تواند بین افرادی که از نظر شاخص‌های سلامت روانی در دو امتداد بهنجاری و نابهنجاری قرار می‌گیرند، تمایز ایجاد کند. در این پژوهش، پایایی بازآزمایی مقیاس سلامت روانی بر حسب نتایج دو بار اجرای آزمون و همسانی درونی مقیاس بر حسب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد. همچنین، روایی همزمان مقیاس سلامت روانی بر حسب ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌های این ابزار با نمره کلی پرسش‌نامه سلامت عمومی بررسی شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی ۰/۸۷- و درماندگی روان‌شناختی ۰/۸۸ محاسبه و در سطح $P < 0.001$ تأیید شد. ابزار دیگر پرسش‌نامه هوش هیجانی بار- آن بود. این مقیاس توسط

Bar-An در سال ۱۹۸۰ ساخته شد [۳۱]. مقیاس هوش هیجانی دارای پنج مقیاس است. پاسخ‌های آزمون نیز در روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای در ردیف لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدودی، مخالفم و کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. مقیاس‌های آزمون عبارتند از: خودآگاهی هیجانی، خود ابزاری، عزت نفس، خود شکوفایی، استقلال، همدلی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، روابط بین فردی، واقع‌گرایی، انعطاف‌پذیری، حل مسئله، تحمل فشار روانی، کنترل تکانش، خوش بینی و شادمانی. این پرسش‌نامه دارای ۹۰ سؤال است که نخستین پرسش‌نامه فرا فرهنگی ارزیابی هوش هیجانی است. این آزمون در ۳ مرحله در ایران اجرا شده و پس از انجام برخی تغییرات در متن اصلی پرسش‌نامه، حذف یا تغییر بعضی سؤالات و تنظیم مجدد سؤالات هر مقیاس، از این مقیاس استفاده شد. پایایی آزمون از طریق محاسبه آلفای کرونباخ- میزان آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۳ گزارش گردید این میزان با آلفای محاسبه شده در مرحله دوم آزمون یکسان به دست آمد [۳۲]. برای بررسی روایی پرسش‌نامه، ضریب همبستگی نمره‌های حاصل از این پرسش‌نامه با سایر پرسش‌نامه‌های معتبر هوش هیجانی محاسبه شده که نشان دهنده روایی قابل قبول برای پرسش‌نامه می‌باشد [۳۳]. در پژوهش حاضر، روایی سازه برابر ۰/۹۱ محاسبه شده است و آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ می‌باشد. همچنین از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیوید سون استفاده شد. این پرسش‌نامه ۲۵ گویه در یک مقیاس ۵ نقطه ای دارد. در این پرسش‌نامه حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره صفر می‌باشد و نمره هر آزمونی برابر مجموع نمرات از هر یک از سؤالات است. این مقیاس ۵ خرده مقیاس شامل تصور از شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی دارد. کانر و دیویدسون [۳۴]، پایایی آزمون- باز آزمون این پرسش‌نامه را روی ۲۵ بیمار (General Anxiety Disorder) PTSD و (Post-Traumatic Stress Disorder) گزارش کردند. روایی همگرای این پرسش‌نامه با استفاده از پرسش‌نامه سرسختی کوباسا [۳۵] روی ۳۰ نفر از بیماران روان پزشکی انجام شده و نتایج نشان داد که پرسش‌نامه تاب‌آوری با پرسش‌نامه سرسختی کوباسا ۰/۸۳ ارتباط دارد [۳۴]. پرسش‌نامه تاب‌آوری در ایران توسط محمدی [۳۶] هنجاریابی شده است و نتایج نشان داد این پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برخوردار است. در مورد روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داد به جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ بود. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد. بعد از دریافت مجوز از دانشگاه و کسب اجازه از مسئولان مرکز شنوایی شناسی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی

تهران در روزهای تعیین شده به مرکز مراجعه شد. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها، فرم رضایت‌نامه آگاهانه مبنی بر رضایت شرکت کنندگان در پژوهش به آن‌ها داده شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بین آن‌ها توزیع شد. افراد در هر زمان که تمایل به ادامه همکاری نداشتند، می‌توانستند مطالعه را ترک کنند. ترتیب اجرای پرسشنامه‌های پژوهش در اولویت قرار نداشت. بنابراین، از افراد شرکت کننده در خواست کردیم که ۳ پرسشنامه را در یک جلسه پر کرده و به محقق تحویل دهند. در نهایت، پرسشنامه‌های جمع آوری شده از نظر ویژگی‌های روان سنجی مورد بررسی قرار گرفته، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ شده و تحلیل داده‌ها بر اساس فرضیه‌ها انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون کالموگروف_اسمیرنوف برای سنجش نرمال بودن توزیع داده‌ها، همبستگی برای سنجش رابطه متغیرها و رگرسیون گام به گام به منظور پیش بینی عوامل موثر بر سلامت روان استفاده شد.

یافته‌ها

در این قسمت برای رسیدن به هدف پژوهش، رابطه بین هوش هیجانی و زیر مجموعه‌های آن (خودآگاهی هیجانی، خودابرازی، عزت نفس، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، مسئولیت پذیری اجتماعی، روابط بین فردی، واقع گرایی،

انعطاف پذیری، حل مسئله، تحمل فشار روانی، کنترل تکانه، خوش بینی و شادمانی) و تاب‌آوری و زیر مجموعه‌های آن (تصور از شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی) با سلامت روان با استفاده از روش همبستگی مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را برای رابطه بین هوش هیجانی و تاب‌آوری با سلامت روان نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲ همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج جدول ۲ تمامی متغیرهای پیش بین (ابعاد هوش هیجانی و تاب‌آوری) با سلامت روان رابطه مثبت معنادار دارند ($P < 0.05$). بنابراین، با توجه به مقاوم بودن بیشتر آزمون‌های پارامتری به تخطی اندک از مفروضه نرمال بودن، متغیرها بدون استفاده از تبدیل داده‌ها و با معنادار شدن نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف، وارد تجزیه و تحلیل همبستگی و رگرسیون گام به گام شد. نتایج آزمون رگرسیون گام به گام در جدول ۳ آمده است.

همان‌طور که در جدول ۳ دیده می‌شود، متغیرهای استقلال، تصور از شایستگی فردی، حل مسئله، خوش بینی، و کنترل تکانه توانستند سلامت روان را پیش بینی کرده و ۲۱٪ از واریانس آن را تبیین کنند ($R^2 = 0.21$).

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	خودآگاهی	خودابرازی	عزت نفس	خودشکوفایی	استقلال	همدلی	مسئولیت	روابط بین	واقع گرایی	انعطاف	حل مسئله	تحمل فشار	کنترل تکانه	خوش بینی	شادمانی	تصور	تحمل	پذیرش	کنترل	معنوی
میانگین	۲۲/۳۲	۲۲/۱۱	۲۵/۱۲	۲۰/۲۲	۱۲/۱۲	۲۸/۱۳	۲۸/۲۶	۲۱/۲۹	۲۹/۲۳	۱۲/۲۳	۱۸/۶۵	۱۹/۵۲	۲۱/۲۰	۲۸/۲۳	۱۷/۰۵	۱۹/۱۲	۲۲/۰۸	۳۴/۲۸	۳۹/۱۱	۱۱/۲۶
انحراف استاندارد	۷/۱۲	۶/۰۲	۶/۱۱	۴/۰۲	۵/۰۰۱	۸/۱۵	۱۰/۱۵	۱۱/۱۲	۴/۱۹	۵/۱۳	۷/۱۱	۵/۰۱	۴/۱۲	۶/۵۴	۵/۰۶	۴/۱۱	۸/۱۰	۵/۱۲	۸/۱۴	۵/۰۳

جدول ۲: همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	خودآگاهی	خودابرازی	عزت نفس	خودشکوفایی	استقلال	همدلی	مسئولیت	روابط بین	واقع گرایی	انعطاف	حل مسئله	تحمل فشار	کنترل تکانه	خوش بینی	شادمانی	تصور	تحمل	پذیرش	کنترل	معنوی
۱																				
۲	۰.۶۹																			
۳	۰.۷۱	۰.۶۵																		
۴	۰.۷۱	۰.۷۷	۰.۷۲																	
۵	۰.۶۲	۰.۶۰	۰.۵۹	۰.۶۵	۱۸															
۶	۰.۴۷	۰.۴۵	۰.۶۵	۰.۶۷	۰.۶۴	۱														
۷	۰.۸۸	۰.۸۷	۰.۶۱	۰.۶۴	۰.۶۳	۰.۶۵	۱													
۸	۰.۵۷	۰.۵۰	۰.۶۹	۰.۶۷	۰.۶۶	۰.۶۱	۰.۵۵	۱												
۹	۰.۲۲	۰.۲۷	۰.۳۶	۰.۳۶	۰.۳۲	۰.۴۹	۰.۵۱	۰.۵۱	۱											
۱۰	۰.۷۷	۰.۷۹	۰.۶۵	۰.۶۶	۰.۶۷	۰.۴۱	۰.۵۲	۰.۴۰	۰.۳۱	۱										
۱۱	۰.۷۴	۰.۷۸	۰.۳۰	۰.۴۳	۰.۵۲	۰.۵۷	۰.۶۱	۰.۳۵	۰.۴۷	۰.۲۹	۱									
۱۲	۰.۸۴	۰.۸۴	۰.۶۴	۰.۶۴	۰.۴۷	۰.۱۷	۰.۸۱	۰.۲۲	۰.۳۲	۰.۳۰	۰.۲۸	۱								
۱۳	۰.۳۱	۰.۲۵	۰.۶۴	۰.۶۴	۰.۲۱	۰.۵۴	۰.۲۰	۰.۶۸	۰.۱۱	۰.۱۶	۰.۵۸	۰.۵۸	۱							
۱۴	۰.۲۶	۰.۳۳	۰.۵۴	۰.۶۶	۰.۱۲	۰.۲۵	۰.۴۳	۰.۱۱	۰.۴۳	۰.۱۱	۰.۴۳	۰.۴۱	۰.۵۹	۱						
۱۵	۰.۲۲	۰.۲۲	۰.۱۵	۰.۳۰	۰.۳۰	۰.۳۱	۰.۲۱	۰.۵۷	۰.۲۱	۰.۲۱	۰.۵۴	۰.۲۱	۰.۴۱	۰.۶۴	۱					
۱۶	۰.۱۱	۰.۲۸	۰.۴۷	۰.۶۰	۰.۳۹	۰.۱۲	۰.۴۱	۰.۱۰	۰.۶۳	۰.۶۵	۰.۱۴	۰.۵۴	۰.۳۸	۰.۴۶	۰.۳۳	۱				
۱۷	۰.۳۱	۰.۱۵	۰.۴۱	۰.۲۱	۰.۸۵	۰.۶۱	۰.۸۴	۰.۳۸	۰.۵۳	۰.۲۰	۰.۴۴	۰.۱۵	۰.۶۷	۰.۵۵	۰.۱۷	۰.۲۴	۱			
۱۸	۰.۷۸	۰.۵۷	۰.۶۴	۰.۱۴	۰.۴۱	۰.۱۹	۰.۴۶	۰.۱۹	۰.۲۰	۰.۱۱	۰.۲۷	۰.۲۲	۰.۳۲	۰.۶۹	۰.۲۸	۰.۲۶	۰.۲۸	۱		
۱۹	۰.۱۰	۰.۵۲	۰.۶۹	۰.۸۹	۰.۴۱	۰.۴۵	۰.۵۴	۰.۱۶	۰.۳۱	۰.۱۱	۰.۵۸	۰.۹۷	۰.۵۴	۰.۴۸	۰.۷۳	۰.۳۲	۰.۸۲	۰.۵۰	۱	
۲۰	۰.۲۸	۰.۱۹	۰.۲۵	۰.۶۱	۰.۸۷	۰.۱۶	۰.۱۸	۰.۶۶	۰.۳۱	۰.۳۲	۰.۱۹	۰.۲۰	۰.۳۱	۰.۱۴	۰.۱۴	۰.۲۲	۰.۲۸	۰.۲۹	۰.۲۸	۱

($P < 0.05$)

جدول ۳: خلاصه مدل رگرسیون گام به گام جهت پیش بینی سلامت روان براساس متغیرهای پیش بین هوش هیجانی و تاب‌آوری

گام	متغیر	F	R	R ²	β	B	P
گام اول	استقلال	۱۰/۴۶۶	۰/۲۸۹	۰/۰۸	۱/۱۶۲	۱/۱۶۲	۰/۰۰۱
گام دوم	استقلال+ تصور از شایستگی شخصی	۱۲/۴۰۶	۰/۳۵۶	۰/۱۲	۲/۰۲۲	۲/۰۲۲	۰/۰۰۱
گام سوم	استقلال+ شایستگی+ حل مسئله	۱۸/۲۱۳	۰/۴۱۲	۰/۱۶	۱/۲۰۲	۱/۲۰۲	۰/۰۰۱
گام چهارم	استقلال+ شایستگی+ حل مسئله+ خوش بینی	۲۰/۱۰۰	۰/۴۲۵	۰/۱۸	۱/۹۷۵	۱/۹۷۵	۰/۰۰۲
گام پنجم	استقلال+ شایستگی+ حل مسئله+ خوش بینی+ کنترل	۲۲/۲۱۱	۰/۴۶۵	۰/۲۱	۱/۱۱۲	۱/۱۱۲	۰/۰۰۴

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که ابعاد مختلف هوش هیجانی با سلامت روان گروه مورد مطالعه رابطه مثبت معنادار داشتند. همچنین، تاب‌آوری و ابعاد آن یعنی، تصور از شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی نیز رابطه مثبت معناداری با سلامت روان نشان دادند. در ادامه نیز با وارد کردن این این متغیرها در معادله رگرسیون، مشخص شد که در گام اول، متغیر استقلال، در گام دوم، استقلال و تصور از شایستگی فردی، در گام سوم، استقلال، تصور از شایستگی فردی و حل مسئله، در گام چهارم، استقلال، تصور از شایستگی فردی، حل مسئله و خوش بینی و در گام پنجم، استقلال، تصور از شایستگی فردی، حل مسئله، خوش بینی و کنترل تکانه توانستند سلامت روان را پیش بینی کرده و ۲۱٪ از واریانس آن را تبیین کنند. نتایج به دست آمده از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های حاجی صباغ، فریدونی فر و اعتمادی فر، مونتگدو، اینگلس، گندوس، آپاریسی و فرناندس، کاتز و همکاران، هارتلی، جیک و همکاران همسواست [۳۷، ۲۱، ۳۸، ۱۰، ۴۰]. جیک و همکاران [۴۰] در مفهوم سازی تاب‌آوری، متغیرهایی از قبیل تصور از شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی را موثر می‌دانند. این یافته با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است. یافته‌های این پژوهشگران با پژوهش حاضر از این حیث همسو است که نشان می‌دهد افراد ناشنوایی که از شایستگی‌های فردی خود تصور مثبت‌تری داشتند و عواطف و هیجانات منفی را بهتر کنترل می‌کردند از سلامت روان بهتری برخوردار بودند. در همین راستا، مونتگادو، اینگلس، گندوس، آپاریسی و فرناندس [۳۸] در بررسی نیمرخ هوش هیجانی، فرسودگی، اضطراب، افسردگی و استرس در معلمان نوجوانان کم شنوا و ناشنوا نشان دادند که مولفه‌های تاب‌آوری از جمله پذیرش مثبت تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی در معلمان کودکان استثنایی دارای سلامت روانی است. کنترل تکانه به عنوان توانایی فرد در به تأخیر انداختن واکنش‌های هیجانی اطلاق می‌شود، این توانایی در افرادی که به اصلاح تاب‌آوری بالایی دارند نمره بالایی به خود اختصاص می‌دهد. معلمانی که این

مولفه را داشتند اضطراب کمتری تجربه می‌کردند، و علائم افسردگی کمتری نسبت به معلمان دارای هوش هیجانی پایین داشتند. در واقع، سیکل معیوب عاطفه- تفکر افراد دارای علائم افسردگی و اضطراب حاکی از وجود ناتوانی فرد در به تعویق انداختن تکانه‌هاست [۴۰]. همچنین، زیسبرگ و هارتلی [۷، ۲۰] در بررسی افراد ناشنوایی مبتلا به اختلالات خوردن نشان داد در گروه تحت بررسی عمدتاً کنترل تکانه، حل مسئله نسبت به گروه افراد بدون اختلال خوردن پایین بود. حاجی صباغ، فریدونی فر و اعتمادی فر [۳۷] در بررسی هوش هیجانی افراد مبتلا به صرع نشان داد مبتلایانی که از ویژگی‌هایی از قبیل پذیرش بالا و حل مساله بالاتری برخوردار بودند نمره سلامت عمومی بالاتری داشتند. این یافته با یافته‌های پژوهش حاضر از این جنبه همسو است که کم شنواییان و ناشنواییانی که در این پژوهش از پذیرش و توانمندی حل مساله بالاتری برخوردار بودند قادر بودند موقعیت را بهتر کنترل کنند و نشانه‌های استرس را مدیریت کنند. گلدنبرگ [۴۱] در تبیین نظریه هوش هیجانی معتقد است از جمله کارکردهای افراد سالم و به اصلاح افراد دارای هوش هیجانی بهنجار، توانایی تحقق اهداف، حل مسئله و کشف استعدادهاش است. نکته قابل توجه این است که افراد با کارکرد سالم در زمینه حل مسئله هنگام مواجهه با مشکلات در کنار دیگران قرار می‌گیرند و دارای کارکرد حل مسئله سالم هستند. در صورتی که در افراد دارای کارکرد ناسالم مهارت‌های حل مسئله، همفکری و همدلی تضعیف شده است. برخی پژوهشگران در مطالعه‌ای با عنوان ارتباط راهبردهای مقابله و ارتباط آن با هوش هیجانی در بیماران مبتلا به صرع به بررسی ۱۱۱ بیمار مبتلا به صرع پرداخت. نتایج نشان داد بین راهبردهای مقابله‌ای و مولفه‌های هوش هیجانی رابطه وجود دارد. خوش بینی و حل مسئله به عنوان پیش بین‌های موثر در بیماران مبتلا به صرع هستند [۳۷]. شادکامی به عنوان مولفه‌ای مهم برای راهبردهای بهنجار جهت غلبه بر احساسات منفی به شمار می‌آید، این مولفه با غلبه احساس مثبت و بالا بردن توانمندی فرد در کنترل و تنظیم هیجانات بر احساسات منفی غلبه کرده و حالت هیجانی مثبت و تاب‌آوری فرد را

استقلال، تصور از شایستگی فردی، حل مسئله، خوش بینی و کنترل تکانه توانستند سلامت روان را پیش بینی کند. با استناد به نتایج این مطالعه می توان در جهت تبیین هر چه بهتر هوش هیجانی و آموزش های پیرامون آن در افراد دچار آسیب های شنیداری اقدام نمود. همچنین نقش آموزش های پیرامون هوش هیجانی به عنوان مهارتی ضروری مورد توجه قرار گیرد. از سویی معلمان و مشاوران مدرسی که با افراد کم شنوا و ناشنوا در ارتباطند به اهمیت آموزش هوش هیجانی به عنوان فاکتوری تاثیرگذار در روند پرورش آنان واقف باشند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاس خود را از کلیه همکاران مرکز شنوایی شناسی دانشگاه تهران و کلیه شرکت کنندگان مطالعه به عمل می آورند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می دارند که هیچگونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این طرح در گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد در قالب پایان نامه کارشناسی مطرح شده است و برای اجرای آن هیچگونه منع اخلاقی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان برای نوشتن و ارسال و پیگیری این مقاله نقش داشته اند

حمایت مالی

این پژوهش از هیچگونه حمایت مالی سازمان یا نهاد خاصی برخوردار نبوده است.

افزایش می دهد [۲۱]. حل مسئله به عنوان مهارتی کلی در ارتباط با استرس های روزمره به توانایی فرد برای پیدا کردن راه حل های عملی برای غلبه بر محرکات ناخوشایند بیرون اطلاق می شود. افراد دارای هوش هیجانی بالا اغلب راه حل های مناسبی برای مقابله با استرس های روزمره می یابند و کنترل هیجانات بهتری دارند. سایر پژوهشگران نیز در بررسی افراد دچار آلزایمر نشان دادند مولفه های شادکامی، خوش بینی، حل مسئله و استقلال در پیش بینی سلامت روان نقش بسزایی دارد [۳۷،۴۲،۴۳]. لو، جسی و ساکلوفسکی [۲۲] شادکامی را در افراد سالمند دچار نقص بینایی و جسمانی با سالمندان سالم مقایسه کردند. سالمندان دچار نقص بینایی و جسمانی که خوش بین تر بودند از سلامت عمومی بالاتری در مقایسه با گروه کنترل برخوردار بودند. همچنین، سلامت عمومی افراد مبتلا و وجود نشانه های افسردگی و اضطراب و تنش در گروه مبتلا بیشتر به چشم می خورد. سایر پژوهشگران نیز در پژوهش های مشابهی نقش شادکامی در بهبود خلق و افزایش کیفیت زندگی را بررسی کرده اند [۴۴،۴۵].

در کنار یافته های مفید به دست آمده این پژوهش با برخی محدودیت ها مواجه بوده است. نمونه در دسترس تعمیم یافته ها را دشوار می کند. همچنین، دسترسی به تعداد بیشتری از افراد دارای آسیب شنیداری به دلیل هماهنگی سخت دشوار بود. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های مرتبط آتی در حوزه هوش هیجانی و تاب آوری از روش های نمونه گیری دقیق تر استفاده شود. همچنین، پیشنهاد می شود با توجه به نیاز بررسی نمونه های دیگر شامل افراد دارای بیماری های خاص، افراد دارای معلولیت های فیزیکی و افراد در معرض بحران در پژوهش های بعدی به عنوان گروه هدف استفاده شود.

نتیجه گیری

نتایج کلی این پژوهش حاکی از ارتباط بین کلیه ابعاد هوش هیجانی و تاب آوری با سلامت روان بود. در پایان نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نیز نشان داد که متغیرهای

REFERENCES

1. Azadi S, Azad, H. The Relationship between Social Support, Resilience, and Mental Health among Ilam University Students in Ilam. Journal of Veterinary Medicine, 2000. 3: 12. [In Persian]
2. World Health Organization. [2001]. Annual report of rehabilitation services.
3. Al Tal S, Jawaldehy FA, AL-Taj H, Mohamed L. Emotional Intelligence Levels of Students with Sensory Impairment. International Education Studies; 2017. 10, 8:2-13.
4. Clark JK. Uses and abuses of hearing loss classification. Asha: a journal of the American Speech-Language-Hearing Association [Asha J Am Speech Hear Assoc., 1981. 23: 493-500.
5. Kiess-Himmel C. Unilateral sensorineural hearing impairment in childhood: analysis of 31 consecutive cases. Int J Audiol., 2002. 41:57-63.
6. Jonas BS, Loeb M... Mood disorders and physical functioning difficulties as predictors of complex activity limitations in young U.S. adults. Disabil Health J, 2010. 3: 171-8.
7. Zysberg L. Emotional intelligence, anxiety, and emotional eating: A deeper insight into a recently reported association? Eating Behaviors. 2018. 29: 128-131.
8. Kramer SE, Lapteyn TS, Houtagst T. Occupational performance: Comparing normally-hearing and hearing-impaired employees using the Amsterdam Checklist for Hearing and Work. International Journal of Audiology, International Journal of Audiology [Int J Audiol]. 2000. 45:503-12.
9. Ghoreyshi Rad F. Mental health status in deaf and hard of hearing students. Exceptional education. 2014, 14: 5-12. [In Persian]
10. Katz J, Chasin M, English KM, Hood L J, Tilery KL. Handbook of Clinical Audiology. Wolters Kluwer Health.,

- 2015.
11. Niedzielski A, Humeniuk E, Blaziak P, Gwizda G. Intellectual efficiency of children with unilateral hearing loss. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.*, 2006. 70:1529-32.
 12. Kvam, MH, Tambs K. Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *J Deaf Stud Deaf Educ.*, 2007. 12: 1-7.
 13. Mohammadnezhad E, Abootalebi GH, Talevian Y, Nemati F. The Relationship between Emotional Intelligence and Mental Health in Petrochemical Staff. *Journal of Health and Care.* 2014, 16: 70-78. [In Persian]
 14. Poorsoltani H, Alvandi R, Sayadfar M. The Role of Stress in the Relationship between Emotional Intelligence and Mental Health in Referees of the Iranian Premier League. *Journal of Sport Management*, 2015. 4: 559-573. [In Persian]
 15. Yakonandeh M, Soodani M, Shafiabadi A. The Effect of Job Counseling in Davis Job Adjustment Style on Job Burnout in Behbahan Islamic Azad University Personnel. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2000. 38: 1-24. [In Persian]
 16. Al Jawaldehy A. Review of the nutrition situation in the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal.*, 2018. 24:11-16.
 17. Maziak W, Asfar T, Mzayek F, Fouad FM, Kilziek N. "Socio- demographic correlates of psychiatric morbidity among low-income women in Aleppo", *Syria Social Science and Medicine.*, 2002. 54: 1419-27.
 18. Lynely F. Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences.*, 2009. 47:878-884.
 19. Sartipzadeh A, Ali Akbari M, Tabaiyan R. The Effectiveness of Spiritual Therapy on Elderly Resiliency in Isfahan. *Journal of Behavioral Sciences Research.* 2016. 14: 56-63. [In Persian]
 20. Hartely D. Examining the Relationships between Resilience, Mental Health, and Academic Persistence in Undergraduate College Students. *Journal of American College Health.*, 2011. 59: 596-604.
 21. Droppert K, Downey L, Lomas J, Bunnett E, Simmond N. Differentiating the contributions of emotional intelligence and resilience on adolescent male scholastic performance. *Personality and individual differences.* 2019. 145: 75-81.
 22. Lau C, Chesi F, Saklofede D. The combinative role of traits cheerfulness and seriousness relating to resiliency and well-being: A moderated mediation model. *Personality and Individual Differences.* 2019. 151: 123-134.
 23. Movaleli G, Pirzadi H. Resilience and hearing loss. *Journal of Rehabilitation Medicine.* 2014, 2, 3: 52-65. [In Persian]
 24. Zarei F, Sarookhani S. Comparison of attachment and resilience styles in people with visual, hearing and normal disabilities. *Social Work Quarterly.* 2015, 5: 2-26. [In Persian]
 25. Rogers S, Muir K, Evenson CD. Signs of resilience: Assets that support deaf adults' success in bridging the deaf and hearing worlds. *American Annals of the Deaf.* 2003. 148: 222-232.
 26. Shenglin LIU. EFFICACY AND SAFETY OF MYCOPHENOLATE MOFETIL TREATMENT IN IGA NEPHROPATHY: A SYSTEMATIC REVIEW. *Nephrology.* 2010. 15: 193.
 27. National Welfare Organization. Deputy Deaf and Blind Affairs. Annual Report on Deaf Affairs, 2019. [In Persian]
 28. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two version of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med.*, 1997. 27: 191-197.
 29. Goldberg DP, Williams P. A users' guide to the Genral Health Questionnaire. UK: NFER, Nelson; 1988. P.11-13.
 30. Besharat M. Reliability and Validity of the 28-Question Form of Mental Health Scale in Iranian Population. *Journal of Forensic Science*, 2008. 15:87-91. [In Persian]
 31. Bar-On R. The Emotional Intelligence Inventory [EQ-I]: Technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc., 1997. P.2-4-6.
 32. Samooei R. Translation and standardization of Bar-on Emotional Intelligence Test. *Fluid equipments for Sina*, 2011. [In Persian]
 33. Mokhayerian Nezhad R. Normative Evaluation of the Houshouh Emotional Bar-It Questionnaire in High School Students in Tehran. M.Sc. in Psychology, Islamic Azad University, Tehran Branch. [In Persian]
 34. Connor KM, Davidson JRT, Lee LC. Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress.* 2003. 16: 487-494.
 35. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1979. 37: 1- 11.
 36. Mohammadi M. Investigating Factors Affecting Resilience in People at Risk of Substance Abuse. Doctoral Thesis University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences., 2003 [In Persian].
 37. Hajisabbagh N, Fereidooni-Moghadam M, Etemadifar M. Coping strategies and their relationship with emotional intelligence in patients with epilepsy referred to Idfahan Epilepsy Society in 2017. *Epilepsy and Behavior.* 2019. 92: 200-205.
 38. Monteagudo M, Ingles C, Grandos L, Aparisi D, Fernandea G. Trait emotional intelligence profiles, burnout, anxiety, depression, and stress in secondary education teachers. *Personality and Individual Differences.* 2019. 142: 53-61.
 39. Rezaei M, Rashedi V, Lotfi G, Veysi F. Combined reading skills for hearing-impaired children with moderate to severe hearing loss. *Journal of Rehabilitation Faculty of Rehabilitation, Tehran University of Medical Sciences.* 2013, 7: 116. [In Persian]
 40. Janke K, Drissen M, Behnia B, Wingenfeld K, Roepke S. Emotional intelligence in patients with posttraumatic stress disorder, borderline personality disorder and health controls. *Psychiatry Research.* 2018. 264: 290-296.
 41. Goldenberg H, Goldenberg I. Family therapy: An overview. *Cengage Learning.*, 2012. P.123-124
 42. Azimi I, Pahikkala T, Rahmani A, Niela-Vilen H, Axelin A, Liljeberg P. Missing data resilient decision-making for healthcare through personalization: A case study on mental health. *Future Generation Computer Systems.* 2019. 96: 297-308. [In Persian]
 43. Jones S, Woodward M, Moishi E. Social support and high resilient coping in carers of people with dementia. *Geriatric Nursing.*, in press.
 44. Berg S, Akerjordet K, Ekstedt M, Ase K. Methodological strategies in resilient health care studies: An integrative review. *Safety Science.* 2018. 110: 300-312.
 45. Bohane L, Maguire N, Richardson T. Resilients, Overcontrollers and undercontrollers: A systematic review of the utility of a personality typology method in understanding adult mental health problems. *Clinical Psychology Review.* 2017. 5: 75-92.