

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



واحد مرودشت

دانشگاه آزاد اسلامی
واحد مرودشت
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی - گروه روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی
گرایش: صنعتی و سازمانی

عنوان:

**مقایسه سلامت روان، سبکهای مقابله با استرس و هوش هیجانی در
امدادگران و نجاتگران جمعیت هلال احمر فارس**

استاد راهنما:

دکتر مجید برزگر

استاد مشاور:

دکتر سیروس سروق

نگارنده:

غلامحسین تجلی

اردیبهشت ۱۳۹۲



صورتجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد (M.A)

نام و نام خانوادگی دانشجو: غلامحسین تجلی در تاریخ: ۱۳۹۲/۲/۱۱
رشته: روانشناسی صنعتی و سازمانی از پایان نامه خود با عنوان: مقایسه سلامت روان، سبکهای
مقابله با استرس و هوش هیجانی در امدادگران و نجاتگران جمعیت هلال احمر فارس با درجه
کارشناسی ارشد و نمره ۱۷.۹ دفاع نموده است.

سمت امضاء اعضای هیات داوری

نام و نام خانوادگی اعضای هیات داوری

استاد راهنما

۱- دکتر مجید برزگر

استاد مشاور

۲- دکتر سیروس سروقد

استاد داور داخلی

۳- دکتر نادره سهرابی

استاد داور خارجی

۴- دکتر صالحی

مدیر / معاونت پژوهشی

مراتب فوق مورد تایید است.

مهر و امضاء

تقدیم به :

**مادرم ، به خاطر همه خوبیهایش
همسرم ، به خاطر خوب بودنش
امید زندگیم ، ملیکای عزیزم
و دلگرمی بودنم ، آرتین دلبندم**

**سپاس و تشکر از زحمات اساتید بزرگوارم آقایان
دکتر مجید برزگر ، دکتر سیروس سروقد و سرکار
خانم دکتر نادره سهرابی که بی دریغ اندوخته های
علمی و اخلاقی خود را در اختیارمان قرار داده و
روشنایی بخش حضورمان در مسیر زندگی شدند .**

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده
	فصل اول: کلیات تحقیق
۱-۱-۱-۱	مقدمه
۱-۲-۱	بیان مسئله
۱-۳-۱	ضرورت و اهمیت پژوهش
۱-۴-۱	اهداف پژوهش
۱-۴-۱-۱	اهداف کلی
۱-۵-۱	فرضیه های پژوهش
۱-۵-۱-۱	فرضیه های اصلی
۱-۶-۱	تعاریف مفهومی متغیرها
۱-۶-۱-۱	سبکهای مقابله ای
۱-۶-۱-۲	سلامت روان
۱-۶-۱-۳	هوش هیجانی
۱-۷-۱	تعاریف عملیاتی متغیرها
	فصل دوم: مروری بر تحقیقات انجام شده
۱-۲-۱	هوش هیجانی
۱-۲-۱-۱	مدل مایر و سالووی
۱-۲-۱-۲	مدل بازنگری شده مایر و سالووی
۱-۲-۳	مدل بار ااون
۱-۲-۲	سبک های مقابله ای
۱-۲-۲-۱	انواع سبک مقابله ای
۱-۲-۳	مفهوم سلامت روان
۱-۳-۲-۱	تاریخچه سلامت روان در جهان
۱-۳-۲-۲	تاریخچه سلامت روان در ایران
۱-۳-۳-۲	سلامت روان از دیدگاههای مختلف

- ۴۳-۳-۲- سلامت روان از نظر مکاتب مختلف.....
- ۴۵-۳-۲- اصول سلامت روان.....
- ۴۶-۳-۲- هدف ایجاد سلامت روان.....
- ۴۸-۲- پیشینه مطالعات.....
- ۴۸-۲-۴-۱- پیشینه مطالعات داخلی.....
- ۵۲-۲-۴-۲- پیشینه مطالعات خارجی.....

فصل سوم: مواد و روشها

- ۶۴-۳-۱- روش پژوهش.....
- ۶۴-۳-۲- جامعه پژوهش.....
- ۶۴-۳-۳- نمونه پژوهش و روش نمونه گیری.....
- ۶۵-۳-۳-۱- ملاک های انتخاب نمونه.....
- ۶۵-۳-۳-۲- ملاک های حذف نمونه.....
- ۶۵-۳-۴- متغیرهای پژوهش.....
- ۶۵-۳-۴-۱- متغیر مستقل.....
- ۶۵-۳-۴-۲- متغیرهای وابسته.....
- ۶۵-۳-۴-۳- متغیرهای دموگرافیک.....
- ۶۷-۳-۵- ابزار گرد آوری اطلاعات.....
- ۶۷-۳-۵-۱- پرسشنامه مقابله باموقعیتهای استرس زا (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰).....
- ۶۸-۳-۵-۲- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸)، گلدبرگ (۱۹۷۹).....
- ۷۰-۳-۵-۳- پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ (۱۹۹۹).....
- ۷۱-۳-۵-۴- فرم اطلاعات جمعیت شناختی.....
- ۷۱-۳-۶- روش اجرا.....
- ۷۲-۳-۷- ملاحظات اخلاقی.....
- ۷۲-۳-۸- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات.....

فصل چهارم: نتایج

- ۷۴-۴-۱- داده های توصیفی متغیرهای وابسته.....
- ۷۶-۴-۲- بررسی استنباطی و آزمودن فرضیه های پژوهش.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۸۳	۵-۱- بحث در یافته‌های پژوهش.....
۸۳	۵-۱-۱- فرضیه اول.....
۸۵	۵-۱-۲- فرضیه دوم.....
۸۸	۵-۱-۳- فرضیه سوم.....
۸۹	۵-۲- محدودیت‌های پژوهش.....
۸۹	۵-۳- پیشنهادات کاربردی.....
۹۰	۵-۴- پیشنهادات پژوهشی.....

منابع

۹۱	فارسی.....
۹۴	انگلیسی.....

پیوست

۹۸	پیوست الف : فرم جمعیت شناختی.....
۹۹	پیوست ب : پرسشنامه مقابله با موقعیتهای استرس زا(اندلر و پارکر، ۱۹۹۰).....
۱۰۱	پیوست پ : پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ - ۲۸)، گلدبرگ (۱۹۷۹).....
۱۰۳	پیوست ت: پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ(۱۹۹۹).....
۱۰۵	چکیده انگلیسی.....

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت روان، سبک های مقابله با استرس و هوش هیجانی در امدادگران و نجاتگران جمعیت هلال احمر استان فارس بود. مطالعه حاضر از نوع مطالعات توصیفی و طرح علی مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه امدادگران و نجاتگران مرد استان فارس در سال ۱۳۹۱ تشکیل می دادند (۱۶۰۰ نفر). نمونه آماری شامل دو گروه ۱۰۰ نفری از امدادگران و نجاتگران بودند که به شیوه نمونه گیری طبقه ای انتخاب شدند و پرسشنامه های هوش هیجانی، سبک های مقابله ای و سلامت روان را تکمیل کردند. داده ها بوسیله شاخص های آمار توصیفی و تحلیل مانوا تحلیل شدند. نتایج تحلیل مانوا نشان داد تفاوت دو گروه در متغیرهای هوش هیجانی، سبک های مقابله ای و سلامت روان معنادار است. به عبارت دیگر نجاتگران در مولفه های سبک مساله مدار، اضطراب، همدلی و خود انگیزی نمرات بیشتری را نسبت به امدادگران کسب کردند؛ اما در مولفه های سبک اجتناب مدار و خود آگاهی، امدادگران نمرات بیشتری را نسبت به نجاتگران کسب کردند. تفاوت دو گروه در سایر مولفه ها معنادار نبود. نتایج بر نقش هوش هیجانی و استفاده از سبک های مقابله ای سازگاران در مشاغل استرس زا تاکید می کند.

کلید واژه ها: سلامت روان، سبک های مقابله با استرس، هوش هیجانی.

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه

جمعیت هلال احمر از قسمت های مختلفی تشکیل شده است که هر یک به نحوی مستقیم یا غیر مستقیم در امر امداد و نجات همکاری می کنند. از این بین فعالیت های امداد گران و نجاتگران از اهمیت ویژه ای برخوردار است. نجاتگران به افرادی اطلاق می شود که دوره های آموزش تخصصی امداد و نجات را گذرانده اند و مستقیماً در سوانح حاضر می شوند و امدادگران بیشتر در زمینه های عمومی و کمک رسانی اولیه حضور دارند (نور بالا، اکرامی نسب، ۱۳۸۰).

رویارویی با حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و همچنین حوادثی که از مداخلات بشر ناشی می شوند مثل جنگ، تصادف و غیره به هرگونه که باشد همواره با بیم ها و ایده های ناشناخته ای برای آحاد افراد جامعه به ویژه آسیب دیدگان حوادث که نجاتگران و امداد رسانیان نیز از این زمره اند، همراه است.

به عبارت دیگر پیام مسلم این واقعیت خسارت مادی، مرگ و میر و آسیب های جسمی و روانی است که بعنوان پیامدهای حاصل از آنها توجه زیادی را به خود معطوف می نمایند. برخی از پیامدها موقت و زودگذر و قابل جبران و برخی دیگر ماندگار و طولانی و شاید غیر قابل جبران باشد که سراسر زندگی ادامه می یابند.

از آنجا که فاجعه ها معمولاً حوادثی غیر معمول و غیر قابل پیش بینی هستند نجاتگران و امدادگران اغلب ناگزیرند به شیوه هایی عمل کنند که ورای توانایی و یا آموزشهای حرفه ای و تخصصی معمول آنهاست. اختلاف بین تصورات افراد (نجاتگران) و موقعیت واقعی فاجعه، مواجه شدن با مرگ و واکنش بازماندگان، لمس بدن مردگان و صحنه های ناهنجار دیگر بر شرایط درونی نجاتگر تأثیر می گذارد، کنترل ذهنی او را کاهش می دهد و احساس درماندگی را در وی گسترش میدهد (شهری، ۱۳۹۱).

در این پژوهش ما به بررسی نقش متغیرهایی می پردازیم که گمان می رود در ایجاد و تداوم استرس، اضطراب، احساس ملامت و عدم کنترل احساسات مخرب در امدادگران و نجاتگران موثر باشند.

۱-۲- بیان مسئله

شدت عوارض سوانح برای کسانی که مستقیماً در معرض حوادث هستند موجب این شده است که پیامد های ناشی از تروما که امدادگران و نجاتگران را نیز تحت تاثیر قرار می دهد کمتر مورد توجه قرار گیرد (انرایش، ۱۳۸۲). همچنین سازگاری های روان شناختی، کارکرد و روش های مقابله ای در مقابل استرس امدادگران، مسئله ای است که به مقدار کمتری در میان متون روان پزشکی بدان توجه شده است (بیلال و رانا، ۲۰۰۷).

در واقع امدادگران و نجاتگران حاضر در پایگاه های امدادی جاده ای و حوادث با تجربه صحنه های دلخراش و استرس زای متمادی، ممکن است همچون بازماندگان سوانح تحت تاثیر استرس ناشی از آن موقعیت ها قرار گیرند و بهداشت و سلامت روانی آنها تهدید شود.

به طور کلی استرس های امدادگران را میتوان در سه دسته تقسیم بندی کرد:

۱- استرس مستمر ناشی از حرفه امدادگری

۲- استرس ناشی از حضور در صحنه های حادثه

۳- استرس سازمانی (انرایش، ۱۳۸۲)

برخی پیامد های مرتبط با مسائل استرس زا برای امدادگران حاضر در سوانح عبارتند از فرسودگی، اختلالات روان تنی و انجام رفتار های پر خطری چون سوء مصرف الکل و مواد مخدر. سه متغیر روان شناختی که فرض می شود می تواند در عملکرد مثبت یا منفی امدادگران و نجاتگران اثر بگذارد سبک های مقابله با استرس، سلامت روان و هوش هیجانی است.

از این بین، فرسودگی شاید محتمل ترین پیامد مرتبط با شرایط استرس زا باشد. فرسودگی در ابتدا به صورت فرایند تدریجی عمل می کند و در نهایت علائم آن به صورت مشکلات جسمانی، هیجانی، مرتبط با کار و درون فردی نمودار می شود (اریکسون، ۲۰۰۱).

اختلال استرس پس آسیمی^۱ PTSD و اختلال فشار روانی حاد نیز شایع ترین اختلالات روان شناختی هستند که در امدادگران یافت می شوند.

^۱ -post traumatic stress disorder

خصایص بالینی PTSD عبارت است از احساس دردناک وقوع مجدد واقعه، الگویی از اجتناب و کمرختی هیجانی، احساس گناه از زنده ماندن و برانگیختگی مفرط نسبتا دائم که به مدت حداقل یک ماه ادامه داشته باشد. اختلال فشار روانی حاد نیز با علائمی مشابه شناخته می شود که مدت آن کمتر از یک ماه باشد (سادوک ۲۰۰۷).

با توجه به آنچه گذشت در این مطالعه پژوهشگر متغیرهای روان شناختی را انتخاب نموده که فرض می شود اهمیت زیادی در بهداشت روانی امداد گران و نجاتگران به عنوان مشاغل استرس زا دارند. در ادامه به مرور و معرفی این متغیرها پرداخته می شود:

هوش هیجانی، مؤلفه تازه ای است که محققان بسیاری به کاربرد آن در امور مختلف علاقمندند، تئوریهای هوش هیجانی دیدگاه نوینی را درباره پیشبینی عوامل موفقیت در زندگی، از جمله پیشرفت تحصیلی و مقابله کارآمد با عوامل فشارزا فراهم می آورد. هوش هیجانی بیانگر ابعاد هیجانی، شخصیتی و اجتماعی هوش است که اغلب بر فعالیت های روزمره مهمتر از ابعاد شناختی مورد توجه قرار گرفته است (گلمن به نقل از یوسفی، ۱۳۸۵).

هانت (۲۰۰۴) اذعان می دارد که افراد شاغل در بخش های فوریتی با هوش هیجانی بالا توان بیشتری در مدیریت استرس و مدیریت بحران های فوریتی از خود نشان می دهند. همچنین مزینانی (۱۳۸۶) به بررسی رابطه بین هوش هیجانی و استرس در مدیران آموزش و پرورش پرداخت. وی دریافت که هوش هیجانی استرس های زندگی را بهتر کنترل می کند و با کاهش استرس منجر به استفاده بهینه از زمان می شود. وی توان افراد را مؤلفه ای ضروری برای تغییر محیط های کاری تنش زا و ترک نکردن این محیط کار دانست.

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با استرس راهبرد های مقابله با استرس می باشد. مقابله فرآیندی است که از طریق آن افراد استرس های ناشی از عوامل استرس زا را کنترل می کنند و هیجانات منفی ایجاد شده بوسیله این عوامل را تحت کنترل در می آورند.

به عبارت دیگر مقابله تلاش شناختی، هیجانی و رفتاری شخص برای کنترل درخواست های درونی و بیرونی ویژه ای است که فرد را تهدید می کند، یا به مبارزه می طلبد (کلینکه، ۱۹۹۹؛ به نقل از محمد خانی، ۱۳۸۶؛ ریو، ۲۰۰۱).

در یک مطالعه در خارج از کشور مشخص شد که حدود ۲۰ درصد از اعضای گروه های امداد اعزامی به مناطق حادثه دیده، در دو ماهه اول بعد از حادثه به مشکلات روانی اجتماعی متعددی دچار شده بودند. مهمترین عوامل پیش بین برای مشخص کردن اینکه چه کسانی بیشتر به ترومای های ثانویه دچار می شدند عبارت بود از: خصوصیات شخصیتی افراد و سبک های مقابله ای و شیوه های سازگاری (لیاو، ۲۰۰۲).

مفهوم سلامت روان در واقع جنبه ای از مفهوم کلی سلامتی است و به کلیه روش ها و تدابیری اطلاق می شود که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری های روانی، درمان و توانبخشی آن ها به کار می رود. در تعریف سلامت روانی این مشکل وجود دارد که هنوز تعریف صحیح و قابل قبولی برای بهنجاری وجود ندارد. فرهنگ بزرگ روان شناسی لازاروس، بهداشت روانی را اینچنین تعریف می کند: « استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت های دشوار انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود، توانایی داشتن».

با توجه به آنچه گذشت محتمل به نظر می رسد که امدادگران و نجاتگران حاضر در عملیات های امداد و نجات و بعضا مواجهه با صحنه های دلخراش، در معرض پیامد های روان شناختی سوانح باشند. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت روان، سبک های مقابله با استرس و هوش هیجانی در امدادگران و نجات گران جمعیت هلال احمر استان فارس است. حضور محقق در صحنه های عملیات امداد رسانی به زلزله زدگان بم؛ دورود لرستان؛ آذربایجان شرقی؛ حوادث جاده ای و مشاهده تاثیر پیامدهای ناشی از تروما بروی امدادگران و نجاتگران که از جمله آنها می توان به ریزش ناگهانی ایشان بعد از هر حادثه؛ بیان احساسات در قالب دست نوشته در مجلات هلال احمر؛ و سر انجام بروز مشکلات متعدد در زندگی اشاره کرد. که متأسفانه کمتر در این رابطه مطالعاتی صورت پذیرفته است.

۱-۳- ضرورت و اهمیت پژوهش

موفق ترین آمار تصادفات رانندگی در کشور از کشته شدن ۱۴۰ هزار و ۹۳۳ شهروند طی ۷ سال گذشته (از ابتدای ۷۷ تا انتهای ۸۳) حکایت دارد و این در حالی است که وقوع این حوادث بیش از ۱۲ میلیون مصدوم و ۵۰۰ هزار معلول مادام العمر بر جای گذارده است. هر ساله در سراسر دنیا بیش از ۵۰ میلیون نفر در اثر حوادث ترافیک مجروح و ۲/۱ میلیون نفر کشته می شوند و با وجود اینکه ایران کمتر از یک صدم جمعیت جهان را به خود اختصاص داده، بیش از یک چهارم از حوادث ترافیکی را به خود اختصاص داده است. در ایران در گروههای سنی یک ماهه تا ۵۰ ساله مهمترین علت مرگ، حوادث غیر عمدی است و در راس همه حوادث، سوانح ترافیکی قرار دارد.

بنابراین گزارش ، در حالی که میزان بروز مرگ ناشی از حوادث مربوط به حمل و نقل در جهان ۸/۲۰ درصد از کل مرگ و میرها را به خود اختصاص می دهد ، در ایران این میزان ۳۸ درصد است.(خدادوست،۱۳۹۲)

مرگ در اثر زلزله شاید یکی از وحشتناک ترین کابوسهای انسان باشد اما تواتر این پدیده در بعضی از نقاط جهان باعث شده است که بسیاری با این کابوس زندگی کنندکشور ما به دلیل قرار گرفتن بر روی گسلهای فعال همیشه با این پدیده دست به گریبان بوده است .بعد از زمین لرزه آه و افسوس است و چشمهای نگران برای زمین لرزه دیگر.در ادامه به مهمترین زمین لرزه های بزرگ در صد ساله گذشته ایران اشاره شده است.

در سال ۱۲۸۸ در منطقه سیلاخور زمین لرزه ای به بزرگی ۷/۴ ریشتر بوقوع پیوست که ۸۰۰۰ کشته و ۶۴ تخریب روستا را به همراه داشت.

در سال ۱۳۰۹ زمین لرزه با بزرگی ۷/۴ ریشتر سلماس را لرزاند که باعث کشته شدن ۲۵۱۴ نفر و تخریب ۶۰ روستا شد. شهر لار در سال ۱۳۳۹ با یک زمین لرزه ۶/۷ ریشتری لرزید که ۴۰۰ نفر در این حادثه کشته شده و ۷۵ درصد شهر نیز تخریب شد.

زمین لرزه بوئین زهرا نیز با شدت ۷/۲ ریشتر و ۱۰۰۰۰ کشته در سال ۱۳۴۱ به وقوع پیوست. در سال ۱۳۴۷ نیز زمین لرزه ای به بزرگی ۷/۴ ریشتر دشت بیاض را لرزاند که منجر به کشته شدن ۱۰۵۰۰ نفر و تخریب ۶۱ روستا شد.

در سال ۱۳۵۱ منطقه قیر با زمین لرزه ۶/۹ ریشتری لرزید و ۴۰۰۰ نفر را به کام مرگ برد. در سل ۱۳۵۶ خورگو با زمین لرزه ای ۷ ریشتر لرزید که در آن ۱۲۸ نفر کشته شدند. زلزله طبس با شدت ۷/۷ ریشتر در سال ۱۳۵۷، ۱۹۶۰۰ کشته و تخریب ۱۶ روستا را به دنبال داشت. در سال ۱۳۵۸ هم قائن با شدت ۷/۱ ریشتر لرزید که در اثر آن ۱۳۰ نفر جان باختند. در سال ۱۳۶۰ منطقه سیرچ با شدت ۷/۴ ریشتر به لرزه درآمد و ۱۳۰۰ نفر کشته شدند و ۸۵ درصد شهر هم تخریب شد.

رودبار و منجیل نیز در سال ۱۳۶۹ با شدت ۷/۴ ریشتر لرزید که ۳۵۰۰۰ نفر کشته به همراه داشت. بیرجند هم در سال ۱۳۷۶ با شدت ۷/۳ ریشتر لرزید و ۱۵۰۰ نفر کشته بر جای گذاشت. در سال ۱۳۸۱ آوج در اثر زمین لرزه با خسارات زیاد در شهر و روستاها روبه رو شد. شدت زلزله آوج ۶/۶ ریشتر بود.

بم در سال ۱۳۸۲ با قدرت ۶/۵ ریشتر با خاک یکسان شد که ۴۱۰۰۰ نفر در اثر آن جان باختند. زلزله بعدی در سال ۱۳۸۳ در فیروزآباد با شدت ۶/۳ ریشتر آمد که منجر به ریزش کوه و خسارات شد. زرنده هم در سال ۱۳۸۳ با شدت ۶/۴ ریشتر لرزید و ۶۱۲ نفر در آن کشته شدند و ۱۰ روستا تخریب شد. (موسسه ژئوفیزیک دانشگاه تهران، ۱۳۹۱).

وقوع زمین لرزه های یاد شده و تلفات ناشی از سوانح ترافیکی اهمیت نقش امدادگران و نجاتگران را در امداد رسانی به مردم یاد اوری می کند، محقق در این پژوهش با توجه به تجارب امدادی خود، و مطالعات مرتبط در این زمینه متغیرهایی را مدنظر قرار داد که به نظرمی رسد شناسایی جامع ترو بکارگیری نتایج آنها باعث می گردد که بتوان از آنها در اصلاح نحوه جذب و بکارگیری امدادگران و نجاتگران در جمعیت هلال احمر که در حال حاضر صرفاً براساس علاقه خود داوطلب می باشد، استفاده نمود.

همچنین حضور امدادگران و نجاتگران در صحنه های عملیاتی بدون هیچ گونه آموزشی در مباحث روانشناختی که منجر به بروز PTSD میشود، ضرورت این مسئله را روشن می سازد که بایستی در سرفصلهای آموزشی امدادی هلال احمر تجدیدنظر و نسبت به جاریزی مباحث روانشناختی مرتبط اقدام نمود.

۱-۴-اهداف پژوهش

۱-۴-۱-اهداف کلی

- ۱) مقایسه گروه امدادگران و نجاتگران از لحاظ سبک های مقابله ای با استرس
- ۲) مقایسه گروه امدادگران و نجاتگران از لحاظ سلامت روان .
- ۳)مقایسه گروه امدادگران و نجاتگران از لحاظ هوش هیجانی.

۱-۵-فرضیه های پژوهش

۱-۵-۱-فرضیه های اصلی

- ۱) بین سبک های مقابله با استرس امدادگران و نجاتگران هلال احمر تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۲) بین سلامت روان امدادگران و نجاتگران هلال احمر تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۳) بین هوش هیجانی امدادگران و نجاتگران هلال احمر تفاوت معنادار وجود دارد.

۶-۱- تعاریف مفهومی متغیرها

۱-۶-۱- سبک های مقابله ای^۳

سبک های مقابله ای مکانیسمی است از طریق آن افراد استرس های ناشی از عوامل استرس زا را کنترل می کنند و هیجانات منفی ایجاد شده بوسیله این عوامل را تحت کنترل در می آورند. به عبارت دیگر مقابله تلاش شناختی، هیجانی و رفتاری شخص برای کنترل درخواست های درونی و بیرونی ویژه ای است که فرد را تهدید می کند، یا به مبارزه می طلبد (کلینکه^۴، ۱۹۹۹؛ به نقل از محمد خانی، ۱۳۸۶؛ ریو، ۲۰۰۱).

اندلر^۵ و پارکر^۶ (۱۹۹۰) سه نوع سبک مقابله ای را مطرح کردند که عبارتند از:

۱- سبک مقابله مسأله مدار: در سبک مقابله مسأله مدار فرد بر مسأله متمرکز می شود و سعی بر حل آن دارد. در این سبک فرد به جمع آوری اطلاعات مربوط به حادثه فشار را می پردازد، درباره آن فکر می کند، منابعی را که از آن برخوردار است، ارزیابی می کند و برای استفاده از منابع در دسترس خود طرح و برنامه ای آماده می کند.

۲- مقابله هیجان مدار بر کنترل هیجانات و واکنش های عاطفی تأکید می نماید. افراد در این سبک مقابله، هیجانی برخوردار می کنند و با گریه کردن، عصبانی شدن و فریاد زدن با فشار روانی مقابله می کنند

۳- سبک مقابله ای اجتنابی: در سبک مقابله ای اجتنابی، فرد سعی در تغییرات شناختی و دور شدن از واقعیت فشارآور دارد و با فاصله گرفتن از مشکل، اقدام به اجتناب از فشار کرده و برای دریافت حمایت عاطفی تلاش می کند. در این حالت فرد بدنبال برگرداندن آرامش به هم خورده ای است که به خاطر موقعیت فشارزا، بوجود آمده است و کوشش می کند تا خود را از آشفتگی های موجود و پریشانی برهاند.

³-coping styles

4 - Kellienk

5 - Endler

6 - Parker

۱-۶-۲-سلامت روان^۷

سلامت روان عبارت است از رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن ها و شکوفایی استعداد های ذاتی (کیقبادی، ۲۰۰۳).

پرسشنامه سلامت عمومی شامل ۴ مقیاس فرعی به شرح ذیل می باشد:

۱. مقیاس A: نشانه های بدنی (علائم و نشانه هایی که به صورت دردهای بدنی مشخص می شود و معمولا مبهم و بدون دلیل خاص است)
۲. مقیاس B: اضطراب و بی خوابی (که شامل علائم اضطراب تنش و بیقراری و همچنین انواع مشکلات خواب اعم از پر خواب و بیخواب و کابوس های شبانه است)
۳. مقیاس C: نارساکنش وری اجتماعی (این شاخص اختلال در کارکرد اجتماعی، فعالیت های معمول روزانه و عملکرد شغلی و خانوادگی را می سنجد)
۴. مقیاس D: افسردگی (که در برگیرنده علائم افسردگی نظیر اختلال در وزن، اشتها، انرژی، امید به زندگی، فقدان انگیزه و .. می باشد)

۱-۶-۳-هوش هیجانی^۸

هوش هیجانی به عنوان توانایی بازبینی احساسات و هیجانات خود و دیگران، تمایز قایل شدن میان آن ها و استفاده از این اطلاعات برای هدایت افکار و اعمال تعریف می شود (مایر و سالووی، ۱۹۹۰). هوش هیجانی مجموعه ای از توانایی های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است (کیاروچی^۹، فورگاس^{۱۰} و میر، ۲۰۰۱) که به فرد کمک می کند تا با دریافت، ارزیابی و بیان دقیق هیجان ها، از احساساتی که افکار را تسهیل می نماید آگاهی یابد (مایر و کاروسو^{۱۱}، ۱۹۹۹؛ مایر، سالووی و کاروسو، ۲۰۰۱). در واقع هوش هیجانی آگاهی از هیجان ها و چگونگی اثرگذاری این آگاهی در روابط بین فردی را نشان می دهد و از سوی دیگر نماینده میزان برخورداری از توانایی تشخیص و ارزیابی و ابراز هیجان به نحوی صحیح و سازگارانه می باشد (لوسین، ۲۰۰۶).

⁷-Mental health

⁸-emotional intelligence

⁹ - Chiarochi

¹⁰ - Forgas

¹¹ - Carouso

ابعاد هوش هیجانی عبارت است از :

- ۱-همدلی: درک دیگران با آگاهی از نیازها، احساسات، تمایلات و درک احتیاجات آنان.
- ۲-خود آگاهی: داشتن اعتماد به نفس و توانایی شناسایی یک احساس برای ارزیابی دقیق خود
- ۳-خود انگیزی: میل به هدایت احساسات یا تسهیل دست یابی به اهداف که توفیق طلبی، تعهد، ابتکار، و خوش بینی را شامل می شود.
- ۴- مهارت اجتماعی: توانایی تحریک واکنش های مطلوب در دیگران توسط دیپلماسی موثر: این اصل شامل نفوذ اجتماعی، اقناع، رهبری، و مشارکت اجتماعی می شود.
- ۵-خود کنترلی (مدیریت خود) که شامل دور نگهداشتن احساسات مخرب، حفظ استاندارد های صداقت و امانت، قبول مسئولیت اعمال، سازگاری و پذیرش ایده های جدید می شود. (بلیس، ۲۰۰۱)

۷-۱- تعاریف عملیاتی متغیرها

- ۱-سبک های مقابله ای: در این پژوهش منظور نمره ای است که فرد در پرسشنامه مقابله باموقعیتهای استرس زا (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰) کسب کرده است.
- ۲-سلامت روان: در این پژوهش میزان سلامت روانی نمره ای است که فرد در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ - ۲۸)، گلدبرگ (۱۹۷۹) کسب کرده است
- ۳-هوش هیجانی: در این پژوهش میزان هوش هیجانی نمره ای است که فرد در پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ (۱۹۹۹) کسب کرده است.

فصل دوم

مروری بر تحقیقات انجام شده