

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر فعال سازی مؤلفه های هوشبهر هیجانی زنان یائسه

رقیه موسوی^۱

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۳ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۲۵

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر فعال سازی مؤلفه های اصلی هوش هیجانی زنان یائسه بود. روش: این پژوهش از نوع مطالعات شبه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان یائسه ای بودند که در کارگاه های سراهای محله در منطقه ۷ شهر تهران شرکت می کردند. نمونه گیری به شیوه داوطلبانه انجام شد و با ارائه پرسشنامه هوش هیجانی در میان آنها، تعداد ۲۰ زن که نمره پایین تر از میانگین در این آزمون کسب کردند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند. از پرسشنامه هوشبهر هیجانی بار-آن (EQ-I) برای جمع آوری داده ها و از آزمون تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. یافته ها: نتایج نشان داد که نمره های تمام مؤلفه های اصلی هوش هیجانی گروه آزمایش در پس آزمون به طور معنی داری بیشتر از گروه گواه شده بود ($p < 0/05$). نتیجه گیری: باتوجه به این یافته های می توان نتیجه گرفت که شیوه درمانی مبتنی بر آگاهی سیال در فعال سازی مؤلفه های اصلی هوشبهر هیجانی زنان یائسه مؤثر است..

کلید واژه ها: آگاهی سیال، هوشبهر هیجانی.

مقدمه

امروزه نظام‌های سلامت مهم‌ترین برنامه‌های خود را مبتنی بر سلامت خانواده ترسیم نمودند. زنان محور سلامت خانواده محسوب می‌شوند و الگوی اصلی آموزش و ترویج شیوه زندگی سالم به نسل بعدی هستند. اگرچه زنان و مردان مباحث مشترکی در امر سلامت دارند، اما زنان با مسائل ویژه ناشی از شرایط فیزیولوژیک خود مواجه هستند. یکی از این مسائل دوره گذار یائسگی است که به سبب کاهش استروژن مشکلات مضاعفی را برای زنان ایجاد می‌کند. دوران یائسگی یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی هر انسان در مسیر رشد و تکامل است که گذشته از جنبه‌های مفید و ارزشمند، آن مجموعه‌های از مشکلات را ایجاد می‌کند. بعضی از این مشکلات عبارتند از شروع بیماری و ناتوانی، بازنشستگی از شغل، مشکلات اقتصادی، و جدائی از فرزندان. یائسگی شروع دوران جدیدی در زندگی یک زن است. این دوران همانند تمام مراحل دیگر زندگی دارای زوایای مثبت مانند فراغت از مشکلات دوران بارداری، و زوایای منفی مانند خطرات و مشکلات تهدیدکننده سلامت زنان است (تیلور و باگی^۱، ۲۰۰۰). در طی این زمان، اکثریت زنان علائم جسمی و روانی همراه با تغییرات خلقی را تجربه می‌کنند (یوگس^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). از جمله مشکلات این دوران می‌توان به تغییرات روحی و روانی، پوکی استخوان، بیماری قلبی و عروقی و آتروفی دستگاه تناسلی اشاره کرد (کراچویکا و همکاران، ۲۰۰۷)^۳. معنای یائسگی و اینکه چگونه، زنان این دوره انتقالی را تجربه می‌کنند، با هنجارهای فرهنگی، عوامل اجتماعی و دانش فرد درباره یائسگی مرتبط است. چگونگی تصور زنان از یائسگی بر روی پیگیری‌ها و مراقبت از خود در این دوران تأثیر فراوان می‌گذارد. تعدادی آن را دوره‌ای پر استرس و مملوّ از یأس و ناامیدی احساس می‌کنند و گروهی دیگر آن را دوره پیری و فرسودگی و پایان زندگی خود می‌دانند که این مسأله بیشتر در زنانی دیده می‌شود که محبوبیت خود را در جنسیت زن

^۱ Taylor, G & Bagby, M

^۲. Uges, K.

^۳. Kerajewska, K.

بودن و نقش خود را در تولید مثل و زایمان می‌پندارند (فیشبین، ۱۹۹۲)^۱. با این وجود یائسگی پدیده‌ای است که کسی تمایل به بحث در مورد آن نداشته و حتی در صورت بحث با آن برخوردی ناامید کننده و منفی گرایانه می‌شود. به نظر افراد جامعه ویژگی‌هایی نظیر جوانی، زیبایی و جذابیت در زنان با ارزش هستند و زنان یائسه به غلط افرادی، غیرمنطقی، عصبی، خشن و فاقد نیروی جنسی معرفی و چون کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند با گذشت زمان به تدریج در جامعه فراموش می‌شوند. یائسگی پایان دوره باروری است، هنگامی که این دوران فرا می‌رسد زنان یائسه دچار درجاتی از شوک و ناباوری و احساس غم می‌شوند (باقری، ۲۰۰۱). در جوامعی که زنان، نگرش مثبت به یائسگی دارند علایم و عوارض ناشی از آن کمتر و قابل تحمل‌تر بوده است (مالیک، ۱۹۹۶)^۲. این دوران برای اغلب زنان در جوامع مختلف نوعی اضطراب و آشفتگی بدن‌بال دارد. این که چقدر یک زن قادر باشد در این دوران که تغییرات خلقی زیاد است، بهترین تصمیم را بگیرد به هوش هیجانی آن شخص مربوط می‌شود. هوش هیجانی به این نکته می‌پردازد که فرد چگونه اطلاعات مربوط به هیجان‌ها و پاسخ‌های هیجانی را در ذهن خود مورد پردازش قرار می‌دهد (تایلر، ۲۰۱۲)^۳.

پرورش قابلیت‌های روانی نظیر هوش هیجانی باعث می‌شود تا فرد قادر به تحمل شرایط سخت و طولانی گردد و احساس آرامش و امید خود را حفظ کند و کمتر دچار دل‌سردی شود و اعتماد به نفس او نیز در مواجهه با شکست حفظ شود و در صدد رفع اشکالات و موانع راه برآید، در صورت موفقیت نیز دست از تلاش نکشد و نقاط مثبت را تقویت کند. هوش هیجانی مجموعه مهارتهایی است که به فرد در استفاده بهتر از هیجان‌ات برای سازگاری کمک می‌کند. به بیان دیگر، هوش هیجانی مهارتهایی برای درک، فهم و تنظیم خلق و خو و استفاده از اطلاعات هیجانی برای بهبود پردازش

1. Fishben, H.
2. Malik, K.
3. Tailer, J.

شناختی است (مایر، روبرتزو و بارساد^۱، ۲۰۰۸).

بار- آن هوش هیجانی را عامل مهمی در شکوفایی توانایی‌های افراد برای کسب موفقیت در زندگی تلقی می‌کند و آن را با سلامت عاطفی و در مجموع، سلامت روانی مرتبط می‌داند. بار آن و پارکر^۲ (به نقل از کرنیس، ۲۰۰۰)^۳ همچنین معتقداند که هوش هیجانی در مقایسه با هوش عمومی شامل توانایی‌ها، شایستگی و مهارت‌های شناختی و غیرشناختی می‌شود که باعث فائق آمدن فرد بر فشارها و مقتضیات محیط می‌گردد و موجبات احساس شادمانی فرد را در زندگی فراهم می‌آورد (جوکار، ۱۳۸۶). نتایج بسیاری از پژوهش‌ها در این زمینه نشان می‌دهد که هوش هیجانی، برخلاف هوش شناختی یک توانایی ثابت و تغییرناپذیر نیست، بلکه قابل رشد و تغییر است و می‌توان از طریق آموزش‌های ویژه، میزان آن را افزایش داد و سطح کمی و کیفی آن را بهبود بخشید (چرنیس، ۲۰۰۰)^۴.

برای اصلاح روابط بین فردی و افزایش هوش هیجانی از شیوه‌های گوناگونی استفاده شده است. یکی از شیوه‌هایی که به نظر می‌رسد، بتواند مؤثر باشد روش درمان شناختی مبتنی بر آگاهی سیال است. آگاهی سیال به عنوان یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، می‌باشد (رایان و براون^۵، ۲۰۰۳). پایه‌های این مفهوم را می‌توان در کهن‌ترین متن‌های بودایی^۶ ردیابی کرد. آگاهی سیال به عنوان هدفی از مذاهب تعمقی^۷ به ویژه بودا شناخته می‌شود (رایینسون^۸ و جانسون^۹، ۱۹۹۷؛ به نقل از فالکنستروم^{۱۰}، ۲۰۱۰). هدف اصلی درمان شناختی مبتنی بر آگاهی سیال آن است که بیمار از طریق پایش خودآیند، از اثرات فعالیت مجدد ذهنیت انجامی آگاه یابد و از

1. Mayers, Roberts & Bursade

2 Bar. On & Parker, k

3. Kernis. H.

4. Chernis, S.

5. Ryan, F & Brown,G

6. buddhist.

7. contemplative traditions.

8. Robinson, G.

9. Johnson,H.

10. Falkenstrom,J.

طریق ایجاد و به کارگیری حالت حضور ذهن در ذهنیت بودن بماند و از طریق انجام تمرینهای مکرر با جهت دهی قصدمندانه توجه به یک شی خنثی (مثلا جریان تنفس) به مشاهده افکار و احساسات یا حسهای بدنی خود بنشینند. افراد دارای آگاهی سیال، واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (رایان، و براون، ۲۰۰۳؛ براون، رایان و کرسول^۱، ۲۰۰۷). این سازه روانشناختی را باید از خودآگاهی^۲ و یا توجه معطوف به خود^۳ متمایز کرد. تشابه این سازه‌ها در توجه فزون یافته به تجربه‌های ذهنی است اما تفاوت اصلی در جنبه شناختی آن‌ها است؛ بدین معنا که جلب توجه در خودآگاهی تحت تأثیر سوگیری‌های تفکر خودمحور بوده و با قضاوت راجع به خود همراه است اما آگاهی سیال، یک توجه بدون سوگیری و قضاوت پیرامون جنبه‌های خود است. آگاهی سیال با بهزیستی ذهنی^۴ و روانشناختی^۵ و سلامت روانی^۶ رابطه مثبت دارد، در حالی که خودآگاهی با میزان پایین بهزیستی روانشناختی مرتبط است (براون، و کاسر^۷، ۲۰۰۵؛ براون، رایان، و کرسول، ۲۰۰۷؛ فالکنستروم، ۲۰۱۰).

از آن جایی که مطالعات مربوط به اندازه‌گیری اعتبار سازه آگاهی سیال تنها به یک دهه‌ی اخیر محدود می‌شود، پژوهشگران تلاش کرده‌اند تا از طریق بررسی ارتباط این سازه با سازه‌های نظری دیگر، اعتبار آن را مورد بررسی قرار دهند (گیلاک، ۲۰۰۹). هوش هیجانی یکی از پرکاربردترین مفاهیم در پژوهش‌های روان‌شناسی به شمار می‌آید. لذا در این پژوهش که در زمینه‌ی بررسی اعتبار سازه‌ی آگاهی سیال انجام گرفته، به رابطه‌ی این سازه با هوش هیجانی به عنوان یکی از سازه‌های نظری پرکاربرد و معتبر در حوزه‌ی

1. Creswell, L.

2. self awareness .

3. self-focused attention .

4. subjective wellbeing .

5. psychological wellbeing .

6. mental health.

7. Kasser ,O.

روان‌شناسی اقدام شده است. برخی مؤلفان معتقدند که هوش هیجانی بهترین مفهوم‌سازی را از کنترل هیجانات ارائه می‌کند (مک‌کرا و کاستا^۱، ۱۹۸۷).

از محدود مطالعات صورت گرفته در زمینه‌ی تاثیر درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر مؤلفه‌های هوش هیجانی مشکل می‌توان به اشارتی دقیق پیرامون چگونگی ارتباط آن‌ها دست یافت؛ زیرا نتایج این پژوهش‌ها غالباً ناهمخوان بوده‌اند (تیلور، ۱۹۸۷). با توجه به مطالب فوق این سؤال برای پژوهشگر مطرح شد که آیا درمان مبتنی بر آگاهی سیال، به افزایش هوش هیجانی زنان یائسه منجر می‌گردد؟ و دیگر اینکه، در صورت تأثیر درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر عامل کلی هوش هیجانی، تأثیر آن در پنج خرده مقیاس اصلی این سازه یعنی: خودآگاهی هیجانی، روابط بین فردی، انعطاف‌پذیری در برابر تغییر، حل مسأله و تصمیم‌گیری، و توانایی همدلی نیز بررسی می‌شود.

روش پژوهش

در این پژوهش جامعه آماری شامل تمامی زنان یائسه‌ای بودند که در کارگاه‌های سراهای محله در منطقه ۷ شهر تهران شرکت می‌کردند. برای اعلام برگزاری درمان مبتنی بر آگاهی سیال در یک بازه ۲۵ روزه در سراهای محله اطلاعیه‌هایی دال بر ثبت نام از میان زنان متاهل نصب شد و از افراد داوطلب ثبت نام به عمل آمد. معیار ورود به مطالعه این بود که زنان در هنگام پژوهش یک سال عادت ماهیانه نشده باشند و بدون انجام عمل جراحی برداشت رحم و تخمدان‌ها به طور طبیعی یائسه شده باشند، که با پرسش از خود آن‌ها انجام گرفت. با ارائه پرسشنامه هوش هیجانی در میان داوطلبان، تعداد ۲۰ زن یائسه که نمره پایین‌تر از میانگین در این آزمون کسب کردند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۰ زن) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه هوش‌بهر هیجانی بار آن استفاده شد. پرسشنامه

هوش بهره‌یجانی بار-آن، دارای ۱۳۳ سؤال بوده که از پنج عامل ترکیبی (خودآگاهی هیجانی، روابط بین فردی، انعطاف‌پذیری در برابر تغییر، حل مساله و تصمیم‌گیری، توانایی همدلی) تشکیل شده است. این آزمون به صورت طیف ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است و نمره گذاری آن از ۱ به ۵ (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) و در بعضی از سؤالات با محتوای منفی از ۵ به ۱ انجام می‌شود. نمره کل هر مقیاس برابر با مجموع نمره‌های هریک از سؤالهای آن مقیاس است. کسب امتیاز بیشتر در این آزمون، نشانگر موقعیت برتر فرد در مقیاس مورد نظریا در کل آزمون است و برعکس. برای آزمون مورد نظر، روایی محاسبه شده از طریق روایی ملاکی ۰/۹۵ است. همچنین، پایایی به روش زوج - فرد (دو نیمه کردن) ۰/۸۱ به دست آمد.

جلسه اول: معارفه، بیان قواعد جلسات، گرفتن پیش‌آزمون - جلسه دوم: آموزش تن آگاهی و تمرین و دادن تکالیف - جلسه سوم: آموزش تنظیم هیجان‌ات و بازخورد - جلسه چهارم: آموزش پذیرش و عدم تمایل به تغییر در برابر مشکلات - جلسه پنجم: آگاهی از مکانیزم‌های اجتنابی اعضای گروه و تمرین برای کنترل آن‌ها از طریق آگاهی - جلسه ششم: اضطراب و تمرین تنفس شکمی و پذیرش حقایق هستی. جلسه هفتم: کار گروهی برای اکتشاف موانع پذیرش. جلسه هشتم: جمع‌بندی و ارائه بازخورد برای اجرای این پژوهش، طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل به کار گرفته شد. پس از اتمام جلسات درمانی هر دو گروه مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند و نتایج، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) استفاده شد.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه درد و نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون درد و گروه،

در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

جدول ۱: نتایج اجرای آزمون هوش هیجانی در پیش آزمون و پس آزمون

پس آزمون	پیش آزمون	گروه	متغیر
M(SD)	M(SD)		
۲۴/۹۱(۴/۵۵)	۱۸/۸۵(۳/۸۵)	آزمایش	خودآگاهی هیجانی
۲۲/۸۶(۴/۵۵)	۲۳/۶۵(۵/۹۶)	کنترل	
۲۷/۳۹(۳/۷۱)	۱۹/۶۷(۵/۶۰)	آزمایش	روابط بین فردی
۲۳/۵۹(۳/۹۹)	۲۴/۶۹(۴/۷۹)	کنترل	
۷۱/۳۳(۱۱/۴۸)	۴۸/۶۹(۹/۶۶)	آزمایش	انعطاف‌پذیری در برابر تغییر
۵۵/۲۱(۱۰/۱۱)	۵۴/۵۱(۸/۷۱)	کنترل	
۲۶/۵۶(۴/۷۷)	۲۰/۱۳(۵/۶۰)	آزمایش	حل مساله و تصمیم‌گیری
۲۳/۴۴(۳/۴۱)	۲۴/۵۸(۲/۹۲)	کنترل	
۴۹/۷۷(۵/۶۶)	۳۷/۱۳(۶/۸۷)	آزمایش	توانایی همدلی
۴۲/۲۹(۶/۵۵)	۴۲/۴۴(۸/۳۴)	کنترل	
۳۶۸/۲۹(۳۷/۶۲)	۲۶۱/۶۸(۳۹/۴۴)	آزمایش	نمره کل هوش هیجانی
۳۰۷/۲۲(۲۲/۳۷)	۳۰۸/۳۸(۲۵/۶۱)	کنترل	

نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر متغیر اصلی هوش هیجانی در جدول ۲ ارائه شده‌اند. با توجه به جدول، مقدار F محاسبه شده برای عامل گروه ۴۸/۵۳ بود که معنادار است ($p < 0/01$). به این معنا که پس از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون در عامل هوش هیجانی، بین میانگین گروه آزمایش و گواه در پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین‌ها، میانگین گروه آزمایش در پس آزمون ۳۶۸/۲۹ و گروه کنترل ۳۰۷/۲۲ بود. بنابراین اعضای گروه آزمایش در پس آزمون هوش هیجانی نمره بالاتری از گروه کنترل کسب کردند. در نتیجه تأثیر درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر هوش هیجانی زنان مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۲: تحلیل داده‌های مربوط به متغیر اصلی هوش هیجانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۲۰۷/۵	۱	۲۰۷/۵	۶/۴۴	۰/۰۲
گروه	۱۵۶۴/۵	۱	۱۵۶۴/۵	۴۸/۵۳	۰/۰۰
خطا	۱۱۹۲/۸۸	۳۷	۳۲/۲۴		

جدول ۳: تحلیل داده‌های مربوط به خرده‌مقیاسها

خرده‌مقیاسها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
خودآگاهی هیجانی	پیش‌آزمون	۱۳/۲۳	۱	۱۳/۲۳	۳/۸۳	۰/۰۷
	گروه	۲۰۸/۲۵	۱	۲۰۸/۲۵	۶۰/۲۴	۰/۰۰
	خطا	۱۲۸/۰۲	۳۷	۳/۴۶		
روابط بین فردی	پیش‌آزمون	۱۴/۸۰	۱	۱۴/۸۰	۹/۱۹	۰/۰۱
	گروه	۴۸/۵۹	۱	۴۸/۵۹	۳۰/۱۵	۰/۰۰
	خطا	۵۹/۵۷	۳۷	۱/۶۱		
انعطاف‌پذیری در برابر تغییر	پیش‌آزمون	۱۴۸/۹۳	۱	۱۴۸/۹۳	۳۵/۱۳	۰/۰۰
	گروه	۱۰۵/۹۱	۱	۱۰۵/۹۱	۲۴/۹۸	۰/۰۰
	خطا	۱۵۶/۸۸	۳۷	۴/۲۴		
حل مساله و تصمیم‌گیری	پیش‌آزمون	۲۸/۱۲	۱	۲۸/۱۲	۷/۳۴	۰/۰۱
	گروه	۳۹/۲۱	۱	۳۹/۲۱	۱۰/۲۴	۰/۰۱
	خطا	۱۴۱/۷۱	۳۷	۳/۸۳		
توانایی همدلی	پیش‌آزمون	۱۵/۷۹	۱	۱۵/۷۹	۹/۵۶	۰/۰۱
	گروه	۴۸/۷۸	۱	۴۸/۷۸	۲۹/۵۶	۰/۰۰
	خطا	۶۱/۰۵	۳۷	۱/۶۵		

نتایج تحلیل کوواریانس برای اثر درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر هریک از خرده‌مقیاسهای هوش هیجانی در جدول ۳ ارائه شده‌اند که نتایج به تفکیک در زیرگزارش می‌شوند:

خودآگاهی هیجانی: با توجه به جدول ۳، مقدار F محاسبه شده برای عامل گروه ۶۰/۲۴ بود که معنادار است ($p < ۰/۰۱$)، به این معنا که پس از ثابت نگه داشتن اثرپیش

آزمون، بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین‌ها، میانگین گروه آزمایش در پس آزمون ۲۴/۹۱ و گروه کنترل ۲۲/۸۶ بود. بنابراین درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر افزایش خرده مقیاس خودآگاهی هیجانی آزمون هوش هیجانی اثر مثبت داشته است.

روابط بین فردی: با توجه به جدول ۳، مقدار F محاسبه شده برای عامل گروه ۳۰/۱۵ بود که معنادار است ($p < 0/01$)، به این معنا که پس از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون، بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین‌ها، میانگین گروه آزمایش در پس آزمون ۲۷/۳۹ و گروه کنترل ۲۳/۵۹ بود. بنابراین درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر افزایش خرده مقیاس روابط بین فردی آزمون هوش هیجانی اثر مثبت داشته است.

انعطاف‌پذیری در برابر تغییر: با توجه به جدول ۳، مقدار F محاسبه شده برای عامل گروه ۲۴/۹۸ بود که معنادار است ($p < 0/01$)، به این معنا که پس از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون، بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین‌ها، میانگین گروه آزمایش در پس آزمون ۷۱/۳۳ و گروه کنترل ۵۵/۲۱ بود. بنابراین درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر افزایش خرده مقیاس انعطاف‌پذیری در برابر تغییر آزمون هوش هیجانی اثر مثبت داشته است.

حل مساله و تصمیم‌گیری: با توجه به جدول ۳، مقدار F محاسبه شده برای عامل گروه ۱۰/۲۴ بود که معنادار است ($p < 0/01$)، به این معنا که پس از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون، بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین‌ها، میانگین گروه آزمایش در پس آزمون ۲۶/۵۶ و گروه کنترل ۲۳/۴۴ بود. بنابراین درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر افزایش خرده مقیاس حل مساله و تصمیم‌گیری آزمون هوش هیجانی اثر مثبت داشته است.

توانایی همدلی: با توجه به جدول ۳، مقدار F محاسبه شده برای عامل گروه ۲۹/۵۶ بود که معنادار است ($p < 0/01$)، به این معنا که پس از ثابت نگه داشتن اثر پیش آزمون،

بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین‌ها، میانگین گروه آزمایش در پس آزمون ۴۹/۷۷ و گروه کنترل ۴۲/۲۹ بود. بنابراین درمان مبتنی بر آگاهی سیال برافزایش خرده مقیاس توانایی همدلی آزمون هوش هیجانی اثر مثبت داشته است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش بر آن بود تا به این پرسش پاسخ دهد که آیا درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر مولفه‌های اصلی هوش هیجانی مؤثر است یا خیر؟ نتایج حاکی از آن بود که روش درمان مبتنی بر آگاهی سیال بر مولفه‌های هوش هیجانی اثر معنادار دارد. نتایج پژوهش در زمینه‌ی تأثیر این الگوی درمانی بر فعالیت‌ساختن مؤلفه‌های هوش هیجانی هیچ پیش‌زمینه‌ی پژوهشی مستقیمی ندارد. اما با توجه به مؤلفه‌های اصلی هوش هیجانی از دیدگاه بار-آن (۲۰۰۰) یعنی خودآگاهی هیجانی، روابط بین فردی، انعطاف‌پذیری در برابر تغییر، حل مساله و تصمیم‌گیری، توانایی همدلی می‌توان از پژوهش‌های مشابه یاد کرد. تصور می‌شود افراد ذهن‌آگاه از طریق فرآیند مواجهه داوطلبانه^۱ توانایی بالاتری در تحمل گستره‌ای از افکار، هیجانات و تجارب داشته باشند (فالكستروم^۲، ۲۰۱۰، تیلور، ۲۰۰۰). به طور مشابه محققان حیطة آگاهی سیال مشخص کرده‌اند که یکی از اثرات سودمند آگاهی سیال، بالا بردن توان افراد برای خودنظم‌دهی می‌باشد (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین شواهد حاکی از آن است که هم افراد ذهن‌آگاه و هم افراد با وجدان در پاسخ به عوامل محیطی تأمل‌گرایانه و حساب‌شده عمل می‌کنند (کرنیس، ۲۰۰۰). می‌توان گفت چون آگاهی سیال و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود، به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همانطور که اتفاق می‌افتند، کمک

1. Voluntary exposure .

2 Falkenstrom, F

می‌کند (براون و کاسر، ۲۰۰۵)، و در نتیجه می‌تواند در افزایش خودآگاهی هیجانی نقش مهمی داشته باشد. این امر از این نظر که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که آگاهی سیال به مردم در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک می‌نماید و منجر به تنظیم رفتارهای مثبت می‌شود (مالیک، ۱۹۹۶) قابل توجیه است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت آموزش آگاهی سیال از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد (مس^۱، ۲۰۰۸) می‌تواند باعث شود که فرد توانایی‌های خود را بشناسد، انعطاف‌پذیر بوده، با استرس‌های زندگی مقابله نموده، از نظر شغلی و تحصیلی مفید و سازنده بوده و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد (کرمی و همکاران، ۱۳۸۵). زیرا از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر آگاهی سیال این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (بولمایجر^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). نکته مهم دیگر این که درمان مبتنی بر آگاهی سیال باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می‌شود که از کنترل بلافاصله انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود (اوانس^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین آموزش آگاهی سیال می‌تواند با وجود چنین تکنیک‌های مثبتی نقش مهمی در فعال‌سازی مؤلفه‌های اصلی هوش هیجانی داشته باشد. همچنین در توجیه یافته بالا می‌توان به این نکته اشاره کرد که افزایش توجه و آگاهی نسبت به هیجانات، افکار و تمایلات عملی از وجوه مثبت آگاهی سیال است (اوگدن^۴ و همکاران، ۲۰۰۶) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روانشناختی مثبت در هر زمینه معین می‌شود و حتی موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیتهای

1 . Mace.

2 Bohlmeijer, E

3 Evans, S

4 . Ogden.

انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیتها می‌شود (بیشارت^۱، ۲۰۰۸).

با توجه به مطالب فوق، در مقایسه با درمان‌های تجربی، نتایج به دست آمده منطقی به نظر می‌رسد. آنچه در این برنامه درمانی صورت می‌گیرد، گسترش آگاهی نسبت به واقعیت‌های درونی و بیرونی همراه با تمرین پذیرش امیدوارانه وقایع و رویارویی واقع‌گرایانه با توهمات و تلاش برای حل مسئله می‌باشد.

از آن جایی که هر پژوهشی با محدودیت‌هایی مواجه است؛ از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به شرح زیر است ۱- از آنجا که در این پژوهش نمونه از زنان یائسه یک منطقه تشکیل شده بود، برای تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر و شهرها و مناطق مختلف با محدودیت مواجه است و احتیاط لازم باید در نظر گرفته شود. ۲- عواملی نظیر طبقه اقتصادی - اجتماعی و اشتغال که می‌توانست بر نتایج اثربخش باشد، مدنظر قرار نگرفت، بنابراین لازم است تعمیم یافته‌های این پژوهش با احتیاط صورت گیرد.

همچنین با توجه به نتایج مثبت حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود از آموزش آگاهی سیال به منظور افزایش هوش‌بهر هیجانی در جلسات مشاوره ای، درمانی و آموزشی استفاده شود. کارگاه‌های آموزش آگاهی سیال در مدارس، دانشگاه‌ها، خانه‌های سلامت، مراکز بهزیستی، مراکز دینی و مراکز آموزشی به عنوان یک راهبرد درمانی برگزار شود.

منابع

- جوکار، بهرام. (۱۳۸۶) نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. دو فصلنامه روانشناسی معاصر، دوره دوم. شماره ۲: ص ۵۶-۵۸
- کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرانی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. تازه‌های علوم شناختی. دوره هفتم، شماره ۱، ص. ۴۹-۵۹.
- کاویانی، حسین؛ حاتمی، ندا؛ شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیر بالینی). تازه‌های علوم شناختی. دوره دهم، شماره ۴، ص. ۳۹-۴۸.

– گل‌من، دانیل. (۱۳۸۲). هوش هیجانی. ترجمه پارسا. انتشارات رشد. تهران.

- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6): 539–44.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211–237.
- Brown, K.W. & Kasser, T. (2005). Are Psychological and Ecological Well-Being Compatible? The Role of Values, Mindfulness, and Lifestyle. *Social Indicators Research*, 74, 349-368.
- Chernis, C. (2000). *Emotional intelligence: What it is and why it matters*. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Industrial and Organizational Psychology, April 15, 2000, New Orleans, LA.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4): 716–21.
- Falkenstrom, F. (2010). Studying Mindfulness in Experienced Meditators: A Quasi-Experimental Approach. *Personality and Individual Differences*, 48, 305-310.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Taylor, G. J. (2012) "An overview of the alexithymia construct", in ed. R. Bar-On & J. D. A. Parker, *The Handbook of Emotional Intelligence*, San Francisco: Jossey-Bass Inc., Ch.3, pp.41-67.
- Taylor, G. J. & Bagby, M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J.D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 263-276). San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, G. J. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison, CT: International University Press.
- Taylor, G. J., Parker, J., Bagby, M & Acklin, W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 417-424.
- Goldin, P.R., Gross, J.J. (2020). Effects of Mindfulness -Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Emotion*, 10(1): 83-91.
- Beshart, M. (2008). Assessing reliability and validity of the Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale in a sample of substance-using patients personality and psychopathology (3rd ed). New York: Oxford University Press.
- Mayer, J.D. Roberts, R.D. and Barsade, S.G. (2008). Human Abilities: Emotional Intelligence. *Annual Review of psychology*, 59, 507-536.
- Rynn, R. & Brown, K. W. (2003). Why We don't see Esteem: on Fundamental Need, Contingent Love, and Mindfulness. *Psychological*

Inquiry, 14, 27-82.

- Zeidan, F., Johnson, SK., Diamond, BJ., David, Z., Goolkasian, P. (2020). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2): 597-605.
- Im EO, Lee B, Chee W, Dormire S, Brown A.(2010). A national multiethnic online forum study on menopausal symptom experience. *Nurs Res*. Jan-Feb; 59(1):26-33.
- Uguz F, Sahingoz M, Gezginc K, Ayhan MG.(2011). Quality of life in postmenopausal women: the impact of depressive and anxiety disorders. *Int J Psychiatry Med*. 41(3):281-92.
- Krajewska K, Krajewska-uu kkk E, nnnmmnn L, Adrnnoçss J, Chhdoopuuu A, Theodoso- poyloy E, Euframidu EN, Kruszewa R, Szpakow A, Jankowiak B, Rolka H, Klimaszewska K, Kowalczuk K, Kondzior D, Baranowska A.(2007). Comparative analysis of quality of life women in menopause period in Poland, Greece and Belorussia using MRS Scale. Preliminary report. *Adv Med Sci*. 52 Suppl 1:140-3.
- Fishbein EG. Women at Midlife. *Nursing Clinics of North America*. 1992; 27(4): 951-957.
- Baheiraei A, Ghazizadeh S.(2001). Menopause and hormone replacement therapy. Tehran: Boshra.
- Malik HS.(1996). Knowledge and attitude towards menopause and Hormone Replacement Therapy (HRT) among postmenopausal women. *J Pak Med Assoc*.58(4).pp:164-67. *Maturitas*. 23(3).pp:319-26.
- Taylor, G. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison, CT: International University Press.