

بررسی اثربخشی مشاوره به شیوه ذهن آگاهی بر هوش هیجانی و سلامت روان زنان

غزال رضائی

کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرقدس، ایران

چکیده

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه آزمایشی و مداخله ای با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل ۲۰ الی ۴۵ سال مراجعه کننده به فرآموز خلیج فارس واقع در منطقه ۳ شهر تهران بود که از میان آنها ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به دو گروه ۱۵ نفره ی آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ذهن آگاهی قرار گرفته و گروه کنترل درمانی را دریافت نکردند. جهت بررسی از پرسشنامه هوش هیجانی بار آن و سلامت روان GHQ استفاده شد. نتایج نشان داد مشاوره به شیوه ذهن آگاهی بر هوش هیجانی و سلامت روان و مؤلفه های آنها در زنان متأهل مؤثر می باشد. بر این اساس می توان از مشاوره به شیوه ذهن آگاهی در کلینیک های روانشناسی استفاده نمود.

واژه های کلیدی: مشاوره، ذهن آگاهی، هوش هیجانی، سلامت روان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

سازه‌ی هوش هیجانی بیش از یک دهه است که توسط نظریه پردازان هوش معرفی شده است و به اهمیت تأثیر آن در موفقیت افراد و افزایش سازگاری آنها در مواجهه با محیط و نهایتاً رضایتمندی زندگی، تأکید شده است. هوش هیجانی به عنوان یک توانایی عبارتست از ظرفیت ادراک، ابراز شناخت، کاربرد و اداره‌ی هیجان های خود و دیگران (مایر و سالوی، ۱۹۹۷).

هوش هیجانی آخرین و جدیدترین تحول مهم در فهم ارتباط میان تعقل و هیجان است. این سازه نماینده توانایی تشخیص به ارزیابی و بیان هیجان و نمره‌ی صحیح سازگارانه است. همچنین شامل توانایی درک هیجان و آگاهی از هیجان ها، توانایی دست یابی و ایجاد احساسات برای تسهیل فعالیت های شناختی، عمل سازگارانه و توانایی تنظیم هیجان ها در شخص و دیگران می باشد (حدادی کوهسار، روشن و اصغرنژاد فرید، ۱۳۸۶).

به عقیده‌ی بار-آن هوش هیجانی عبارت است از توانایی نظارت بر احساسات یا هیجان‌ات خود و دیگران، توانایی تشخیص و تفکیک احساسات خود و دیگران، استفاده از دانش هیجانی در جهت هدایت تفکر و ارتباطات خود و دیگران (بار-آن، ۲۰۰۰). با توجه به نقش و اهمیت هوش هیجانی در زندگی خصوصی و بین فردی مطالعات عدیده بیانگر آن است که زندگی بشر، امروز با استرس های متعدد و پیچیده ای عجین شده است و توانایی مقابله با این استرس ها زمینه‌ی حفظ و تأمین سلامت جسمی، روانی و هیجانی شخص را تأمین می‌کند و ناتوانی در تنظیم هیجان ها زمینه بروز بیماری های متعدد جسمی و روانی را فراهم می‌سازد، به این ترتیب، روش های ارتقاء هوش هیجانی را نوعی عامل مهم در شکل‌گیری سلامت جسمی و روانی اشخاص می‌توان محسوب کرد (حدادی کوهسار، روشن و اصغرنژاد فرید، ۱۳۸۶).

به طور کلی مطالعات انجام شده نشان دهنده نقش و اهمیت هوش هیجانی در ابعاد مختلف زندگی افراد، اعم از تحصیل، شغل و محیط اجتماعی و سلامت روانی فرد است (گلمن، ترجمه پارسا، ۱۳۹۱). در این زمینه بخشی شورشجانی (۱۳۸۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که هوش هیجانی با سلامت روان در ارتباط است و افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند، توانایی بهتری برای مقابله با استرس داشته و در هنگام تنش، کمتر دچار بیماری می‌شوند (بخشی شورشجانی، ۱۳۸۷).

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران در جهت تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب. فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: استعداد برای هماهنگ، خوشایند و مؤثرتر کارکردن، برای موقعیت های دشوار انعطاف پذیر بودن و توانایی جهت ایجاد تعادل خود (گنجی، ۱۴۰۰).

سلامت روان یکی از بنیادی ترین مفاهیم اجتماعی است و عبارت است از مجموعه عواملی که در پیشگیری از ایجاد و یا پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی، احساسی و رفتاری در انسان، نقش مؤثر دارند. روان‌کاوان برخورد بدبینانه‌ای با این اصطلاح داشته و انسان سالم را افسانه‌ای بیش نمی‌دانند؛ در عین حال سلامت نسبی روان را حاصل تعامل میان قسمت های مختلف شخصیت از جمله نهاد، من و فرامن و مقتضیات محیط تعریف می‌کنند و بهنجاری بین دو قسمت «من» را

social intelligence

Mayer & salovey

Bar-on

Golmeman

Mental health

Larouss

Id

میانجی‌گری صحیح و منطقی نهاد و فرامن می‌دانند (حسینی، ۱۳۸۷). برخی سلامت روان را معادل روانپزشکی، پیشگیری تلقی کرده‌اند و آن را به عنوان روش‌ها و تدابیری برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی به کار می‌برند. تحقیقات حاکی از شیوع انواع اختلالات روانی شامل اضطراب، تنیدگی و افسردگی در جامعه امروزی است، به گونه‌ای که افراد زیادی از این مشکلات رنج می‌برند و سالانه هزینه‌های سرسام‌آوری صرف درمان این اختلالات می‌شود (دنیل، ۲۰۱۲؛ به نقل از بسحاق، ۱۳۹۶).

یکی از متغیرهای مهمی که به نظر می‌رسد با توجه به اهداف درمانی آن بتواند در افزایش سلامت روانی و هوش هیجانی مؤثر باشد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (کابات زین، ۱۹۹۰). ذهن آگاهی یعنی بوگن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (سگال، تیزدیل و ویلیامز، ۲۰۰۲).

ذهن آگاهی به معنی آموزش حضور داشتن به جای دست به کار شدن - هدفمند نبودن و دنبال یک حالت خاص مثل آرامش و شاد نبودن بوده (باسر و همکاران، ۲۰۰۶) و به عنوان فرایند توجه کردن به تجارب لحظه به لحظه و هم‌چنین به عنوان ترکیب خود تنظیمی توجه، نگرش کنجکاوانه، پذیرا بودن و پذیرش تجارب فرد توصیف شده است (یوان و همکاران، ۲۰۱۰). محققان مطرح کردند که مراقبه‌ی ذهن آگاهی توانایی مشاهده‌ی افکار و احساسات به صورت واقع بینانه را در فرد تقویت می‌کند. افزایش آگاهی لحظه به لحظه، توانایی مشاهده افکار و هیجان‌ها به عنوان پدیده‌های گذرا را پرورش می‌دهد، بدین ترتیب تمایل فرد برای واکنش خودکار به شیوه‌های عادت وار یا آسیب زنده کاهش می‌یابد (زاتور و هالپرن، ۲۰۰۵). ذهن آگاهی را می‌توان به عنوان یک شیوه‌ی «بودن» یا یک شیوه‌ی «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است (بائر، ۲۰۰۶).

پژوهش‌های مختلفی نشان می‌دهند که ذهن آگاهی با سلامت روانی همبسته است و با وجود این متغیر نشانه‌های روان-نژندی کاهش می‌یابد (وارپلانکن، فرایبرگ، وانگ، ترایمو و وولف، ۲۰۰۷؛ کینگ استون، چادویک، مرون و اسکینر، ۲۰۰۷؛ کریستلر، ۲۰۰۸).

^۱Ego

^۲Super ego

^۳Daniel

^۴Mindfulness

^۵Kabat – Zinn

^۶Segal, Teasdale & Williams

^۷Basar

^۸Yuan

^۹Zatorre & HalPern

^{۱۰}Baer

^{۱۱}Varplanken, Friborg, Wang trafimoww & Woolf

^{۱۲}Kingston, Chadwick. Meron, Danieland & Skinner

^{۱۳}Kristeller

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان مداخله ای کارآمد، اطمینان بالقوه ای را به عنوان روشی مناسب و مؤثر برای مراقبت-های پزشکی فراهم می کند. این مداخلات ناراحتی مرتبط با بیماری های فیزیولوژیکی، اختلالات روان تنی و اختلالات روان شناختی را کاهش می دهد و موجب بهبود سلامت روان در افراد می شود (امیدی و همکاران، ۱۳۹۵).

از آنجا که زنان (مادران حال و یا مادران آینده) در نحوه کارکردهای روانی از جمله توانایی های ذهنی نسل بعد تأثیرگذار می باشند، لذا قصد بر این است با پژوهش علمی و عملی این موضوع در بوته ی آزمایش قرار گرفته تا مشاهده شود چه اندازه این خصوصیات اساسی با هم در ارتباط هستند. بر این اساس و با توجه به مباحث بیان شده، سؤال اصلی پژوهش حاضر چنین طرح شده است که مشاوره به شیوه ذهن آگاهی بر هوش هیجانی و سلامت روان زنان اثربخش می باشد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه آزمایشی و مداخله ای با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل ۲۰ الی ۴۵ سال مراجعه کننده به فرآزموز خلیج فارس واقع در منطقه ۳ شهر تهران بود که از میان آنها ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به دو گروه ۱۵ نفره ی آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ذهن آگاهی قرار گرفته و گروه کنترل درمانی را دریافت نکردند. لیکن جهت رعایت موازین اخلاقی، گروه کنترل نیز پس از اتمام پژوهش تحت سه جلسه آموزش ذهن آگاهی قرار گرفتند. جهت بررسی نیز از پرسشنامه های استاندارد دی به شرح ذیل استفاده شد.

پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن : این پرسشنامه دارای ۱۱۷ سؤال و ۱۵ مقیاس می باشد که توسط بار - آن بر روی ۳۸۳۱ نفر از ۶ کشور (آرژانتین، آلمان، هند، نیجریه، آفریقای جنوبی) که ۴۸/۸ درصد آنان مرد و ۵۲/۲ درصد آنان زن بودند اجرا شده و به طور سیستماتیک در آمریکای شمالی هنجاریابی گردید. نتایج نشان داد که آزمون از حد مناسبی از اعتبار و روایی برخوردار است. پاسخ های آزمون نیز بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای در طیف لیکرت تنظیم شده است. مقیاس های آزمون عبارتند از: خود آگاهی هیجانی (توانایی آگاه بودن و فهم احساس خود)، خود ابرازی، عزت نفس، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، مسئولیت پذیری اجتماعی (روابط بین فردی)، واقع گرایی، انعطاف پذیری، حل مسئله، تحمل فشار روانی، کنترل تکانشی (توانایی مقاومت در برابر یک تکانش)، خوش بینی، شادمانی. محمدی (۱۳۸۵) به منظور هنجاریابی این پرسشنامه در ایران آن را بر روی نمونه ای متشکل از ۲۰۹ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا کرد که پس از تکرار سنجش، نسخه فارسی پرسشنامه با فاصله زمانی ۵ هفته در یک گروه نمونه ۶۰ نفری که به صورت تصادفی از میان کل افراد نمونه انتخاب شده بودند و ضریب پایایی ۰/۷۸ بود. پایایی حاصل از روش دو نیمه سازی در این پژوهش با استفاده از شاخص ضریب همبستگی اسپیرمن - براون مقدار ضریب پایایی برای مقیاس ۰/۷۳ و برای نیمه اول و دوم به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ برآورده شده است. کل ۹۰ عبارت این پرسشنامه به دو نیمه ۴۵ عبارتی تقسیم شد و ضریب همبستگی دو نیمه ای این پرسشنامه نیز ۰/۷۳ برآورده شده است.

پرسشنامه سلامت روان GHQ: پرسشنامه ۲۸ عبارتی سلامت عمومی گلدبرگ یک (پرسشنامه غربالگری) مبتنی بر خودگزارش دهی است که در مجموعه های بالینی با هدف شناسایی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می گیرد. در پرسشنامه سلامت عمومی به دو طبقه اصلی از پدیده ها توجه می شود. ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش وری سالم و بروز پدیده های جدید با ماهیت معلول کننده. پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم شد. فرم اصلی دارای ۶۰ عبارت است و فرم های کوتاه از ۱۲ تا ۲۸ عبارت نیز تهیه شده است. پرسشنامه سلامت عمومی علائم مرض فرد را از یک ماه قبل تا زمان اجرای آزمون مورد ارزیابی قرار می دهد. این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس نشانه های

بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی می باشد. از مجموع نمرات زیرمقیاس ها نمره کل مقیاس به دست می آید. پرسش های کل مقیاس شامل پرسش های ۱ تا ۲۸ هستند.

گرفیوس روایی GHQ را در بیماران سرپایی آسیب نخاعی را همراه با جدول مصاحبه بالینی بررسی نمود. حساسیت ۰/۸۱ و ویژگی ۰/۸۲ به دست آمد. هابز ویژگی های روان سنجی را در نیوزیلند با نمونه ۳۲۸ نفری بررسی کردند. حساسیت آزمون ۰/۹۵ و ویژگی ۰/۶۷ به دست آمد. همچنین همبستگی بین نمره کل و ۴ مقیاس علائم جسمانی، اضطرابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۰، ۰/۶۵ و ۰/۷۹ به دست آمد. در ایران مطالعات اندکی در خصوص کیفیت روان سنجی و ساختار عاملی GHQ صورت گرفته است. یعقوبی (۱۳۷۴) ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده آزمون ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی آلفای کرونباخ برای مقیاس های علایم جسمی ۰/۸۵ اضطراب و بی خوابی ۰/۷۸ اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی وخیم ۰/۹۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمده است. تقوی (۱۳۸۰) به منظور تعیین اعتبار این پرسشنامه از سه روش بازآزمایی، دو نیمه سازی و ثبات درونی استفاده نمود نتایج به دست آمده با روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲، و برای خرده آزمون های علایم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ بود. به علاوه نتایج به دست آمده با روش توصیفی برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای خرده آزمون ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ بود. همچنین نتایج به دست آمده جهت سنجش ثبات درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای خرده آزمون ها به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۴، ۰/۶۱ و ۰/۸۸ بود.

جدول شماره ۱: محتوای جلسات پروتکل ذهن آگاهی

| جلسه | موضوع | هدف | روش |
|-------|--------------------------------|------------------------------------|--|
| اول | آشنایی، بیان قوانین کار و گروه | برقراری رابطه و آموزش خوب گوش دادن | استفاده از روش معارفه دو نفره، روش بحث و گفتگو |
| دوم | معرفی مبانی ذهن آگاهی | بررسی مبانی ذهن آگاهی | تمرکز، فرمول بندی کلی مراجع و تکالیف منزل |
| سوم | آموزش | هدایت فکر | آموزش تمرین تمرکز بر شیء و تکالیف منزل |
| چهارم | آموزش خودآگاهی | شناسایی و تمرکز بر خود | خرید و فروش شخصیت |
| پنجم | تمرین تنفس | رسیدن به تمرکز مبتنی بر تنفس | تمرین فضای تنفس و تکالیف منزل |
| ششم | تمرین تمرکز بر خود | افزایش قدرت تمرکز | تمرین واریسی بدنی و تکالیف منزل |
| هفتم | تمرکز و آرامش | افزایش آرامش با تمرکز | کاربرد چرخه آگاهی و آموزش مراقبه و تکالیف منزل |
| هشتم | پایان دهی به آموزش ذهن آگاهی | جمع بندی و مرور آموخته ها | تکلیف نگارش خودگویی های مثبت |

یافته ها

جدول ۲: شاخص های توصیفی هوش هیجانی به تفکیک گروه ها و مراحل پیش آزمون و پس آزمون

| متغیرها | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
|---------|-------------|----------|------------|----------|
| | پیش آزمون | پس آزمون | پیش آزمون | پس آزمون |
| | | | | |

| انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | |
|---------------------|---------|---------------------|---------|---------------------|---------|---------------------|---------|----------------|
| ۵/۹۹ | ۲۰/۲۰ | ۷/۴۳ | ۲۱/۹۳ | ۱/۷۹ | ۲۵/۶۶ | ۳/۶۶ | ۲۰/۸۶ | حل مسئله |
| ۳/۳۷ | ۱۸/۴۰ | ۳/۷۴ | ۱۷/۸۰ | ۲/۲۸ | ۲۵/۶۶ | ۲/۵۶ | ۱۷/۸۰ | شادمانی |
| ۴/۹۹ | ۱۸/۶۰ | ۲/۶۵ | ۱۷/۹۳ | ۲/۲۵ | ۲۵/۷۳ | ۳/۴۸ | ۱۵/۲۰ | استقلال |
| ۲/۷۸ | ۱۹/۷۳ | ۳/۱۵ | ۱۷/۹۳ | ۲/۵۲ | ۲۵/۳۳ | ۲/۳۹ | ۱۵/۸۰ | خودشکوفایی |
| ۵/۶۷ | ۲۱/۰۶ | ۴/۳۵ | ۲۱/۲۶ | ۲/۴۴ | ۲۷/۴۶ | ۳/۳۶ | ۱۶/۲۰ | خودهیجانی |
| ۳/۸۸ | ۲۰/۴۶ | ۴/۱۷ | ۲۲/۸۰ | ۲/۶۱ | ۲۶/۵۳ | ۴/۴۹ | ۱۵/۷۳ | واقع گرایی |
| ۴/۴۹ | ۲۰/۹۳ | ۴/۳۰ | ۲۰/۲۶ | ۱/۸۸ | ۲۵/۴۰ | ۵/۰۱ | ۱۷/۵۳ | روابط بین فردی |
| ۳/۳۳ | ۲۳/۶۶ | ۴/۰۴ | ۲۱/۳۳ | ۲/۵۷ | ۲۷/۰۶ | ۴/۳۳ | ۱۸/۰۶ | خوش بینی |
| ۴/۲۳ | ۲۰/۶۶ | ۳/۸۵ | ۲۰/۸۶ | ۲/۵۷ | ۲۷/۰۶ | ۳/۰۱ | ۱۸/۹۳ | احترام به خود |
| ۴/۱۲ | ۱۹/۴۶ | ۴/۰۶ | ۱۹/۴۶ | ۱/۷۹ | ۲۵/۶۶ | ۲/۸۰ | ۱۵/۰۰ | کنترل تکانه |
| ۴/۰۸ | ۱۸/۵۳ | ۴/۱۲ | ۱۸/۸۶ | ۲/۴۶ | ۲۶/۶۶ | ۲/۲۲ | ۱۵/۶۶ | انعطاف پذیری |
| ۵/۲۷ | ۱۹/۸۶ | ۵/۲۷ | ۱۹/۶۶ | ۲/۲۵ | ۲۵/۹۳ | ۲/۷۸ | ۲۱/۸۰ | مسئولیت پذیری |
| ۵/۳۲ | ۲۱/۸۰ | ۴/۳۵ | ۲۰/۴۰ | ۲/۵۸ | ۲۶/۶۰ | ۳/۹۹ | ۲۰/۱۳ | همدلی |
| ۴/۴۶ | ۲۲/۴۰ | ۳/۹۹ | ۱۹/۶۶ | ۲/۴۰ | ۲۶/۰۶ | ۳/۴۷ | ۱۶/۶۴ | خودابرازی |
| ۴/۶۴ | ۲۰/۰۰ | ۲/۹۸ | ۲۰/۸۰ | ۲/۱۰ | ۲۶/۰۰ | ۳/۸۱ | ۱۴/۱۳ | استرس |
| ۳۱/۳۰ | ۳۰۷/۸۰ | ۳۳/۰۶ | ۲۷۹/۸۰ | ۱۵/۶۳ | ۳۹۲/۸۶ | ۲۶/۲۶ | ۲۵۹/۵۳ | مجموع |

میانگین زنان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون در تمام خرده مقیاس ها افزایش داشته است. میانگین زنان گروه کنترل در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون در برخی خرده مقیاس ها افزایش و در برخی دیگر کاهش داشته است.

جدول ۳: اطلاعات توصیفی مرتبط با سلامت عمومی به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش

| گروه | متغیرها | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|--------|----------------|---------------------|---------|---------------------|---------|
| | | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین |
| آزمایش | جسمی | ۸/۸۰ | ۷/۲۶ | ۳/۰۰ | ۲/۰۵ |
| | اضطرابی و خواب | ۸/۲۰ | ۸/۱۳ | ۴/۲۴ | ۴/۹۱ |
| | کارکرد اجتماعی | ۱۰/۰۶ | ۸/۱۳ | ۲/۳۴ | ۰/۹۱ |
| | افسردگی | ۴/۰۰ | ۲/۰۰ | ۳/۴۶ | ۱/۶۹ |
| | سلامت روان | ۲۱/۰۶ | ۲۴/۸۶ | ۹/۶۳ | ۶/۵۹ |
| کنترل | جسمی | ۷/۶۰ | ۷/۵۳ | ۳/۰۴ | ۳/۸۷ |
| | اضطرابی و خواب | ۱۰/۴۶ | ۱۰/۲۰ | ۵/۲۳ | ۶/۰۰ |
| | کارکرد اجتماعی | ۵/۸۰ | ۵/۵۳ | ۲/۸۰ | ۳/۶۴ |
| | افسردگی | ۶/۴۶ | ۷/۲۰ | ۶/۳۱ | ۸/۱۳ |
| | سلامت روان | ۳۰/۰ | ۲۹/۸۰ | ۱۰/۳۷ | ۱۴/۳۵ |

در گروه آزمایش، میانگین پیش آزمون نسبت به پس آزمون در برخی از مقیاس ها افزایش و در برخی از مقیاس ها کاهش داشته است، در کل سلامت روان نیز میانگین پس آزمون بیشتر از پیش آزمون می باشد. اما در گروه کنترل تغییرات مشهودی به چشم نمی خورد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر هوش هیجانی و سلامت روان

| متغیر | مقدار | درجه آزادی | میانگین مجذور | درجه F | سطح معناداری |
|------------|----------|------------|---------------|--------|--------------|
| هوش هیجانی | ۵۶۱۶۳/۵۵ | ۲ | ۲۰۰۸۱/۷۷ | ۴۹/۷۰۲ | ۰/۰۰۰ |
| سلامت روان | ۳۵۰/۰۷ | ۲ | ۱۷۵/۰۳ | ۱/۴۲۰ | ۰/۰۴۹ |

با تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد ($p < ۰/۰۵$)، به بیان ساده تر می توان اینگونه گفت که آموزش ذهن آگاهی بر افزایش هوش هیجانی و سلامت روان مؤثر می باشد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس مؤلفه های هوش هیجانی و سلامت روان

| متغیرها | مقدار | درجه آزادی | میانگین مجذور | درجه F | سطح معناداری |
|----------------|---------|------------|---------------|--------|--------------|
| حل مسئله | ۳۰۲/۶۵ | ۲ | ۱۵۱/۳۲ | ۸/۷۰۸ | ۰/۰۰۱ |
| شادمانی | ۴۰۱/۳۱ | ۲ | ۲۰۰/۶۵ | ۲۳/۷۹۹ | ۰/۰۰۰ |
| استقلال | ۴۱۷/۷۲ | ۲ | ۲۰۸/۶۸ | ۱۴/۶۶ | ۰/۰۰۰ |
| خودشکوفایی | ۲۷۳/۴۷ | ۲ | ۱۳۶/۷۳ | ۲۳/۰۷ | ۰/۰۰۰ |
| خودهیجانی | ۳۰۶/۴۰ | ۲ | ۱۵۳/۲۰ | ۷/۷۲۵ | ۰/۰۰۲ |
| واقع گرایی | ۲۹۸/۳۳ | ۲ | ۱۴۹/۱۶ | ۱۴/۱۲۴ | ۰/۰۰۰ |
| روابط بین فردی | ۱۵۶/۴۱۲ | ۲ | ۷۸/۲۰۶ | ۶/۴۸۲ | ۰/۰۰۵ |
| خوش بینی | ۸۲/۷۱۴ | ۲ | ۴۱/۳۵۷ | ۴/۴۲۷ | ۰/۰۲۲ |
| احترام به خود | ۳۴۸/۲۴ | ۲ | ۱۷۴/۱۲ | ۱۵/۵۰ | ۰/۰۰۰ |
| کنترل تکانه | ۲۳۸/۳۱۴ | ۲ | ۱۱۹/۱۵۷ | ۹/۶۶ | ۰/۰۰۱ |
| انعطاف پذیری | ۵۰۳/۰۶ | ۲ | ۲۵۱/۵۳۳ | ۲۱/۷۵۸ | ۰/۰۰۰ |
| مسئولیت پذیری | ۲۶۶/۷۵۲ | ۲ | ۱۳۳/۳۷۶ | ۷/۶۶۳ | ۰/۰۰۲ |
| همدلی | ۱۶۲/۶۶۸ | ۲ | ۸۱/۳۳۴ | ۴/۳۹۱ | ۰/۰۲۲ |
| خودابرازی | ۱۴۰/۷۲۶ | ۲ | ۷۰/۳۶۳ | ۵/۹۲۵ | ۰/۰۰۷ |
| استرس | ۲۶۰/۳۵۳ | ۲ | ۱۳۰/۱۷۶ | ۹/۴۰۷ | ۰/۰۰۱ |
| جسمی | ۲/۵۸۷ | ۲ | ۱/۲۹۴ | ۰/۱۳۱ | ۰/۰۴۳ |
| اضطرابی و خواب | ۶۶/۹۶ | ۲ | ۳۳/۴۸ | ۱/۱۲۰ | ۰/۰۴۱ |
| کارکرد اجتماعی | ۷۶۹/۸۱۴ | ۲ | ۳۸۴/۹۰۷ | ۳۷/۵۷۰ | ۰/۰۰۰ |
| افسردگی | ۱۹۰/۸۸۶ | ۲ | ۹۰/۴۴۳ | ۱۶/۳۹۱ | ۰/۰۰۶ |

با تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد ($p < ۰/۰۵$)، به بیان ساده تر می توان اینگونه گفت که ذهن آگاهی بر مؤلفه های هوش هیجانی و سلامت روان در زنان مؤثر می باشد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد مشاوره به شیوه ذهن آگاهی بر هوش هیجانی و سلامت روان و مؤلفه های آنها در زنان متأهل مؤثر می باشد. این نتایج با نتایج پژوهش های باباخانی (۱۳۹۸) و شاپیرو و همکاران (۲۰۰۵) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت که هرچه افراد از ذهن آگاهی بالاتری برخوردار باشند، نشانه های افکار و احساسات منفی و نامنعطف را کمتر در خود دارند و در مسائل روزمره از احساسات مثبت برخوردارند. هوش هیجانی وضعیتی از بلوغ روان شناختی است که حداکثر اثربخشی و رضایت خاطر بدست آمده از تقابل فردی و اجتماعی شامل تسلط بر هیجان های خود، آگاهی از ضعف خود و رضایت از خوشی های خود را در بر می گیرد. ذهن آگاهی تعادل بین اعضاء و محیط در رسیدن به خودشکوفایی به حساب می آید، همچنین برنامه های آموزشی ذهن آگاهی در زمینه ارتقای هوش هیجانی در پیشگیری از بروز هیجانات شدید بسیار مفید و مؤثر بوده است. هیجان های مردم چه مثبت و چه منفی نقش حیاتی در تعادل کارکرد سیستم ایمنی بازی می کنند.

با بالا بودن ذهن آگاهی از جنبه اپیدمیولوژی اختلالات، نشانه هایی نظیر افکار و احساسات ناپهنجار و رفتارهای اجتماعی قابل مشاهده در افراد احتمالاً کمتر است. وقتی مردم سعی می کنند تا حوادث ویژه گذشته خود را بازبایند، آنها در ابتدا به توصیف های سطح بالاتر دست می یابند، با استفاده از این توصیف ها به مراحل میانی می رسند و سپس به سمت توصیف هایی با سطوح پایین تر یعنی بازنمایی های حوادث خاص رهنمون می شوند. تشخیص حافظه مربوط به زندگینامه شخصی به صورت سلسله مراتب با اطلاعات عمومی بالاتر در سلسله مراتب توصیف ها همراه است و موارد جزئی تر و اطلاعات خاص در سطوح پایین سلسله مراتب اند. مردم به طور عادی قادرند تا از طریق سلسله مراتب، راحت تر سطوح مشخص مورد نیاز خود را برای پاسخ دادن مناسب به موقعیت مورد نظر انتخاب کنند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). به نظر می رسد، این افراد از نظر جنبه های مختلف ذهن آگاهی نظیر مشاهده امور به آن صورتی که است نه آنچه که در ذهن وی تصور می شود، توصیف این مشاهدات بر اساس واقعیت و آنچه که رخ داده، پذیرش اشخاص و رویدادها دچار مشکل هستند و با توجه به چنین نشانه هایی در عملکرد خود نیز دچار مشکل اند. مثلاً در هنگام فعالیت های مختلف در حال حاضر وجود ندارند، تحت تأثیر گذشته و افکار گذشته نگر خود بوده و یا در آینده سیر می کنند.

در مجموع یافته های پژوهش حاضر خاطر نشان می کند، افراد دارای ذهن آگاهی از نشانه های منفی روان شناختی کمتری برخوردارند، سعی می کنند تا امور را به همان شکلی واقعی که هست و اتفاق می افتد مشاهده و توصیف کنند، از ارزیابی و قضاوت امور بپرهیزند و در فعالیت های روزمره خود با آگاهی و بینش مناسب برخورد کنند.

این پژوهش نیز مانند تمام پژوهش ها دارای محدودیت هایی بود. از جمله محدودیت های این پژوهش تعداد بالای سؤالات پرسشنامه بوده که موجب خستگی آزمودنی ها می شد. البته این محدودیت خارج از اختیار پژوهشگر بود. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می شود که نتایج چنین پژوهش هایی که با محوریت زنان صورت می گیرد، در اختیار سازمان های مسئول و مرتبط و رسانه های گروهی قرار بگیرد. همچنین برگزاری جلسات مشاوره به شیوه ذهن آگاهی در جهت ارتقای هوش هیجانی برای عموم مردم می تواند مؤثر باشد.

منابع

- امید، ع؛ مؤمنی، ج؛ رایگان، ف؛ اکبری، ح و طلیقی، ا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی، ۱۱(۴۲)، ۷-۱۶
- باباخانی، و (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت های ذهن آگاهی بر سازگاری و سلامت روان دانش آموزان، رایش روان شناسی، ۸، ۵(۳۸)، ۱۷۱-۱۷۸
- بسحاق، م (۱۳۹۶). رابطه هوش هیجانی و سلامت روانی با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران
- بخشی شورشجانی، ل (۱۳۸۷)، رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان و عملکرد تحصیلی در دانشجویان مرد و زن دانشگاه آزاد بهبهان. مجله دانش روانشناسی، ۲۲(۱۹): ۹۷-۱۱۶.
- حدادی کوهسار، ع؛ روشن، ر و اصغرنژاد فرید، ع (۱۳۸۶)، بررسی مقایسه ای رابطه هوش هیجانی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه تهران، مجله روان شناسی و علوم تربیتی، سال سی و هفتم، شماره ۱: ۸۱-۹۷.
- حسینی، ا (۱۳۸۷)، بررسی مقدماتی اصول بهداشت روانی، روان درمانی و برنامه ریزی در مکتب اسلام، چاپ ششم، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- گلمن، د (۱۳۹۱). هوش هیجانی: خودآگاهی هیجانی، خویشتنداری، همدلی و یاری به دیگران، ترجمه نسرین پارسا، چاپ هفتم، تهران: رشد
- گنجی، ح (۱۴۰۰)، روانشناسی عمومی، تهران: نشر ساوالان.
- Bar-On R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the emotional quotient inventory. In: Bar-On R, Parker JD. (Editors). The handbook of emotional intelligence. San Francisco: Jossey-Bass: 363-88
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125 – 143.
- Basar, E., Ozgoren, M., Oniz, A., Schmiedt, C., Basar-Eroglu, C., (2006). Brain Oscillations differentiate the picture of one's own grandmother. In *International Journal of Psycho-physiology* 64, 81- 90.
- Kristeller, Jean (2008), Mindfulness, spirituality, and health related symptoms, *Journal of Psycho somatic Research*, Volume 64, Issue 4, pp. 393-403
- Kingston, Jessica, Chadwick, Paul, Meron, Danieland & Skinner, Apilot, T., chas (2007). Randomized controltrial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance psychological Well-being and physiological activity, *Psychosomatic Research*, 62, 3. 247.300.
- Kabat – Zinn, J., (1990). Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York : Hyperion
- Mayer; j. d, & salovey, p (1997). What is emotional intelligence .in p salovey. & d .slayer (ends), emotional development and Emotional intelligence. Educational implication. new York; basic book
- Segal. Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness – based cognitive therapy for depression. New York : Guilford
- Shapiro, S. L., Carson, L. E., Astin, J. A. et al., 2005. Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 62: 373 – 86.

- Varplanken, Bas, Friborg, oddgeir, Wang, E., Catharina, trafimoww, David, and Woolf, Kristin (2007), Mentalhabits: metacognitive Reflection on Nagetive self-Thinking, Personality and Social Psychology, V. 42, Issue 3, Pages 524-541.
- Yuan, H., Liu, T., Szarkowski, R., Rios, C., Ashe, J., He, B., (2010). Negative covariation between task-related responses in alpha/ beta-band activity & Bold in human sensorimotor ncortex: an EEG & FMRI study of motor imagery & movements. Neuro Image 49, 2596-2606.
- Zatorre, R. J., HalPern, A. R., (2005). Mental concerts: Musical imagery & auditory cortex. Neuron 47, 9-12.

