

## اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان سندرم روده تحریک پذیر

بنفشه اسمعیل پور<sup>۱</sup>، سیدعلی آل یاسین<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه خمین، خمین، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم، دانشگاه خمین، خمین، ایران

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر روی سطح اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام شد. طرح تحقیق حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون به همراه گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر مراجعه کننده به پزشکان متخصص گوارش و مراکز و کلینیک‌های درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. بدین منظور برای حصول اطمینان از تشخیص، تمامی درمانجویان دارای تشخیص این نشانگان توسط محقق و بر مبنای معیارهای تشخیصی نشانگان روده تحریک پذیر مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و سپس بار عایت تمایل به شرکت در جلسات آموزشی به صورت تصادفی ۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. روش کار بدین صورت بود که، پس از اجرای پیش آزمون در گروه آزمایش، آموزش هوش هیجانی به افراد گروه آزمایش ارائه شد و در گروه گواه آموزش به آنها ارائه نشد. آنگاه پس آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹) و پرسشنامه اضطراب بک بود و برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره استفاده شد. در نهایت، یافته‌ها نشان داد آموزش هوش هیجانی منجر به کاهش اضطراب و ابعاد آن و همچنین ارتقای کیفیت زندگی در افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر شده است.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش، هوش هیجانی، اضطراب، کیفیت زندگی، سندرم روده تحریک پذیر.

## ۱- مقدمه

آموزش، هوش هیجانی، اضطراب، کیفیت زندگی، سندرم روده تحریک پذیر مثلاً زمانی که فرد غذا می خورد عضلات بیش از حد لازم منقبض می شوند. این انقباضات می توانند منجر به گرفتگی روده ها و اسهال حین غذا خوردن یا مدت کوتاهی پس از آن شوند. اعصاب ممکن است بیش از اندازه به کشش روده مثلاً به دلیل گاز حساس باشند. در نتیجه گرفتگی و درد ایجاد می شود. استرسهای عاطفی باعث بروز سندرم روده تحریک پذیر نمی شود. اما در فردی که سندرم روده تحریک پذیر دارد استرس می تواند نشانه ها را آغاز کند. در واقع روده می تواند به تمام چیزها مانند غذا، ورزش و هورمونها واکنش زیاده از حد نشان دهد (چانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). در نشانگان روده تحریک پذیر، کیفیت زندگی به شکل چشمگیری پایین است که از این لحاظ میتواند با کیفیت زندگی بیماران دیابتی و بیماران قلبی مقایسه شود. فهم، اندازه گیری و بهبود تجارب انسانی، هدف اصلی پژوهشگران، جوامع و دولت ها بوده است. ارزیابی کلی این تجارب در قالب اصطلاح "کیفیت زندگی" نشان داده شده است (پنی<sup>۲</sup> و اسمیت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲).

سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است: درک فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام های فرهنگی و ارزشی با توجه به اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقه مندی آنها. در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر حیطه های مختلف زندگی مانند کارکرد شغلی، مسافرت، روابط بین فردی و لذت بردن دچار نقص و اختلال شده است (لی<sup>۴</sup> و وورول<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱).

بنابراین کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم چند بعدی میتواند به عنوان ملاکی از میزان کاهش علائم و بهبود وضعیت سلامتی و کارکردهای روانی - اجتماعی به عنوان مهمترین هدف، در درمان این بیماران مطرح باشد. بسیاری از پژوهشگران، ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع تری برای مداخله های روانپزشکی و روان درمانی را به منظور کاهش علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی را تأیید کرده اند (فرانک<sup>۵</sup>، کلینمن<sup>۶</sup> و رنت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). لذا این پژوهش در راستای بررسی دقیقتر اثربخش آموزش مدیریت هوش هیجانی بر کاهش اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان سندرم روده تحریک پذیر طرح ریزی شده است. سوال اصلی این پژوهش نیز از این قرار است که آیا آموزش هوش هیجانی بر اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان سندرم روده تحریک پذیر اثربخش است؟

## ۲- ادبیات تحقیق

---

<sup>1</sup> Chang

<sup>2</sup> Penny

<sup>3</sup> Lea

<sup>4</sup> Whorwell

<sup>5</sup> Frank

<sup>6</sup> Kleinman

<sup>7</sup> Kleinman, Rent

در طی دهه‌های قبل، آی‌بی‌اس به مانند امروز شایع نبود، زیرا استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های قوی و داروهای دیگری که مخل رشد طبیعی، سلامت و تعادل باکتری‌های روده هستند رواج امروزی را نداشت. پزشکان سنتی همچنان از گیاهان طبیعی غیرتهاجمی بجای آنتی‌بیوتیک برای درمان عفونت‌های باکتریایی استفاده می‌کردند. داروهای پیشخوانی که در داروخانه عرضه می‌شوند می‌توانند برای بدن، بسیار تهاجمی باشند. دهه‌ها قبل، در برداشت میوه‌ها و سبزیجات تازه، از مواد شیمیایی اندکی استفاده می‌شد در حالی که امروزه تقریباً و سریعاً تمام میوه‌ها و سبزیجات موجود در فروشگاه‌های زنجیره‌ای، با چندین ماده شیمیایی آغشته شده‌اند و گوشت گاو موجود در قفسه‌ها از کشتزارهایی آمده‌است که در آن گاوها غذاهای حاوی مواد شیمیایی متعدد مصرف نموده‌اند. رژیم غذایی امروز ما مملو از غذاهایی است که مواد نگهدارنده فراوانی داشته و از ارزش غذایی کمی برخوردارند. در گذشته، غذاهایی که به طور معمول وارد بازار مواد غذایی می‌شدند خالی از مواد نگهدارنده بودند که به همین دلیل در اغلب موارد سریعاً فاسد می‌شدند. آن مواد، ارزش غذایی بالایی داشتند. از مدت‌ها قبل، سندرم روده تحریک‌پذیر وجود داشته، لیکن بیشتر یک مشکل نادر روده نامنظم تلقی می‌شد. براون در مقاله‌ای در مجله پزشکی کوه‌های راکباز اولین کسانی بود که به سال ۱۹۵۰ به مفهوم "آی‌بی‌اس" اشاره کرد این اصطلاح برای دسته‌بندی بیمارانی که علائم گسترده اسهال، درد شکمی و یبوست داشتند ولی عوامل شناخته شده عفونی در آنان یافت نمی‌شد، به کار می‌رفت. تئوری‌های اولیه، عوامل استرس‌زا و مشکلات روانی را باعث بروز آی‌بی‌اس دانستند (به نقل از لادانی و پورشمس، ۱۳۹۲).

## ۱-۲-۱- اختلال سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS<sup>۸</sup>)

### اختلالات گوارشی کارکردی

اختلالات گوارشی کارکردی دسته‌ای از بیماری‌های پزشکی هستند که با علت نامشخص، ملاکهای تشخیصی سوال برانگیز و دوره‌های طولانی مدت و غیرقابل پیش‌بینی بیماری و تأثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند (چانگ و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). پزشکان و متخصصان گوارشی، به طور مکرر با بیمارانی که شکایات غیراختصاصی از قبیل یبوست، اسهال، درد شکمی، استفراغ و تهوع که توجیه آناتومیک ظاهری ندارند، دچار چالش می‌شوند. ۷۰٪ این بیماران در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی ساختاری درد بیشتر و ۴۰٪ استیصال بیشتری گزارش می‌کنند. اختلالات روده کارکردی (FBD) زیرمجموعه وسیعی از اختلالات گوارشی کارکردی هستند که علائم آنها با ناهنجاریهای ساختاری و زیستی - شیمیایی قابل تبیین نیست (حقایق، کلانتری، مولوی و طالبی، ۱۳۸۹). در بین ۲۵ اختلال گوارشی کارکردی روده تحریک‌پذیر، (IBS) شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آنها است (لاکسر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵). IBS به نام‌های (کولیت مخاطی و روده اسپاستیک شناسایی است هم خوانده شده است که به منظور همسانی تشخیصی‌ها، این اصطلاحات با نام نشانگان روده تحریک‌پذیر جایگزین شده است.

## ۱-۳- تعاریف سندرم روده تحریک‌پذیر

این اختلال، نوعی اختلال در عملکرد روده است که با درد مزمن در ناحیه شکم، احساس ناراحتی، نفخ<sup>۱۱</sup> و تغییرات در عادات روده‌ای، بدون هرگونه علت ارگانیک دیگری، مشخص می‌شود. اسهال یا یبوست می‌تواند علامت غالب باشند که ممکن است به صورت متناوب ظاهر شوند (اسواران و گوئل<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳). نوعی از این بیماری که در آن اسهال<sup>۱۳</sup> علامت غالب باشد *IBS-D* و نوعی که یبوست<sup>۱۴</sup> علامت غالب را تشکیل دهد *IBS-C*، نامیده و به نوعی که این دو علامت متناوباً ظاهر شوند *IBS-A*

<sup>8</sup> Irritable Bowel Syndrome

<sup>9</sup> Chang, Toner, Fukdo., Guthrie., Locke., Norton & Sperber

<sup>10</sup> Lackner

<sup>11</sup> Intestinal Gas

<sup>12</sup> Eswaran S, Goel

<sup>13</sup> Diarrhea

<sup>14</sup> Constipation

می‌گویند. آی‌بی‌اس ممکن است پس از یک عفونت به وجود آید که آن را آی‌بی‌اس پس از عفونت، یا *IBS-PI* نامند (اسواران و گوئل<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۳).

یک واقعه استرس‌زا در زندگی و یا شروع بلوغ، می‌تواند بدون علت پزشکی دیگری، آغازگر آی‌بی‌اس باشد. حالت‌های مختلفی از جمله عدم جذب فروکتوز، بیماری سلیاک، عفونت‌های خفیف و عفونت‌های انگلی مانند ژیاوردیازیس، انواع بیماری‌های التهابی روده،<sup>۱۶</sup> یبوست مزمن عملکردی و دردهای عملکردی مزمن در ناحیه شکم<sup>۱۷</sup> ممکن است به صورت آی‌بی‌اس ظاهر کنند. در آی‌بی‌اس، آزمایش‌های معمول بالینی هیچ‌گونه اختلالی را نشان نمی‌دهند، هر چند روده‌ها ممکن است حساسیت بیشتری نسبت به برخی محرک‌های خاص نشان دهند. علی‌رغم آنکه علت دقیق آی‌بی‌اس مشخص نیست، رایج‌ترین تئوری این است که آی‌بی‌اس از اختلال در تعامل میان مغز و دستگاه گوارش<sup>۱۸</sup> پدید می‌آید، اگرچه ممکن است نوعی اختلال در فلور روده‌ها<sup>۱۹</sup> و یا دستگاه ایمنی بدن نیز در ایجاد آن نقش داشته باشد.

آی‌بی‌اس در اغلب بیماران منجر به شرایط خطرناک نمی‌شود اما به‌خاطر عوارض جانبی همچون درد مزمن و خستگی، می‌تواند هزینه‌های درمانی بیمار را افزایش داده و باعث افزایش غیبت بیماران از محل کارشان شود. محققان گزارش کرده‌اند که شیوع بالای سندرم روده تحریک‌پذیر، می‌تواند باعث افزایش هزینه‌های اجتماعی گردد. این بیماری همچنین یک بیماری مزمن است که می‌تواند کیفیت زندگی بیمار را به طرز چشم‌گیری تحت تأثیر قرار دهد (اسواران و گوئل<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۳).

#### ۱-۴- شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر

شیوع این اختلال در جمعیت عمومی بین ۷/۱ تا ۲۰ درصد برآورده شده است، که شیوع آن در زنان بیش از مردان است. برای مثال در آمریکا، اکثر کشورهای اروپایی، چین و ژاپن شیوع آن در زنان بین ۱۴ تا ۲۴ و در مردان بین ۵ تا ۱۹ درصد گزارش شد است (لی و همکاران<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۱). به استثنای هند و سریلانکا، در بقیه کشورها، زنان بیش از مردان به متخصصان مراجعه می‌کنند (دراسمن، ۲۰۰۰؛ به نقل از حقایق و همکاران، ۱۳۸۹). شروع می‌تواند در هر زمانی از نوجوانی تا بزرگسالی باشد. ولی دامنه سنی بیماران معمولاً بین ۲۰ تا ۴۵ سال است. نشانگان روده تحریک‌پذیر در همه جوامع و گروه‌های اجتماعی - اقتصادی به شکل گسترده‌ای شیوع دارد و باعث غیبت در سرکار، انزوای اجتماعی و مشکلات مالی میشود، که فشار اقتصادی سنگینی را به جامعه وارد می‌کند (لی و وورول<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۱). علی‌رغم بحث‌های زیادی که در این زمینه صورت گرفته است، رایج‌ترین طبقه‌بندی و خرده‌گروه‌های نشانگان روده تحریک‌پذیر براساس علائم غالب بیماران است، که به سه دسته یا گروه (غلبه با درد شکمی، غلبه با یبوست و غلبه با اسهال تقسیم می‌شوند).

#### ۱-۵- سبب‌شناسی سندرم روده تحریک‌پذیر

فهم و درک آسیب‌شناسی و درمان این بیماری در طول ۳۰ سال گذشته از یک دیدگاه ساده انگارانه و کاهش‌گرایانه زیستی-پزشکی، امروزه به یک نشانگان پیچیده روانی-اجتماعی-زیست‌شناختی تبدیل شده است. این الگو در کنار زیست‌شناسی فرد (آمادگی ژنتیکی و فیزیولوژی دستگاه گوارش)، رفتار، فرایندهای شناختی و تعامل بین آنها را نیز درمی‌گیرد. مهمترین علت این امر، یک اختلال جنبشی روده ای و نابهنجاری حرکتی است که به اسپاسم‌های عضلانی در دستگاه گوارش منجر میشود. حرکات و انقباض‌های بیش از حد باعث اسهال و کاهش حرکات و انقباضها باعث یبوست می‌شود (لاکتر، ۲۰۰۵).

همچنین در نظام پردازش (درد احشایی) این بیماران نابهنجاری‌هایی مشاهده شده است که باعث میشود نسبت به گروه گواه، الگوهای درد ارجاعی و شدت بیشتری را ادراک کنند، که ممکن است هم به خاطر عدم تعدیل تحریکات در هر سطحی از

<sup>15</sup>. Eswaran S, Goel

<sup>16</sup>. Inflammatory Bowel Disease

<sup>17</sup>. Chronic Functional Abdominal Pain

<sup>18</sup>. Gastrointestinal Tract

<sup>19</sup>. Gut Flora

<sup>20</sup>. Eswaran S, Goel

<sup>21</sup>. Lea, Oh., Mayer, E. A., Schmulson, M., Chang, L & Nabiloff

<sup>22</sup>. Lea, R., & Whorwell

انتقال پیامها در مسیر نورونهای اوران در روده به طناب نخاعی و قشرحسی - بدنی باشد و هم به خاطر مشکل در تنظیم نظامهای سرتونرژیک و نورایی نفرین باشد که فعالیت آندروفین را، به عنوان یک ماده ضد درد، تسهیل میکنند. همچنین نظریه‌های شناختی و یادگیری اجتماعی، تبیین‌های قابل توجهی در مورد این اختلال فراهم نموده اند (حقایق و همکاران، ۱۳۸۹).

در نظریه‌های شناختی فرض بر این است که بین مراکز شناختی و هیجانی (نظام عصبی مرکزی)، دستگاه عصبی هورمونی و دستگاه عصبی روده‌ای بینظمی و عدم تعادلی وجود دارد که در آن بیماری که دچار تحریفات شناختی و الگوهای ناسالم تفکر در مورد جهان اطراف و بیماری خود هستند، واکنشهای هیجانی افراطی و بدنبال آن علائم گوارشی را به وجود می‌آورد (لاکتر، ۲۰۰۵).

### ۳- فرضیه‌های پژوهش

#### فرضیه اصلی پژوهش

آموزش هوش هیجانی بر اضطراب و کیفیت زندگی مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر اثر دارد.

#### فرضیه‌های فرعی پژوهش

۱. آموزش هوش هیجانی بر اضطراب مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر اثربخش است.
۲. آموزش هوش هیجانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر اثربخش است.

### ۴- روش تحقیق

#### ۴-۱- جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایش و گواه بوده است. این طرح با افزودن پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه شکل گرفت. این طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل شده است که هر دو گروه دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. اندازه‌گیری اول با اجرای یک پیش آزمون و اندازه‌گیری دوم با اجرای پس آزمون انجام گرفت. در تحقیق حاضر، آموزش هوش هیجانی به عنوان متغیر مستقل و کیفیت زندگی و اضطراب در افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به پزشکان متخصص گوارش و مراکز و کلینیک‌های درمانی شهر تهران نیز به عنوان متغیر وابسته می‌باشد که با اجرای جلسات آموزش هوش هیجانی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به پزشکان متخصص گوارش و مراکز و کلینیک‌های درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. با توجه به جامعه آماری مذکور در ابتدا ۲۴ نفر از افراد مراجعه‌کننده به پزشکان متخصص گوارش و پاسخ‌دهندگان به اعلان در مراکز درمانی که طبق تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی تشخیص نشانگان اختلال روده تحریک‌پذیر بودند، از میان جامعه و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای حصول اطمینان از تشخیص، تمامی درمانجویان دارای تشخیص این نشانگان توسط محقق و بر مبنای معیارهای تشخیصی نشانگان روده تحریک‌پذیر مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و سپس بار عایت تمایل به شرکت در جلسات آموزشی به صورت تصادفی ۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های انتخاب نمونه در پژوهش حاضر که بر اساس انجام مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک صورت گرفت، عبارت بود از: تشخیص اصلی نشانگان روده تحریک‌پذیر، عدم ابتلای بیماران به هیچ یک از اختلالات شخصیت، اختلالات دو قطبی، افسردگی اساسی و رگ‌های روان‌پریشی، تحصیلات حداقل سیکل و ملاک‌های خروج افراد از نمونه عبارت بود از: ابتلا به هر یک از بیماری‌های ذکر شده در ملاک ورود، مصرف دارو یا هر مداخله دیگر در حین جلسات درمان، بی‌سوادی.

بدین ترتیب پس از انتخاب نمونه هدف از بین بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و پزشکان متخصص گوارش با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و مقیاس اضطراب بک پیش آزمون

اجرا شد و سپس جلسات آموزش مدیریت هوش هیجانی به صورت ۱۲ جلسه هفتگی برای گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل در لیست انتظار و به دور از هرگونه ارتباط با گروه آزمایش قرار گرفت. پس از اتمام جلسات آموزشی برای گروه آزمایش با استفاده از ابزار قبلی پس از آزمون نیز اجرا شد و با استفاده از داده‌های بدست آمده تجزیه، تحلیل و نتیجه‌گیری انجام پذیرفت. برای رعایت اخلاق پژوهشی جلسات آموزشی پس از پایان پژوهش در مورد داوطلبان گروه کنترل نیز اجرا شد و تمامی اطلاعات بدست آمده از پژوهش بدون ذکر نام و به صورت کلی ارائه گردید. به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیره و یک راه استفاده شد که با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 ویراست بیستم انجام گردید.

#### ۴-۲- ابزار

الف) پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال است که با استفاده از درجه بندی لیکرتی ۴ درجه‌ای (اصلاً، کم، متوسط و زیاد) نمره گذاری می‌شود و امتیاز ۰ تا ۷ خیلی کم، ۸-۱۵ اضطراب کم، ۱۶-۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶-۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد (لیفر، روبرگ و وودورف، ۲۰۰۶؛ نیکسون و بریانت، ۲۰۰۳). نسخه ترجمه شده فارسی این پرسشنامه در کشورمان دارای روایی و پایایی قابل قبولی می‌باشد (کاوپانی و موسوی، ۲۰۰۸).

ب) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد، سازنده آن سازمان بهداشت جهانی<sup>۳۳</sup> با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ است، این مقیاس ۲۶ سوال دارد و نحوه نمره‌گذاری این آزمون به این صورت است که نمره هر گویه در دامنه‌ای از (۱ تا ۵) قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که سؤال‌های ۳ و ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای کل مقیاس گزارش شده است و در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تصنیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش شد. پروتکل آموزش هوش هیجانی: برنامه آموزشی هوش هیجانی، برگرفته از نظریه بار- آن می‌باشد. در طرح درمانی از تکنیک‌های طرح‌های درمانی (گنجی، ۱۳۹۲؛ پارسا، ۱۳۹۱؛ فرامرزی، ۱۳۸۹؛ اصانلو، ۱۳۸۸؛ آخوندلطفی، ۱۳۸۸؛ جمالی، ۱۳۸۵؛ علی‌زاده، ۱۳۸۵) اقتباس شده است.

جدول ۱: پروتکل آموزش هوش هیجانی

جلسه	عنوان جلسه	هدف
اول	مفاهیم خودآگاهی هیجانی و اثرات آن	آشنایی درمانجویان با هیجان و خودآگاهی هیجانی و اثرات مختلف آن در این جلسه پس از برقراری رابطه حسنه و معارفه اعضای گروه، توضیحاتی در خصوص روش کار و... ارائه خواهد شد. سپس تعریف کاملی از هوش هیجانی بیان میگردد. در ادامه مفهوم خودآگاهی و واکنش افراد برای توجه به احساسات خود و کنار آمدن با آنها شرح داده خواهد شد. همچنین برای معرفی پنج هیجان اصلی و شدت آنها، در قالب فایل پاورپوینت و چاپ در برگه A4 ارائه خواهد گردید. در پایان با توجه به مطالب گفته شده تمرینی مناسب ارائه خواهد شد و از درمانجویان خواسته میشود تا جلسه آینده به این تمرین فکر کرده و آن را به خوبی انجام دهند.
دوم	احترام به خود	آشنایی درمانجویان با مفهوم احترام به خود (عزت نفس) و راه‌های ارتقای آن در این جلسه ابتدا تکلیف جلسه گذشته به بحث گذاشته شده و فایده این تمرین مشخص خواهد شد. در ادامه به معرفی خودپنداره، انواع خودآرمانی، خودواقعی، اعتماد به نفس و عزت نفس، پرداخته خواهد شد. سپس به بررسی گام‌های موثر به منظور افزایش اعتماد به نفس: ۱- کسب خودآگاهی نسبت به موقعیتها، ۲- پذیرش واقعیتهایی که در زندگی وجود دارد، ۳- تلاش برای تغییر احساسات، افکار و رفتار، ۴- ارزیابی میزان تغییرات در موقعیتها، ۵- ثبت کلیه تغییرات به وجود آمده، بیان توصیه‌های عملی برای افزایش اعتماد به نفس، ویژگی افرادی که اعتماد به نفس خوبی دارند، ویژگی افرادی که اعتماد به نفس پایینی دارند و فواید عزت نفس پرداخته میشود.

سوم	استقلال	آشنایی درمانجویان با مفهوم استقلال و نقش خلاقیت در پرورش استقلال در این جلسه ابتدا تکلیف جلسه قبل مورد بررسی قرار خواهد گرفت. در ادامه در خصوص ویژگی های افرادی که دارای استقلال می باشند بیان و تشریح خواهد شد، سپس دو نوع تفکر (همگرا و واگرا) از دیدگاه روانشناسان نام برده و توضیح داده خواهد شد، ارتباط تفکر واگرا و خلاقیت بررسی و ویژگی های افراد خلاق بیان و تشریح میشود. در آخر تکنیک بارش مغزی معرفی و نقش آن در بروز خلاقیت بررسی و موانع فردی و اجتماعی ظهور خلاقیت بیان و تشریح خواهد شد.
چهارم	ابراز وجود	آشنایی با رفتار جراتمند و قاطعانه در روابط بین فردی ابتدا به بررسی تکلیف جلسه قبل می پردازیم. در ادامه به بحث در مورد اینکه انگیزه اساسی تمامی جانداران از جمله انسان، رویارویی با مشکلات با هدف حفظ و تداون بقا است پرداخته خواهد شد، سپس رفتارهای اصلی رویارویی با مشکلات در حیوانات و انسان بررسی شده، شیوه ها و سبک های رفتاری در انسان از دیدگاه روانشناسی تقسیم بندی و توضیح داده خواهد شد. هدف و پیامدهای هر یک از سبک ها بحث و بررسی و بهترین سبک رفتاری که همراه با ابراز وجود است (رفتار قاطعانه) مشخص خواهد شد و در آخر فلسفه آموزش ابراز وجود، تعریف و مزایای آن توضیح داده خواهد شد.
پنجم	همدلی	آشنایی درمانجویان با حس همدلی و نقش آن در ارتباطات بین فردی ابتدای جلسه اختصاص داده میشود به بررسی تکلیف جلسه گذشته. در ادامه به معرفی مفهوم همدلی اختصاص داده خواهد شد، اینکه همدلی چیست، بیان خصوصیات افرادی که رفتارشان توأم با همدلی است، مزایای همدلی کردن و عواملی که در ایجاد حس همدلی به افراد کمک می کند. تمامی مباحث در قالب فایل پاورپوینت ارائه می گردد.
ششم	آموزش روابط بین فردی	آشنایی درمانجویان با ارتباط و مهارت های بین فردی در ابتدای جلسه سوالاتی مناسب با هدف مطرح شد واز درمانجویان خواسته شد که به آنها پاسخ دهند و در ادامه ارتباط و مهارت های بین فردی به طور کامل توضیح داده شد. تمامی مباحث در قالب فایل پاورپوینت ارائه خواهد شد.
هفتم	حل مسئله و مهارتهای تصمیم گیری	آشنایی درمانجویان با شیوه های تصمیم گیری و روشهای حل مسئله ابتدا تکلیف جلسه قبل به طور کامل مورد بحث قرار خواهد گرفت. تمامی مباحث در قالب فایل پاورپوینت ارائه خواهد شد.
هشتم	آزمون واقعیت و انعطاف پذیری	آشنایی درمانجویان با آزمون واقعیت و اهداف زندگی و نقش انعطاف پذیری در شروع فعالیتهای تازه. در ابتدا دو تمرین جلسه قبل مورد بررسی قرار خواهد گرفت. در ادامه آزمون واقعیت تعریف و ویژگی افرادی که از این توانمندی برخوردارند بیان خواهد شد، مفهوم هدف تعریف و اهداف بر اساس زمان تقسیم بندی و تشریح شد، بیان کارکرد و مزایای وجود اهداف در زندگی و برخی عوامل که باعث ایجاد مشکلات برای دست یافتن به اهداف می شود، توضیح داده خواهد شد.
نهم	تحمل استرس	آشنایی درمانجویان با تعریف، اثرات و انواع استرس و راههای مقابله با آن ابتدا استرس تعریف خواهد شد. سپس به بیان عواملی (عوامل مربوط به فرد و عوامل مربوط به موقعیت) که باعث می شوند موقعیتی پر استرس ارزیابی شود پرداخته خواهد شد، همین طور به بررسی استرس بر حسب طول مدت بروز آن و توضیح و تشریح هر یک پرداخته میشود. شیوه های آگاهی از وجود فشار روانی معرفی خواهد شد. در آخر مفهوم مقابله و انواع راهبردهای مقابله با استرس و فواید و مضرات آنها در موقعیت های مختلف بررسی خواهد شد.
دهم	کنترل تکانه	آشنایی درمانجویان با مفهوم خشم و علل و راههای مقابله با آن، ناکامی و تعارض در این جلسه در مورد عوامل ایجاد ناکامی و تعارض و همچنین در مورد خشم و پرخاشگری و علل ایجاد آن صحبت خواهد شد، سپس روشی برای آگاهی از خشم (موقعیت، افکار، عواطف، واکنش رفتاری) و فنون مقابله با خشم آموزش داده خواهد شد.
یازدهم	شادی و شادکامی و خوش بینی	آشنایی با مفهوم و کارکرد شادی و اثرات شادی در زندگی در این جلسه ویژگی های افرادی که شادکامی ضعیفی دارند و همچنین افراد شاد مورد صحبت قرار خواهد گرفت. سپس انواع بذله و شوخ طبعی بیان خواهد شد و پیشنهاداتی برای رفتار همراه با شوخ طبعی و شش خصلتی (آرامش، جرات مندی، رضایت مندی، اداره امیدواری، صمیمیت) که باید در فرد وجود داشته باشد، آموزش داده خواهد شد. در ادامه در مورد ویژگی های افراد امیدوار و خوش بین صحبت خواهد شد
دوازدهم	خلاصه و جمع بندی جلسات و پاسخگویی به پرسشها.	در این جلسه دوره کلی در خصوص تمام مباحث صورت خواهد گرفت و یک جمع بندی از صحبت های شده انجام خواهد گرفت.

## ۵- یافته‌های تحقیق

جدول ۴-۳- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر وابسته
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۲.۴۵۵۴۹	۱۸.۱۶	۲.۱۹۱۰۴	۲۱.۷۲	آزمایش	بعد ذهنی اضطراب
۳.۵۶۴۵۳	۲۰.۳۳	۴.۵۴۷۸۶	۲۰.۲۷	گواه	
۲.۶۱۷۱۹	۱۴.۴۴	۱.۹۳۶۹۱	۱۸.۸۸	آزمایش	بعد بدنی اضطراب
۳.۲۶۳۹۸	۱۸.۲۲	۳.۷۲۸۱۰	۱۸.۳۸	گواه	
۳.۸۵۸۶۱	۱۶.۲۲	۲.۷۵۵۳۳	۲۰.۶۶	آزمایش	بعد هراس اضطراب
۳.۲۶۳۹۸	۱۹.۷۷	۳.۲۱۴۰۴	۱۹.۷۲	گواه	
۵.۱۹۳۳۲	۴۸.۸۳	۴.۰۹۸۸۶	۶۱.۲۷	آزمایش	اضطراب
۷.۴۲۰۱۶	۵۸.۳۳	۷.۹۴۹۳۹	۵۸.۳۸	گواه	
۲۷.۳۵۰۷۸	۷۴.۲۲	۲۴.۴۴۷۳۶	۶۳.۴۴	آزمایش	کیفیت زندگی
۲۰.۳۲۱۳۶	۶۰.۶۱	۱۸.۸۰۴۹۰	۵۹.۲۷	گواه	

یافته‌های حاصل از مقایسه میانگین‌ها، نشان می‌دهد پس از تعدیل نمرات گروه‌های آزمایشی و گواه میانگین نمرات اضطراب و همچنین کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با هم تفاوت دارند که این تفاوت‌ها در گروه آزمایش مشهود است. این یافته‌ها بیانگر آن است که، آموزش هوش هیجانی بر روی اضطراب و ابعاد آن و همچنین کیفیت زندگی در پس-آزمون گروه آزمایش مشاهده شده است. بدین صورت که آموزش هوش هیجانی منجر به کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است. علاوه بر این تغییرات میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش بایستی بر اساس آمار استنباطی مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان در مورد معنی‌داری و یا عدم معنی‌داری این تفاوت‌ها قضاوت کرد. بر این اساس به منظور تحلیل استنباطی نتایج از آزمون تحلیل کواریانس یک راهه استفاده می‌گردد. برای آزمون پیش فرض یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون باکس استفاده شد. نتایج حاصل شده نشان داد که فرض یکسانی ماتریس کواریانس رد نمی‌شود ( $P=0.590$ ) ضریب باکس و  $P=0.55$ ). برای آزمون پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج حاصل شده در جدول ذیل آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در هیچ متغیری واریانس دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری با هم ندارند ( $P>0.05$ ).

جدول ۲: نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه

متغیر	آماره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
بعد ذهنی اضطراب	۱.۸۸۷	۱	۳۴	۰.۱۱۰
بعد بدنی اضطراب	۰.۵۵۱	۱	۳۴	۰.۳۶۷
بعد هراس اضطراب	۰.۳۴۵	۱	۳۴	۰.۵۶۱
اضطراب	۲.۸۱۲	۱	۳۴	۰.۰۹۱
کیفیت زندگی	۰.۹۴۱	۱	۳۴	۰.۳۳۹



به دین ترتیب، پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کوواریانس صادق بود. بدین صورت که هر دو گروه پژوهش همگن می‌باشند و تفاوتی بین گروه‌ها وجود ندارد و همچنین نتایج آزمون‌های لوین و باکس نیز نشان داد شرایط استفاده از تحلیل کواریانس وجود دارد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (n=۳۶)

آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
آزمون اثر پیلایی	۰.۵۹۵	۲۲.۷۶۴	۲	۳۱	۰.۰۰۰۱	۰.۵۹۵	۱.۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰.۴۰۵	۲۲.۷۶۴	۲	۳۱	۰.۰۰۰۱	۰.۵۹۵	۱.۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱.۴۶۹	۲۲.۷۶۴	۲	۳۱	۰.۰۰۰۱	۰.۵۹۵	۱.۰۰۰
آزمون بزرگترین ریشه وری	۱.۴۶۹	۲۲.۷۶۴	۲	۳۱	۰.۰۰۰۱	۰.۵۹۵	۱.۰۰۰

همان طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تفاوت معنی‌داری در ترکیب خطی نمرات اضطراب و کیفیت زندگی با توجه به گروه وجود دارد ( $F=22.764, sig=.0001$  و  $\lambda=0.405$  لامبدای ویلکز). مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۵۹ درصد از واریانس متغیر وابسته توسط متغیرهای گروه‌بندی (آزمایش و گواه) تعیین می‌شود. این بدان معنی است که تغییرات در متغیر مستقل حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته معنی‌دار بوده است. برای بررسی الگوهای تفاوت در هر کدام از متغیرهای وابسته از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد میانگین نمرات اضطراب در پیش آزمون، پس آزمون، به ترتیب برابر ۶۱.۲۷، ۴۸.۸۳، ۶۱.۲۷ می‌باشد، که ۱۲.۴۴ درصد نمره کاهش سطح اضطراب را در گروه آزمایش نشان می‌دهد. طبق نتایج جدول مذکور میانگین نمرات کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۶۳.۴۴ و ۷۴.۲۲ بدست آمده است که این نتایج ۱۰.۷۸ نمره افزایش کیفیت زندگی را در آزمودنی‌های گروه آزمایش نشان می‌دهد، بنابراین نتایج ذکر شده حاکی از تاثیر مداخلات آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی بر اضطراب و کیفیت زندگی در گروه آزمایش می‌باشد.

(۱) آموزش هوش هیجانی بر بعد ذهنی اضطراب مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس اثر آموزش هوش هیجانی بر بعد ذهنی اضطراب

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیش‌آزمون	۱۱.۶۹۱	۱	۱۱.۶۹۱	۱.۲۵۷	۰.۲۷۰	۰.۰۳۷	۰.۱۹۳
اثر مداخله	۴۹.۸۵۰	۱	۴۹.۸۵۰	۵.۳۶۲	۰.۰۲۷	۰.۱۴۰	۰.۶۱۳
خطا	۳۰۶.۸۰۹	۳۳	۹.۲۹۷				
مجموع	۱۳۷۰.۱۰۰۰	۳۶					

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی، سطح بعد ذهنی اضطراب را در آزمودنی‌های گروه آزمایش تغییر داده است. این بدین معنی است که مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی باعث کاهش بعد ذهنی اضطراب در آنان شده است. به عبارتی نتایج بیان می‌کند که با حذف اثرهای نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر اثر پیش‌آزمون، اثر اصلی مداخله درمانی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی بر پس‌آزمون بعد ذهنی اضطراب معنی‌دار است و مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی در گروه آزمایش باعث کاهش بعد ذهنی اضطراب شده است. نگاهی به مقادیر سطح

معناداری، مجذور اتا و توان آزمون نشان می‌دهد که مداخله درمانی در گروه آزمایش موثر و معنادار بوده است و میزان این اثربخشی در عمل برابر با حدوداً ۱۴ درصد بوده است. یعنی ۱۴٪ از واریانس متغیر بعد ذهنی اضطراب توسط مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی تبیین شده است. همین طور مقدار توان آزمون نشان می‌دهد که حجم نمونه در این تحقیق با توجه به سطح معناداری ۰/۰۲۷ و مقدار توان آزمون که برابر با ۰/۶۱۳ است تقریباً کافی بوده است.

۲) تاثیر آموزش هوش هیجانی بر بعد بدنی اضطراب مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس اثر آموزش هوش هیجانی بر بعد بدنی اضطراب

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیش‌آزمون	۲۰۵.۵۲۷	۱	۲۰۵.۵۲۷	۷۳.۶۹۸	۰.۰۰۰۱	۰.۶۹۱	۱.۰۰۰
اثر مداخله	۱۵۶.۹۴۸	۱	۱۵۶.۹۴۸	۵۶.۲۷۹	۰.۰۰۰۱	۰.۶۳۰	۱.۰۰۰
خطا	۹۲.۰۲۹	۳۳	۲.۷۸۹				
مجموع	۱۰۰۳۰.۰۰۰	۳۶					

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی، سطح بعد بدنی اضطراب را در آزمودنی‌های گروه آزمایش تغییر داده است. این بدین معنی است که مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی باعث کاهش بعد بدنی اضطراب در آنان شده است. به عبارتی نتایج بیان می‌کند که با حذف اثرهای نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر اثر پیش‌آزمون، اثر اصلی مداخله درمانی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی بر پس‌آزمون بعد بدنی اضطراب معنی‌دار است و مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی در گروه آزمایش باعث کاهش بعد بدنی اضطراب شده است. نگاهی به مقادیر سطح معناداری، مجذور اتا و توان آزمون نشان می‌دهد که مداخله درمانی در گروه آزمایش موثر و معنادار بوده است و میزان این اثربخشی در عمل برابر با حدوداً ۶۳ درصد بوده است. یعنی ۶۳٪ از واریانس متغیر بعد بدنی اضطراب توسط مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی تبیین شده است. همین طور مقدار توان آزمون نشان می‌دهد که حجم نمونه در این تحقیق با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ و مقدار توان آزمون که برابر با ۱/۰۰۰ است تقریباً کافی بوده است.

۳) تاثیر آموزش هوش هیجانی بر بعد هراس اضطراب مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس اثر آموزش هوش هیجانی بر بعد هراس اضطراب

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیش‌آزمون	۳۵۲.۵۰۶	۱	۳۵۲.۵۰۶	۱۴۲.۳۵۵	۰.۰۰۰۱	۰.۸۱۲	۱.۰۰۰
اثر مداخله	۱۸۳.۱۴۳	۱	۱۸۳.۱۴۳	۷۳.۹۶۰	۰.۰۰۰۱	۰.۶۹۱	۱.۰۰۰
خطا	۸۱.۷۱۶	۳۳	۲.۴۷۶				
مجموع	۱۲۲۱۲.۰۰۰	۳۶					

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی، سطح بعد هراس اضطراب را در آزمودنی‌های گروه آزمایش تغییر داده است. این بدین معنی است که مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی باعث کاهش بعد هراس اضطراب در آنان شده است. به عبارتی نتایج بیان می‌کند که با حذف اثرهای نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر اثر پیش‌آزمون، اثر اصلی مداخله درمانی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی بر پس‌آزمون بعد هراس اضطراب معنی‌دار است و مداخله

آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی در گروه آزمایش باعث کاهش بعد هراس اضطراب شده است. نگاهی به مقادیر سطح معناداری، مجذور اتا و توان آزمون نشان می‌دهد که مداخله درمانی در گروه آزمایش موثر و معنادار بوده است و میزان این اثربخشی در عمل برابر با حدوداً ۶۹ درصد بوده است. یعنی ۶۹٪ از واریانس متغیر بعد هراس اضطراب توسط مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی تبیین شده است. همین طور مقدار توان آزمون نشان می‌دهد که حجم نمونه در این تحقیق با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ و مقدار توان آزمون که برابر با ۱/۰۰۰ است تقریباً کافی بوده است.

۴: تاثیر آموزش هوش هیجانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس اثر آموزش هوش هیجانی بر کیفیت زندگی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیش‌آزمون	۱۸۶۸۷.۱۲۷	۱	۱۸۶۸۷.۱۲۷	۰.۰۰۰۱	۰.۹۴۷	۱.۰۰۰
اثر مداخله	۷۴۳.۳۸۳	۱	۷۴۳.۳۸۳	۰.۰۰۰۱	۰.۴۱۴	۰.۹۹۷
خطا	۱۰۵۰.۲۶۲	۳۳	۳۱.۸۲۶			
مجموع	۱۸۵۰۲۵.۰۰۰	۳۶				

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی، کیفیت زندگی را در آزمودنی‌های گروه آزمایش تغییر داده است. این بدین معنی است که مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی باعث افزایش کیفیت زندگی در آنان شده است. به عبارتی نتایج بیان می‌کند که با حذف اثرهای نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر اثر پیش-آزمون، اثر اصلی مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی بر پس‌آزمون کیفیت زندگی معنی‌دار است و مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی در گروه آزمایش باعث افزایش کیفیت زندگی شده است. نگاهی به مقادیر سطح معناداری، مجذور اتا و توان آزمون نشان می‌دهد که مداخله درمانی در گروه آزمایش موثر و معنادار بوده است و میزان این اثربخشی در عمل برابر با حدوداً ۴۱ درصد بوده است. یعنی ۴۱٪ از واریانس متغیر کیفیت زندگی = توسط مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی تبیین شده است. همین طور مقدار توان آزمون نشان می‌دهد که حجم نمونه در این تحقیق با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ و مقدار توان آزمون که برابر با ۰/۹۹۷ است تقریباً کافی بوده است.

### پرسشنامه های پژوهش

#### پرسشنامه اضطراب بک

لطفا جملات زیر را بخوانید و مشخص کنید طی هفته گذشته تا امروز چقدر از آن علامت در رنج بوده اید. چه میزانی برای شما مشکل ایجاد کرده است. برای هر مورد تنها یکی از گزینه های مقیاس زیر را انتخاب کنید.  
اصلاً ... خفیف (زیاد ناراحتم نکرده است) ... متوسط (خیلی ناخوشایند بود اما تحمل کردم) ... شدید (نمی توانستم آن را تحمل کنم).

۱. کرخی و گز شدن ( مور مور شدن)
۲. احساس داغی (گرما)
۳. لرزش در پاها
۴. ناتوانی در آرامش
۵. ترس از وقوع حادثه بد

۶. سرگیجه و منگی
۷. تپش قلب و نفس نفس زدن
۸. حالت متغیر (بی ثبات)
۹. وحشت زده
۱۰. عصبی
۱۱. احساس خفگی
۱۲. لرزش دست
۱۳. لرزش بدن
۱۴. ترس از دست دادن کنترل
۱۵. به سختی نفس کشیدن
۱۶. ترس از مردن
۱۷. ترسیده (حالت ترس)
۱۸. سوء هاضمه و ناراحتی شکم.
۱۹. غش کردن (از حال رفتن)
۲۰. سرخ شدن صورت
۲۱. عرق کردن (نه در اثر گرما)

**پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (WHOQOL-BREF)**

قسمت اول: لطفاً به سوالات زیر با توجه به شرایط زندگی تان در یک هفته اخیر پاسخ دهید.

شماره	سوال	خیلی بد	بد	نه بد و نه خوب	خوب	خیلی خوب
۱	در کل کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵

شماره	سوال	کاملاً ناراضی	ناراضی	نه ناراضی و نه راضی	راضی	خیلی راضی
۲	چقدر از وضعیت سلامتی خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵

قسمت دوم: سوالات زیر درباره این است که در چهار هفته اخیر تا چه حد برخی چیزها را تجربه کرده اید.

شماره	سوال	اصلاً	کم	متوسط	خیلی زیاد	به شدت
۳	دردهای جسمانی و مشکلات بدنی چقدر مانع انجام فعالیتها و کارهای مورد علاقه شما می شود؟	۵	۴	۳	۲	۱

۱	۲	۳	۴	۵	برای انجام کارهای روزمره، چقدر به درمان‌های پزشکی (دارو و دستورات خاص پزشکی) نیاز دارید؟	۴
۵	۴	۳	۲	۱	چقدر از زندگی لذت می‌برید؟	۵
۵	۴	۳	۲	۱	به نظر شما، زندگی شما تا چه حد معنادار (با ارزش) است؟	۶
۵	۴	۳	۲	۱	در انجام کارها و امور روزمره خود چقدر قادر به تمرکز هستید؟	۷
۵	۴	۳	۲	۱	در زندگی روزمره خود چقدر احساس امنیت و آرامش می‌کنید؟	۸
۵	۴	۳	۲	۱	محیط اطراف شما، تا چه حد سالم و بهداشتی است؟	۹

قسمت سوم: سوالات زیر تجربیات و توانایی شما در انجام دادن کارهای خاصی در طول چهار هفته اخیر را می-سنجد.

شماره	سوال	اصلاً کم	در حد متوسط	در حد زیاد	به طور کامل	
۱۰	آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	آیا شکل و قیافه ظاهری بدنتان مورد قبول شماست؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	آیا برای رفع نیازهای خود پول کافی دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	اخبار و اطلاعات مورد نیاز روزانه به چه میزان در دسترس شماست؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	چه میزان فرصت برای پرداختن به کارهایی که مورد علاقه شخصی شماست، دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵

شماره	سوال	خیلی بد	بد	نه بد و نه خوب	خوب	خیلی خوب
۱۵	چقدر در استفاده از ظرفیت کاری خود (بازار، خرید، قدم زدن، منزل اقوام) از خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵

شماره	سوال	کاملاً ناراضی	ناراضی	نه ناراضی و نه راضی	راضی	خیلی راضی
۱۶	چقدر از وضعیت خواب خود راضی هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	چقدر از توانایی خود برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی راضی هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	از توانایی خود برای کار کردن چقدر رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵

۱۹	از توانایی کارکردن، خواب، خوراک و رفت و آمد خودتان چقدر رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	چقدر از روابط اجتماعی تان با دیگران رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱	چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲	چقدر از حمایت دوستان و آشنایان خود راضی هستید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳	چقدر از شرایط و امکانات محل زندگی خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۴	چقدر از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲۵	چقدر از دسترسی به امکانات حمل و نقل و وضعیت رفت و آمد خود رضایت دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵

#### قسمت چهارم: سوال زیر نحوه احساس و تجربه شما درباره چیزهایی خاص را در چهار هفته اخیر می‌سنجد

شماره	سوال	هیچ-وقت	به ندرت	بعضی اوقات	خیلی وقتها	همیشه
۲۶	چه مقدار دچار حالاتی مانند: یاس و ناامیدی و اضطراب و ... می شوید؟	۵	۴	۳	۲	۱

#### ۶- بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحلیل کوریانس چندمتغیره نشان داد، میانگین نمرات اضطراب در پیش آزمون، پس آزمون، به ترتیب برابر ۶۱.۲۷، ۴۸.۸۳، ۴۸.۴۴ درصد نمره کاهش سطح اضطراب را در گروه آزمایش نشان میدهد و میانگین نمرات کیفیت زندگی نیز در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۶۳.۴۴ و ۷۴.۲۲ بدست آمد که این نتایج ۱۰.۷۸ نمره افزایش کیفیت زندگی را در آزمودنی های گروه آزمایش نشان میدهد، بنابراین نتایج ذکر شده حاکی از تاثیر مداخلات آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی بر اضطراب و کیفیت زندگی در گروه آزمایش بود. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش های موجاجیک و همکاران (۲۰۱۵)، کاکوجویاری و همکاران (۲۰۱۵)، فرنام و همکاران (۲۰۱۴)، تمنایی فر و حجازی (۲۰۱۳)، ون ژن (۲۰۱۱) و جلسما و همکاران (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. به عنوان مثال، موجاجیک و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ای با موضوع بررسی علل زیربنایی در میزان درد در مبتلایان به نشانگان روده تحریک پذیر دریافتند که میزان هوش هیجانی یکی از عوامل موثر در میزان درد در مبتلایان می باشد به طوری که افراد دارای هوش هیجانی بالاتر میزان درد کمتری را در مقایسه با افراد با هوش هیجانی پایین تر گزارش می نمایند. همچنین، فرنام و همکاران (۲۰۱۴) نیز در پژوهش خود با عنوان اثر بخشی درمانی آموزش آگاهی هیجانی بر بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک پذیر بیان نمودند که آموزش آگاه سازی هیجانی در کاهش علائم و نشانگان روده تحریک پذیر در بیماران مبتلا تاثیر قابل توجه و معناداری داشته است. علاوه بر این مظاهری و همکاران (۲۰۱۴) بیان نمودند که مداخله تنظیم هیجانی در ماهش میزان مشکلات هیجانی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران با اختلالات گوارشی کارکردی تاثیر معناداری داشته است و کاکوجویاری و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه بین هوش هیجانی و جسمانی سازی در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی کارکردی بیان نمودن که رابطه معناداری بین میزان هوش هیجانی با میزان جسمانی سازی در مبتلایان به اختلالات گوارشی کارکردی وجود دارد. به طوریکه هوش هیجانی بالاتر میزان پایین تری از جسمانی سازی را در این بیماران پیش بینی می نمود. نتیجه مطالعات انجام شده در این بیماران حاکی از آن است که اضطراب و افسردگی در بین این افراد شایع بوده و با شروع و شدت علائم ارتباط زیادی دارد. نشانگان روده تحریک پذیر مشکلی است که عمدتاً روده بزرگ را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در نشانگان روده تحریک پذیر، کیفیت زندگی

به شکل چشمگیری پایین است (پنی و اسمیت، ۲۰۱۲). در الگوی شناختی نشانگان روده تحریک پذیر فرض می شود که افکار ناکارآمد فرض‌های زیربنایی و فرایندهای شناختی (تفکر، حافظه و توجه) از طریق ارتباطات عصبی بین مغز و روده در نظام-های زیست شناختی، احساسات و کارکردهای روده را دچار مشکل می کنند و علائم این اختلال را به وجود می آورند. همچنین درد در این بیماران ضرورتاً نتیجه یک آسیب بافتی نیست، بلکه حاصل تعامل پیچیده مولفه های عاطفی، شناختی و حسی است و باورهایی در مورد فاجعه آمیز دانستن علائم و احساس مهار بر بیماری خود، آن را تشدید میکند. تنش روانی می تواند فرد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر را مستعد افسردگی و اضطراب کند و نیز با ظهور عوارض جسمی گوارشی، فرد احساس درماندگی و ناکامی می کند. این احساسات می تواند بیمار را در معرض ابتلا به اضطراب و مشکلات خلقی و هیجانی قرار دهد و کیفیت زندگی را در آنان کاهش دهد (فارسجو و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین عوارض هیجانی و تنش روانی نقش مهمی در کنترل درد در بیماری روده تحریک پذیر دارند (تامسون، ۲۰۰۰). بر این اساس، تعدادی از تحقیقات نقش مداخلات روانشناسی در اختلال روده تحریک پذیر را ارزیابی کرده و نشان داده اند، مداخلاتی که به منظور تغییرات رفتاری صورت می گیرند، در ارتقای توانایی های خودمراقبتی و کنترل این بیماری مؤثر بوده اند و موجب ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال روده تحریک پذیر می شود. یکی از مداخلات روانشناختی که در بهبود مبتلایان به اختلال روده تحریک پذیر مؤثر می باشد، افزایش هوش هیجانی و توان کنترل استرس و هیجانات منفی در افراد می باشد (کاستانزا و همکاران، ۲۰۰۷).

مایر و سالووی (۱۹۹۰) عقیده دارند که هوش هیجانی عبارت از یکسری مهارتها و قابلیتها می باشد که می تواند هم آموزش داده شود و هم یاد گرفته شود، بطوریکه یک شخص بتواند از نظر هیجانی بهتر تربیت یابد. هوش هیجانی منجر به افزایش خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه می شود. از آنجایی که عوارض هیجانی و تنش روانی نقش مهمی در کنترل استرس و اضطراب و هیجانات منفی در اختلال روده تحریک پذیر دارند و این عوامل بر کیفیت زندگی مبتلایان به این اختلال اثرگذار است، لذا هر عاملی که بتواند آثار تنش های روانی و هیجانان منفی زندگی مبتلایان به اختلال روده تحریک پذیر را کاهش دهد و به عبارتی تنش های روانی زندگی آنها را به نحو کارآمدتری مدیریت نماید، می تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر مثبت بگذارد (تونر و آکمن، ۲۰۰۴). ثابت شده است که افراد با سطوح بالای هوش هیجانی می توانند در حل مشکلات هیجانی و مدیریت استرس موفق تر عمل کنند و استرس کمتر و کیفیت زندگی بالاتری دارند. در نتیجه این افراد به راحتی با بیماریها (بویژه بیماریهای مزمن که نیازمند مقابله طولانی تر می باشند)، کنار می آیند و در مراقبت از خود برای مقابله با بیماری و عوارض جسمی روانی واجتماعی آن، موفق تر عمل می کنند. یکی از این بیماریها، اختلال روده تحریک پذیر می باشد. کنترل این بیماری به میزان بالایی نیازمند خودمراقبتی می باشد و با توجه به توضیحات ذکر شده، فرض بر این است که هوش هیجانی در ارتقای توانایی های خودمراقبتی و کنترل استرس مؤثر بوده و بیمارانی که هوش هیجانی بالاتری دارند، کیفیت زندگی بالاتری نیز خواهند داشت (لی و همکاران، ۲۰۰۱). برخی از پژوهش ها نیز به بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت و کیفیت زندگی پرداخته اند و همبستگی بین هوش هیجانی و سلامت و کیفیت زندگی را تأیید کرده اند. برخی از پژوهشگران بر این عقیده هستند که پذیرش و کنار آمدن مؤثر با هیجان ها بر بهزیستی، کیفیت زندگی و سلامت افراد تأثیر گذار است (مارتینز، رمالو و مورین، ۲۰۱۰؛ شوت و همکاران، ۲۰۰۷).

## منابع

۱. ارجنکی، صدیقه. کردنوقایی، رسول تقویت هوش هیجانی دانش آموزان دختر آموزش ابتدایی. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۱۱۴(۱). ۱۳-۵.
۲. اسمعیلی، معصومه. احدی، حسن. دلاور، علی. شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر سلامت روان. مجله روانپزشکی. ۱۳(۲). ۱۶۵-۱۵۸.

۳. ایوبی، سمیه. تیموری، سعید. نیری، مهدی (۱۳۸۹). سرسختی، کیفیت زندگی و احساس بهزیستی. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۲۴(۳)، ۳۵۴.
۴. بساک نژاد، سودابه. معینی، نصراله. هنرمند، مهناز (۱۳۸۹). رابطه پردازش پس رویدادی و اجتناب شناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان. مجله علوم رفتاری. سال ۴. شماره ۴. صفحات ۳۳۹-۳۳۶.
۵. پسندیده، عباس (۱۳۹۲). رضایت از زندگی. چاپ سیزدهم، قم. سازمان چاپ و نشر دارالحدیث. ص ۱۵.
6. -Aruna P, & Palaniappan B, (2005). An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Syst* , 28,4:673 – 679.
7. - Barlow, D. H, Durand, V. M (2011). *Abnormal psychology: An integrative approach*. Belmont, CA: Wadsworth, Engage Learning.
8. - Beranuya, M., Obersta, U., Carbonella, X., & Chamarro, A. (2009). Problematic Internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in Human Behavior*, 25(5), 1183–1187. doi: DOI: 10.1016/j.chb.2009.03.001..
9. - Berrill, J. W., Sadlier, M., Jood, K., & Green, J. T. (2014). Mindfulness-based therapy for inflammatory bowel disease patients with functional abdominal symptoms or high perceived stress levels. *Journal of Crohn`s and Colitis*, 8(9): 945-955.
10. - Blanchard , E. B., Lackner , J., Jandres (2007). A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior Research and Therapy*, 45 , 633- 648.
11. - Blanchard, E. B., Lackner, J., Gusman , O. R. ,K Gudleski, G. D., Sanders, K., Keefer, L & Krasner, S. (2006). Prediction of treatment outcome patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 44 , 317-337.
12. - Castaneda, A. E., Tuulio-Henriksson, A., Aronen, E. T., Maryyunen, M., & Kolho, K. L. (2013). Cognitive functioning and depressive symptoms in adolescents with inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterol*, 19(10): 1611-1617.
13. - Chang , L., Toner, B., Fukdo, Sh., Guthrie , E., Locke , G. R. , Norton, J. N & Sperber, D. A. (2006). Gender , age ,society , culture and the patient 's perspective in the functional Gastrointestinal disorders. *Journal of Gastroenterology* , 130 , 1435-1446.
14. Costanza, R., Fisher, B., Ali, S. ,Beer, C. & et al. (2007) Quality of life: An approach integrating opportunities, health needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*,61: 267-276
15. - Dahghanzadeh, H., & Afshar, H. (2014). The Effectiveness of Emotion Regulation Intervention on Emotional Problems and Quality of Life among Patients with Functional Gastrointestinal Disorders. *Govaresh*, 19(2): 109-117.
16. - Delahajj, A., Gaillard, C. & Van Dam, P. (2010). Hope and Hardiness as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(8): 171-179.
17. - Diener, E. (2006). Understanding scores on the satisfaction with life scale. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33: 391-340.
18. - Diener, E. E., Sun, M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.