

اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به

نشانگان سندرم روده تحریک‌پذیر

بنفشه اسمعیل پور^{۱*} و سید علی آل یاسین^۲

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۱۲

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام شد. طرح پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون به همراه گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به پزشکان متخصص گوارش و مراکز و درمانگاه‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود. بدین منظور، برای اطمینان یافتن از تشخیص، تمامی درمانجویان دارای تشخیص این نشانگان به وسیله پژوهشگر و بر مبنای معیارهای تشخیصی نشانگان روده تحریک‌پذیر مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و سپس بار عایت تمایل به شرکت در جلسه‌های آموزشی به گونه تصادفی ۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. روش کار بدین صورت بود که پس از اجرای پیش‌آزمون در گروه آزمایش، آموزش هوش هیجانی به افراد گروه آزمایش ارائه شد و در گروه گواه آموزش به آن‌ها ارائه نشد. آنگاه پس از آزمون از هر دو گروه انجام گرفت. ابزار مورد استفاده در پژوهش پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹) بود و برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره استفاده شد. در نهایت، یافته‌ها نشان داد که آموزش هوش هیجانی منجر به ارتقای کیفیت زندگی در افراد مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر شده است.

واژه‌های کلیدی: آموزش، هوش هیجانی، کیفیت زندگی، سندرم روده تحریک‌پذیر.

^۱ - کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمین.

^۲ - استادیار، مدیر گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمین.

*- نویسنده مسئول مقاله: banafsheh.esr@gmail.com

پیشگفتار

اختلال‌های گوارشی کارکردی، دسته‌ای از بیماری‌های پزشکی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سوال‌برانگیز و دوره‌های طولانی‌مدت و غیرقابل پیش‌بینی بیماری و تاثیرات دارویی اندک مشخص می‌شوند. پزشکان و متخصصان گوارشی همیشه با بیمارانی که شکایات غیراختصاصی از قبیل تهوع، استفراغ، درد شکمی، اسهال و یبوست که توجیه آناتومیک ظاهری ندارند، دچار چالش می‌شوند. ۷۰ درصد از این بیماران در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال‌های گوارشی ساختاری درد بیش‌تر و ۴۰ درصد استیصالی بیش‌تر را گزارش می‌کنند. اختلال‌های روده کارکردی، زیرمجموعه‌ای گسترده از اختلال‌های گوارشی کارکردی هستند که نشانه‌های آن‌ها با نابهنجاریهای ساختاری و زیستی - شیمیایی قابل تبیین نیست. در بین تمامی اختلال‌های گوارشی کارکردی، نشانگان روده تحریک‌پذیر، شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع آن‌هاست (بلانچارد^۱، لاکنر^۲ و گاسمن^۳، ۲۰۰۶).

سندرم روده تحریک‌پذیر شایع‌ترین تشخیص در بین بیماری‌های گوارشی بشمار می‌رود و علت ۲۵ تا ۵۰ درصد از موارد ارجاع به متخصصین گوارش است. 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 نشانه‌ها ارتباط زیادی دارد. نشانگان روده تحریک‌پذیر مشکلی است که عمدتاً روده بزرگ را مورد تأثیر قرار می‌دهد. روده بزرگ بخشی از دستگاه گوارش است که عمل اجابت مزاج را انجام می‌دهد. واژه نشانگان سندرم به معنای گروهی از نشانه‌هاست، سندرم روده تحریک‌پذیر از جمله نشانگان است چرا که گروهی از نشانه‌ها را تولید می‌کند. مثلاً سندرم روده تحریک‌پذیر باعث گرفتگی، آروق زدن، دفع گاز، اسهال و یبوست می‌شود. به علت نبود یک اساس زیست‌شناختی مشخص، تشخیص‌گذاری نشانگان روده تحریک‌پذیر براساس ارزیابی نشانه‌ها و ملاک‌های بالینی انجام می‌گیرد بدین ترتیب هر بیماری که به مدت ۱۲ هفته، دچار درد یا ناراحتی شکمی با دست‌کم دو تا از سه ویژگی زیر باشد؛ برطرف شدن درد با اجابت مزاج، شروع نشانه‌ها همراه با تغییر در دفعات اجابت مزاج و شروع نشانه‌ها همراه با تغییر در شکل مدفوع، واجد تشخیص این‌نشانگان در نظر گرفته می‌شود (بلانچارد، لاکنر و جاندرز^۴، ۲۰۰۷).

در طول ۳۰ سال فهم و درک آسیب‌شناسی و درمان نشانگان روده تحریک‌پذیر، گذشته از یک دیدگاه ساده انگارانه و کاهش‌گرایانه زیستی - پزشکی، امروزه به یک نشانگان پیچیده روانی -

¹ - Blanchard

² - Lackner

³ - Gusman

⁴ - Jandres

اجتماعی - زیست شناختی تبدیل شده است. این الگو در کنار زیست شناسی 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. سندرم روده تحریک‌پذیر یک بیماری نیست. یک مشکل عملکردی است و به این معناست که روده آن گونه که باید کار نمی‌کند. در سندرم روده تحریک‌پذیر اعصاب و عضلات روده بیش از حد حساس هستند.

برای مثال، زمانی که فرد غذا می‌خورد عضلات بیش از حد لازم منقبض می‌شوند. این انقباضات می‌توانند منجر به گرفتگی روده‌ها 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 می‌شود. استرس‌های عاطفی باعث بروز سندرم روده تحریک‌پذیر نمی‌شود، اما در فردی که سندرم روده تحریک‌پذیر دارد استرس می‌تواند نشانه‌ها را آغاز کند. در واقع، روده می‌تواند به تمام چیزها مانند غذا، ورزش و هورمون‌ها واکنش زیاده از حد نشان دهد (چانگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). در نشانگان روده تحریک‌پذیر، کیفیت زندگی به شکل چشمگیری پایین است که از این لحاظ می‌تواند با کیفیت زندگی بیماران دیابتی و بیماران قلبی مقایسه شود. فهم، اندازه‌گیری و بهبود تجارب انسانی، هدف اصلی پژوهشگران، جوامع و دولت‌ها بوده است. ارزیابی کلی این تجارب در قالب اصطلاح "کیفیت زندگی" نشان داده شده است (پنی^۲ و اسمیت^۳، ۲۰۱۲).

سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است: درک فرد از موقعیت خود در بافتی از نظام‌های فرهنگی و ارزشی با توجه به اهداف، انتظارات، استانداردها و علاقه مندی آن‌ها. در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر حیطه‌های گوناگون زندگی مانند کارکرد شغلی، مسافرت، روابط بین فردی و لذت بردن دچار نقص و اختلال شده است (لی^۴ و وورول^۵، ۲۰۰۱).

بنابراین کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم چند بعدی می‌تواند به عنوان ملاکی از مقدار کاهش نشانه‌ها و بهبود وضعیت سلامتی و کارکردهای روانی - اجتماعی به عنوان مهم‌ترین هدف،

¹ - Chang

² - Penny

³ - Smith

⁴ - Lea

⁵ - Whorwell

در درمان این بیماران مطرح باشد. بسیاری از پژوهشگران، ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع تری برای مداخله های روان پزشکی و روان درمانی را بمنظور کاهش نشانه‌ها بیماری و بهبود کیفیت زندگی را تأیید کرده اند (فرانک^۱، کلینمن^۲ و رنت^۳، ۲۰۰۲).

برخی از پژوهش‌ها نقش مداخلات روان‌شناسی در اختلال روده تحریک‌پذیر را ارزیابی کرده و نشان داده اند، مداخلاتی که بمنظور تغییرات رفتاری انجام می‌گیرند، در ارتقای توانایی های خودمراقبتی و کنترل این بیماری مؤثر بوده اند و موجب ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال روده تحریک‌پذیر می‌شود. یکی از مداخلات روان‌شناختی که در بهبود مبتلایان به اختلال روده تحریک‌پذیر مؤثر می‌باشد، افزایش هوش هیجانی و توان کنترل استرس و هیجان‌های منفی در افراد می‌باشد (کاستانزا^۴، فیشر^۵ و عالی^۶، ۲۰۰۷).

مایر و سالووی (۱۹۹۰) که پایه گذاران تئوری هوش هیجانی می‌باشند، هوش هیجانی را به معنای توانایی درک احساسات خود و دیگران و هم‌چنین، استفاده از این احساسات به عنوان راهنماهای داده‌ای برای تفکر و عمل تعریف کرده اند. آن‌ها باور دارند که هوش هیجانی عبارت از یکسری مهارت‌ها و توانمندی‌ها می‌باشد که می‌تواند هم آموزش داده شود و هم یاد گرفته شود، به گونه‌ای که یک شخص بتواند از نظر هیجانی بهتر تربیت یابد. هوش هیجانی منجر به افزایش خودآگاهی، خود مدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه می‌شود. از آنجایی که عوارض هیجانی و تنش روانی نقش مهمی در کنترل استرس و اضطراب و هیجان‌های منفی در اختلال روده تحریک‌پذیر 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 تحریک‌پذیر را کاهش دهد و به بیان دیگر، تنش های روانی زندگی آنها را به گونه‌ای کارآمدتر مدیریت کند، می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر مثبت بگذارد (تونر و آکمن، ۲۰۰۴). ثابت شده است که افراد با سطوح بالای هوش هیجانی می‌توانند در حل مشکلات هیجانی و مدیریت استرس موفق‌تر عمل کنند و استرس کم‌تر و کیفیت زندگی بالاتری دارند. در نتیجه این افراد به راحتی با بیماری‌ها (بویژه بیماری‌های مزمن که نیازمند مقابله طولانی‌تر می‌باشند)، کنار می‌آیند و در مراقبت از خود برای مقابله با بیماری و عوارض جسمی روانی واجتماعی آن، موفق‌تر عمل می‌کنند.

¹ - Frank

² - Kleinman

³ - Kleinman, Rent

⁴ - Costanza

⁵ - Fisher ,

⁶ - ali

یکی از این بیماری‌ها، اختلال روده تحریک‌پذیر می‌باشد. کنترل این بیماری به مقدار بالایی نیازمند خود مراقبتی می‌باشد و با توجه به توضیحات ذکر شده، فرض بر این است که هوش هیجانی در ارتقای توانایی‌های خودمراقبتی و کنترل استرس مؤثر بوده و بیمارانی که هوش هیجانی بالاتری دارند، کیفیت زندگی بالاتری نیز خواهند داشت (لی و همکاران، ۲۰۰۱). پژوهش‌هایی که در این زمینه در سطح جهان انجام گرفته است، محدود می‌باشد. لذا، این پژوهش در راستای بررسی دقیق‌تر اثربخش آموزش مدیریت هوش هیجانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان سندرم روده تحریک‌پذیر طرح ریزی شده است و پرسش اصلی این پژوهش نیز از این قرار است که آیا آموزش هوش هیجانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان سندرم روده تحریک‌پذیر اثربخش است؟

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بوده است. این طرح با افزودن پیش‌آزمون و پس‌آزمون 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 نخست با اجرای یک پیش‌آزمون و اندازه‌گیری دوم با اجرای پس‌آزمون انجام گرفت. در این پژوهش، آموزش هوش هیجانی به عنوان متغیر مستقل و کیفیت زندگی 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 جلسه‌های آموزش هوش هیجانی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی 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 بر اساس تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی تشخیص نشانگان اختلال روده تحریک‌پذیر بودند، از میان جامعه و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای اطمینان یافتن از تشخیص، تمامی درمانجویان دارای تشخیص این نشانگان به وسیله پژوهشگر و بر مبنای معیارهای تشخیصی نشانگان روده تحریک‌پذیر مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و سپس با رعایت تمایل به شرکت در جلسه‌های آموزشی به گونه تصادفی ۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های انتخاب نمونه در پژوهش که بر اساس مصاحبه تشخیصی به وسیله روان‌پزشک انجام گرفت، عبارت بود از: تشخیص اصلی نشانگان روده تحریک‌پذیر، عدم ابتلای

بیماران به هیچ یک از اختلال‌های شخصیت، اختلال‌های دو قطبی، افسردگی اساسی و رگه‌های 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 جلسه‌های درمان، بی‌سوادی.

بدین ترتیب پس از انتخاب نمونه هدف از بین بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به مراکز درمانی و پزشکان متخصص گوارش با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پیش‌آزمون اجرا شد و سپس جلسه‌های آموزش مدیریت هوش هیجانی به صورت ۱۲ جلسه هفتگی برای گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل در فهرست انتظار و به دور از هرگونه ارتباط با گروه آزمایش قرار گرفت. پس از پایان جلسه‌های آموزشی برای گروه آزمایش با استفاده از ابزار پیشین پس‌آزمون نیز اجرا شد و با استفاده از داده‌های بدست آمده تجزیه، تحلیل و نتیجه‌گیری انجام گرفت. برای رعایت اخلاق پژوهشی جلسه‌های آموزشی پس از پایان پژوهش در مورد داوطلبان گروه کنترل نیز اجرا شد و تمامی داده‌های بدست آمده از پژوهش بدون ذکر نام و به گونه کلی ارایه شد. بمنظور تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و یک راهه استفاده شد که با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 ویراست بیستم انجام گردید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسش‌نامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد، سازنده آن سازمان بهداشت جهانی^۱ با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ است، این مقیاس ۲۶ پرسش دارد و روش نمره‌گذاری این آزمون به این صورت است که نمره هر گویه در دامنه‌ای از (۱ تا ۵) قرار می‌گیرد. گفتنی است که پرسش‌های ۳ و ۴ و ۲۵ به گونه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در نتایج گزارش شده به وسیله 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، تنصیفی 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 روش‌های طرح‌های درمانی (گنجی، ۱۳۹۲؛ پارسا، ۱۳۹۱؛ فرامرزی، ۱۳۸۹؛ اصانلو، ۱۳۸۸؛ آخوندلطفی، ۱۳۸۸؛ جمالی، ۱۳۸۵؛ علی‌زاده، ۱۳۸۵) برگرفته شده است.

¹ -WHOQOL- BREF

جدول ۱- پروتکل آموزش هوش هیجانی.

جلسه	عنوان جلسه	هدف
نخست	مفاهیم خودآگاهی هیجانی و اثرهای آن	آشنایی درمانجویان با هیجان و خودآگاهی هیجانی و اثرهای مختلف آن در این جلسه پس از برقراری رابطه حسنه و معارفه اعضای گروه، توضیحاتی در خصوص روش کار... ارایه خواهد شد. سپس تعریف کاملی از هوش هیجانی بیان می‌شود. 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 چارچوب فایل پاورپوینت و چاپ در برگه A۴ ارایه خواهد گردید. در پایان با توجه به مطالب گفته شده تمرینی مناسب ارایه 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 خودآرامی، خودواقعی، اعتماد به نفس و عزت نفس، پرداخته خواهد شد، سپس به بررسی گام‌های موثر بمنظور 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 مقدار تغییرات در موقعیتها، ۵- ثبت تمامی تغییرات بوجود 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 گذشته مورد بررسی قرار خواهد گرفت. در ادامه در مورد ویژگی‌های افرادی که دارای استقلال می‌باشند، 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 ویژگی‌های افراد خلاق بیان و تشریح می‌شود. در آخر روش 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
<p>ابتدا به بررسی تکلیف جلسه قبل می‌پردازیم. در ادامه به بحث در مورد این که 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، شیوه‌ها و سبک‌های رفتاری در انسان از دیدگاه روان‌شناسی تقسیم بندی و توضیح داده خواهد شد. هدف و پیامدهای هر یک از سبک‌ها 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.</p>		
پنجم	همدلی	آشنایی درمانجویان با حس همدلی و نقش آن در ارتباطات بین فردی
<p>ابتدای جلسه اختصاص داده می‌شود به بررسی تکلیف جلسه گذشته. در ادامه به معرفی مفهوم همدلی اختصاص داده خواهد شد، این که همدلی چیست، بیان ویژگی‌های افرادی که رفتارشان توأم با همدلی است، مزایای همدلی کردن و عواملی که در ایجاد حس همدلی به افراد کمک می‌کند. تمامی مباحث به صورت فایل پاورپوینت ارائه می‌شود.</p>		
ششم	آموزش روابط بین فردی	آشنایی درمانجویان با ارتباط و مهارت های بین فردی
<p>در ابتدای جلسه پرسش‌های مناسب با هدف مطرح شد و از درمانجویان خواسته شد که به آن‌ها پاسخ دهند و در ادامه ارتباط و مهارت های بین فردی به گونه کامل توضیح داده شد. تمامی مباحث در قالب فایل پاورپوینت</p>		

ارایه خواهد شد.		
هفتم	حل مسئله و مهارت‌های تصمیم‌گیری	آشنایی درمانجویان با شیوه‌های تصمیم‌گیری و روش‌های حل مسئله ابتدا تکلیف جلسه گذشته به گونه کامل مورد بحث قرار خواهد گرفت. تمامی مباحث به صورت فایل پاورپوینت ارایه 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 می‌شود، توضیح داده خواهد شد.
نهم	تحمل استرس	آشنایی درمانجویان با تعریف، اثرهای 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 می‌شوند موقعیتی پر استرس ارزیابی شود پرداخته خواهد شد، هم‌چنین، به بررسی استرس بر حسب طول مدت بروز آن و توضیح و تشریح هر یک پرداخته می‌شود. شیوه‌های آگاهی از وجود فشار روانی معرفی خواهد شد. در آخر مفهوم مقابله و انواع راهبردهای مقابله با استرس و فواید و مضرات آنها در موقعیت‌های گوناگون بررسی خواهد شد.
دهم	کنترل تکانه و تعارض	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 اثرهای شادی در زندگی در این جلسه ویژگی‌های افرادی که شادکانی ضعیفی دارند و هم‌چنین، افراد شاد مورد صحبت قرار خواهد گرفت. سپس انواع بذله و شوخ طبعی بیان خواهد شد و پیشنهادهایی 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 ویژگی‌های افراد امیدوار و خوش بین صحبت خواهد شد	دوازدهم خلاصه و جمع‌بندی جلسه‌ها و پاسخگویی به پرسش‌ها.

یافته‌ها

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش.

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر وابسته
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۲۷/۳۵	۷۴/۲۲	۲۴/۴۴	۶۳/۴۴	آزمایش	کیفیت زندگی
۲۰/۳۲	۶۰/۶۱	۱۸/۸۰	۵۹/۲۷	گواه	

یافته‌های بدست آمده از مقایسه میانگین‌ها، نشان می‌دهد پس از تعدیل نمره‌های گروه‌های آزمایشی و گواه میانگین نمره‌های 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 کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه آزمایش مشاهده شده است. بدین صورت که آموزش هوش هیجانی منجر به افزایش کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است.

افزون بر این، تغییرات میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش بایستی بر اساس آمار استنباطی مورد بررسی فرا گیرد تا بتوان در مورد معنی‌داری و یا معنی دار نبودن این تفاوت‌ها قضاوت کرد. بر این اساس، بمنظور تحلیل استنباطی نتایج از آزمون تحلیل کواریانس یک راهه استفاده می‌گردد.

برای آزمون پیش فرض یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون باکس استفاده شد. نتایج بدست آمده نشان دادند که فرض یکسانی ماتریس کواریانس رد نمی‌شود ($F=7,590$ ضریب باکس و $p=0,55$). برای آزمون پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج بدست آمده در جدول زیر آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، در هیچ متغیری واریانس دو گروه آزمایش و گواه تفاوتی معنادار با هم ندارند ($P>0,05$).

جدول ۳- نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه.

متغیر	آماره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
کیفیت زندگی	۰/۹۴۱	۱	۳۴	۰/۳۳۹

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

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس اثر آموزش هوش هیجانی بر کیفیت زندگی.

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیش-آزمون	۱۸۶۸۷/۱۲۷	۱	۱۸۶۸۷/۱۲۷	۵۸۷/۱۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴۷	۱/۰۰۰
اثر مداخله	۷۴۳/۳۸۳	۱	۷۴۳/۳۸۳	۲۳/۳۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۴	۰/۹۹۷
خطا	۱۰۵۰/۲۶۲	۳۳	۳۱/۸۲۶				
مجموع	۱۸۵۰۲۵/۰۰۰	۳۶					

نتایج جدول بالا 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 بیان دیگر، نتایج بیان

می‌کنند که با حذف اثرهای نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر اثر پیش‌آزمون، 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 مقدار این اثربخشی در عمل در حدود ۴۱ درصد بوده است. یعنی ۴۱٪ از واریانس متغیر کیفیت زندگی = توسط مداخله آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی تبیین شده است. همچنین، مقدار توان آزمون نشان می‌دهد که حجم نمونه در این پژوهش با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ و مقدار توان آزمون که برابر با ۰/۹۹۷ است تقریباً کافی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج بدست آمده از تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان دادند که میانگین نمره‌های کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۶۳/۴۴ و ۷۴/۲۲ بدست آمد که این نتایج ۱۰/۷۸ نمره افزایش کیفیت زندگی را در آزمودنی‌های گروه آزمایش نشان می‌دهد، بنابراین نتایج بیان شده حاکی از تاثیر مداخلات آموزشی مبتنی بر آموزش هوش هیجانی بر کیفیت زندگی در گروه آزمایش بود. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های موجاجیک و همکاران (۲۰۱۵)، کاکوجویباری و همکاران (۲۰۱۵)، فرنام و همکاران (۲۰۱۴)، تمنایی فر و حجازی (۲۰۱۳)، ون ژن (۲۰۱۱) و مظاهری و همکاران (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. برای مثال، موجاجیک و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای با موضوع بررسی علل زیربنایی در مقدار درد در مبتلایان به نشانگان روده تحریک‌پذیر دریافتند که مقدار هوش هیجانی یکی از عوامل موثر در مقدار درد در مبتلایان می‌باشد. به گونه‌ای که افراد دارای هوش هیجانی بالاتر مقدار دردی کم‌تر را در مقایسه با افراد با هوش هیجانی پایین‌تر گزارش می‌کنند. همچنین، فرنام و همکاران (۲۰۱۴) نیز در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمانی آموزش آگاهی هیجانی بر بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر بیان کردند که آموزش آگاه‌سازی هیجانی در کاهش نشانه‌های روده تحریک‌پذیر در بیماران مبتلا تاثیر قابل توجه و معناداری داشته است. افزون بر این، مظاهری و همکاران (۲۰۱۴) بیان کردند که مداخله تنظیم هیجانی در کاهش مقدار مشکلات هیجانی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران با اختلال‌های گوارشی کارکردی تاثیری معنادار داشته است. کاکوجویباری و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین هوش هیجانی و جسمانی سازی در بیماران مبتلا به اختلال‌های گوارشی کارکردی بیان کردند که رابطه‌ای معنادار بین مقدار هوش هیجانی با مقدار

جسمانی سازی در مبتلایان به اختلال‌های گوارشی کارکردی وجود دارد. به گونه‌ای که هوش نشانگان هیجانی بالاتر مقداری پایین تر از جسمانی سازی را در این بیماران پیش بینی می‌کند. در الگوی است (پنی و اسمیت، ۲۰۱۲). در پایین چشمگیر شکلی به زندگی کیفیت تحریک‌پذیر، روده و زیربنایی شناختی نشانگان روده تحریک‌پذیر فرض می‌شود که افکار ناکارآمد فرض‌های نظام‌های در روده و مغز بین ارتباطات عصبی راه (از) توجه و حافظه (تفکر، شناختی فرایندهای را اختلال این نشانه‌های و می‌کنند مشکل را دچار روده کارکردهای و احساسات شناختی، زیست بلکه حاصل نیست، بافتی آسیب یک نتیجه ضرورتاً بیماران این در درد می‌آورند. هم‌چنین، بوجود دانستن آمیزمورد فاجعه در باورهایی و است حسی و شناختی عاطفی، های مولفه پیچیده تعامل تنش روانی می‌تواند فرد مبتلا به می‌کند. تشدید را آن خود، بر بیماری مهار احساس و نشانه‌ها سندرم روده تحریک‌پذیر را مستعد افسردگی و اضطراب کند و نیز با ظهور عوارض جسمی گوارشی، فرد احساس درماندگی و ناکامی می‌کند. این احساسات می‌تواند 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 نقشی مهم در کنترل درد در بیماری روده تحریک‌پذیر دارند (تامسون، ۲۰۰۰). بر این اساس، برخی از پژوهش‌ها نقش مداخلات روان‌شناسی در اختلال روده تحریک‌پذیر را ارزیابی کرده و نشان داده‌اند، مداخلاتی که بمنظور تغییرات رفتاری انجام می‌گیرند، در ارتقای توانایی‌های خودمراقبتی و کنترل این بیماری مؤثر بوده اند و موجب ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال روده تحریک‌پذیر می‌شود. یکی از مداخلات روان‌شناختی که در بهبود مبتلایان به اختلال روده تحریک‌پذیر مؤثر می‌باشد، افزایش هوش هیجانی و توان کنترل استرس و هیجان‌های منفی در افراد می‌باشد (کاستانزا و همکاران، ۲۰۰۷). مایر و سالووی (۱۹۹۰) بر این باورند که هوش هیجانی عبارت است از یک سری مهارت‌ها و توانمندی‌ها که می‌تواند هم آموزش داده شود و هم یاد گرفته شود، به گونه‌ای که یک شخص بتواند از نظر هیجانی بهتر تربیت شود. هوش هیجانی منجر به افزایش خودآگاهی، خود مدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه می‌شود. از آنجایی که عوارض هیجانی و تنش روانی نقشی مهم در کنترل استرس و اضطراب و هیجان‌های منفی در اختلال روده تحریک‌پذیر دارند و این عوامل بر کیفیت زندگی مبتلایان به این اختلال اثرگذار است، لذا هر عاملی که بتواند آثار تنش‌های روانی و هیجان‌های منفی زندگی مبتلایان به اختلال روده تحریک‌پذیر را کاهش دهد و به بیانی دیگر، تنش‌های روانی زندگی آن‌ها را به گونه‌ای کارآمدتر مدیریت نماید، می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر مثبت بگذارد (تونر و آکمن، ۲۰۰۴). ثابت شده است که افراد با سطوح بالای هوش هیجانی می‌توانند 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 می‌باشند)، کنار می‌آیند و در مراقبت از خود برای مقابله با بیماری و عوارض جسمی روانی و اجتماعی آن، موفق تر عمل می‌کنند. یکی از این بیماری‌ها، اختلال روده تحریک پذیر می‌باشد. کنترل این بیماری به مقدار بالایی نیازمند خود مراقبتی می‌باشد و با توجه به توضیحات بیان شده، فرض بر این است که هوش هیجانی در ارتقای توانایی‌های 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 پژوهش‌ها 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 باورند که پذیرش و کنار آمدن مؤثر با هیجان‌ها بر بهزیستی، کیفیت زندگی و سلامت افراد تأثیر گذار است (مارتینز، رامالو و مورین، ۲۰۱۰؛ شوت و همکاران، ۲۰۰۷).

References

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Faresjo, A., Anatasiou, F., Liois, C., Jhonsson, S., Wallander, M-A., & Faresjo, T. (2006). Health-related quality of life irritable bowel syndrome patients in different culture settings. This article is available from: <http://www.Hqlo.Com>

- Farnam, A., Somi, M. H., Farhang, S., Mahdavi, N., & Besharat, M. A. (2014). The therapeutic effect of adding emotional awareness training to standard medical treatment for irritable bowel syndrome: a randomized clinical trial. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(1): 1-9.
- Frank, L., Kleinman, L., Rent, A., Cielsa, G., Kim, J. J., & Sacker, C. (2002). Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: Comparison with other chronic diseases. *Clinical Therapeutics*, 24, 675-689.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Westenberg, P. M. (2011). Children's sense of coherence and trait emotional intelligence: A longitudinal study exploring the development of somatic complaints. *Psychology and Health*, 26(3): 307-320.
- Kako Joybari, A. A., Mohammadi, N., Dahghanzadeh, H., & AliAkbari, M. (2015). The relationship between emotional intelligence and somatization in patients with functional gastrointestinal disorders (FGID). *GOVARESH*, 19(4):250-256.
- Lea, R., & Whorwell, P. (2001). Quality of life in irritable bowel syndrome. *Journal of Pharmacy Economics*, 19(6), 643-653.
- Martins, A., Ramalho, N. & Morin, E. (2010). A comprehensive metaanalysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554-564.
- Mujagic, Z., Keszhthelyi, D., Aziz, Q., Reinisch, W., Quetgalas, E. G., Leonardis, F. D., & et al. (2015). Systematic review: instruments to assess abdominal pain in irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 42(9): 1064-1081.
- Penny, K. I., & Smith, G. D. (2012). The use of data-mining to identify indicators of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19): 2761-2771.
- Salovay, P. Mayer, J.D (2000) current direction in emotional intelligence research, New York: Gulf press.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Bhullar, N. & Rooke, S.E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42, 921-933.
- Tamannaifar, M. R., & Akhavan-Hejazi, Z. S. (2013). Comparing the mental health and quality of life in patients with irritable bowel syndrome and healthy subjects in Kashan, Iran. *Fayz Journal of Kashan University of Medical Sciences*, 17(2).
- Thompson, W. G. (2000). Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Dagon Associates Incorporated*, 351-432.
- Toner, B. B., & Akman, D. (2000). Gender role and irritable bowel syndrome: Literature review and hypothesis. *Journal of Gastroenterology*, 95,576-582.

- When- Zhen, Yu. (2011). The Effectiveness of a Structured Educational Intervention on Disease-Related Misconception and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology Nursing*, 37(4): 289-298.