

اثربخشی آموزش خودآگاهی هیجانی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی (اضطراب و

افسردگی) دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهرستان شهرضا

جنت آفاسی^۱ / اصغر آفاسی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۴/۱۳ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۵/۱۷ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۶/۱۶

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش خودآگاهی هیجانی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی (اضطراب و افسردگی) دختران دوره‌ی متوسطه‌ی شهرستان شهرضا بوده است. پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح تحقیق به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بوده است. جامعه‌ی آماری تحقیق شامل تمام دختران مقطع متوسطه پایه‌ی اول تا سوم شهرستان شهرضا در سال ۸۹-۹۰ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی ۴۰ نفر انتخاب شدند و به صورت شمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ دانش‌آموز) و کنترل (۲۰ دانش‌آموز) جایگزین شدند. پیش‌آزمون برای دو گروه اجرا شد. متغیر مستقل، آموزش خودآگاهی هیجانی بود که در ۸ جلسه تنظیم و به گروه آزمایش آموزش داده شد. متغیر وابسته در این پژوهش مؤلفه‌های سلامت عمومی بود که با پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) ارزیابی شد. در مرحله‌ی بعد، پس‌آزمون برای دو گروه اجرا و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۶ تحلیل شد. نتایج این پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش خودآگاهی هیجانی بر سلامت عمومی دختران دوره‌ی متوسطه تأثیر معناداری دارد ($p < 0.05$).

کلید واژه‌ها: خودآگاهی هیجانی، دختران، دوره‌ی متوسطه، اضطراب، افسردگی

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان)

ایمیل: fahimeh.fahim@gmail.com

^۲ دانشیار و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان)

مقدمه

تمام افراد، احساساتی از قبیل ترس، خشم، غمگینی، گناه، شادی، خوشی، لذت و محبت را تجربه می‌کنند. اگر افراد قادر به بیان احساسات خود نباشند، زندگی بی‌رنگ و یکنواخت خواهد شد. گاهی اوقات یک هیجان ممکن است نیرویی بسیار مثبت و گاهی نیرویی بسیار منفی باشد که شخص را آزار می‌دهد و به تخریب او می‌انجامد. حالات هیجانی و این که شخص چگونه در برابر رویدادها واکنش نشان می‌دهد اجتناب‌ناپذیرند و حتی ممکن است سودمند نیز باشند، آگاهی نداشتن از هیجان‌ات و فشار هیجانی شدید در طی یک دوره‌ی زمانی طولانی می‌تواند آثار زیانباری ایجاد کند (غضنفری، ۱۳۸۰). از دیرباز انسانها به فکر اصلاح و تصحیح شناخت‌ها، دانش و باورهای خود بوده‌اند. منطق ارسطویی قدیم، تحقیقات تجربی اخیر، همه و همه در تشخیص شناخت‌ها، دانش و باورهای درست و صحیح داشته‌اند، اما برای اصلاح و تصحیح مهارت‌های هیجانی از این توانایی عاطفی تلاشی صورت نگرفته یا تلاش کمتری صورت گرفته است، در صورتی که همان طور که شناخت‌های نادرست و غلط به سلامت ذهنی، جسمی و روانی و نتیجتاً به زندگی افراد ضربه می‌زند، مهارت‌های هیجانی نادرست و نابه‌جا و عدم توانایی هیجانی نیز می‌تواند سلامت ذهنی، جسمی و روانی افراد را تهدید کند (به نقل از مارانی، ۱۳۸۲). افراد با آگاهی به احساسات خود، بین خود و دیگران تمایز قائل می‌شوند که در صورت نبود چنین تمایزی، احساسات باقی می‌مانند و جهانی تمایز نیافته که به ناتوانی و رفتار ناسازگارانه می‌انجامد (موریگوچی^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). اولین قدم در مهار کردن احساساتی همچون خشم، غم، عصبانیت و ترس این است که به آن حالت آگاهی پیدا کنیم. به منظور آگاهی یافتن به احساسات خود، شناخت عواطف هنگام رویارویی با موقعیت‌های ناخوشایند، شناخت افکار و باورها، شناخت چگونگی تفسیر رویدادها، آگاهی یافتن از

¹ Muriguchi, O.T.

خواسته‌ها و انتظارات خود ضروری است (صالحی، ۱۳۸۸). در اوایل نوجوانی، نوجوانان به طور روزافزونی خودآگاه‌تر می‌شوند و در ارتباط با دیگران آگاهی بیشتری کسب می‌کنند. آگاهی عاطفی و پذیرش خویشتن، افزایش رفاه و سلامتی نوجوانان را در پی دارد (کیا روچی^۱، ۲۰۱۰). یکی از ارکان مهم در بهداشت روان نیز شناخت و پذیرش خود است (ریدجی^۲، ۲۰۰۹). فقدان آگاهی از احساسات و ناتوانی در مدیریت احساسات، نشانه‌های کلیدی در برخی از اختلالات شخصیتی اند (ماتیوز و همکاران^۳، ۲۰۰۲) و نرخ بالاتری از اضطراب و افسردگی و بیماری‌های جسمی را در نوجوانان به همراه دارد (کیا روچی، ۲۰۰۸). تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که بین آگاهی از احساسات و پردازش هیجانی از یک سو و میزان افسردگی مشاهده شده در بین نوجوانان از سوی دیگر، رابطه‌ی معناداری وجود دارد (بریچارد^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). افرادی که شناخت صحیح از خود ندارند از موقعیت‌ها ارزیابی منفی دارند و بیشتر دچار اضطراب و هراس اجتماعی می‌شوند (جین و سودهیر^۵، ۲۰۱۰).

ماورولی^۶ و همکاران (۲۰۰۷) طی پژوهشی در میان نوجوانان دبیرستانی دریافتند که آن دسته از نوجوانانی که قادر به شناخت و تنظیم احساسات خود هستند، سطوح پایین‌تری از رفتارهای ضد اجتماعی و بزهکاری و گزارش کمتری از افسردگی و اضطراب داشته‌اند. آنگلاف^۷ (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای که روی ۳۲۵ نفر از نوجوانان هنگ کنگ انجام داد، به بررسی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و ارتباطش با مشکلات رفتاری نوجوانان پرداخت. نتایج نشان داد که ناآگاهی از احساسات ممکن است به سطوح بالاتری از رفتارهای

¹ Ciarrochi, J.

² Reed, G.

³ Matthews, G.

⁴ Brejard, V.B.A.

⁵ Jain, M., & Suldhir, P.

⁶ Mavroveli, S.

⁷ Angelaf, S.

مشکل دار، مانند افسردگی، پرخاشگری و بزهکاری بینجامد، در حالی که مدیریت احساسات منجر به اضطراب کمتر نوجوانان می‌شود.

جین و سودهیر (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان اهمیت بررسی کمال و خود در رابطه با هراس اجتماعی با ۳۰ بیمار بالینی، ارتباط معناداری بین ارزیابی منفی از خود به همراه اضطراب با صفت کمال یافتند، افرادی که شناخت صحیح از خود نداشتند، ارزیابی منفی از موقعیت داشتند و بیشتر دچار هراس اجتماعی می‌شدند.

ماورولی و همکاران (۲۰۰۷) طی پژوهشی در میان نوجوانان دبیرستانی دریافتند که آن دسته از نوجوانانی که قادر به شناخت و تنظیم احساسات خود هستند، سطوح پایین‌تری از رفتارهای ضد اجتماعی و بزهکاری و گزارش کمتری از افسردگی و اضطراب داشته‌اند.

هرتن دویچ^۱ (۲۰۰۳) در تحقیقی که با عنوان تأثیر یادگیری و افزایش تمرکز حواس بر سلامت افراد انجام دادند دریافتند که اگر در مناقشه‌ها مسائل حل نشوند، می‌تواند منجر به افسردگی، اضطراب و پرخاشگری شوند. آنها روشی را برای افزایش تمرکز حواس از طریق آموزش رشد آگاهی، درک نفس و به دست آوردن تعادل در رویارویی با مسائل پیشنهاد کردند. این پژوهش با تعدادی شرکت‌کننده صورت گرفت که گروه آزمایش نسبت به گروه گواه پس از آموزش راهبردهای مقابله‌ای بهتری به کار می‌گرفتند.

بریچارد و همکاران (۲۰۱۱)، در تحقیقی که روی ۳۷۲ دانش‌آموز انجام دادند به میانجی‌گری نقش آگاهی عاطفی بر شخصیت و افسردگی پرداختند که نتایج، حاکی از ارتباط مستقیم بین ابعاد شخصیتی و افسردگی به واسطه‌ی اثر آگاهی عاطفی بود. هرچه نوجوانان پردازش هیجانی کمتری و ناآگاهی از احساسات خویش داشته باشند بیشتر در معرض افسردگی قرار دارند، زیرا ارزیابی صحیح از خویش نداشتند و شخصیتی منزوی دارند. انسان معاصر چنان‌که اهداف بیرونی و ابزارهای تحقق آنها شده که فراموش کرده

^۱ Horton-Deutsch, S.

است فلسفه‌ی اساسی او در این همه کوشش به منزله‌ی ابزاری است برای دستیابی به یک هدف اساسی درونی یعنی آرامش و اطمینان خاطر که از آن به سعادت تعبیر می‌شود. تا جایی که هدف نادیده انگاشته شده و ابزار جایگزین آن شده است.

این بی تعادل و ناهماهنگی بین دو عرصه‌ی درون و بیرون، پیامدهای منفی و آسیب‌های جبران ناپذیری برای زندگی فردی و اجتماعی انسان‌ها در پی دارد و موجب شده تا تلاش طاقت فرسای بشر در عرصه‌ی بیرون، در بُعد فیزیکی و جسمی، پیشرفت علمی و فناوری، نه تنها موجبات سعادت و آرامش درونی انسانها را فراهم نسازد، بلکه در موارد بسیاری در آن اختلال نیز وارد کند. این تحقیق دریچه‌ای فراسوی نوجوان به روی جهان نامتناهی درونش می‌گشاید و علاوه بر ارائه‌ی چهارچوب‌ها و دیدگاههای نظری در مورد سلامتی و خودآگاهی هیجانی، با اتخاذ رویکردی کاربردی او را گام به گام به سوی شناسایی و استفاده‌ی بهینه از تمام نیروهای جسمی، روحی، ذهنی، عاطفی و هیجانی به پیش می‌برد. درونی سازی مهارت‌هایی برای دستیابی به سلامت و شادابی جسمی، استحکام باورها، اعتدال ارزشها و ثبات در رفتار از اهداف برجسته‌ی این تحقیق است.

Archive of SID

روش

در این پژوهش، از روش آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. دیاگرام طرح به صورت زیر است:

در این دیاگرام متغیر مستقل، ۸ جلسه آموزش خودآگاهی هیجانی و متغیر وابسته، سلامت عمومی دختران دوره‌ی متوسطه است.

جدول ۱، دیاگرام طرح پژوهش

انتخاب تصادفی	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون	گروهها
RE	T _۱	X	T _۲	گروه آزمایش
RC	T _۱	-	T _۲	گروه گواه

جامعه‌ی آماری در این پژوهش تمام دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه‌ی شهرستان شهرضا در سال ۸۹-۹۰ در پایه‌های تحصیلی اول، دوم و سوم و مشغول به تحصیل بوده اند. نمونه‌ی این پژوهش ۴۰ دانش‌آموز دختر دوره‌ی متوسطه‌ی شهرستان شهرضا در سال ۸۹-۹۰ بودند و روش نمونه‌گیری در این پژوهش شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود، بدین منظور ابتدا با توجه به اینکه این شهرستان دارای یک ناحیه است از بین لیست دبیرستان‌های دخترانه‌ی آموزش و پرورش، چهار دبیرستان به عنوان خوشه انتخاب، سپس در مرحله‌ی بعدی از میان لیست دانش‌آموزان این دبیرستان‌ها ۴۰ دانش‌آموز به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و به شیوه‌ی جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش ۲۰ دانش‌آموز و در گروه کنترل ۲۰ دانش‌آموز جایگزین شدند. پیش آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد و گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش دیدند و بعد از آن از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) گلدبرگ (۱۹۷۲، به نقل از دادستان، ۱۳۷۷) که یک پرسش‌نامه‌ی سرنندی

مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است استفاده شده است. گلدبرگ این آزمون را برای شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی به کار گرفت.

این پرسش‌نامه را می‌توان به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی را که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد، می‌سنجد. هدف این پرسش‌نامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب اختلالات روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین اختلالات روانی و سلامت است (استورا، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷).

این پرسش‌نامه به صورت فرم‌های ۱۲، ۲۸، ۳۰، ۶۰ سؤالی تهیه شده است. فرم ۲۸ ماده‌ای دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ پرسشی استفاده شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۸ سؤال است و از چهار خرده‌آزمون نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است که هر کدام از آنها ۷ سؤال دارند. وجود چهار خرده‌آزمون براساس تحلیل آماری پاسخها (تحلیل عاملی) ثابت شده است (استورا، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷).

خرده‌آزمون اول (A) شامل مواردی درباره‌ی احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست و نشانه‌های بدنی را در بر می‌گیرد. دریافتهای حسی بدنی را که معمولاً با برانگیختگی‌های هیجانی همراه اند ارزشیابی می‌کند. مواد این خرده‌آزمون در پرسش‌نامه با حرف A مشخص شده‌اند.

پرسشهای خرده‌آزمون دوم (B) شامل مواردی هستند که با اضطراب و بی‌خوابی ارتباط دارند. هفت ماده‌ی مربوط به این خرده‌آزمون در پرسش‌نامه با حرف B مشخص شده‌اند.

خرده‌آزمون سوم (C) گستره‌ی توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و

مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آنها را درباره‌ی چگونگی کنار آمدن با موقعیتها ی متداول زندگی، آشکار می‌کند. هفت ماده‌ی مربوط به این خرده آزمون در پرسش نامه با حرف C متمایز شده اند.

چهارمین خرده آزمون (D) دربرگیرنده‌ی موادی است که با افسردگی و گرایش مشخص به خودکشی مرتبطاند و هفت ماده‌ی متمایز کننده‌ی آن در پرسش نامه با حرف D مشخص شده اند.

در پرسش نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ) مطابق با دستورالعمل، می‌خواهیم بدانیم که آزمودنی در چند هفته‌ی گذشته ناراحتی جسمانی داشته است یا به طور کلی، وضع عمومی سلامت او چگونه بوده است. از او می‌خواهیم که در پاسخنامه که به صورت (بیش از معمول، در حد معمول، بدتر از معمول، بسیار بدتر از معمول) تنظیم شده است، دور پاسخی که فکر می‌کند با وضعیت روحی و جسمانی او مطابقت دارد یک علامت بزند.

پرسش نامه‌ی فوق به دو صورت نمره گذاری می‌شود. در شیوه‌ی اول به هر پاسخ از راست به چپ، صفر، یک، دو یا سه نمره تعلق می‌گیرد. نمرات هر آزمودنی در هر یک از خرده آزمون ها به صورت جداگانه مشخص و در زیر ورقه نوشته می‌شوند و پس از آن، نمرات چهار خرده آزمون را جمع می‌کنیم و نمره‌ی کلی را به دست می‌آوریم. نمرات بین ۱۴ تا ۲۱ در هر خرده آزمون، وخامت وضع آزمودنی را نشان می‌دهد. در روش دوم، نمره گذاری زمانی به کار می‌رود که بخواهیم مقیاس سلامت عمومی را به عنوان یک آزمون سرنندی به کار ببریم. در این روش نمره گذاری به صورت ۰-۱-۰-۱ انجام می‌شود و به نتایج بهتری می‌انجامد.

بررسی های انجام شده نشان دهنده‌ی پایایی بالای پرسش نامه (GHQ-۲۸) هستند. ضریب پایایی آزمون را چان و چان (۱۹۸۳) در یک نمونه ۲۴۴ نفری ۰/۸۷ (هومن، ۱۳۷۶) و یزدان پناه در یک نمونه‌ی ۵۴۱ نفری با استفاده از روش آلفای کرباخ ۰/۹۲ محاسبه کردند

(جعفرنژاد، ۱۳۸۲). یعقوبی ضریب پایایی کلی این پرسش نامه را ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده آزمونها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است (جعفرنژاد، ۱۳۸۲).
روایی این آزمون با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی بین این آزمون با دیگر آزمون‌هایی که همان سازه را اندازه می‌گیرد، نظیر SCL90 (۰/۸۷ گزارش شده است (بابوردی، ۱۳۷۶، به نقل از جعفر نژاد، ۱۳۸۲). گلدبرگ و میلر در مطالعه‌ی دیگری، ضریب همبستگی بین نمرات چهار خرده آزمون این پرسش‌نامه را بین ۰/۳۳ تا ۰/۶۱ گزارش کردند (جعفرنژاد، ۱۳۸۲).

در خصوص اجرای پژوهش می‌توان گفت که پس از انتخاب نمونه و شمارش تصادفی نمونه‌ی پژوهش در گروه آزمایش و کنترل، پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ به عنوان پیش‌آزمون اجرا و سپس برای آزمودنی‌های گروه آزمایش، جلسات آموزش خودآگاهی هیجانی برگزار شد. برای گروه کنترل جلسات تشکیل نشد. بعد از اتمام جلسات، دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً به پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ پاسخ دادند. تعداد جلسات آموزش خودآگاهی هیجانی ۸ جلسه بود. محتوای جلسات، برگرفته از کتاب هوش هیجانی (برادبری و گریوز، ترجمه گنجی، ۱۳۸۴)، اظهار وجود و قاطعیت (انی تاون، ترجمه مولا، ۱۳۸۶) و آموزش مهارت‌های پایه (حوزه‌ی مدیریت آموزش و پژوهش هلال احمر، ۱۳۸۸) بود. شیوه‌ی اجرا به صورت گروهی بود و یک هفته بعد از پایان آخرین جلسه‌ی آموزشی از هر ۲ گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (شامل فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (شامل تحلیل کوواریانس) از نرم افزار spss ۱۶ استفاده شد. به منظور ملاحظات اخلاقی، با توجه به اینکه این پژوهش به صورت آزمایشی انجام شد، به هنگام ارائه‌ی پرسش‌نامه‌ها به آزمودنی‌ها از آنها خواسته شد که نام و نام خانوادگی خود را ننویسند و از حروف الفبا یا اعداد استفاده کنند.

یافته‌ها

جدول ۱: فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک گروه‌ها

گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۲۰	۳۹/۱۵	۱۶/۳۶۵۱۶	۲۰	۱۳/۱۰۰۰	۶/۳۴۸۶۴
کنترل	۲۰	۲۲/۸۵۰۰	۱۵/۳۰۸۳۲	۲۰	۲۴/۱۰۰۰	۱۶/۱۴۷۰۲

همان گونه که در شماره‌ی جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین داده‌ها مربوط به پس از آزمون در گروه آزمایش به مراتب کمتر از میانگین مربوط به پیش از آزمون در این گروه است و این نشان می‌دهد که آموزش تأثیر بسیاری روی سلامت عمومی داشته است. حتی با بررسی انحراف استاندارد نیز این مطلب تأیید می‌شود، انحراف استاندارد پیش از آزمون گروه آزمایش به مراتب مقدار بالایی را نشان می‌دهد و پراکندگی داده‌ها در این مرحله زیاد است، اما پس از آموزش خودآگاهی هیجانی پراکندگی داده‌ها کمتر شده است. همان طور که انتظار می‌رود پراکندگی داده‌ها در گروه کنترل پیش و پس از آزمون هم چنان مقدار بالایی را نشان می‌دهد.

جدول ۲: تحلیل کوواریانس مقایسه‌ی پس‌آزمون مؤلفه‌ی سلامت عمومی (اضطراب) پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

متغیرها	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۱	۲۷۲/۱۰۳	۵۳/۰۵	۰/۰۰
عضویت گروهی (کنترل و آزمایش)	۱	۲۲۴/۶۹	۴۳/۸۰۶	۰/۰۰

همان گونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات متغیر B بر حسب عضویت گروهی (کنترل، آزمایش) در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P=0/000$). میزان تأثیر آموزش ۰/۵۵ درصد است، به‌این معنی که ۵۵ درصد واریانس نمرات کل باقی‌مانده مربوط به تأثیر آموزش بوده است. توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری کافی بوده است.

جدول ۳: تحلیل کوواریانس مقایسه‌ی پس‌آزمون مؤلفه‌ی سلامت عمومی (افسردگی) پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

متغیرها	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۱	۳۹۵/۹۸۵	۴۱/۹۸۸	۰/۰۰۰
عضویت گروهی (کنترل و آزمایش)	۱	۴۳۹/۱۵۱	۴۶/۵۶۶	۰/۰۰۰

همان گونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی نمرات متغیر D بر حسب عضویت گروهی (کنترل، آزمایش) در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P=0/000$). میزان تأثیر آموزش ۰/۵۷ درصد است، به‌این معنی که ۵۷ درصد واریانس نمرات کل باقی‌مانده مربوط به تأثیر آموزش بوده است. توان آماری نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری کافی بوده است.

بحث

یافته‌های پژوهش جدول (۱) نشان داد که میانگین داده‌های مربوط به پس‌آزمون در گروه آزمایش به مراتب کمتر از میانگین مربوط به پیش‌آزمون در این گروه است و این نشان می‌دهد که آموزش تأثیر بسیاری روی سلامت عمومی داشته است. حتی با بررسی انحراف استاندارد نیز این مطلب تأیید می‌شود، انحراف استاندارد پیش‌آزمون گروه

آزمایش به مراتب مقدار بالایی را نشان می‌دهد و پراکندگی داده‌ها در این مرحله زیاد است، اما پس از آموزش خودآگاهی هیجانی پراکندگی داده‌ها کمتر شده است. همان‌طور که انتظار می‌رود، پراکندگی داده‌ها در گروه کنترل پیش و پس از آزمون هم‌چنان مقدار بالایی را نشان می‌دهد. این تحقیق نشان داد زمانی که فرد احساس اضطراب و خطر می‌کند، از خود واکنش جنگ و گریز نشان می‌دهد، در این حالت، ذهن به دنبال مدارک و شواهد دیگری در زمینه‌ی خطر احتمالی می‌گردد و پس از یافتن جنبه‌های غیر واقعی منفی، این واکنش شدیدتر می‌شود. به منظور کنترل رفتار خود باید از خود انتظار مثبت داشت و انتظار مثبت از خود مستلزم خودآگاهی و خوداظهاری مثبت، ارتباط مثبت، تبدیل هر مشکل به یک فرصت، تأکید بر نقاط قوت، ذهنیت مثبت در روابط با دیگران و انتظار یک تجربه‌ی خوش در هر روز است. بنابراین فرضیه‌ی ۱ پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش خودآگاهی هیجانی بر اضطراب دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه تأیید شد.

نتایج به دست آمده از این پژوهش و نتایج تحقیقات انجام شده‌ی محققان دیگر (کیاروچی، ۲۰۰۸؛ آنگلاف، ۲۰۰۹؛ چین و سودهیر، ۲۰۱۰؛ کامپتون و همکاران، ۱۹۹۶) حاکی از این است که اضطراب، باعث از بین رفتن توازن عاطفی می‌شود، علاوه بر آن، موجب تغییرات فیزیولوژیکی در جسم و عدم تمرکز در شناخت و ترس در روند هیجان می‌شود و به طور کلی بر فرایندهای حیاتی اثر نامطلوب می‌گذارد، اما آموزش خودآگاهی هیجانی در این پژوهش و دیگر تحقیقات انجام شده‌ی فوق اضطراب را کاهش داده است. این تحقیق نشان داد که پایین بودن میزان خودآگاهی هیجانی با افسردگی نیز رابطه دارد. در مبحث رابطه‌ی خودآگاهی هیجانی با افسردگی، رسیدن به معیارهای شخصی، موضوع مهمی است.

افراد افسرده معمولاً مجموعه‌ای از تصورات بصری برای خود ایجاد می‌کنند، تصوراتی که معمولاً ساخته‌ی ذهن آنان است و خود نیز خبر ندارند که در حال تصویرسازی اند.

زمانی که به علت بروز یک رفتار نادرست، هویت و شخصیت فردی زیر سؤال می‌رود، تصویر ذهنی فرد در مورد خودش آسیب می‌بیند.

فردی توانمند است که نقاط مثبت خویش را بشناسد و توانمندی خود را برای انجام دادن کاری باور داشته باشد. خود باوری، اولین شرط لازم برای قبول مسئولیت‌های بزرگ و غلبه بر افسردگی است. بنابراین فرضیه‌ی ۲ پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش خودآگاهی هیجانی بر افسردگی دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه تأیید شد.

نتایج به دست آمده از این پژوهش و نتایج تحقیقات انجام شده‌ی دیگر محققان (ماورولی، ۲۰۰۷؛ آنگلاف، ۲۰۰۹؛ بریچارد، ۲۰۱۱) حاکی از این است که افسردگی، کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش عزت نفس، که از مؤلفه‌های خودآگاهی است، می‌شود و محیط زندگی را برای تجربه‌ی شکست، آماده می‌سازد. افراد افسرده عواطف مثبت ندارند، در طول افسردگی، فضایی آکنده از بی‌لذتی را تجربه می‌کنند، از هیچ شرایطی احساس رضایت نمی‌کنند و در دنیایی از ناکامی و انتخاب‌های ناخواسته به سر می‌برند.

آموزش خودآگاهی هیجانی یکی از روش‌های تأثیرگذار بر مؤلفه‌های سلامت عمومی (اضطراب و افسردگی) است. این موضوع علاوه بر پژوهش حاضر در مطالعات ماورولی و همکاران (۲۰۰۷)، جین و سودهیر (۲۰۱۰)، آنگلاف (۲۰۰۹)، بریچارد و همکاران (۲۰۱۱)، کیاروچی و همکاران (۲۰۰۸)، هرتن دویچ و هرتن (۲۰۰۳)، نیز گزارش شده است، که آموزش خودآگاهی هیجانی روی افزایش عملکرد اجتماعی، کاهش افسردگی، کاهش اضطراب، کاهش رفتارهای پرخطر، کاهش علائم بیماری و افزایش سلامت روانشناختی تأثیرگذار است و می‌تواند زندگی افراد را در مسیر یک زندگی سالم هدایت کند. بنابراین، برای رسیدن به زندگی سالم و حفظ سلامت روان نیاز است که افراد مهارت‌های هیجانی از جمله خودآگاهی هیجانی را آموزش ببینند تا با استفاده از این مهارت از حمایت

اجتماعی، احساس رضایتمندی، سلامت روانی برخوردار شوند (کوهسار، ۲۰۰۸).

آنچه مسلم است این است که خودآگاهی هیجانی، نوجوانان را در هر شرایطی که با مشکل مواجه شوند یاری می‌دهد، به گونه‌ای که آنها به یک توانایی روانی-اجتماعی دست یابند و بدین گونه بتوانند چالش‌ها و مشکلات هویتی خود را حل کنند. به همین جهت آموزش این مهارت در هر سطحی و هر شرایطی که نوجوانان قرار دارند، تأثیرگذار است، زیرا علاوه بر افزایش دانش و آگاهی نوجوانان، می‌تواند در تغییر نگرش منفی و ایجاد نگرش مثبت در آنها نیز تأثیرگذار باشد و آنها را برای زندگی سلامت‌تر آماده کند.

با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر «تأثیر آموزش خودآگاهی هیجانی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی (اضطراب و افسردگی) دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه» به مدارس و خانواده‌ها پیشنهاد می‌شود برای بهبود سلامت جسمانی و روانی نوجوانان به ویژه آن دسته از نوجوانانی که دچار تعارضات بیشتری هستند، از روش آموزش خودآگاهی هیجانی به عنوان یک روش درمانی استفاده کنند. همچنین، با تکیه بر یافته‌های حاصل مبنی بر «تأثیر آموزش خودآگاهی هیجانی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی (اضطراب و افسردگی) دانش‌آموزان دختر دوره‌ی متوسطه» به مراکز آموزشی و خانواده‌ها پیشنهاد می‌شود برای اصلاح نوجوانانی که قادر به مدیریت هیجان‌های خود نیستند، از روش آموزش خودآگاهی هیجانی استفاده کنند.

منابع

- استورا، جی، بی. (۹). *تنیدگی و استرس*. (مترجم، پ دادستان، ۱۳۷۷). تهران: رشد.
- برادبری ت، گریوزج. (۹). *آزمون هوش هیجانی*. (مترجم، م گنجی، ۱۳۸۴). تهران: انتشارات ساوالان.
- تاون اند انی. (۹). *اظهار وجود و ابراز قاطعیت*. (مترجم، مولا، ۱۳۸۶). تهران: انتشارات رسا.
- جعفرنژاد، پ. (۱۳۸۲). *بررسی رابطه‌ی بین پنج عامل بزرگ، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانشناختی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم د رسال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۲*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- حوزه‌ی مدیریت آموزش و پژوهش هلال احمر. (۱۳۸۸). *مجموعه‌ی مطالب دوره‌ی آموزشی ۴۰ ساعته مهارت‌های پایه‌ی داوطلبی*. اصفهان: انتشارات مؤسسه‌ی آموزش عالی علمی - کاربردی هلال احمر.
- دادستان، پ. (۱۳۷۷). *روان‌شناسی مرضی تحولی (از کودکی تا بزرگسالی)*. تهران: انتشارات سمت. چا پ اول.
- صالحی، و. (۱۳۸۸). *مدیریت هیجان‌ها و نقش آن در بهبود روابط بین والدین و نوجوانان. مجموعه مقالات همایش افزایش امنیت روانی با محوریت خانواده*. اصفهان: انتشارات کیاراد.
- شاملوس، س. (۱۳۷۲). *مکتب‌ها و نظریه‌های روانشناسی شخصیت*. تهران: انتشارات رشد.
- غضنفری، ا. (۱۳۸۰). *روانشناسی عمومی*. اصفهان: انتشارات مرکز فرهنگی شهید مدرس.
- مارانی، م. (۱۳۸۱). *هنجاریابی پرسشنامه‌ی هوش هیجانی در بین دانشجویان و دانش‌آموزان اصفهان*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان.
- هومن، ع. (۱۳۷۶). *هنجاریابی پرسشنامه‌ی سلامت روان در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم*. مؤسسه‌ی تحقیقات تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

Angelaf, S. (2009). Trait emotional intelligence and its relationship with problem behavior in hong adolescents. *Journal of personality and individual differences*, 43: 354-361.

Brejard, V. B. A., Pasquier, A., & Pedinieli, J. (2011). Symptomatologie depressive a l'adolescence: role de la personnalité et de la conscience emotionnell. *Journal of Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59: 157-162.

Ciarrochi, J., Kashdan, T., Lesson, p., Heaven, P., & Jordan, C. (2010). On being aware and accepting: A one_year longitudinal study into adolescent well_being. *Journal of adolescence*, 42: 390-398.

Ciarrochi, J., Heaven, P., & Supavadeeprasit, S. (2008). The link between emotion identification skills and socio emotional functioning in early adolescence: a one-year longitudinal study. *Journal of adolescence*, 31: 565-582.

Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, A., & Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of personality and Social psychology*, 71: 406-413.

Horton-Deutsch, S., & Horton, J. (2003). Mind fullness: overcoming interactable conflict. *Journal of Archives of psychiatric Nursing*, 32: 186-193.

Jain, M., & Suldhir, P. (2010). dimensions of perfectionism and perfection in social phobia. *Asian Journal of psychiatry*, 34: 216-221.

Koohsar, A., Roshan, R., & Asgharnejad, A. (2007). The comparative study of the relationship between emotional intelligence with mental health and academic achievement in shahed and non-shahed students of Tehran university. *Journal of psychology and education sciences*, 37: 97-111.

Mattews, G., Zeidne, R. M., & Roberts, D. (2002). *Emotional intelligence: science and myth*. Cambridge, MA: MIT press.

Mavroveli, S., Petrides, K., Rieff, C., & Bakker, F. (2007). Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer-rated social competence in adolescence. *British Journal of developmental psychology*, 25: 263-273.

Muriguchiy, Ohnishi, T., Lane, R., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., & Komaki, G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: An fmri study of mentalizing in alexithymia. *Journal of Neuro Image*, 32: 1472-1482.

Reed, G. P. (2009). Demystifying self-transcendence for mental health Nursing practice and research. *Journal of Archives of psychiatric*, 76: 234-242.