

اثر بخشی آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنبام

بر بهبود سلامت روانی زنان متقاضی طلاق

فیروزه زنگنه مطلق^۲

مریم جلالیان لرکی^۱

حمیدرضا مهاجرانی^۳

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۱۱/۰۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۰۱

چکیده

هدف پژوهش، بررسی اثر بخشی آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنبام بر بهبود سلامت روانی زنان متقاضی طلاق بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه تحقیق شامل ۳۰ نفر از زنان متقاضی طلاق بود که داوطلبانه از بین ۶۱ نفر از زنان متقاضی طلاق به عنوان جامعه مورد مطالعه، انتخاب، و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش طی هفت جلسه ۸۰ دقیقه‌ای مورد آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنبام قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه سلامت روان گلدنبرگ بود. داده‌ها با استفاده از روش آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیره) با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در فرضیه اصلی نشان داد آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنبام بر سلامت روانی زنان متقاضی طلاق اثربخشی معنی‌داری دارد. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد آموزش نیز بر مؤلفه‌های سلامت روانی (ضعف جسمانی، اضطراب و بیخوابی، کنش‌وری اجتماعی، افسردگی) اثربخشی معنی‌داری دارد. آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنبام می‌تواند با بهبود سلامت روانی زوجین به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید برای زنان متقاضی طلاق به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: ایمن‌سازی روانی مایکنبام، سلامت روانی، زنان متقاضی طلاق.

۱ - کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

۲ - نویسنده مسئول: استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

مقدمه

خانواده یکی از قدیمی ترین و انعطاف پذیرترین نهادهای اجتماعی در تاریخ بشری است. از زمان آغاز زندگی انسان، مردم خود را به صورت گروه‌های قومی یا خانوادگی در می‌آوردند تا از حمایت عاطفی، جسمی و اجتماعی برخوردار باشند. غالباً هر شخصی در خانواده رشد می‌کند و اغلب مردم، سرانجام خانواده خود را تشکیل می‌دهند. اصطلاح خانواده در هر یک از ما تصورات و باورهای متفاوتی را بر می‌انگیزد؛ زیرا همه ما تجربه‌های خیلی شخصی و منحصر به فردی از خانواده داریم. بیشتر آگاهی ما درباره خانواده از تجربیات رشدی ما در خانواده ریشه می‌گیرد. دو نفر انسان هرگز تجربه‌های خانوادگی دقیقاً یکسانی ندارند؛ حتی اگر هر دوی آنها در یک خانواده رشد کرده باشند. اگر چه در سالهای اخیر، افرادی از هم پاشیدگی نهاد خانواده را پیش‌بینی کرده‌اند، نه تنها این نهاد به حیات خود، بلکه همچنان به تغییر و رشد خود ادامه می‌دهد. ممکن است ساختار خانواده در مناطق مختلف جهان متفاوت باشد، اما ارزش آن تا کنون پایدار مانده است (السون، دفرین و السون^۱، ۱۳۹۱). از این رو برای پیشگیری از مشکلات اساسی نظام خانواده بویژه چارچوب زناشویی می‌توان از راهبرهای روانشناختی مثل آموزش فنون شناختی - رفتاری کمک گرفت. یکی از این فنون، آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنبام^۲ است. به نظر می‌رسد آموزش ایمن‌سازی روانی در مقابل تنش، جامعترین شکل درمان شناختی - رفتاری است. این نوع آموزش بیان‌کننده طرحی سنجیده و توجیه‌پذیر است. آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش شامل راهبردهای درمانی زیادی است که از بین آنها می‌توان بهترین و مؤثرترین شیوه را انتخاب کرد. مایکنبام (۱۳۷۶) روشهای ایمن‌سازی در مقابل فشار روانی را ابداع کرده که همتراز روانشناختی و رفتاری ایمن‌سازی در سطح زیستی است؛ به افراد فرصتهایی برای رسیدگی کردن به محرکهای تنشزای خفیف داده می‌شود تا بتدریج بتوانند محرکهای قویتر را تحمل کنند. این آموزش بر این فرض قرار دارد که ما با تغییر دادن باورها و خودگوییها در مورد عملکردمان در موقعیت‌های تنشزا می‌توانیم بر توانایی مقابله کردن خود با فشار روانی تأثیر بگذاریم. این فنون در سه مرحله (۱) مفهومی - آموزشی (۲) فراگیری و تحکیم مهارتها (۳) اجرا و به نتیجه رساندن، آموزش داده می‌شود (مایکنبام، ۲۰۰۷).

ایمن‌سازی در مقابل تنش همانند ایمن‌سازی در پزشکی بر پایه رویارویی با وضعیت تنشزا در

1 - Olson, Defrain & Olson

2 - Meihenbaum

فرد به منظور تشکیل پادتنهای روانشناختی یا مهارت‌های مقابله با فشار روانی به وجود آمده است. این رویکرد طی سه مرحله، آموزشهای لازم را به منظور کاهش و درمان تنش و مشکلات نزدیک و مرتبط با فشار روانی به مراجعان ارائه می‌کند که این مراحل به قوی شدن، تمرکز فرد در برقراری رابطه مبتنی بر همکاری، یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای و به عمل در آوردن راهبرهای یادگرفته برای کاهش و کنترل فشارهای روانی وارد شده منجر می‌شود. این مداخله نه تنها موجب رویارویی سودمند فرد با عوامل تنشزا می‌شود بلکه افراد را به منظور رفتار موفقیت‌آمیز در برخورد با موقعیت فشارزا قوی می‌کند (مایکنبام، ۱۹۷۴). از این رو می‌توان گفت ازدواج به خودی خود اثر حفاظتی بر بقا و مزایای اقتصادی، اجتماعی در طول وضعیت زناشویی دارد و به طور سنتی یکی از ارزشمندترین نهادهای اجتماعی به شمار می‌رود. وضعیت اجتماعی، سلامت روانی و جسمانی، زیبایی و رفتارهای متناسب برای طول عمر ازدواج مثبت است. این کیفیت نشان‌دهنده چشم‌انداز بقای بیشتر نسبت به ازدواج است. بیشتر موفقیت افراد در روابط زناشویی تحت تأثیر کیفیت این صفات در جذب هر چه بهتر شریک زندگی در روابط زناشویی است (گلتلی و استورمر^۱، ۲۰۱۷). روابط عاشقانه و صمیمی زناشویی می‌تواند رضایت‌بخشترین زندگی زناشویی را به ارمغان آورد؛ اما زمانی که توانایی در بازی نقش و کاهش صمیمیت به وجود آید به نارضایتی و سرخوردگی زناشویی منجر می‌شود. در سال ۲۰۱۰ سامانه مرکز آمار ملی آمریکا نشان داد بیش از ۲/۲ میلیون زوج در هر سال ازدواج می‌کنند که در حدود ۹۴۴ هزار نفر از آنها به ناپایداری ازدواج و طلاق زناشویی منجر شده است (سالازار^۲، ۲۰۱۵).

در آغاز روابط پایدار، تقریباً همه زوجها گزارش سطح بالایی از رضایت و پایداری را گزارش می‌کنند؛ با این حال، میانگین سطح پایداری و رضایت از روابط زناشویی به طور معمول در هر ده سال یک سال کاهش می‌یابد؛ با وجود این پس از تولد فرزند اول، میزان طلاق افزایش می‌یابد؛ اما بسیاری دیگر از زوجها حدود ۱۰ تا ۲۵ درصد با اینکه دارای ازدواج پایداری هستند از زندگی زناشوی به دلایل مختلف، نظیر پیامدهای مالی، شخصی و انتظارات فرهنگی ناراضی هستند (هالویگ و ریچتر^۳، ۲۰۱۰). ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که اعضای آن زیر فشارهای گوناگون محیطی و خانوادگی دچار مشکلات اساسی در چارچوب خانوادگی می‌شوند که یکی

از آنها طلاق است. طبق گزارش مرکز ملی آمار و ارقام بهداشتی امریکا در چهل سال گذشته، شمار روابط منجر به طلاق تقریباً سه برابر شده است به طوری که سالانه یک میلیون کودک امریکایی در پی طلاق والدینشان شاهد از هم‌پاشیدگی خانواده‌شان هستند. در ایران نیز از هر ۱۰۰۰ ازدواج حدود ۲۷۴ مورد تا سال ۱۳۸۷ به طلاق منجر شده است که این آمار در سال ۱۳۹۳ به تعداد ۱۶۳۷۶۵ نفر در جمعیت کل کشور ایران رسیده است (حسن‌زاده لیف شاگرد، ترخان و تقی‌زاده، ۱۳۹۳). طلاق و جدایی مهمترین عامل از هم‌گسیختگی ساختار بنیادین بخش جامعه یعنی خانواده است. طلاق در لغت به معنی رها شدن از عقد نکاح و پدیده‌ای است قراردادی که به زن و مرد امکان می‌دهد تا وضعیت پیوند زناشویی را بگسلند و از یکدیگر جدا شوند. آثار و زیانهای جدایی زن و شوهر با اقدام به طلاق رو به افزایش است و بیش از همه چیز سلامت روانی افراد جامعه را تهدید می‌کند. طلاق و فروپاشی زندگی به برهم خوردن تعادل روانی - عاطفی افراد خانواده منجر می‌شود و از آنجا که خود تنش بسیار شدیدی است، ابتلا به اختلالات روانی بویژه برای زنان بسیار محتمل است که ظرافت عاطفی، صفت شاخص تشکیل‌دهنده شخصیت آنان است (ملک محمودی الیگودرزی، ۱۳۹۰).

در این سو سلامت روانی نسلهای جامعه در گرو تأمین سلامت روانی خانواده به عنوان کانونی مملو از محبت و آرامش برای تحول در رشد استعدادها است که هر گونه آسیبی به آن، نسل آینده را از آثار بد خود مصون نخواهد گذاشت و سازمانهای اجتماعی زیادی را درگیر خود خواهد ساخت. عوامل گوناگونی سلامت روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این زمینه مطالعات بسیار نشان داده است که بسیاری از مشکلات بهداشتی و اختلالات روانی ریشه اجتماعی دارد. یکی از این مسائل، طلاق است که متأسفانه در سالهای اخیر با افزایش آمار روز افزون آن، این مسئله به مشکل مهم اجتماعی تبدیل شده است (الیسون، آنتونی، گلن و مارکاردت^۱، ۲۰۱۱). بنابراین از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف، سلامت روانی آن جامعه است، سازمان بهداشت جهانی^۲ از سال ۱۹۴۶ میلادی برای سلامت تعریف سه بعدی زیستی، روانی و اجتماعی را بیان کرده که در بیشتر کشورها از جمله کشور ما کمتر به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت توجه شده است. این سازمان به نقش ۰/۸۵ درصدی عوامل روانی، اجتماعی تأثیر گذار بر سلامت اشاره کرده است (نوریالا، ۲۰۱۱).

1 - Ellison, Anthony, Glenn & Marquardt
2 - World Health Organization

امروزه تعداد زنانی که در شرف از دست دادن همسران خود بر اثر طلاق هستند و مجبورند به تنهایی مسئولیت فرزندان را به عهده بگیرند، افزایش یافته است. این زنان به دلیل فشارهای اجتماعی و اقتصادی احساس درماندگی می کنند و به رغم حمایت مالی دولتی و غیر دولتی اغلب زندگی محدود و دردناکی دارند و ویژگیهای منفی زندگیشان موجب عدم شادی و احساس افسردگی آنان می شود و در نهایت سلامت روانی این افراد را کاهش می دهد (بالکان^۱، ۲۰۱۵).

سلامت روانی در گذشته به عنوان عدم پریشانی روانی مطرح بود؛ اما در طول زمان این اصطلاح به بهزیستی روانشناختی تغییر کرده است که جنبه های مثبت زندگی را در بر می گیرد به صورتی که چیزی بیش از عدم پریشانی روانی است و سعی می کند توجه خود را به مشکلات روانی معطوف نسازد و بیشتر بر جنبه های مثبت زندگی تأکید کند. از مدتها پیش این علم به کشف عواملی علاقه مند بوده است که کنش وری مثبت روانشناختی را به ارمغان آورد که شامل مفاهیم عمده توانمندسازی، مثبت اندیشی، امید به زندگی، هدفمند بودن در زندگی و سامانه های منابع مبتنی بر سلامت روانی است (مو^۲، ۲۰۱۲). سلامت روانی ناکامل، وضعیتی است که در آن فرد دچار بیماری روانی است و واجد سطوح پایین بهزیستی اجتماعی، روانشناختی و هیجانی است. بیماری روانی کامل نشانگانی است که ترکیبی از سطوح پایین نشانه های بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی است. افراد در حال پژوهش از ناامیدی خاموشی رنج می برند که ثمره نبود معنا، هدف و هر چیز مثبت دیگری در زندگی آنان است. پژوهشگر عارضه نادیده گرفته شده ای است که در اصل نقطه مقابل سلامت روان است. افراد در حال پژوهش ساکن خالی و پوچ هستند؛ اما افراد در حال شکوفایی برای زندگی شور و اشتیاق دارند و به صورت فعال و مولد درگیر جامعه و افراد دیگر می شوند (کیز و ریف، ۲۰۰۳). بنا به این مراتب و با توجه به رشد روز افزون پدیده طلاق و پیامدهای ناشی از آن، پرداختن به این موضوع و بررسی آن از جوانب مختلف، مهم و ضروری است؛ هم چنانکه پژوهشگران طی سالهای گذشته در پی مطالعه علمی تأثیر فنون شناختی - رفتاری بر سلامت روانی خانواده بوده اند. امیری و آقایی (۱۳۹۰) در بررسی خود نشان دادند ایمن سازی روانی در مقابل تنش بر نشانه های اختلال جسمانی کردن بیماران مؤثر است. غلامی و بشیلده (۱۳۹۰) در مطالعه خود نشان دادند معنویت درمانی بر سلامت روانی زنان مطلقه تأثیر معنی داری دارد و باعث می شود که فشار استرس و اضطراب ناشی از پدیده طلاق را

دفع کنند. مظلوم، دربان و کاشانی لطف آبادی (۱۳۹۱) در مطالعه خود نشان دادند آموزش ایمن‌سازی روانی در برابر تنش به بهبود کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش روان منجر می‌شود. غلامی، بشیلده و رفیعی (۱۳۹۱) در مطالعه خود نشان دادند تئاتر درمانی، سلامت روانی زنان مطلقه را بهبود می‌بخشد. دربان و مظلوم (۱۳۹۲) در مطالعه خود نشان دادند که مهارت‌های مقابله با تنش و ایمن‌سازی در مقابل تنش به بهبود سلامت عمومی در پرستاران منجر می‌شود. حسن‌زاده لیف شاگرد و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود نشان دادند آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنش به کاهش فشار روانی و اضطراب در زنان باردار با سابقه ناباروری منجر می‌شود. نیک‌آمال، یارمحمدی، شادمانفر و زنگنه (۱۳۹۲) در مطالعه خود نشان دادند آموزش مقابله با اضطراب، افسردگی و حساسیت بین فردی بر سلامت روانی زنان میانسال تأثیر مثبتی دارد. فانگ لی، چیکو، ویچین و رانگ وانگ^۱ (۲۰۱۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آموزش ایمن‌سازی روانی به کاهش فرسودگی شغلی و فشار روانی در پرستاران منجر می‌شود. لی، هن، لی، چوی، یوک و ساه^۲ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای نشان دادند مدیریت تنش همراه با دارو درمانی بر سلامت روانی بیماران دارای اختلال اضطرابی مؤثر است. ویکراما، فریدریگ، رند، کونگر و ادلر^۳ (۲۰۰۶) در مطالعه خود نشان دادند وجود فشارهای کنترل نشده مالی و رفاهی به کاهش سلامت عمومی زنان و طلاق در خانواده منجر می‌شود. میچلسن و گروسمن، لهمانن، کانلوچ، پاول و مایوس^۴ (۲۰۰۵) در مطالعه خود نشان دادند ایمن‌سازی در مقابل تنش به بهبود کیفیت زندگی و افزایش سلامت روانی بیماران قلبی منجر می‌شود.

بنابراین با توجه به میزان روز افزون طلاق و افزایش مراجعات زوجین ناسازگار به مراکز مشاوره خانواده، ضرورت تنظیم مداخلات شناختی - رفتاری نظیر ایمن‌سازی روانی را به منظور کاهش تنش و آمار طلاق مؤثر بر این گروه را خاطر نشان می‌سازد. بنابراین در این پژوهش با در نظر گرفتن قدرت فشار روانی زناشویی در پیش‌بینی قوی موقعیت زناشویی زنان کشورمان و نیز محدودیت پژوهشها در زمینه اثربخشی ایمن‌سازی روانی مایکنبام بر سلامت روانی زوجین متقاضی طلاق، پژوهشگر را بر آن داشت تا به بررسی اثر بخشی ایمن‌سازی روانی مایکنبام بر سلامت روانی زنان متقاضی طلاق بپردازد.

1 - FangLee, Chi Kuo,Wei Chien & Rung Wang

2 - Lee, Ahn, Lee, Choi, Yook & Suh

3 - Wickrama et al

4 - Grossman, Lehmann, Knoblauch, Paul & Moebus

روش

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل (گواه) بود که متغیر مستقل آن آموزش ایمن سازی روانی مایکنبام و متغیر وابسته آن نمره‌های آزمودنیها در پرسشنامه سلامت روان گلدنبرگ^۱ (۱۹۷۲) بود. جامعه آماری شامل تمام زنان مراجعه کننده به مرکز کاهش طلاق امید شهر اصفهان در ماه‌های بهمن و اسفند سال ۱۳۹۴ با حجم ۶۱ نفر بود که به صورت نمونه گیری داوطلبانه به عنوان نمونه انتخاب شدند؛ یعنی پس از مشخص شدن حجم جامعه ۳۰ نفر از مراجعه کنندگان داوطلبانه حاضر به شرکت در پژوهش شدند و به صورت تصادفی ساده در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. قبل از آموزش از گروه آزمایش و گروه کنترل بر اساس پرسشنامه سلامت روان گلدنبرگ پیش آزمون به عمل آمد؛ سپس گروه آزمایش در معرض آموزش روش ایمن سازی روانی مایکنبام طی هفت جلسه ۸۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و پس از پایان جلسات آموزش توسط پژوهشگر، پس آزمون با استفاده از پرسشنامه سلامت روان از گروه آزمایش و کنترل به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. ابزار این پژوهش، پرسشنامه سلامت روان گلدنبرگ (۱۹۷۲) بود. پرسشنامه سلامت روانی توسط گلدنبرگ در سال ۱۹۷۲ به منظور تشخیص اختلالهای خفیف روانی تهیه شده است. این پرسشنامه چهار مقیاس دارد: نشانه‌های بدنی^۲، اضطراب و بی خوابی^۳، نارسانگی اجتماعی^۴ و افسردگی^۵ که از مجموع نمره‌ها یک نمره کلی سلامت روانی به دست می آید. روش نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که نمره ۰، ۱، ۲، ۳ تعلق می گیرد. در نتیجه نمره فرد در هر یک از خرده مقیاسها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمره زیاد نشان دهنده عدم سلامت روانی است. (بهمنی و عسگری، ۱۳۸۵) نشان دادند میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس نشانه‌های جسمی ۰/۸۵، اضطراب و بیخوابی ۰/۷۸، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی و خیم ۰/۹۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۵ است. تقوی (۱۳۸۰) به منظور تعیین اعتبار این پرسشنامه از سه روش باز آزمایی، دو نیمه سازی و ثبات درونی استفاده کرد. نتایج با

1 - General Health questionnaire'goldenberg

2 - Comatic symptom

3 - Anxiety & sleep disorder

4 - Sociol Function

5 - Depression symptoms

روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمونه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ بود. به علاوه نتایج با روش تنصیفی برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای خرده آزمونه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ بود. به منظور سنجش ثبات درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای خرده آزمونه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۴، ۰/۶۱ و ۰/۸۸ بود. آموزش ایمن‌سازی روانی در مقابل تنش رویکردی درمانی است که توسط مایکنبام (۱۹۷۴) ارائه شده است. این رویکرد طی سه مرحله آموزشهای لازم را به منظور بهبود سلامت روانی به مراجعان ارائه می‌کند که این سه مرحله عبارت است از: ۱- مفهوم سازی ۲- اکتساب و تمرین مهارتها ۳- کاربرد (مایکنبام، ۱۳۸۶). گروه آزمایش در معرض آموزش روش ایمن‌سازی روانی مایکنبام طی شش جلسه ۸۰ دقیقه‌ای قرار گرفت.

جدول ۱: شرح جلسات

جلسات	عنوان جلسات	شرح مختصر
اول	چگونگی اجرای پژوهش و معارفه اعضا با هم	اجرای پرسشنامه سلامت روانی
دوم	مفهوم‌سازی و آماده شدن برای موقعیت تنشزا	هدف استحکام بخشیدن به رابطه مبتنی بر همکاری و درک بهتر فشار روانی و به دست آوردن آمادگی در موقعیت‌های تنشزا
سوم	مقابله با محرک تنشزا و کنار آمدن با آن	مرور تکالیف جلسه قبل، تأکید اصلی بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای که یاد بگیرند زمانی که من در خانه عصبی می‌شوم، رفتار خود را کنترل کنم؛ آموزش خودکنترلی و شیوه‌های درست عمل کردن
چهارم	مقابله با احساس تحریک شدن به وسیله موقعیت تنشزا	مرور تکالیف جلسه قبل. در این مرحله آزمودنی یاد می‌گیرد که در موقعیتی که مشکل به وجود می‌آید و به مشاخره تبدیل می‌شود، رفتار خود را کنترل کند. مقابله با احساس برانگیختگی منفی و مشکل ساز
پنجم	تقویت خود پس از موفقیت در کنترل خویشتن در حضور محرک تنشزا	زمانی که آزمودنی از پس موقعیت تنشزا بر آمد به خودش بگوید که کار خوبی را انجام داده است. تقویت رفتار مناسب با کلماتی که من توانایی کنترل و حل مشکلات را دارم.
ششم	مرور مطالب جلسه قبل	بررسی میزان کارایی مهارت‌های آموخته شده و تقویت رفتار مناسب در موقعیت تنشزا
هفتم	اجرای پس آزمون	بررسی میزان اثربخش بودن فنون، شناسایی کردن موانع اجرایی، ارائه راه‌حلهای مناسب و مفید برای حذف موانع، ارائه پس آزمون و اختتام جلسات برای همیشه

یافته‌ها

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین، انحراف معیار و برای تعیین آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنام بر سلامت روانی زنان متقاضی طلاق از آزمون تحلیل کوواریانس^۱ با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده شد. لازم به ذکر است که فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره، آزمون لوین برای فرض همگن بودن واریانسها، آزمون شاپرو - ولیک و شیب رگرسیون رعایت شد. داده‌های جمعیت شناختی شامل ۳۳/۳۳ درصد (ده نفر) با تحصیلات دیپلم، ۱۶/۷ درصد (۵ نفر) با تحصیلات کاردانی، ۴۰ درصد (۱۲ نفر) با تحصیلات کارشناسی و بیشترین فراوانی افراد نمونه، ۶/۷ درصد (۲ نفر) با تحصیلات ارشد و ۳/۳ درصد (۱ نفر) با تحصیلات دکتری و کمترین فراوانی در افراد نمونه هستند. هم‌چنین ۱۶/۷ درصد (۵ نفر) دارای ۱۸ تا ۲۲ سال، ۴۳/۳ درصد (۱۳ نفر) دارای ۲۳ تا ۲۶ سال و بیشترین فراوانی در افراد نمونه، ۲۶/۷ درصد (۸ نفر) دارای ۲۷ - ۳۱ سال و ۱۳/۳ درصد (۴ نفر) دارای بیش از ۳۱ سال با کمترین فراوانی در افراد نمونه هستند. ۴۶/۷ درصد افراد (۱۴ نفر) دارای طبقه اجتماعی پایین با بیشترین فراوانی در افراد نمونه، ۲۶/۷ درصد (۸ نفر) دارای طبقه اجتماعی متوسط و ۲۶/۷ درصد (۸ نفر) دارای طبقه اجتماعی بالا هستند. اطلاعات جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های مؤلفه‌های سلامت روانی در گروه‌های کنترل و آزمایش، در پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد. بر اساس این اطلاعات میانگین نمره‌های مؤلفه‌های سلامت روانی (ضعف جسمانی، اضطراب و بیخوابی، ناکنش‌وری اجتماعی و افسردگی) در زنان متقاضی طلاق در گروه آزمایش کاهش یافته است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های مؤلفه‌های سلامت روان در گروه کنترل و گروه آزمایش

گروه	شاخص	تعداد		ضعف جسمانی		اضطراب و بیخوابی		ناکنش‌وری اجتماعی		افسردگی		سلامت روانی (کل)	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
کنترل	میانگین	۱۴/۹۳	۱۵/۳۳	۱۶/۲۰	۱۵/۳۰	۱۶	۱۵	۱۶/۴۰	۱۶/۲۶	۶۳/۰۴	۶۳/۵۳		
	انحراف معیار	۲/۴۹	۱/۷۵	۲/۳۳	۲/۲۶	۲/۹۴	۲/۵۲	۲/۴۴	۱/۷۵	۶/۱۳	۵/۳۹		
آزمایش	میانگین	۱۶/۲۱	۹/۳۳	۱۶/۰۶	۷/۴۰	۱۶	۸	۱۶/۲۰	۸/۰۶	۶۴/۲۶	۳۳/۲۷		
	انحراف معیار	۲/۰۶	۲/۴۳	۱/۷۹	۱/۲۴	۲/۴۷	۱/۳۵	۲/۵۹	۱/۰۹	۵/۳۲	۲/۸۴		

جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمره‌های مؤلفه‌های «ضعف جسمانی، اضطراب و بیخوابی، ناکنش‌وری اجتماعی، افسردگی و سلامت روانی کل» پیش‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تقریباً برابر است؛ اما میانگین نمره‌ها در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کمتر است؛ لذا کاهش چشمگیر میانگین نمره‌ها در پس‌آزمون گروه آزمایش، نشان‌دهنده اثربخشی آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنبام بر بهبود سلامت روانی زنان متقاضی طلاق است. در جدول ۳ نتایج آزمون شاپیرو - ویلک و آزمون لوین به منظور عادی بودن داده‌ها انجام شد.

جدول ۳: پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس برای متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	گروه	عادی بودن داده‌ها (شاپیرو - ویلک)		همگونی واریانس‌ها (لوین)	
		آماره شاپیرو - ویلک	سطح معنی‌داری	آماره لوین	سطح معنی‌داری
ضعف جسمانی	کنترل	۰/۹۶۷	۰/۸۱۰	۰/۱۲۳	۰/۷۵۸
		۰/۹۱۱	۰/۱۴۱		
	آزمایش	۰/۹۰۵	۰/۱۱۳		
		۰/۸۰۴	۰/۵۱۲		
اضطراب و بیخوابی	کنترل	۰/۸۹۷	۰/۷۶۳	۰/۶۶۲	۰/۴۲۳
		۰/۹۸۲	۰/۰۸۳		
	آزمایش	۰/۹۵۱	۰/۵۶۱		
		۰/۹۵۴	۰/۵۸۴		
ناکنش‌وری اجتماعی	کنترل	۰/۹۸۲	۰/۹۷۲	۰/۶۴۹	۰/۰۵۴
		۰/۹۷۷	۰/۹۴۵		
	آزمایش	۰/۹۵۳	۰/۸۵۰		
		۰/۹۲۹	۰/۲۶۱		
افسردگی	کنترل	۰/۹۳۱	۰/۲۷۸	۰/۰۵۵	۰/۱۵۹
		۰/۹۴۲	۰/۴۰۲		
	آزمایش	۰/۸۷۶	۰/۱۴۲		
		۰/۹۲۴	۰/۲۱۸		
سلامت روانی (کل)	کنترل	۰/۹۰۸	۰/۱۲۶	۹	۰/۰۶۰
		۰/۹۱۶	۰/۱۶۶		
	آزمایش	۰/۹۲۱	۰/۱۹۷		
		۰/۹۲۳	۰/۲۱۲		

نتایج آزمون شاپیرو - ولیک و آزمون لوین در جدول ۳ نشان می‌دهد که داده‌های مؤلفه سلامت روانی زنان متقاضی طلاق در تحقیق از ($P > 0/05$) بزرگتر است. بنابراین می‌توان گفت که توزیع داده‌ها طبیعی است. در جدول ۴ برای مشخص شدن همگنی داده‌ها از آزمون شیب رگرسیون استفاده شد.

جدول ۴: شیب رگرسیون «تعامل بین متغیر مستقل و همپراش»

منبع کنترل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه ضعف جسمانی	۲۹۳/۲۸۸	۲	۱۴۶/۶۴۴	۵۳/۳۵۲	۰/۱۴۶
گروه اضطراب و بیخوابی	۵۶۰/۷۴۴	۲	۲۸۰/۳۷۲	۱/۲۶۴	۰/۱۱۱
گروه ناکنش‌وری اجتماعی	۴۶۸/۲۹۶	۲	۲۳۴/۱۴۸	۱/۷۳۰	۰/۱۱۷
گروه افسردگی	۵۴۳/۳۳۰	۲	۲۷۱/۶۶۵	۱/۰۲۳	۰/۱۲۴
گروه سلامت روانی	۶۸۳۵/۱۲۶	۲	۳۴۱۷/۵۶۳	۲/۱۱۵	۰/۲۱۴

نتایج آزمون شیب رگرسیون نشان می‌دهد، با توجه به ضرایب F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش آزمون در هیچ یک از متغیرها معنادار نیست ($P > 0/05$). در نتیجه تفاوت معنی‌داری بین ضرایب رگرسیون بین متغیرهای وابسته و همپراش در دو گروه مشاهده نمی‌شود و فرض همگنی ضرایب رگرسیون برای تمامی مقیاس‌ها برقرار است. به همین دلیل در جدول ۵ برای آزمون فرضیه‌ها و دیگر مراحل آزمونهای آماری از روش آمار پارامتریک (تحلیل کوواریانس) بهره گرفته شد.

جدول ۵: آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی تأثیر آموزش ایمن سازی روانی مایکنبام بر مؤلفه‌های

سلامت روان

مقوله‌ها	شاخصها	درجه آزادی (۱)	درجه آزادی (۲)	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
ضعف جسمانی		۱	۲۷	۲۹۰/۸۱۰	۱۲۳/۰۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲۰
اضطراب و بیخوابی		۱	۲۷	۴۹۴/۶۶۳	۲۰۵/۲۰۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۴
ناکنش‌وری اجتماعی		۱	۲۷	۳۸۸/۸۰۰	۳۸۸/۸۹۴	۰/۰۰۰	۰/۸۹۲
افسردگی		۱	۲۷	۱۲۸/۰۹	۴۹۳/۸۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳۹
سلامت روانی (کل)		۱	۲۷	۶۶۲۸/۶۲۴	۱۲۳۸/۶۲۹	۰/۰۰۰	۰/۹۷۹

همان گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین آزمودنیهای گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر مؤلفه‌های ضعف جسمانی ($F = 123/012$ و $P < 0/001$)، اضطراب و بیخوابی ($F = 205/208$ و $P < 0/001$)، ناکنش‌وری اجتماعی ($F = 388/894$ و $P < 0/001$)، افسردگی ($F = 493/813$ و $P < 0/001$) و سلامت روانی (کل) ($F = 1238/629$ و $P < 0/000$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرض صفر رد، و فرض تحقیق تأیید می‌شود؛ به عبارت دیگر آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنبام بر سلامت روانی (کل) و مؤلفه‌های ضعف جسمانی، اضطراب و بیخوابی، ناکنش‌وری اجتماعی و افسردگی زنان متقاضی طلاق اثر بخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش، اثربخشی آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنبام بر بهبود سلامت روانی زنان متقاضی طلاق بود. در کنار سلامت روانی (کل)، اثربخشی این شیوه بر نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بیخوابی، ناکنش‌وری اجتماعی و افسردگی زنان متقاضی طلاق نیز به گونه جداگانه مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که ایمن‌سازی روانی مایکنبام به گونه معناداری میزان نمره‌های سلامت روانی زنان متقاضی طلاق را کاهش داده است که نشان‌دهنده اثربخشی آموزش است. نتایج مربوط به نمره پرسشنامه سلامت روانی نشان می‌دهد که نمره آزمودنیها در پس آزمون گروه آزمایش به گونه معنادارتری از پیش آزمون آنها کمتر است، که فرضیه‌های فرعی و فرضیه اصلی پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. یافته‌ها با نتایج پژوهش، نیک‌آمال و همکاران (۱۳۹۲) حاکی از تأثیر مهارت‌های مقابله با اضطراب، افسردگی و حساسیت بین فردی بر سلامت روانی زنان میانسال بود، پژوهش حسن‌زاده لیف شاگرد و همکاران (۱۳۹۲) مبنی بر تأثیر ایمن‌سازی روانی بر تنش ادراک شده در زنان باردار با سابقه ناباروری بود، تحقیق نریمانی، حسم‌زاده و ابوالقاسمی (۱۳۹۱) حاکی از اثربخشی ایمن‌سازی روانی مایکنبام بر کاهش تنش، اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر بود، کار صادقی، نریمانی و رجیبی (۱۳۹۱) حاکی از اثر بخشی مهارت‌های مقابله با تنش بر بهبود سلامت روانی دانشجویان بود، پژوهش امیری و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر تأثیر آموزش تلقیح تنش (SIT) بر ضعف جسمانی از مؤلفه‌های سلامت روانی افراد دیابتی بود، پژوهش مظلوم و همکاران (۱۳۹۰) حاکی از تأثیر آموزش ایمن‌سازی در برابر فشار روانی بر وضعیت جسمانی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی افراد نمونه بود، کار بالکان

(۲۰۱۵) مبنی بر تأثیر مهارت‌های زندگی (مقابله با فشار روانی) بر سلامت روانی زنان مطلقه بود که دوباره به ازدواج اقدام کرده‌اند، پژوهش فانگ لی و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر تأثیر ایمن‌سازی روانی بر کاهش فرسودگی و تنش شغلی در محیط کار زنان پرستار بود، کار حسوندی، ولی‌زاده، مهربابی‌زاده هنرمند و محمد اسماعیلی (۲۰۱۳) حاکی از تأثیر مدیریت تنش بر سلامت عمومی زنان مطلقه بود، پژوهش سونگ (۲۰۰۹) حاکی از تأثیر ۱۶ هفته‌ای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر سلامت جسمی و روانی (عزت نفس و افسردگی) در زنان بود و تحقیق ویلز و پارسکوا (۲۰۰۷) مبنی بر اثربخشی برنامه مداخله‌ای گروهی شناختی - رفتاری بر بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی همسران بیماران سکته مغزی بود، همسو است.

بنابراین رؤیای غالب افرادی که ازدواج می‌کنند، گذراندن تمام اوقات زندگی با شریکی است که با آنها عهد بسته‌اند تا بقیه عمرشان را در کنار هم سپری کنند؛ اما اقدام به طلاق و از هم پاشیدگی کانون خانواده مشکلی اجتماعی است که پیامدهای آن از مشکلات اساسی جامعه کنونی به‌شمار می‌رود. جامعه ما نسبت به زنان مطلقه پیشداوری منفی دارد. قریب ۹۰ درصد زنان مطلقه امکان ازدواج مناسب را ندارند (ملک محمودی الیگودرزی، ۱۳۹۰). نقش اصلی ازدواج و دیگر روابط بلند مدت عاشقانه زوجین را قادر می‌سازد تا نقش مهمی در سلامت روانی همدیگر ایفا کنند و بر عکس، سلامت روانی فرد می‌تواند بر کیفیت روابط عاشقانه تأثیر بگذارد؛ اما اگر این روابط به انحلال تبدیل شود، سلامت روانی نیز تغییر می‌کند؛ زیرا طلاق چه توافقی و چه غیر توافقی بر سلامت روانی زنان تأثیراتی دارد و به ناهنجاریهای روانی منجر می‌شود و بیشتر زمینه افسردگی، اضطراب و ناکنش‌وری و ضعف جسمانی را فراهم می‌کند؛ زیرا پایان دادن به زندگی مشترک، خلق افسرده را به وجود می‌آورد و موجب کاهش انرژی، احساس لذت نبردن از فعالیت‌های زندگی و در نتیجه ضعف عملکرد فردی و اجتماعی فرد می‌شود و سلامت روانی فرد را تهدید می‌کند (بریتھویت و هولت - لانستد، ۲۰۱۷). اقدام به طلاق در زندگی هر فردی نقطه‌ای منفی و ضعف به‌شمار می‌رود؛ بنابراین با اینکه تمامی جوامع ازدواج را یکی از عوامل سلامت روانی جامعه می‌دانند، چنانچه زندگی زناشویی شرایط نامساعدی را برای ارضای نیازهای روانی همسران ایجاد کند نه تنها سلامت روانی تحقق نمی‌یابد، بلکه اثری منفی و گاه جبران‌ناپذیر را به جا خواهد گذاشت که ممکن است هنگام طلاق و یا بعد از طلاق نیز ادامه یابد. بنابراین طلاق پیامدهایی همچون احساس ناامیدی، غم و اندوه، درد و تهایی به عنوان نتیجه جدایی، تغییر، عدم قطعیت، و اخلال در نظم زندگی را به دنبال دارد و شدت این مشکلات در طول جدایی و بعد از

این روند تجربه خواهد شد و در نهایت به از دست رفتن عزت نفس و کاهش سلامت روانی فرد منجر خواهد شد (ویتن، ۲۰۰۸، به نقل از بالکان، ۲۰۱۵). در این میان بیشتر از همه زنان هستند که از اقدام به طلاق آسیب می‌بینند که اگر بتوان مهارت‌های روانشناسانه و مددکارانه را برای این افراد به کار برد، می‌توان از به وجود آمدن مشکلات روانی و یا حتی از جدایی زوجین پیشگیری کرد که یکی از این فنون می‌تواند ایمن‌سازی روانی مایکنبام باشد؛ لذا چون زنانی که به طلاق اقدام می‌کنند، بیشتر به دلیل ناتوانی در مقابل فشارهای روانی زناشویی است، وقتی این افراد تحت درمان این گونه آموزشها قرار می‌گیرند، می‌توانند بر فشارهای روانی زندگی غلبه کنند و از زندگی زناشویی خود لذت ببرند؛ هم چنانکه نتیجه این پژوهش نشان داد که آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنبام می‌تواند بر سلامت روانی زنان متقاضی طلاق تأثیر مثبت معنی‌داری بگذارد. این پژوهش بسان مطالعات پیشین محدودیتهایی اعم از محدود بودن آموزش ایمن‌سازی روانی مایکنبام به زنان متقاضی طلاق شهر اصفهان بود که در تعمیم نتایج به دیگر شهرها باید محتاط بود. از این رو با توجه به اهمیت فوق‌العاده سلامت روانی بین اقشار جامعه بویژه زنان متقاضی طلاق، کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های ایمن‌سازی روانی مایکنبام پیشنهاد می‌شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود پژوهشهای آینده در حجم بزرگتری انجام شود تا نتایج با اطمینان بیشتری به جامعه تعمیم داده شود.

منابع

- السون، دیویداج؛ دفری، جان؛ السون، ایمی کی (۱۳۹۱). مهارت‌های ازدواج و ارتباط زناشویی کارآمد. ترجمه احمدرضا بحیرایی و نادر فتحی. تهران: روانشناسی و هنر. تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰.
- امیری، محمد؛ آقایی، اصغر (۱۳۹۰). تأثیر آموزش ایمن‌سازی روانی در مقابل استرس بر علائم اختلال جسمانی بیماران دیابتی. رویکردهای نوین آموزشی. س ۶. ش ۱: ۶۱ - ۷۴.
- بهمنی، بهمن؛ عسگری، علی (۱۳۸۵). هنجارهای ملی و ارزیابی شاخصهای روانسنجی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای دانشجویان علوم پزشکی ایران. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان ایران.
- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). مجله روانشناسی. س ۵. ش ۴: ۳۸۵ - ۳۹۵.

- حسن‌زاده لیف شاگرد، منیره؛ ترخان، مرتضی؛ تقی‌زاده، محمد احسان (۱۳۹۲). اثربخشی ایمن‌سازی مقابل استرس بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری. **پرستاری و مامایی جامعه نگر**. س ۲۳. ش ۲: ۲۷ - ۳۴.
- دریان، فاطمه؛ مظلوم، سیدرضا (۱۳۹۲). بررسی تأثیر برنامه مهارت‌های مقابله با استرس و ایمن‌سازی در مقابل استرس منجر به بهبود سلامتی عمومی در پرستاران. **مجله علوم پزشکی کرمان**. دوره ۱۸: ۶۴ - ۷۴.
- صادقی موحد، فریبا؛ نریمانی، محمد؛ رجبی، سوران (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر وضعیت سلامت روانی دانشجویان. **مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل**. دوره ۸. ش ۳: ۲۶۱ - ۲۶۹.
- غلامی، علی؛ بشیلده، کیومرث؛ رفیعی، عزیمه (۱۳۹۱). اثربخشی تئاتر درمانی بر سلامت روانی زنان مطلقه. **فصلنامه روشها و مدل‌های روانشناختی**. س ۲. ش ۱۰: ۴۵ - ۶۴.
- غلامی، علی؛ بشیلده، کیومرث (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روانی زنان مطلقه. **فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده**. س ۱. ش ۳: ۲۳۱ - ۲۴۸.
- مایکنبام، دونالد (۱۳۷۶). آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس. ترجمه سیروس مبینی. تهران: رشد. تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۶.
- مظلوم، سیدرضا؛ دریان، فاطمه؛ کاشانی‌لطف‌آبادی، مسعود (۱۳۹۰). تأثیر برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش روان. **نشریه پرستاری ایران دانشگاه علوم پزشکی تهران**. دوره ۲۵. ش ۷۶: ۴۲ - ۵۴.
- محمودی، ملک؛ الیگودرزی، امیر (۱۳۹۰). **پس از طلاق**. اصفهان: فهمیده.
- نریمانی، محمد؛ حسن‌زاده، شهناز؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش ایمن‌سازی روانی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر مقطع پیش‌دانشگاهی. **مجله روانشناسی مدرسه**. دوره ۱. ش ۳: ۱۰۱ - ۱۱۷.
- نیک‌آمال، میترا؛ یارمحمدی، پروانه؛ شادمانفر، نسرين؛ زنگنه، لیلا (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش مقابله با اضطراب و حساسیت بین فردی بر سلامت روانی زنان میانسال. **مجله تحقیقات روانشناختی**. س ۵. ش ۲۰: ۹۶ - ۸۲.

- Bolkan, A.(2015). The Effects Of Life Skills Psycho-education Programme On Divorced Women's Level of Inner Directed Support and Analysis of this effect based on Types Of Marriage and Various Demographic Features. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 205,PP: 655 – 663
- Braithwaite, S., & Holt-Lunstad, J. (2017). Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 13,PP: 120-125.
- Ellison, C. G.; Anthony, B. W., Glenn, N. D., Marquardt, E.(2011).The effects of parental marital discord and divorce on the religious and spiritual lives of young adults. *the Journal Social Science Research*. Vol :40, PP:538-551.
- FangLee, C., Chi Kuo, C., WeiChien, T., Rung Wang, Y.(2015). A Meta-Analysis of the Effects of Coping Strategies on Reducing Nurse Burnout, *Original Research Article. Applied Nursing Research*, Volume 31, PP:100-110.

- Gellatly, C., & Störmer, C. (2017). How does marriage affect length of life? Analysis of a French historical dataset from an evolutionary perspective. *Evolution and Human Behavior*.
- Hahlweg, K., & Richter, D. (2010). Prevention of marital instability and distress. Results of an 11-year longitudinal follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), PP:377-383.
- Hasanvandi, S., Valizade, M., Mehrbizade Honarmand, M., Mohammadesmaeel, F.(2013).Effectiveness of Stress Management on Mental Health of DivorcedWomen. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 84,PP: 1559 – 1564
- Keyes, C. L., Ryff, C. D. (2003). Somatization and mental health: A comparative study of the idiom of distress hypothesis. *Social Science & Medicine*, 57(10), PP: 1833-1845.
- Lee, S. H., Ahn, S., Lee, Y. J., Choi, T., Yook, K., Suh, S.(2010).Effectiveness of a meditation- based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *J Psychosom Res.* 62,PP: 189-195.
- Meichenbaum, D.(1974). Self- instructional training :A cognitive prosthesis for the aged. *Human development.*17(4),PP: 273-280.
- Meichenbaum, D.(2007).Stress Inoculation training: A preventative and treatment approach. Canada: N2L,PP:1-3.
- Michalsen, A., Grossman, P., Lehmann, N., Knoblauch, N., Paul, A., Moebus, S.(2005). Psychological and quality-of life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: results of a randomized trial. *Psychother Psychosom*, 74, PP: 344-352.
- Moe, K. (2012). Factors influencing women's psychological well-being within a positive functioning framework.
- Noorbala, N.(2011). Psycho-social mental and it recovery strategies. *Ir Psy Cli Psyc* ,17 (2),PP:151-6. [In Persian].
- Salazar, L. R. (2015). The negative reciprocity process in marital relationships: A literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 24, PP: 113-119.
- Sung, R.(2009). Effectiveness of a stress management program in hardiness and health status. *Journal of Behavioral Medicine.* 6. PP: 12-24.
- Wickrama, K., Frederick, O., Rand, L., Conger, G., Elder, J.(2006).Changes in family financial circumstances and the physical health of married and recently divorced mothers. *Original Research Article Social Science & Medicine*, Volume 63, Issue 1, PP:123-136