

◇ فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ

سال نهم، شماره ۳۴، زمستان ۱۳۹۶

صفحات: ۱۴۲-۱۲۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۴/۲۱- تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۷

اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی و سازگاری فردی - اجتماعی زنان مطلقه

شبیما نصری*

کیوان کاکابرابی**

محمد شریفی***

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی و سازگاری فردی اجتماعی زنان مطلقه تحت پوشش کمیته امداد شهرستان پاوه بود. از جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد، و به طور تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. درمان هیجان مدار به شکل گروهی در طی ۹ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بر گروه آزمایش انجام شد و افراد گروه کنترل، در لیست انتظار قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه سازگاری اجتماعی کالیفرنیا (۱۹۵۳) و مقیاس بهزیستی ذهنی داینر و همکاران (۱۹۹۹) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی و سازگاری فردی اجتماعی اثربخش است. به طوری که افزایش سازگاری فردی اجتماعی و بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش منجر شده است.

کلید واژگان: بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی اجتماعی، درمان هیجان مدار، زنان مطلقه.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مشاور کمیته امداد امام خمینی، پاوه، ایران.

** دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

*** دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول،

ایمیل: Muhammadsharifil@gmail.com)

مقدمه

طلاق^۱ فرایندی است که با تجربه‌ی بحران عاطفی هر دو زوج شروع می‌شود و با تلاش برای حل تعارض از طریق ورود به موقعیت جدید با نقش و سبک زندگی جدید خاتمه می‌یابد (نریمانی، عباسی، بگیان و بختی، ۱۳۹۳). پژوهشگران، برای مدت طولانی، طلاق را همچون وقایعی مانند تولد، مرگ، ازدست‌دادن شغل، ترفیع، نقل مکان و ازدواج، به عنوان یک حادثه‌ی پردغدغه در زندگی به حساب می‌آورند (فوجی و نادری، ۱۳۹۵)؛ از این رو طلاق به عنوان یکی از منابع استرس‌زای مهم می‌تواند ساخت‌های شناختی افراد را دچار اختلال کرده و آنان را در استفاده از شیوه‌های مقابله با استرس، دچار ناتوانی گرداند و با انبوهی از مشکلات مواجه سازد (آبرویی، ۱۳۸۸). در جامعه زنان مطلقه‌ای که سرپرستی ندارند از زنان دیگر آسیب‌پذیرتر می‌باشند (ماندمارکس، ماندن و کالمیج^۲، ۲۰۱۰). بعد از طلاق، به دلیل مشکلات اجتماعی و مالی، کیفیت زندگی زنان بیش از مردان افت می‌کند (بوراسا^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). بیشتر مشکلات آن‌ها از یک سوی توسط جامعه و خانواده و از سویی دیگر توسط مسائل اقتصادی بر آن‌ها تحمیل می‌شود (ساکاتا و مکزی^۴، ۲۰۱۱). زنان مطلقه علاوه بر به دوش کشیدن بار مسئولیت مردان و تأمین هزینه‌های زندگی باید نگاه تلخ جامعه به خود را متحمل شوند که اغلب به دنبال آن دچار سرخوردگی، یاس و ناامیدی می‌گرداند (عبادی، سوهانی، فقیهی و حسین پور، ۱۳۸۹). اساساً شاخص‌های سلامت روان و کیفیت زندگی از عمده مسائل روان‌شناختی است که بعد از طلاق دچار افت می‌شود (گاهلر^۵، ۲۰۰۸، به نقل از محمدی‌نژاد و ربیعی، ۱۳۹۴). در سال‌های اخیر، با افزایش آمار طلاق، این مساله به یک معضل مهم اجتماعی تبدیل شده است (الیسون، آنتونی و گلن^۶، ۲۰۱۱). برطبق آمار رسمی سازمان ثبت احوال کشور در سال ۱۳۹۴ بیش از ۱۶۳۰۰۰ طلاق در کشور رخ داده است که این آمار نشان‌دهنده‌ی تعداد بالای طلاق در کشور است (تارنمای سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۴). زنان مطلقه در معرض خطرات روحی روانی مختلفی قرار دارند که از آن جمله می‌توان به کاهش سطح انرژی، احساس غمگینی، ناامیدی، نگرانی در مورد آینده، انزوا و گوشه‌گیری، کاهش تحمل ریسک‌پذیری، کم انرژی بودن تن صدا، میل به گریه، تفکرات منفی، بدبینی، کاهش سازگاری، بی‌توجهی به آراستگی ظاهر، اختلالات خواب، کاهش بهزیستی و ... اشاره نمود (تامبورینی، کوچ و رزنیک^۷، ۲۰۱۵؛ مارینسکیو^۸، ۲۰۱۶)؛ که با توجه به گستردگی شیوع این مشکلات باید برای رفع این کاستی‌ها به دنبال راه‌چاره بود.

بهزیستی^۹ که در برگیرنده حیظه و سببی از روش‌هایی است که افراد زندگی‌شان را ارزیابی می‌کنند، یکی از مولفه‌های زندگی مطلوب است؛ زیرا زندگی که فاقد لذت، عاطفه و احساس خرسندی و معنا باشد و به جای آن مملو از نارضایتی، خشم و افسردگی باشد. نمی‌تواند ایده‌آل تصور شود (داینر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۳). مایرز^{۱۱}

۱. divorce

۲. Mandemakers, Monden & Kalmijn

۳. Bourassa

۴. Sakata & McKenzie

۵. Gahler

۶. Ellison, Anthony & Glenn

۷. Tamborini, Couch, & Reznik

۸. Marinescu

۹. well-being

۱۰. Diener

۱۱. Myers

(۲۰۰۹) بهزیستی را به عنوان احساس مثبت و احساس رضایت از زندگی تلقی می کنند که از حوزه‌هایی چون خانواده، شغل و... حاصل می شود. از آنجا که بهزیستی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم کیفیت زندگی مطرح شده است و متغیرهای زیادی از قبیل متغیرهای زیستی، اجتماعی، شخصیتی و شغلی در میزان بهزیستی ذهنی افراد نقش دارند، بنابراین لازم است برای سلامت روان شناختی به متغیرهای مؤثر در مفهوم بهزیستی ذهنی توجه شود (سروقد، رضایی و فدایی دولت، ۱۳۹۰). بهزیستی ذهنی از سه مؤلفه‌ی اصلی رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی تشکیل شده است (شاه‌سیاه و همکاران، ۱۳۹۰). هم‌چنین یکی از مسائل مربوط به افراد مطلقه، مسئله‌ی سازگاری با طلاق می باشد. تحقیقات نشان می دهد که برخی از افراد بعد از جدایی و طلاق سازگاری^۱ مناسبی پیدا می کنند و برخی نیز به سازگاری دست نمی یابند (میرزاده، احمدی و فاتحی زاده، ۱۳۹۰؛ پوس^۲، ۲۰۱۴؛ پارک و چوی^۳، ۲۰۱۴).

سازگاری مفهومی عام است و به همه راهبردهایی گفته می شود که فرد برای اداره کردن موقعیت‌های استرس‌زای زندگی، شامل تهدیدهای واقعی یا غیرواقعی به کار می رود (سادوک و سادوک^۴، ۲۰۰۳). منظور از سازگاری رابطه‌ای است که میان فرد و محیط او به ویژه محیط اجتماعی وجود دارد و به وی امکان می دهد تا انگیزه‌های کمبود فراروی خود را ارضا کند. سازگاری فرآیندی است که طی آن، فرد تمام یا برخی از مکانیسم‌های انطباقی را برای مقابله با محرک جدید به کار می برد و در واقع، سازگاری همان شکل‌گیری رفتار در انسان است (مصلحی جویباری و میرهاشمی، ۱۳۹۵). سازگاری اجتماعی نیز آن نوع واکنش‌هایی است که شخص برای رعایت محیط اجتماعی از خود نشان می دهد و آنها را به علت هماهنگی‌شان با معیارهای اجتماع و پذیرفته شدنشان از طرف آن، اساس رفتار خود قرار می دهند. منظور از سازگاری اجتماعی داشتن رابطه صحیح و مطلوب با دیگران است. انسانی که از نظر اجتماعی رشد یافته است با دیگران سازگاری بیشتری دارد و می فهمد که هر چه روابطش با دیگران بهتر و سالم تر باشد، میزان موفقیت و رضایتش بیشتر است (پارک و چوی، ۲۰۱۴).

از آنجا که آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از طلاق در زنان، به صورت مزمن بروز پیدا می کند و سازگاری و بهزیستی را در آنان تحت تأثیر قرار می دهد؛ این امر لزوم مداخله‌های روان‌شناختی را مطرح می کند. یکی از مداخلاتی که در این زمینه کاربرد خود را نشان داده است روش درمانی هیجان‌مدار (EFT)^۵ می باشد. درمان هیجان‌مدار درمانی نوانسان‌گرا و تجربی است (گرینبرگ و گلر^۶، ۲۰۱۲). در درمان هیجان‌محور تمرکز درمانگر نه تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، که ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد (گرینبرگ و واتسون^۷، ۲۰۰۶). از منظر رویکرد هیجان‌محور، انسان‌ها به عنوان سیستم‌های پویایی عمل می کنند که فرایندهای دیالکتیکی بسیاری را در سطوح مختلف، از سطح عصب شیمیایی تا سطوح آگاهانه و مفهومی یکپارچه می کنند و این یکپارچه‌سازی، پیوند جدایی‌ناپذیر عاطفه و شناخت را به بار می آورد؛ بنابراین افراد

۱. adjustment

۲. Pos

۳. Park & Choi

۴. Sadock & Sadock

۵. Emotion-Focused Therapy

۶. Greenberg & Geller

۷. Greenberg & Watson

دایما با ترکیب و مدیریت بر ترکیب اطلاعات بیولوژیکی و یادگیری‌های فرهنگی که به ظاهر متضاد هستند، با کارآمدی بیشتری زندگی می‌کنند (پاسکال لیون و جانسون^۱، ۲۰۰۴). نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی تلخ برای مراجعان غالباً فرایندی دشوار و طاقت فرسا است. رسالت درمانگر در این زمینه علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان است. مبدعان درمان هیجان‌مدار عقیده دارند که تنظیم هیجان بیش از آنکه برنامه‌ای آموزشی با پروتکلی مشخص باشد، یک فرایند است و از این نظر کار درمانگر بیش از آنکه به یک کار یک معلم شبیه باشد، به کار یک مربی شبیه است (گرینبرگ و گلر^۲، ۲۰۱۲). فرایند درمان هیجان‌مدار در نه گام و سه مرحله می‌باشد که می‌توان روی هر فردی از ۸ تا ۱۰ جلسه صورت پذیرد که به افراد کمک می‌کند به توانایی حل تعارضاتشان نائل شوند (جانسون و گریمن^۳، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی این روش درمانی در حیطه‌های مختلف رانشان داده‌اند. براساس یافته‌های فراتحلیل انجام شده توسط چیلینگ^۴ و همکاران (۲۰۱۳) حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش علائم هیجانی ناپه‌نجان مختلف می‌باشد. اندوزی (۱۳۹۳) در پژوهشی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سازگاری پس از طلاق در زنان مطلقه را مورد بررسی قرار داد و نتایج نشان داد که این نوع درمان بر سازگاری و بهبود توان سازش و کاهش پیامدهای منفی پس از طلاق مؤثر بوده است. جاویدی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که مداخله‌ی هیجان‌مدار سبب بهبود نمرات عملکرد خانواده می‌شود. هم‌چنین پژوهش‌های گاتمن و لونسون^۵ (۲۰۰۰)، هانسون و لند-بلند^۶ (۲۰۰۶)، چیلینگ^۷ و همکاران (۲۰۱۳)، کوکو-چیوهان^۸ (۲۰۱۵)، میرا^۹ (۲۰۱۰)، میچل^{۱۰} (۲۰۰۹)، گلدمن^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۵)، گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲)؛ لی^{۱۱} (۲۰۱۳) و گرینبرگ، واروار و مالکولم^{۱۲} (۲۰۱۰) هر یک اثربخشی درمان هیجان‌مدار را در حیطه‌های مختلف گزارش نموده‌اند.

محققین در ضمن چندین سال مطالعه در زمینه‌ی خانواده و زندگی زوجین و نیز انجام خدمات مشاوره‌ای در این زمینه، به دنبال یافتن راه کارهایی علمی و اثربخش در زمینه‌ی کاهش مشکلات سازگاری زنان مطلقه و ارتقای کیفیت زندگی آنان می‌باشند؛ در این راستا و با توجه به اهمیت توجه به نیازها و مشکلات زنان مطلقه و کمک به آن‌ها جهت سازگاری هر چه بیشتر در اجتماع و ارتقای بهزیستی ذهنی آنان هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی ذهنی و سازگاری فردی اجتماعی زنان مطلقه تحت پوشش کمیته امداد شهرستان پاوه می‌باشد.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: این پژوهش از نوع پژوهش تجربی و طرح پژوهشی به صورت دو گروهی از نوع گروه آزمایشی و گروه گواه، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. جامعه

۱. Pascual-Leone & Johnson

۲. Johnson & Greenman

۳. Chilling

۴. Gottman, Levenson

۵. Hansson, Lund-Bland

۶. Chilling

۷. Cucu-Ciuhan

۸. Mira

۹. Michelle

۱۰. Goldman

۱۱. Lee

۱۲. Greenberg, Warwar & Malcolm

آماری پژوهش حاضر شامل همه‌ی زنان مطلقه شهرستان پاوه می‌باشند که در سال ۱۳۹۵ تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر پاوه قرار دارند. تعداد کل جامعه ۹۳ نفر بود که از این میان تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. بر اساس کفایت حجم نمونه در گروه‌های تجربی، توصیه شده که برای هر گروه ۱۵ نفر می‌تواند کافی باشد. به این ترتیب از زنان مطلقه‌ی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر پاوه که به بخش مشاوره‌ی این مرکز مراجعه نموده بودند به عنوان آزمودنی انتخاب شدند.

روش اجرا

به منظور گردآوری داده‌ها به کمیته امداد امام خمینی در شهر پاوه مراجعه کرده و ۳۰ نفر از زنان مطلقه‌ی تحت پوشش این کمیته قرار داشتند با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. از این تعداد ۱۵ آزمودنی به شیوه جایگزینی تصادفی انتخاب و در گروه آزمایش جای گرفتند و در جلسات درمان هیجان مدار شرکت نمودند و ۱۵ آزمودنی گروه کنترل، در لیست انتظار قرار گرفتند. پرسشنامه‌های پژوهش، قبل از شروع جلسات درمان هیجان مدار و پس از آن بر روی هر دو گروه کنترل و آزمایش اجرا شد. درمان هیجان مدار که به شکل گروهی در طی ۹ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای بر گروه آزمایش انجام شد. که محتوای جلسات به شرح ذیل می‌باشد.

جدول ۱. خلاصه‌ای از شرح جلسات درمان هیجان مدار

مرحله	جلسات	شرح جلسات
	اول	شامل آشنایی کلی با اعضای گروه؛ معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در کلاس ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان مدار. آشنایی اولیه با مشکلات اعضا.
مرحله اول: بحران زدایی و جلوگیری از مشکل	دوم	در این جلسه درمانگر مراجعین را تشویق می‌کند که ترس‌های خود را مانند ترس از طرد شدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابطشان را به عقب می‌راند را بیان کنند.
	سوم	در این جلسه احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با جدایی و طلاق منعکس شده و به آنها ارزش داده می‌شود.
	چهارم	در این جلسه اعضای گروه به کمک درمانگر به برون‌سازی مشکل می‌پردازند و به احساسات اولیه و نیازهای دلبستگی تحقق نیافته به طریقی که چرخه به صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه می‌کنند.
	پنجم	در این جلسه اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست یافته و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند
مرحله دوم: بازسازی الگوهای تعاملی	ششم	در این جلسه اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجان‌های که به تازگی آشکار شده اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند.
	هفتم	در این جلسه هیجان‌های اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند به صورت کامل تری پردازش می‌شوند. درمانگر قاعده‌ای را آغاز می‌کند که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به نوع جدیدی از ارتباط به صورت تقریباً واضح بیان می‌کنند.
مرحله سوم: تقویت و یکپارچگی	هشتم	تسهیل راه‌حل‌های جدیدی برای مشکلات خلق می‌کنند و حکایت جدیدی از مشکلاتشان را بیان می‌کنند و تلاش می‌کنند، آن را از نو طراحی کنند
	نهم	در این جلسه مراجعین ابتدا مسیری را که قبلاً حرکت می‌کردند و این که چگونه راه برگشتشان را یافتند را به یاد می‌آورند.

ابزار سنجش

الف) مقیاس بهزیستی ذهنی! داینر و همکاران (۱۹۹۹) به منظور اندازه گیری بعد شناختی بهزیستی ذهنی افراد، نسخه پنج سوالی مقیاس رضایت از زندگی را توسعه دادند. در این مقیاس، مشارکت کنندگان به هر سؤال بر روی یک طیف هشت درجه‌ای لیکرت (از صفر کاملاً مخالف تا هفت کاملاً موافق) پاسخ می‌دهند. با افزایش نمره افراد در این مقیاس، نمره آن‌ها در عامل کلی رضایت از زندگی، افزایش نشان می‌دهد. در این مقیاس، دامنه نمره افراد بین کمترین (صفر) و بیشترین (سی و پنج) به دست می‌آید. در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس رضایت از زندگی برابر با ۰/۸۴، در نمونه سوئدی برابر با ۰/۸۵ و در هر دو نمونه به طور کلی برابر با ۰/۸۳ به دست آمد. در مطالعه (کاکابرایی و همکاران، ۱۳۹۰)، برای والدین کودکان عادی، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس رضایت از زندگی برابر با ۰/۸۰، برای والدین کودکان استثنایی برابر با ۰/۸۱ و در هر دو نمونه به طور کلی برابر با ۰/۸۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۷۲ به دست آمد.

ب) مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا! این پرسشنامه توسط ثورپ، کلارک و نیکز در سال ۱۹۳۹ (به نقل از داینر و همکاران، ۱۹۹۹) برای اولین بار منتشر شد و در سال ۱۹۵۳ مورد تجدید نظر و بازنگری قرار گرفت و شامل ۱۸۰ سؤال دو گزینه‌ای از نوع (بله - خیر) است، اما در این تحقیق از فرم ۹۰ سؤالی آن استفاده شده است. این آزمون به منظور سنجش جنبه‌های مختلف سازگاری افراد در زندگی به کار برده می‌شود و دارای دو قطب سازگاری شخصی و سازگاری اجتماعی است. در زمینه سازگاری اجتماعی شش مقیاس فرعی که هر یک دارای پانزده سؤال است وجود دارد. بنابراین، شش نمره اختصاصی مربوط به عامل‌های قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، علائق ضد اجتماعی، روابط مدرسه‌ای، روابط خانوادگی و روابط اجتماعی دارد و هم‌چنین، یک نمره به عنوان سازگاری اجتماعی کلی از نمره‌های مقیاس‌های فرعی به دست می‌آید. اعتبار و پایایی برای مقیاس سازگاری شخصی در حدود ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ و برای مقیاس سازگاری اجتماعی در حدود ۰/۸۷ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. این ضرایب برای مقیاس‌های فرعی آزمون در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۷ و برای کل آزمون ۰/۹۲ تا ۰/۹۳ قرار دارد (توزنده‌جانی و صدیقی، ۱۳۸۵؛ به نقل از نیرمانی و همکاران، ۱۳۹۳). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس، ۰/۷۸ محاسبه گردید.

یافته‌ها

الف) یافته‌های توصیفی

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون بهزیستی ذهنی،

سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی در دو گروه

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		کنترل	
	میانگین	sd	میانگین	sd	میانگین	sd
بهزیستی ذهنی	۱۵,۹۳	۳,۰۸	۱۹,۲۶	۳,۵۳	۱۶,۱۳	۳,۶۰
سازگاری فردی	۴۱,۷۳	۴,۷۷	۴۸,۲۰	۵,۸۰	۴۶,۱۳	۹,۰۶
سازگاری اجتماعی	۵۵,۴۰	۵,۹۸	۷۰,۱۳	۵,۹۳	۶۳,۳۳	۵,۸۱

۱. Subjective wellbeing (SWLS)

۲. Social adjustment scale

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی دو گروه در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون را مشاهده می‌کنید: بر اساس آمار ارائه شده در این جدول، وضعیت نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون بهبود یافته است ولی این بهبود را در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. برای بررسی معناداری آماری این تغییرات، از تحلیل کواریانس چندمتغیره^۱ استفاده شد که نتایج آن در ادامه گزارش داده می‌شود.

ب) یافته‌های استنباطی

فرضیه اول: درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی زنان مطلقه زنان مطلقه تأثیر گذار است.

جدول ۳. نتایج آزمون نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی

عوامل	نوبت آزمون	Z	sig
بهزیستی ذهنی	پیش آزمون	۰,۸۹۱	۰,۴۰۶
	پس آزمون	۰,۸۴۵	۰,۴۷۳
سازگاری فردی	پیش آزمون	۰,۸۲۰	۰,۵۱۱
	پس آزمون	۰,۴۴۷	۰,۹۸۸
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	۰,۷۶۵	۰,۶۰۲
	پس آزمون	۰,۸۸۳	۰,۴۱۹

نتایج این آزمون نشان می‌دهد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، در مورد متغیرهای پژوهش در هر دو نوبت آزمون برقرار است ($p < 0/05$).

جدول ۴. نتایج آزمون باکس و لوین در مورد پیش فرض بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس کوواریانس دو گروه در نمرات متغیرهای بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی

Box`M	۱ df	۲ df	F	سطح معناداری
۷,۴۲۲	۶	۸۹۴۱,۲۸۸	۱,۰۱۸	۰,۲۴۳

لوین

متغیر	۱ df	۲ df	F	سطح معنی‌داری
بهزیستی ذهنی	۱	۲۸	۰,۹۹۷	۰,۳۲۷
سازگاری فردی	۱	۲۸	۰,۶۲۵	۰,۴۳۶
سازگاری اجتماعی	۱	۲۸	۱,۷۳۱	۰,۱۹۹

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است و بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($P=0/243$ و $F=1/018$ و $Box=7/422$) بر اساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها،

۱. Mancova

شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت کلی گروه‌ها در پس آزمون متغیرهای متغیرهای بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	sig	اندازه اثر
اثربخشی	۰,۶۲۸	۱۹,۹۸۸	۳	۲۳	۰,۰۰۰۱	۰,۶۲۸
لامبادویکلز	۰,۳۱۸	۱۹,۹۸۸	۳	۲۳	۰,۰۰۰۱	۰,۶۲۸
اثرهتلینگ	۱,۹۲۵	۱۹,۹۸۸	۳	۲۳	۰,۰۰۰۱	۰,۶۲۸
بزرگ‌ترین ریشه خطا	۱,۹۲۵	۱۹,۹۸۸	۳	۲۳	۰,۰۰۰۱	۰,۶۲۸

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود F مربوطه یعنی آزمون لامبادای ویکلز در سطح $P > 0.001$ معنی‌دار است؛ یعنی اثر درمان هیجان مدار بر ترکیب متغیرهای وابسته متفاوت و معنی‌دار است. فرضیه دوم: درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی زنان مطلقه تأثیر گذار است. فرضیه سوم: درمان هیجان مدار بر سازگاری فردی زنان مطلقه تأثیر گذار است. فرضیه چهارم: درمان هیجان مدار بر سازگاری اجتماعی زنان مطلقه تأثیر گذار است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس اثرات تعاملی گروه و پیش‌آزمون نمرات متغیرهای بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig
تعامل گروه و پیش‌آزمون بهزیستی ذهنی	۷,۱۵۶	۱	۷,۱۵۶	۰,۸۳۱	۰,۳۷۰
تعامل گروه و پیش‌آزمون سازگاری فردی	۲,۲۶۵	۱	۲,۲۶۵	۰,۰۶۹	۰,۷۹۵
تعامل گروه و پیش‌آزمون سازگاری اجتماعی	۷,۵۰۸	۱	۷,۵۰۸	۰,۳۶۳	۰,۵۲۲

مندرجات جدول ۶ نشان داد که پیش‌فرض همگنی اثرات تعاملی محقق شده است، چرا که مقادیر F به دست آمده در سطح $P > 0.05$ معنی‌دار نیست.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری تفاوت نمرات متغیرهای بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی بین گروه‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر
بهزیستی ذهنی	۵۹,۶۶۱	۱	۵۹,۶۶۱	۶,۵۴۹	۰,۰۱۷	۰,۲۰۸
سازگاری فردی	۲۲۱,۲۶۳	۱	۲۲۱,۲۶۳	۷,۱۶۱	۰,۰۱۳	۰,۲۱۶
سازگاری اجتماعی	۶۲۳,۵۵۰	۱	۶۲۳,۵۵۰	۳۰,۶۳۷	۰,۰۰۰۱	۰,۵۴۱

در جدول ۷ مهم‌ترین آثار بین آزمودنی‌ها در متغیرهای بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی ارائه شده است. بر این اساس با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همپراش، تفاوت بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در بعد بهزیستی ذهنی معنی‌دار است؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت تفاوت بین نمرات دو گروه بیان‌کننده این مطلب است که درمان هیجان‌مدار، بر متغیرهای بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی زنان مطلقه تأثیر دارد و با در نظر گرفتن مجذور

اتما می توان گفت که به ترتیب ۲۰، ۲۲ و ۵۴ درصد تغییرات متغیرهای بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی ناشی از تأثیر مداخله است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و سازگاری اجتماعی زنان مطلقه تحت پوشش کمیته امداد شهرستان پاوه در سال ۱۳۹۵ بود. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد، درمان هیجان‌مدار به طور معنی‌داری بر افزایش بهزیستی ذهنی زنان مطلقه اثربخش بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های جاویدی (۱۳۹۲) و گلدمن و همکاران (۲۰۰۵) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد؛ بهزیستی ذهنی، تجارب اساسی افراد از رخداد‌های زندگی آنان را منعکس می‌کند. رضایت از زندگی دربرگیرنده عواطف مثبت و منفی از زندگی و تجارب آن است؛ بنابراین تعجب‌آور نیست که برخی از صاحب‌نظران، این ارزیابی‌های عاطفی را اساس قضاوت بهزیستی ذهنی تلقی می‌کنند. ارزیابی‌های عاطفی اشکالی از هیجان‌ات و خلق‌ها را به همراه دارند (دینر، شون و لوکاس، ۲۰۰۳). بهزیستی ذهنی نیز یک واکنش هیجانی است که همه ابعاد زندگی را در بر می‌گیرد (امیرپور، زکی‌بی و کلهرنیا، ۱۳۹۴). مفهوم بهزیستی به عنوان یک تجربه‌ی درونی است که حضور مثبت هیجان‌ها و نبود احساسات منفی را در بر می‌گیرد (رود^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). شوارز و کلور^۲ (۱۹۸۳)، به نقل از داینر و همکاران (۱۹۹۹) نشان دادند که ظاهراً عوامل نامناسبی وجود دارد که در زمان قضاوت می‌تواند ارزیابی بهزیستی ذهنی را تحت تأثیر قرار دهد. این پژوهش‌ها نشان دادند که خلق جاری فرد می‌تواند ارزیابی بهزیستی ذهنی را تحت تأثیر قرار دهد، حتی اگر خلق جاری تعیین‌کننده سطوح بهزیستی عاطفی فرد نباشد. مطالعات نشان دادند که کاهش مشکلات هیجانی از عوامل مؤثر بر افزایش سطح بهزیستی ذهنی می‌باشد (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). از آنجایی که رویکرد هیجان‌مدار بر روی هیجان‌ها و عواطف تمرکز دارد، اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است و از راه خویشتن‌پنداری مثبت سعی در خودنظم‌بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد و در جلسه‌های درمانی به صورت گسترده از روش‌های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می‌کند. از سویی شیوه هیجان‌مدار تلفیقی از دیدگاه‌های انسان‌گرایانه، دلبستگی و شناختی است و به صورت گسترده و متنوع از راهبردهایی از قبیل شناخت، تمرکز بر احساسات، تأکید بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پیدا کردن راه‌حل و خلق و ایجاد معانی تازه و روابط حسنه در این رویکرد استفاده می‌شود و با توجه به این که بیشتر احساسات حالت هیجانی دارند با آموزش و با استفاده از روش‌های مداخله‌ای خاص این رویکرد می‌توان باعث تغییر و اصلاح عواطف مثبت و منفی افراد شد (فخری، ۱۳۹۳). به طور کلی، رسالت درمانگر در درمان هیجان‌مدار علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان است و افراد با قدرت تنظیم هیجان می‌توانند اتفاقات استرس‌زا را در رابطه با تهدید آمیز بودن و یا نبودن ارزیابی نمایند و راه‌های برخورد با این استرس‌زاها را خلق نمایند و از این طریق در شرایط و موقعیت‌های گوناگون به درستی هیجان‌ات خود را تنظیم کنند و با تجارب استرس‌زا مقاومت کنند و شادی را تجربه کنند و این خود باعث

۱. Rode

۲. Schwarz & Clore

بهزیستی افراد می شود (فوسکا^۱، ۲۰۰۸).

دومین یافته‌ی پژوهش حاضر این بود که درمان هیجان‌مدار بر سازگاری فردی و اجتماعی زنان مطلقه تأثیر معناداری دارد؛ که نتایج به دست آمده بر صحت این فرضیه مهر تأیید نهاد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اندوزی (۱۳۹۳) و میرزازاده و همکاران (۱۳۹۰) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، سازگاری مفهومی کلی است و به همه راهبردهایی که فرد برای اداره کردن موقعیت‌های استرس‌زای زندگی شامل همه تهدیدهای واقعی یا خیالی به کار می‌برد، گفته می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). غرض از مطلوب‌ترین سازگاری آن است که فرد از همه جنبه‌های زندگی خویش کاملاً راضی باشد و به سطحی از توانایی‌های خود برسد که در کلیه تماس‌هایش با محیط احساس شادمانی کند و از ادامه حیات شادمان گردد (حاتمی، ۱۳۹۱). سازگاری مجموعه تغییرات روانی است که به منظور ارضای نیازها و امیال در فرد به وجود می‌آیند، به گونه‌ای که آسیبی به خود فرد یا دیگران نرساند (هاشمیان و همکاران، ۱۳۸۷). هیجان نقش مهمی در جنبه‌های زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تیدگی‌زا ایفا می‌کند. اصولاً هیجان را می‌توان واکنش زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می‌کنیم و واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم همراه می‌شوند. (اعظمی و همکاران، ۱۳۹۲). رویکرد هیجان‌مدار برگرفته از این باور است که، هیجان سبب می‌شود که افراد با دنیای خودشان ارتباط برقرار کرده و با بازخورد لحظه به لحظه درباره چیزهای با اهمیت و قابل توجه انگیزه عمل را کسب نمایند. ابراز هیجان سبب بروز ویژگی‌های شخصیتی مانند قدرت‌پذیرش بالا و احساس کارایی می‌شود که نشان‌دهنده وجود مهارت‌های شناختی بین فردی مطلوب می‌باشد. بنابراین افرادی که بیشتر به ابراز هیجان‌ها خود می‌پردازند از نظر شخصیتی، سازمان یافته و از نظر ذهنی متمرکز نرنند (وکیلی، ۱۳۸۵، به نقل از سپهری، ۱۳۹۳). از طرفی چنان که پیش‌تر نیز ذکر شد، مهارت‌های تنظیم هیجان از جمله مهارت‌هایی است که در درمان هیجان‌مدار به مراجع آموزش داده می‌شود. مهارت‌های تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجان‌ها و تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها کمک می‌کند. توانایی مقابله با هیجان‌ها فرد را قادر می‌سازد تا هیجان‌های را در خود و دیگران تشخیص دهد و نحوه تأثیر هیجان‌ها بر رفتارها را بداند و بتواند واکنش مناسب به هیجان‌هایش را نشان دهد و سازگاری بهتری با محیط داشته (گروس^۲، ۲۰۰۱). بعلاوه، درمان هیجان‌مدار، بیان‌کننده آن است که هیجان‌ها در بردارنده پتانسیل درونی انطباقی می‌باشند و چنان‌چه فعال شوند قادرند به مراجعان کمک نمایند تا وضعیت هیجانی مسئله‌دارشان تغییر کند. در این درمان به مراجعان کمک می‌شود تا به صورت بهتری هیجان‌هاشان را شناسایی، تجربه، کشف، تغییر و مدیریت کنند (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶). افرادی که توانایی بهتری در مدیریت هیجان دارند و بهتر می‌توانند از هیجان‌های منفی مانند اضطراب و استرس و تکانشگری‌های یابند و در زندگی با مشکل کمتری مواجه می‌شوند و در صورت بروز مشکل به صورت بهتر به شرایط پاسخ داده و با محیط سازگار می‌شوند (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۲). در واقع، ویژگی مدیریت هیجان‌ها می‌تواند در خدمت سازماندهی هیجان‌ها قرار گیرد و از بروز بحران‌های هیجانی پیشگیری نماید. افزون بر سازوکار پیشگیری، سازماندهی هیجانی قدرت‌سازش‌پذیری فرد را به لحاظ اجتماعی افزایش می‌دهد. علاوه بر این

۱. Fosca

۲. Gross

ویژگی تسهیل هیجانی با تغییرات مثبت رفتاری به سازش بهتر فرد با محیط و محرک‌های محیطی کمک می‌کند؛ همچنین افزایش احتمال شناخت صحیح و واقع‌بینانه هیجان‌ها توان پیش‌بینی و میزان چیرگی‌شان افزایش یافته و راهبردهای رویارویی مؤثر با هیجان‌ها و موقعیت‌های تنش‌زا به کار گرفته می‌شود که بر این اساس شناخت هیجانی با سازوکارهای پیش‌بینی، کنترل و راهبردهای رویارویی کارآمد به بهبود کیفیت روابط اجتماعی و رسیدن به سازگاری مطلوب اجتماعی کمک می‌نماید (انگلبورگ و سجبورگ، ۲۰۰۴). نتایج مقاله‌ی حاضر نشان‌دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار سبب بهبود بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و اجتماعی زنان مطلقه می‌گردد. این که زنان مطلقه روش‌هایی را در مورد توانایی تشخیص هیجانها، مقابله با هیجانها، نحوه تاثیر هیجان‌ها بر رفتارها آموختند که به آن‌ها کمک کرد، بتوانند واکنش مناسب به هیجان‌هایشان را نشان دهند و در نتیجه بهزیستی ذهنی، سازگاری فردی و اجتماعی در آن‌ها بهبود پیدا کرد. به طور کلی با توجه به نتایج این پژوهش و مروری بر پژوهش‌های پیشین می‌توان گفت، هیجان‌ات نقش مهمی در بهزیستی و سازگاری افراد ایفاء می‌کنند و درمان هیجان‌مدار با مداخله مستقیم بر روی این هیجان‌ات می‌تواند به بهبود بهزیستی ذهنی و سازگاری فردی اجتماعی در زنان مطلقه بیانجامد.

منابع

- آبرویی، مریم. (۱۳۸۸). بررسی عوامل پیش‌بینی کننده طلاق بین زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- اعظمی، یوسف، سهرابی، فرامرزی، برجعلی، احمد، چوپان، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش خشم در افراد وابسته به مواد مخدر. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۴(۱۶): ۵۳-۶۸.
- امامی، طاهره، فاتحی زاده، مریم‌السادات. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی دو شیوه شناختی-رفتاری و آموزش والدین در افزایش عزت نفس دانش آموزان. دانشور رفتار. ۱۳(۱۹): ۶۵-۷۴.
- امیرپور، برزو، زکی‌بی، علی، کلهرنیا، مریم. (۱۳۹۴). رابطه همدلی هیجانی متعادل و رضایت از زندگی با ناگویی خلقی در پرستاران، ماماها و کاردان‌های اتاق عمل. مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی. ۱۲(۲): ۸-۱.
- اندوزی، حجت (۱۳۹۳). اثربخشی درمان هیجان‌مدار (EFT) بر سازگاری پس از طلاق در زنان مطلقه تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان کامیاران، همایش منطقه‌ای آسیب‌شناسی پدیده طلاق، سقز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سقز.
- تارنمای سازمان ثبت احوال کشور به آدرس: <http://www.sabteahval.ir/Default.aspx?tabid=۴۷۷۳>
- توزنده جانی، حسن، صدیقی. (۱۳۸۵). اثربخشی نسبی آموزش‌های شناختی-رفتاری عزت نفس بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان. دانش و پژوهش در علوم تربیتی. ۲۱(۱۶): ۴۱-۵۶.
- جاویدی، نصیرالدین. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت زناشویی زوجین و کنترل رفتار خانواده، دوفصلنامه مشاوره کاربردی. ۳(۲): ۶۵-۷۸.
- جاویدی، نصیرالدین، سلیمانی، علی اکبر، احمدی، خدابخش، صمدزاده، منا. (۱۳۹۲). اثربخشی زوج درمانی

- هیجان مدار (EFCT) بر بهبود عملکرد خانواده، مجله علوم رفتاری. ۷(۲): ۱۸۱-۱۸۸.
- حاتمی، محمد. (۱۳۹۱). تاثیر آموزش کنترل خشم بر رویکرد شناختی رفتاری به سازگاری دانش آموزان پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام، صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳ (۳)، ۲۹۰-۲۹۵.
- سپهری، سالومه. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی درمان ساختاری با درمان هیجان مدار بر کمال گرایی و سبک های دفاعی زنان متأهل دارای ترس از صمیمیت. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- سروقد، سیروس، رضایی، آذرمدخت، فدایی دولت، ایوب. (۱۳۹۰). رابطه ویژگی های شخصیتی با راهبردهای مقابله ای و بهزیستی ذهنی معلمان، یافته های نو در روانشناسی. ۱۶ (۵): ۴۱-۲۵.
- شاه سیاه، مرضیه، بهرامی، فاطمه، محبی، سیامک، تبرایی، یاسر. (۱۳۹۰). همبستگی بین بهزیستی ذهنی با کیفیت زندگی زناشویی زوجین. مجله علوم پزشکی قم. ۵ (۴ پیاپی ۱۶): ۳۰-۲۲.
- عبادی، ندا، سودانی، منصور، فقیهی، علی نقی، حسین پور، محمد. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش مثبت نگری با تاکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز. فصلنامه یافته های روانشناسی، ۸۴-۷۱، ۲.
- فخری، مریم سادات. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان نوروفیدبک و گروه درمانی هیجان مدار بر کاهش ناگویی خلقی و بهبود رضایتمندی زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- فوجی، عادل، نادری، فرح. (۱۳۹۵). رابطه مهارت های اجتماعی و اعتقادات مذهبی با طلاق عاطفی در مراجعین زن به مراکز روان شناختی شهر اهواز. فصلنامه زن و فرهنگ، ۸ (۲۷): ۲۳-۳۶.
- کاکابرابی، کیوان، ارجمندنیا، علی اکبر، افروز، غلامعلی. (۱۳۹۰). رابطه سبک های مقابله ای و حمایت اجتماعی ادراک شده با مقیاس های بهزیستی روانی در بین والدین با کودکان استثنایی و عادی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۹. مجله روانشناسی افراد استثنایی، ۲ (۷): ۲۶-۱.
- محمدی نژاد، بهجت، ربیعی، محمد. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه، طب انتظامی، ۴ (۳): ۱۷۹-۱۹۰.
- مصلحی جویباری، میترا، میرهاشمی، مالک. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت های مقابله ای با رویکرد شناختی - رفتاری مثبت گرا بر سازگاری (اجتماعی، عاطفی و تحصیلی) دانش آموزان دارای مشکلات سازگاری، فصلنامه نسیم تندرستی. ۵ (۲): ۴۶-۵۳.
- میرزازاده، فاطمه، احمدی، خدابخش، فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۰). تأثیر درمان هیجان مدار بر سازگاری پس از طلاق در زنان. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱ (۴)، ۴۶۰-۴۴۱.
- نریمانی، محمد، عباسی، مسلم، بگیان کوله، محمد جواد، بختی، مجتبی. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق. مشاوره و روان درمانی خانواده، ۴ (۱): ۲۸-۱.
- هاشمیان، فاطمه، شفیع آبادی، عبدالله، سودانی، منصور. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت های کنترل خشم بر سازگاری فردی - اجتماعی دانش آموزان دختر سال اول متوسطه شهرستان ماهشهر. دانش و پژوهش در روانشناسی، ۰ (۳۵): ۱-۱۴.

- Bourassa, K. J., Sbarra, D. A., & Whisman, M. A. (2015). Women in very low quality marriages gain life satisfaction following divorce. *Journal of Family Psychology*, 29(3), 490–499.
- Chilling E, Baucom D, Burnet CK, Ragland D. (2013). Altering the course of marriage: The effect of PREP communication skills acquisition on couples risk of becoming maritally distressed. *J Fam Psychol*. 17:41-53.
- Cucu-Ciuhan, G. (2015). Emotion Focused Therapy in Posttraumatic Stress Disorder: A Clinical Case. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 13–17.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. (2003). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Ellison, C. G., Walker, A. B., Glenn, N. D., & Marquardt, E. (2011). The effects of parental marital discord and divorce on the religious and spiritual lives of young adults. *Social Science Research*, 40(2), 538-551.
- Engelberg, E., & Sjberg, L. (2004). Emotional intelligence, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences*, 37(3), 533–542.
- Fosco, G. M. (2008). Beyond the parent-child dyad: Testing family systems influences on childrens emotion regulation. MARQUETTE UNIVERSITY.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2005). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537–549.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (2000). The Timing of Divorce: Predicting When a Couple Will Divorce Over a 14-Year Period. *Journal of Marriage and Family*, 62(3), 737–745. x
- Greenberg, L. S., & Geller, S. M. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L., & Watson, J. (2006). *Emotion focused therapy for depression*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. (2010). Emotion-Focused Couples Therapy and the Facilitation of Forgiveness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 28–42.
- Gross, J. J. (2002), Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39: 281–291.
- Hansson K., & Lund-Bland, A. (2006). Couple therapy effectiveness of treatment and long term follow up. *Journal of Fam Ther*. 28(2):136-52.
- Johnson, S.M., & Greenman, P. (2003). The path to a secure Bond: Emotionally focused couple therapy. *Journal of clinical psychology*, 6, 597- 609.
- Lee, J. A. (2013). *Changes experience of Newly Wedded Couples with Conflicts during Emotionally Focused Therapy (M.A.)*, Dankook University. Kyounggi-do.
- Mandemakers, J. J., Monden, C. W., & Kalmijn, M. (2010). Are the effects of divorce on psychological distress modified by family background?. *Advances in Life Course Research*, 15(1), 27-40.
- Marinescu, I. (2015). *Divorce: What Does Learning Have to Do with It?* Cambridge, MA.
- Michelle, M. (2009). *The long term effects of emotionally focused couple therapy training on knowledge, competency, self-compassion and attachment security*. United States: California
- Mira, S. (2010). *The effects of emotionally focused couple therapy training on knowledge, competency, emotional processing and self-compassion*. United States: California.
- Myers, D. G. (2009). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Park, B. R. & Choi, J. S. (2014). Emotionally Focused Therapy (EFT) for the Family of an Adolescent with Suicidal Ideation: A Case Study. *Family and Family Therapy*, 22(3), 275–300. <https://doi.org/10.21479/kaft.2014.22.3.275>

- Pos, A. E. (2014). Emotion Focused Therapy for Avoidant Personality Disorder: Pragmatic Considerations for Working with Experientially Avoidant Clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44(2), 127-139.
- Pascual-Leone, J., & Johnson, J. (2004). Affect, self-motivation, and cognitive development: A dialectical constructivist view. In Y. D. Dai & R. J. Sternberg (Eds.), *Motivation, emotion, and cognition: Integrative perspectives on intellectual functioning and development* (pp.197-236). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rode, J., Arthaud-Day, M., Mooney, C., Near, J., Baldwin, T., Bommer, W. and Rubin, R. (2005) Life Satisfaction and Student Performance. *Academic Management of Learning and Education*, 4, 421-433.
- Sadock·B· J.Sadock·V. A (2003). *Synopsis of psychiatry*. philadelphia. Lippincott williares & wilkins.
- Sakata, K., & McKenzie, C. R. (2011). Social security and divorce in Japan. *Mathematics and Computers in Simulation*, 81(7), 1507-1517.
- Tamborini, C. R., Couch, K. A., & Reznik, G. L. (2015). Long-term impact of divorce on women's earnings across multiple divorce windows: A life course perspective. *Advances in Life Course Research*, 26, 44-59.



Effectiveness of Emotions-oriented Therapy on Subjective Well-Being and Socio-Personal Adjustment in Divorced Women

Sh. Nasri*
K. Kakabraei**
M. Sharifi***

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of emotions-oriented therapy on subjective well-being and socio-personal adjustment of divorced women member of Imam Khomeini Relief Foundation of Paveh. From the statistical population, 30 people were selected by convince sampling method and randomly divided into two experimental and control groups. Emotion-focused therapy was performed for 9 sessions of 45 minutes each on the experimental group and control subjects were placed on the waiting list. The research tools were California Social Adjustment (1953) and Life Satisfaction Scale (1985). Multivariate covariance analysis (MANCOVA) was used to analyze the data. The results showed that emotional therapy was effective on mental well-being and individual socio-personal adjustment. The exerted procedure led to increased satisfaction with life, individual adaptability and social adjustment in the experimental group.

Keywords: Subjective well-being, individual and social adjustment, emotion-focused therapy, divorced women.

*MA in Counseling, Counselor Of Imam Khomeini Charity Foundation, Paveh, Iran.

**Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

***PhD Student of Educational Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. (Corresponding author, email: Muhammadsharif1@gmail.com).