

## بررسی و مقایسه سلامت روان و سازگاری و تنظیم هیجان شناختی زنان

### مطلقه با زنان متأهل شهرستان یزد

علی جعفری ندوشن<sup>۱\*</sup>، حسن زارع<sup>۲</sup>، اعظم حسینی هنزایی<sup>۳</sup>، مرضیه پورصالحی نویده<sup>۴</sup>،  
مرضیه زینی<sup>۵</sup>

#### چکیده

امروزه با توجه به رشد روزافزون طلاق و پیامدهای آن در جامعه، بررسی آن در ابعاد مختلف حائز اهمیت است. روش تحقیق ما توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل و مطلقه بین گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ ساله بود. برای تامین اعتبار بیرونی تحقیق، حجم زیرگروه‌ها ۵۰ نفر زن مطلقه و ۵۰ نفر زن متأهل در نظر گرفته شد و از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. برای گردآوری داده‌ها از سه پرسشنامه استاندارد: سلامت عمومی گلدبرگ، مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی و پرسشنامه سازگاری بل استفاده گردید. برای آزمون فرضیات تحقیق از روش t مستقل استفاده گردید. یافته‌های تحقیق نشان داد که زنان مطلقه در سه بعد سلامت روان، تنظیم هیجان شناختی و سازگاری با زنان متأهل تفاوت معنی‌دار دارند. نتایج مبنی بر پایین بودن سطوح سلامت روان، تنظیم هیجان شناختی و سازگاری در بین زنان مطلقه، توصیه می‌گردد با آموزش زنان در آستانه طلاق، سلامت روان، تنظیم هیجان شناختی و سازگاری آنها را ارتقاء داده تا با کاهش طلاق، این‌گونه زنان کمتر دچار آسیب‌های فردی و اجتماعی گردند.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت روان، سازگاری، تنظیم هیجان شناختی، زنان مطلقه، زنان متأهل

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه امام رضا(ع) مشهد

<sup>۲</sup> - کارشناس ارشد روانسنجی دانشگاه علامه طباطبایی

<sup>۳</sup> - کارشناس ارشد رشته علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

<sup>۴</sup> - دانشجوی دکتری رشته روانشناسی عمومی دانشگاه الزهرا

<sup>۵</sup> - کارشناس ارشد کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی

\* - نویسنده مسوول مقاله: a.jafari3321@gmail.com

## مقدمه

خانواده را می‌توان یک سلول یا یک واحد اجتماعی قلمداد کرد که هرگونه تغییراتی در بافت خانواده‌ها می‌تواند تغییرات ساختاری را در نظام اجتماعی به وجود آورد ( RafatJah, Bahrami, 2011). بی‌تردید، خانواده نقش تعیین‌کننده‌ای بر میزان سلامت روانی، سازگاری اجتماعی و تنظیم هیجان شناختی افراد جامعه دارد (Kameli, 2006). منظور از تنظیم هیجان- شناختی، نحوه پردازش شناختی افراد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار زندگی اجتماعی می‌باشد ( Garnefski, & kraaij, 2006). تنظیم هیجان شناختی همراه همیشگی آدمی است و به مدیریت یا تنظیم عواطف و هیجان‌ها کمک می‌کند تنظیم هیجانی شامل آگاهی، پذیرش و درک هیجانات برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی است (Gratz, & Romer, 2004). بی‌تردید، برای رشد مهارت‌های تنظیم هیجانی، ساختارهای اجتماعی مانند خانواده تاثیرگذار می‌باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پاسخ‌های هیجانی نامناسب در مواجهه با فشار روانی از جمله احساس غمگینی و پریشانی و راهبردهای ناصحیح تنظیم هیجان- شناختی موجب پریشانی‌های عاطفی در بین افراد می‌شود (Yaryari, Moradi & Yahyazadeh, 2007).

افراد در مواجهه با شرایط ناگوار از استراتژی‌های مثبت و منفی تنظیم هیجان- شناختی استفاده می‌کنند (Samani, & Sadeghi, 2010) به نظر می‌رسد افرادی که مدیریت هیجان- شناختی بهتری دارند از میزان سلامت روانی و سازگاری بهتری نیز برخوردار باشند. مهارت‌های سازگاری (کلی و اجتماعی) و سلامت روانی نیز با یکدیگر رابطه دارند و این مفاهیم (تنظیم هیجان شناختی، سلامت روانی و سازگاری) متأثر از شرایط فردی و اجتماعی مانند خانواده است (Samani, Sohrabi, Shegefti, Mansoori, 2011).

یو (۲۰۰۶) سازگاری مثبت را ناشی از تنظیم هیجان‌ها می‌داند. بی‌تردید، خروجی سیستم خانواده‌های باثبات، رشد و توسعه همه جانبه استعدادها و ارتقاء کیفیت زندگی افراد جامعه است و هرگونه آسیبی به نهاد مقدس خانواده می‌تواند تبعات فردی و اجتماعی گسترده‌ای را در پی داشته باشد. در دهه‌های اخیر با پیدایش مکاتب مختلف نظیر اگزیستانسیالیسم، مارکسیسم، ماتریالیسم و فمینیسم نگرش انسان نسبت به زندگی تغییرات بنیادی داشته و این تغییرات تنها معطوف به کشورهای غربی نشده است بلکه نظام‌های غیرغربی را نیز بسیار متأثر ساخته است و عوارضی همچون مادی‌گرایی، لذت‌طلبی و بحران‌های خانوادگی و طلاق را ایجاد کرده است ( Javani, 2010). آمار طلاق در یک دهه اخیر در جهان رو به افزایش بوده است و به همان میزان که طلاق در زندگی خانوادگی رو به افزایش بوده، آثار و پیامدهای آن نیز هر روز بیش از گذشته حیات جامعه، سلامتی روانی و سازگاری افراد جامعه را تهدید کرده است (Bahari, Mirveisi, 1999) و

این عوامل اجتماعی بر سلامت روانشناختی افراد تاثیر گذاشته است ( Lovibond, & Lovibond, 1995). طلاق را می‌توان پدیده چند بعدی تلقی کرد که با مسائل متعددی در حوزه سلامت و بهزیستی افراد جامعه مرتبط است (Disney, Weinstein, Oltmanns, 2012) و از آنجایی که (طلاق) یک استرس بسیار شدید محسوب می‌گردد ابتلاء افراد جامعه به آسیب‌های روانی - اجتماعی امری بسیار محتمل است (Haffarian, Aghaei, Kajbaf, Kamkar, 2009). طلاق بعد از مرگ همسر نیازمند بیش‌ترین تغییر برای سازگاری مجدد، در افراد مبتلاست و برای تمام اعضای خانواده استرس بزرگی بشمار می‌رود (Sotoodeh, & Bahari, 2007) و سازگاری زوجین و فرزندان آن‌ها را در تمام ابعاد (هیجانی - شناختی، اجتماعی و...) تحت تأثیر قرار داده و باعث کاهش عملکرد اعضای خانواده پس از طلاق می‌گردد (Portes, Brown, & Smith, 2000). آسیب‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت وارده بر کودکان در جریان و پس از طلاق والدین در پژوهش‌های متعددی بررسی شده است (برای نمونه: McIntosh, Chisholm, 2008؛ Bojuwoye, Orok, Akpan 2009؛ Sandler, Wheeler, Lorey Braver, Sanford 2013).

ماستون و همکاران (۲۰۱۱)، در پژوهشی نشان دادند که زنان و مردانی که فرزندان طلاق بودند در ۳۲ سالگی در مقایسه با جمعیت عادی بیش‌تر طلاق گرفته بودند. تجربه طلاق در کودکی با کیفیت پایین‌تر روابط صمیمانه در بزرگسالی زنان رابطه داشت. و این زنان در مقایسه با زنان عادی، عزت نفس و سازگاری اجتماعی کمتری در بزرگسالی داشتند. سازگاری را می‌توان به معنی شناخت این حقیقت، که هر فرد باید هدف‌های خود را با توجه به چارچوب‌های اجتماعی و فرهنگی تعقیب نماید، دانست (Shoarinejad, 2009).

از نظر بارلو (۱۹۹۲) سازگاری عبارتست از، رفتار مفید و مؤثر آدمی در تطبیق با محیط (اجتماعی) به گونه‌ای که بتواند در محیط اجتماعی خودش نیز منشاء اثر باشد (Poormoghaddas, 1988). مک دونالد در مورد سازگاری و هم‌چنین ناسازگاری معتقد است: فردی سازگار است که پاسخ‌هایی که او را به تعامل اجتماعی مناسب با محیطش قادر می‌کند، آموخته باشد (Hosseiniabadi, 2003). راجرز معتقد است که اشخاص سازگار می‌توانند خودشان راهنمای دگرگونی و کمال خویش باشند (Agha mohammadian, 1997). یکی از مفاهیمی که با مفهوم سازگاری رابطه نزدیکی دارد مفهوم سلامت روانی است. علی‌رغم تعاریف متعدد ارائه شده، این مفهوم در علوم رفتاری، اجتماعی و پزشکی از اهمیت و جایگاه شایسته‌ای برخوردار است. در یک تعریف، سلامت روان وضعیتی است که در آن شرایط فرد دارای احساس کنترل بر دنیای درون و بیرون خود می‌باشد. این میزان احساس کنترل بعنوان شاخص سلامت روان، وابسته به عوامل فردی و اجتماعی می‌باشد (Samani, 2002). یکی از مهمترین عوامل، موقعیت‌های اجتماعی است منظور از موقعیت‌ها و شرایط اجتماعی،

ساختارهای خانوادگی، تهدیدهای اجتماعی، گروه همسالان، امکانات بهداشتی و رفاهی پیرامون فرد می‌باشد هم‌چنین منظور از عوامل فردی ویژگی‌ها، توانایی‌ها و مهارت‌های فردی اعم از توانایی جسمی، استراتژی تنظیم هیجانی - شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای می‌باشد ( Samani, Sohrabi, 2011). (Shegefti, Mansoori, 2011).

در مورد تحقیقاتی که درباره مقایسه زنان مطلقه و غیرمطلقه از نظر میزان مهارت‌های سازگاری و سلامت روانی انجام گرفته است می‌توان به تحقیق گاروین و کالتر (۱۹۹۶) اشاره کرد. آنها گزارش می‌کنند که در زنان مطلقه، علائم روانی و سازگاری ضعیف اجتماعی بیشتر از گروه غیرمطلقه بوده است. کرامری، ماهونی و پارگامنت (۲۰۱۱)، در پژوهشی دریافتند که کسانی که طلاق را به عنوان یک فقدان و هتک حرمت ارزیابی می‌کنند، نشانه‌های افسردگی بیش‌تر و تاکتیک‌های حل تعارض ناکارآمدتری را با همسر سابق خود در یک سال بعد از طلاق نشان می‌دهند.

حسینیان (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان داد که زنان مطلقه از سلامت روانی پایین‌تر برخوردارند. در تحقیقی دیگر برقی ایرانی (۲۰۰۶) به بررسی سنجش و ارزیابی سطح سلامت عمومی و ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری زنان در حال طلاق و مطلقه شهر تهران پرداخت. نتیجه تحقیق او نشان داد تفاوت معنی‌داری بین سه گروه از زنان مطلقه و در حال طلاق و متأهل دیده شد. بدین صورت که زنان متأهل در وضعیت بهتری نسبت به زنان در حال طلاق بودند.

بلالی و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی به بررسی رابطه عوامل روانشناختی و جمعیت شناختی پیش‌بینی‌کننده سازگاری پس از طلاق در زنان مطلقه شهر اصفهان پرداختند و نتایج نشان داد که از میان مؤلفه‌های سلامت روان شامل (اضطراب، افسردگی، خصومت، ترس مرضی و ...) مؤلفه افسردگی به طور معنی‌داری ( $P < 0/01$ ) تغییرات سازگاری زنان مطلقه پس از طلاق را پیش‌بینی می‌کند. به عبارتی مؤلفه افسردگی با سازگاری پس از طلاق رابطه دارد.

واندرزی (۲۰۰۲) در بررسی توانایی سازگاری مثبت با شرایط توانایی در تنظیم هیجان‌ها، مواجهه با تعارض‌ها و فشارها را مهمترین عوامل سازگاری میان فردی دانستند.

هم‌چنین در رابطه با تحقیقات مرتبط با سلامت روانی و تنظیم هیجان شناختی، می‌توان به تحقیقی که منین و هینبرگ (2002، به نقل از Yaryari, Moradi, & Yahyazadeh, 2007) داشته‌اند اشاره کرد. آنها در این پژوهش نشان دادند که افراد مبتلا به اضطراب فراگیر در سازماندهی تجارب هیجانی مشکل دارند و از مهارت‌های مثبت تنظیم شناختی هیجان کمتر استفاده می‌کنند.

مارتین و داهلن (۲۰۰۵، به نقل از Ghasempoor, Sooreh, 2012) در مطالعه‌ای که به بررسی رابطه بین مؤلفه‌های سلامتی (استرس، افسردگی، اضطراب) و تنظیم شناختی هیجان در ۳۶۲ دانشجوی دوره کارشناسی پرداختند، اشاره کرد آنها در این پژوهش به این نتیجه رسیدند که بین استرس، اضطراب و افسردگی با راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران) و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت، توجه مثبت به خود) به ترتیب ارتباط مثبت و منفی معنی‌دار وجود دارد. با توجه به آنچه گفته شد به نظر می‌رسد پرداختن به موضوع سلامت روانی، سازگاری و تنظیم هیجان شناختی از اهمیت شایانی برخوردار است هم‌چنین از آنجایی که بستر پرورش مفاهیم ذکر شده در خانواده صورت می‌گیرد و زنان نقش بی‌ظییری در کانون خانواده و رشد همه جانبه اعضای خانواده به عهده دارند و متأسفانه به خاطر افزایش مسأله طلاق، به نظر می‌رسد این کارکردهای مهم زنان کاهش پیدا کرده است از این‌رو بیان مسأله‌ای با عنوان مقایسه و بررسی میزان سلامت روانی، سازگاری و تنظیم هیجان شناختی زنان مطلقه و متأهل از اهمیت زیادی برخوردار است. برای تبیین این مسأله فرضیاتی به شکل زیرارائه می‌گردد:

- سطح سلامت روان زنان مطلقه به طور معنی‌داری کمتر از زنان متأهل است.
- سطح سازگاری (اجتماعی و کلی) زنان مطلقه به طور معنی‌داری کمتر از زنان متأهل است.
- سطح تنظیم هیجان شناختی زنان مطلقه به طور معنی‌داری کمتر از زنان متأهل است.

## روش

روش تحقیق در این پژوهش توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل و مطلقه شهرستان یزد بین گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ ساله در سال ۹۲-۹۱ بود. حجم نمونه در پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای برای هر زیرگروه باید حداقل ۱۵ نفر باشد اما برای تأمین اعتبار بیرونی تحقیق و کاهش خطای نمونه‌گیری، حجم زیرگروه‌ها بهتر است بیش‌تر در نظر گرفته شود (Fathi Ashtiani, 2010). از این‌رو برای مقایسه گروه‌ها، ۵۰ نفر زن مطلقه و ۵۰ نفر زن متأهل در نظر گرفته شد و نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر بود هم‌چنین از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. برای این منظور از بین زنان مراجعه‌کننده به سه دفترخانه رسمی طلاق در شهر یزد که برای ثبت و اجرای طلاق و یا برای گرفتن مدارک طلاق خود مراجعه کردند ۵۰ نفر به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. برای انتخاب نمونه زنان متأهل از روش هم‌تاسازی استفاده شد به این صورت که زنان متأهل در متغیرهایی نظیر سن و میزان تحصیلات با گروه زنان مطلقه در یک سطح قرار داشته باشند. در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از سه پرسشنامه استاندارد الف. سلامت عمومی گلدبرگ: تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ مطالعه درباره روایی پرسشنامه GHQ در نقاط

مختلف دنیا به انجام رسیده بود. در بررسی چن<sup>۱</sup> و چن<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) جهت بررسی روایی همزمان این پرسشنامه از پرسشنامه چند جنبه‌ای مینه‌سوتا استفاده نمودند و به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. کالمن<sup>۳</sup>، ویلسون<sup>۴</sup> و کالمن<sup>۵</sup> دو پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس ناامیدی بک را اجرا نمودند و ضریب روایی همزمان ۰/۶۹ را گزارش نمودند (Fathi Ashtiani, 2010).

ضریب اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی گروه ۸۰ نفره به میزان ۰/۹۱ برآورد شده که در سطح خطای یک هزارم معنادار است. یعقوبی در سال ۱۳۷۴ ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است (Fathi Ashtiani, 2010). میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس‌های علایم 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 به دست آمده است. تقوی (۲۰۰۱) به منظور تعیین اعتبار این پرسشنامه از سه روش بازآزمایی، دو نیمه‌سازی و ثبات درونی استفاده نمود. نتایج به دست آمده با روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمون‌های علایم 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 به دست آمده با روش تصفی برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای خرده آزمون‌های علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۸۶ - ۰/۸۴ - ۰/۶۸ و ۰/۷۷ بود. همچنین نتایج به دست آمده جهت سنجش ثبات درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای خرده آزمون‌های علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۷۶ - ۰/۸۴ - ۰/۶۱ و ۰/۸۸ بود.

ب. پرسشنامه سازگاری بل: اعتبار آزمون - آزمون مجدد گزارش شده در راهنمای آزمون از ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ متغیر بوده است. بل ضرایب اعتبار را برای خرده مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش کرده است. همچنین این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک و همبستگی با آزمون شخصیت آیسنک نشان داده است (بل، ۱۹۶۲، به نقل از Fathi Ashtiani, 2010).

بهرامی (۱۹۹۲) اعتبار آزمون را با روش آلفای کرونباخ بر اساس ضریب آلفای آن را ۰/۸۹ به دست آورد بل (۱۹۶۲) معتقد است این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک و همبستگی با آزمون شخصیت آیزنک دارد (Fathi Ashtiani, 2010).

ج. مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی: این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس است. اعتبار این آزمون خرده مقیاس عدم پذیرش ۰/۸۵، اهداف ۰/۸۹، تکانه ۰/۸۶، آگاهی ۰/۸۰، راهبردها، ۰/۸۸، شفافیت، ۰/۸۴ بدست آمد (Gratz, & Romer, 2004). در پژوهش دیگر اعتبار کلی این مقیاس ۰/۸۶ می‌باشد. روایی محتوا و پیش‌بین این پرسشنامه در حد بسیار مطلوب گزارش می‌کند (Gratz, & Romer, 2004).

تجزیه و تحلیل داده‌ها

فرضیه اول: سطح سلامت روان زنان مطلقه به طور معنی داری کمتر از زنان متأهل است.

جدول ۱: آزمون t مستقل در مورد مقایسه‌ی تفاوت میانگین سلامت روانی آزمودنی‌های متأهل با

#### آزمودنی‌های مطلقه

آزمون لوین		آزمون t						F		
سطح معنی داری	t	درجه آزادی	سطح معنی داری	تفاوت دو میانگین	خطای معیار تفاوت	تفاوت درصدی	اطمینان ۹۵	سطح	حد بالا	حد پائین
0/116	3/062	98	0/003	7/5	2/449	2/639	12/361	سطح		
0/025	2/519	92/44	0/013	1/92	0/762	0/408	3/432	سطح		
0/615	1/134	98	0/26	0/94	0/829	-0/705	2/585	سطح		
0/589	1/329	98	0/187	0/96	0/723	-0/474	2/394	سطح		
0/...	5/133	71/27	0/...	3/68	0/717	2/257	5/103	سطح		
2/514								سلامت روان کلی		
5/168								مقیاس A سلامت روان		
0/255								مقیاس B سلامت روان		
0/295								مقیاس C سلامت روان		
30/13								مقیاس D سلامت روان		

جدول بالا نتایج آزمون t مستقل در مورد مقایسه‌ی تفاوت میانگین سلامت روانی آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول مشخص است، سطح

معنی‌داری تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر سلامت روانی و زیرمقیاس‌های A و D از ۰/۰۵ کمتر است.

بنابراین فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر سلامت روانی و زیرمقیاس‌های A و D رد می‌شود و فرضیه تحقیق مبنی بر تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر سلامت روانی و زیرمقیاس‌های A و D مورد تأیید قرار می‌گیرد. البته در سایر زیرمقیاس‌ها فرضیه صفر تأیید و فرضیه تحقیق رد می‌شود.

با توجه به این که در متغیر سلامت روانی و زیرمقیاس‌های A و D میانگین زنان متأهل به طور معنی‌داری از میانگین زنان مطلقه بیش‌تر است، در مجموع می‌توان گفت زنان متأهل نسبت به زنان مطلقه از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند.

فرضیه دوم: سطح سازگاری (اجتماعی و کلی) زنان مطلقه به طور معنی‌داری کمتر از زنان متأهل است.

جدول شماره ۲: نتایج آزمون t مستقل در مورد مقایسه‌ی تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با

#### آزمودنی‌های مطلقه در متغیر سازگاری و زیرمقیاس‌های آن

آزمون لوین		آزمون t					F		
سطح معنی‌داری	t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	تفاوت دو میانگین	خطای معیار تفاوت	تفاوت ۹۵ درصدی	سطح اطمینان ۹۵ درصدی	حد بالا	حد پایین
0/126	4/579	98	۰/۰۰۰	17/54	3/83	9/939	25/141		
0/127	3/676	98	۰/۰۰۰	5/06	1/376	2/329	7/791		
0/315	0/988	98	0/326	0/74	0/749	-0/747	2/227		
0/015	3/259	89/616	0/002	3/62	1/111	1/416	5/824		
0/008	4/497	86/812	۰/۰۰۰	4/48	0/996	2/503	6/457		
0/808	3/783	98	۰/۰۰۰	3/64	0/962	1/731	5/549		
2/377	2/364	0/126	0/127	1/02	6/159	7/438	0/059		



جدول بالا نتایج آزمون t مستقل در مورد مقایسه‌ی تفاوت میانگین سازگاری آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول مشخص است، سطح معنی‌داری تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر سازگاری و هم‌هی زیرمقیاس‌های آن (به جز سازگاری بهداشتی) از ۰/۰۵ کمتر است.

بنابراین فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر سازگاری و زیرمقیاس‌های آن (به جز سازگاری بهداشتی) رد می‌شود و فرضیه تحقیق مبنی بر تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر سازگاری و زیرمقیاس‌های آن (به جز سازگاری بهداشتی) مورد تأیید قرار می‌گیرد. از این‌رو می‌توان گفت سازگاری (اجتماعی و ...) زنان مطلقه کمتر از زنان متأهل است.

فرضیه سوم: سطح تنظیم هیجان شناختی زنان مطلقه به طور معنی‌داری کمتر از زنان متأهل است.

جدول شماره ۳: نتایج آزمون t مستقل در مورد مقایسه‌ی تفاوت میانگین تنظیم هیجان

#### شناختی آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه

سطح اطمینان ۹۵ درصدی تفاوت	آزمون t		آزمون لوین		سطح معنی‌داری	F	
	خطای معیار تفاوت	تفاوت دو میانگین	سطح معنی‌داری	t			
حدا بالا	19/342	11/92	0/002	3/187	0/293	1/117	تنظیم هیجان شناختی
حدا پایین	4/498	2/04	0/069	1/84	0/796	0/067	عدم پذیرش
	2/438	0/62	0/5	0/677	0/387	0/755	اهداف
	4/91	2/74	0/014	2/505	0/687	0/163	تکانه
	2/933	1/46	0/052	1/967	0/508	0/441	آگاهی
	4/905	2/62	0/025	2/275	0/911	0/013	راهنم‌دها
	3/58	2/44	۰/۰۰۰	86/561	0/047	4/062	شفافیت

بین سطح تنظیم هیجانی شناختی زنان مطلقه و متأهل تفاوت وجود دارد. جدول بالا نتایج آزمون  $t$  مستقل در مورد مقایسه‌ی تفاوت میانگین تنظیم هیجانی شناختی آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول مشخص است، سطح معنی‌داری تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر تنظیم هیجانی شناختی و زیرمقیاس‌های کنترل تکانه، راهبردها و شفافیت، از  $0/05$  کمتر است.

بنابراین فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر تنظیم هیجانی شناختی و زیرمقیاس‌های تکانه، راهبردها و شفافیت، رد می‌شود و فرضیه تحقیق مبنی بر تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر تنظیم هیجانی شناختی و زیرمقیاس‌های کنترل تکانه، راهبردها و شفافیت، مورد تأیید قرار می‌گیرد. البته در سایر زیرمقیاس‌ها فرضیه صفر تأیید و فرضیه تحقیق رد می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول: سطح سلامت روان زنان مطلقه به طور معنی‌داری کمتر از زنان متأهل است. در مورد فرضیه اول، نتایج نشان داد فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر سلامت روانی و زیرمقیاس‌های  $A$  و  $D$  رد می‌شود و فرضیه تحقیق مبنی بر تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر سلامت روانی و زیرمقیاس‌های  $A$  و  $D$  مورد تأیید قرار می‌گیرد. البته در سایر زیرمقیاس‌ها فرضیه صفر تأیید و فرضیه تحقیق رد می‌شود.

با توجه به این که در متغیر سلامت روانی و زیرمقیاس‌های  $A$  و  $D$  میانگین زنان متأهل به طور معنی‌داری از میانگین زنان مطلقه بیش‌تر است، در مجموع می‌توان گفت زنان متأهل نسبت به زنان مطلقه از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند. نتایج این پژوهش با پژوهش لورنز (به نقل از حفاریان، ۲۰۰۹)، حسینیان (۲۰۰۳)، برقی ایرانی (۲۰۰۶)، قطبی (۲۰۰۳)، امیرفریاد (۲۰۰۹) هم‌سو است و با پژوهش آقابخشی و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر اینکه بهداشت روانی زنان مطلقه در حد معمولی است هم‌سوئی ندارد.

در تفسیر این موضوع می‌توان به دو صورت مسأله را تفسیر و تبیین کرد، نخست این زنان مطلقه به دلیل پایین‌تر بودن سلامت روانی در قبل از ازدواج شرایط مستعدتری برای تجربه کردن بحران طلاق دارند که اگر این تفسیر را بپذیریم بایستی با آموزش مؤلفه‌های سلامت روانی در مراحل قبل از ازدواج و داشتن برنامه‌های فرهنگی و اجتماعی در این زمینه، سطح سلامت روانی جامعه زنان را در مرحله قبل از آسیب بالا ببریم تا کمتر شاهد پیامدهای ناگوار طلاق باشیم. ثانیاً در صورتی که مسأله را بدین ترتیب تبیین کنیم که تعدادی از زنان مطلقه بعد از طلاق، سلامت روانی آنها به

دلیل مشکلات فراوانی که بعد از طلاق پیدا می‌کنند، بخصوص در شرایطی که حضانت فرزند یا فرزندان را به عهده داشته و هم‌چنین وضعیت اقتصادی نامناسبی هم داشته باشند، کاهش پیدا کرده و علی‌رغم حمایت‌های دولتی و غیردولتی، اغلب کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند. از این‌رو می‌توان با آموزش سلامت روان این گروه از افراد جامعه شرایط مناسب‌تر اجتماعی را برای آنها فراهم کرد.

فرضیه دوم: سطح سازگاری (اجتماعی و کلی) زنان مطلقه به طور معنی‌داری کمتر از زنان متأهل است.

در مورد این فرضیه، نتایج نشان داد سطح معنی‌داری تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر سازگاری و همه زیرمقیاس‌ها به جز سازگاری بهداشتی (سازگاری در خانه، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی - تحصیلی) از ۰/۰۵ کمتر است ( $P < 0/05$ ). از این‌رو فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین آزمودنی‌های دو گروه در متغیر سازگاری و زیرمقیاس‌های آن (به جز سازگاری بهداشتی) رد شد و فرضیه تحقیق مبنی بر تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر سازگاری و زیرمقیاس‌های آن به جز سازگاری بهداشتی مورد تأیید قرار گرفت. در زیرمقیاس سازگاری بهداشتی فرضیه صفر تأیید شد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های مشابه بلالی و همکاران (۲۰۱۱)، حفاریان و همکاران (۲۰۰۹)، گاروین و کالتر (۱۹۹۶) مبنی بر شدت علائم روانی و سازگاری ضعیف اجتماعی در زنان مطلقه نسبت به متأهل همخوانی دارد. نتیجه این فرضیه را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که به نظر می‌رسد سازگاری پایین بعضی از زنها، مسیر ورود آنها را به بحران طلاق را هموارتر می‌کند پس به نظر می‌رسد با آموزش مؤلفه سازگاری به دختران، اعم از سازگاری اجتماعی و فردی، اطلاعات و نگرش‌های آنها را قبل از ازدواج تغییر داده و انتظارات آنها را واقعی و متعادل کنیم تا کمتر شاهد پیامدهای بحران طلاق باشیم هم‌چنین به روند رشد سازگاری (اجتماعی و...) زنان مطلقه کمک کرده تا شرایط بهتری پس از بحران طلاق داشته باشند.

فرضیه سوم: سطح تنظیم هیجان شناختی زنان مطلقه به طور معنی‌داری کمتر از زنان متأهل است.

نتایج نشان داد سطح معنی‌داری تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در متغیر تنظیم هیجان شناختی و زیرمقیاس‌های کنترل تکانه، راهبردها و شفافیت از ۰/۰۵ کمتر است ( $P < 0/05$ ). فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با آزمودنی‌های مطلقه در این متغیر و زیرمقیاس‌های نامبرده رد شد و فرضیه تحقیق مبنی بر تفاوت میانگین آزمودنی‌های متأهل با مطلقه در متغیر تنظیم هیجان شناختی و زیرمقیاس‌های کنترل تکانه،

راهبردها و شفافیت مورد تایید قرار گرفت و در سایر زیرمقیاس‌ها عدم پذیرش، اهداف، آگاهی، فرضیه صفر تایید و فرضیه تحقیق رد شد. به بیانی دیگر زنان مطلقه نسبت به زنان متأهل از تنظیم هیجان شناختی پایین‌تری برخوردارند. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های مشابه عبیدی و همکاران (۲۰۱۰)، گروس (۲۰۰۷)، به نقل از عبیدی) و قاسم‌پور (۲۰۱۲) هم‌سو است. از این‌رو با توجه به این که در متغیر تنظیم هیجانی شناختی و زیرمقیاس‌های راهبردها و شفافیت و کنترل تکانه میانگین زنان متأهل به طور معنی‌داری از میانگین زنان مطلقه بیشتر است، از این‌رو به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان شناختی قبل از ازدواج و بعد از ازدواج به جامعه زنان می‌تواند بحران طلاق را در جامعه کاهش داده و به طور نسبی از پیامدهای اجتماعی پدیده طلاق کاسته شود.



## Reference

Abdi, S., Baba poor, Kheirodin, J. & Fathi, H. (2010). Relationship between cognitive emotion regulation styles and general health of students. Journal of University of Medical Sciences of Islamic Republic of Iran s army. 8 (4), Pp. 258-264. Persian.

Agha mohammadian, H. (1997). The Study of the effect of group therapy, psychoanalysis and cognitive approaches to increase compatibility. M.A. thesis. Unpublished. Tarbiat-e-Modarres University of Tehran. Persian.

Aghabakhshi, H., Sedaghatifard, M., Arezoo, V. (2011). The study of mental health of the widow covered by Komite Emdad of Iran and its comparative analysis. Journal of Social Research, 3 (8): 19-41. Persian.

Amir Faryar, M., Hosseini, S.A., Foruzan, S. (2009). Mental health survey of female-headed households covered by State Welfare Organization of Iran in Tehran. Social Research. 2(3):117-137. Persian.

Bahari, F., Mirveisi, A. (1999). Typology of divorce and its process. Journal of Consulting Message, no. 4. Persian.

Balali, T., Etemadi, O., Fatehi zadeh, M. (2011). Examining psychological factors and demographic predictors of adjustment after divorce in divorced women in Isfahan. Journal of Cultural Counseling and Psychotherapy, 2(5). Persian .

Barghi Irani, Z. (2006). Assessment and evaluation of public health and personality and compatibility of divorcing and divorced women of city of Tehran. M.A. thesis. Unpublished. Roodehen Azad University. Persian.

Fathi Ashtiani, A. (2010). Psychological tests. 4th edition. Tehran: Besat. Persian.

Ghasempoor, A. Sooreh, J. (2012). Prediction of death anxiety based on cognitive emotion regulation strategies. Knowledge and Research in Applied psychology, 13 (2). Persian.

Ghotbi, M. Holakouei Naiini, K. & Jazayeri, A. (2003). The situation of divorce and some of its influencing factors in people living in Dolatabad neighborhood. Journal of Social Welfare. No. 3. Persian.

Haffarian, L. Aghaei, A. Kajbaf, M.B. Kamkar, M. (2009). Comparison of quality of life and its dimensions in divorced and non-divorced women, and its relation to the population specialty in the city of Shiraz. Knowledge and Research in Applied Psychology, Khorasgan Islamic Azad University. No. 41. Persian.

Hossein Abadi, F. (2003). Analysis and comparison of psychological adjustment of mothers of 7-12 years old children in borderline and ordinary children of the city of Zahedan. M.A. thesis. Unpublished. Birjand Azad University. Pp. 45-50. Persian .

Hosseinian, S. (2003). Relationship and comparison of mental health of children and their mothers, who have and who lack the custody of their children. Women Study. No. 1. Persian.

Javani, H. (2010). Effect of the Islamic mystical teachings on the family. Journal of Islamic Studies. 4. Pp. 90-110. Persian.

Kameli, M.J. (2006). Investigation of the causes and contributing factors in the social damage of divorce in society with regard to the facts and documents. Journal of Social Knowledge. No. 90, Pp. 180-189. Persian.

Poor Moghaddas, A. (1988). Adjustment psychology. 2nd edition, Isfahan: Mash al. Persian.

RafatJah, M., Bahrami, S. (2011). Anthropological study of family disruption in Sirous neighborhood of Tehran. Journal of Anthropological Studies of Iran, 1th year, Pp. 85-109. Persian.

Samani, S. & Sadeghi, L. (2010). Adequacy examination of psychometric evaluation of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Journal of Psychological Methods and Models. No. 1, Pp. 51-62. Persian .

Samani, S. (2002). Scientific model of family cohesion, emotional autonomy and adaptability. Ph.D. dissertation. Shiraz University. Persian.

Samani, S., Sohrabi Shegefti, N., Mansoori, S. (2011). The mediation role of cognitive emotion regulation for parenting style and emotional problems. Journal of Psychological Methods and Models. 1 (3), Pp. 120-131. Persian .

Shoarinejad, A. (2009). Developmental Psychology. 1st edition, 19th publication. Tehran: Ettela ta Persian.

Sotoodeh, H., Bahari, S. (2007). Family pathology. Tehran: Nedaye Ariana. Persian.

Yaryari, F., Moradi, A. & Yahya zadeh, S. (2007). Relation between emotional intelligence and locus of control and psychological health in the Mazandaran University students. *Psychological Studies*, 3(1), Pp. 21-40. Persian.

Bojuwoye, Olaniyi; Orok, Akpan (2009). Personal, familial and environmental perspectives in children's reactions to parental divorce in South Africa. *Journal of Family Studies* 15:3, 260 ° 273.

Disney, L. Krystle; Weinstein, Yana; Oltmanns, F. Thomas (2012). Personality disorder symptoms are differentially related to divorce frequency. *Journal of Family Psychology* 26 (6), Dec 2012, 959 ° 965.

Garnefski, N. and kraaij, V (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *personality and individual differences*, 40, 1659 - 1669.

Garvin, G & Calter, M (1996). Individual differences in stressors, Mediating factors and adjustment to outcome AM,J. *Psychiatry* ° 63.

Gratz, K.L., & Romer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation development ,factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26 (1), 41 ° 54.

*Journal of Family Psychology* 25 (4), 2011, 615 - 619.

Krumrei, J. Elizabeth; Mahoney, Annette; Pargament, Kenneth (2011). Spiritual stress and coping model of divorce: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology* 25 (6), Dec 2011, 973 ° 985.

Lovibond ,S .H.& Lovibond ,P.F (1995). Manual for the depression anxiety stress scales (2Nd.ed) Sydney: psychology foundation.

McIntosh, Jennifer; Chisholm, Richard (2008). Cautionary notes on the shared care of children in conflicted parental separation. *Journal of Family Studies* 14:1, 37 ° 52.

Mustonen, Ulla; Huurre, Taina; Kiviruusu, Olli; Haukkala, Ari; Aro, Hillevi (2011). Long - term impact of parental divorce on intimate

relationship quality in adulthood and the mediating role of psychosocial resources.

Portes, P, Brown, J.& Smith, T. (2000). The divorce adjustment inventory ° revised : validation of a parental report concerning childrens of divorce & Remarriage, 33, 93 - 100.

S Bell,H.M. (1962). Bell adjustment inventory manual. California: consulting psychological press INC.

Sandler, N. Irwin; Wheeler, A. Lorey; Braver, L. Sanford (2013).Relations of parenting quality, interparental conflict, and overnights with mental health problems of children in divorcing families with high legal conflict.journal of Family Psychology, Vol 27 (6), Dec 2013, 915 - 924.

