

Research Paper

The Effectiveness of Well-Being Group Therapy on Psychological Well-Being, Cognitive Emotion Regulation, Worry, and Resilience of Female-Headed Households

Abbas Tadayoni¹, Hamid Reza Aghamohammadian Sharbaf^{2*}, Majid Moeenizadeh³

1- Master's degree in Clinical Psychology Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

2- Professor and Faculty of Psychology group, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

3- Assistant and Faculty of Psychology group, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Received: 2020/04/29

Revised: 2021/04/19

Accepted: 2021/05/08

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jzv.2021.24757.3218

Keywords:

resilience, worry, cognitive emotion regulation, well-being therapy, female-headed household

Abstract

Introduction:

Female-headed households make up a significant portion of the society, and numerous studies show that women in this group have lower levels of mental health than other women. The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of well-being group therapy on psychological well-being, cognitive emotion regulation, worry and resilience of female-headed households. The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test with control group.

Methods: The statistical population of this study included all female-headed households in Shirvan with the age range of 20 to 49 years. The sample consisted of 30 individuals who were selected by purposive sampling method and were randomly divided into experimental and control groups. The intervention was group-based, with only 8 weekly well-being therapy and treatment sessions for the experimental group. The research instruments comprised: Connor and Davidson Resilience Questionnaire, The Pennsylvania Worry Questionnaire (PSWQ), cognitive emotion regulation of Garneky, and Ryff psychological well-being scale. Then, with using SPSS software, analysis of covariance was performed.

Findings: The results of analysis of covariance showed that the therapeutic well-being has increased resilience, cognitive emotion regulation strategies, psychological well-being and reducing the concern of the experiment Group. However, there is no significant reduction in cognitive emotion regulation strategies. **Conclusion:** Considering the increase in psychological well-being in the six dimensions of well-being of female-headed households, it seems that this type of treatment increases resilience, adaptive strategies and reduces the concerns of female-headed households.

Citation: Abbas Tadayoni, Hamid Reza Aghamohammadian Sharbaf, Majid Moeenizadeh. The Effectiveness of Well-Being Group Therapy on Psychological Well-Being, Cognitive Emotion Regulation, Worry, and Resilience of Female-Headed Households. Quarterly Journal of Women and Society. 2021; 12 (47): 67-84.

***Corresponding author:** Hamid Reza Aghamohammadian Sharabaf

Address: Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Tell: 00989153012560

Email: aghamohammadian@um.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Women heads of households are known as individuals who are the sole head of a family. This group of people experience problems such as low decision-making power, mental unrest, anxiety about the future, worthlessness and helplessness (1). Also, many of them are frequently exposed to various stresses and report lack of self-confidence, hopelessness, hopelessness and loneliness (2). In addition, several studies show that women heads of households have lower mental health than women with husbands (3-7). A recent study of 8,063 people in Germany found that the prevalence of anxiety and mild depression, as well as general stress, was twice as high in female-headed households as it was in married women. In this study, it was found that despite other factors, maternal loneliness is a significant factor in explaining the symptoms of anxiety and mild depression. In addition, maternal loneliness was associated with high parenting stress. Another valuable finding in this study was the lack of a significant relationship between social status and well-being of female-headed households with parenting stress, anxiety and depression, which is in contradiction with previous findings (8).

Methods

The method of this research was quasi-experimental and was performed as a pretest-posttest with a control group. The place of the present study was Shirvan Education Counseling Center. After completing the questionnaires, thirty applicants who were eligible to enter the study were randomly divided into experimental and control groups (15 in the experimental group and 15 in the control group). Well-being therapy (WBT) was performed on the experimental group according to protocol (34). Psychological well-being questionnaire (31), Pennsylvania Anxiety Inventory (PSWQ)(37), Cognitive emotion regulation questionnaire(26) and Connor and Davidson resilience questionnaire were performed for both groups(40).

Findings

The results showed that there was a significant difference between the resilience of the experimental group who received well-being therapy and the control group who did not receive any treatment ($P = 0.001$, $F = 38.76$). The results indicate that the resilience of the group Experiment compared to the control group has been significantly increased in the post-test and the effect or difference is 58, in other word, 58% of increase in score of resilience is related to the effect of well-being therapy. On the other hand, there was a significant difference between the participants in the well-being therapy experimental group and the control group in terms of worry; In other words, there was a significant difference between the concerns of the experimental group who received well-being therapy and those who were in the control group and did not receive any treatment ($P = 0.001$, $F = 46.44$).

There was also a significant difference in terms of adaptive strategies; In other words, there was a significant difference between the adaptive strategies of the experimental group who received well-being therapy and those who were in the control group and did not receive any treatment ($P = 0.001$, $F = 23.56$).

Discussion

Women heads of households make up a significant portion of the population who struggle with many problems. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of group well-being and group therapy on resilience, anxiety, cognitive emotion regulation and psychological well-being of female-headed households. The results of the present study showed that well-being therapy significantly increased resilience, adaptive cognitive emotion regulation strategies, psychological well-being and reduced anxiety in the experimental group compared to the control group.

The latest findings of the present study indicate that well-being therapy increases the psychological well-being of female-headed households. This finding was consistent with the research (42, 46, 52, 53).

In explaining this finding, it can be said that the main focus of the well-being therapeutic approach is to promote the six dimensions of psychological well-being. well-being therapy increases psychological well-being by cognitive reconstruction and changing people's attitudes and attention during the sessions along with the task of the well-being diary.

Thus, women heads of households are encouraged to be more accepting of themselves and their living conditions instead of focusing on their dissatisfaction. In the dimension of positive relationships with others, they were encouraged to have warm relationships with those around them, to be interested in the well-being and happiness of others; Develop the ability to empathize, love and intimacy with others, and understand trade in human relationships. In the dimension of autonomy, instead of focusing on the judgments of others, they focus on the decisions of their lives in a logical and independent way. In the purposeful dimension of life, they set goals for themselves that help increase their psychological well-being and thus relieve depression and helplessness.

Conclusion

Therefore, according to the above, this treatment seems to be effective for female-headed households.

Ethical Considerations Compliance with ethical guidelines

In this study, all participants were given full knowledge about the goals and methods of research before the start of treatment sessions, and informed consent to enter the treatment sessions was obtained in writing from clients.

Funding

This study lacked financial support from the university or any other institution.

Authors' contributions

Abbas Tadayoni (first author), lead researcher / author of introduction (30%); Hamid Reza Aghamohammadian Sharabaf

(second author), methodology / discussion author (30%); Majid Moeenizadeh (third author) Statistical analyst, collecting data and making necessary edits according to the new method of the journal and modifying the whole article and submission (40%).

Conflicts of interest

No case has been reported by the authors in this regard.

مقاله پژوهشی

اثر بخشی بهزیستی درمانی گروهی بر بهزیستی روان شناختی، تنظیم شناختی هیجان، نگرانی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار

عباس تدینی^۱، حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف^{۲*}، مجید معینی زاده^۳

۱- فوق‌لیسانس روان‌شناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۲- استاد و هیات علمی گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۳- استادیار و هیات علمی گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

هدف: زنان سرپرست خانوار بخش قابل توجهی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند و پژوهش‌ها میزان سلامت روانی این گروه از زنان را نسبت به زنان دیگر کمتر گزارش کرده‌اند. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بهزیستی‌درمانی (WBT) بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم شناختی هیجان، نگرانی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار بوده است.

روش: روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانوار شهر شیروان بود که در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۹ سال قرار داشتند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مداخله به شیوه گروهی بود؛ بدین صورت که صرفاً برای گروه آزمایش ۸ جلسه هفتگی بهزیستی‌درمانی انجام شد. ابزار پژوهش عبارت بود از پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون، نگرانی پنسیلوانیا، تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و بهزیستی روان‌شناختی ریف. در ادامه با بهره‌گیری از SPSS تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بهزیستی‌درمانی باعث افزایش میزان تاب‌آوری، راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و کاهش نگرانی گروه آزمایش شده است؛ هرچند کاهش معنادار راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجانی را در پی نداشته است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به افزایش بهزیستی روان‌شناختی در ابعاد ۶ گانه بهزیستی زنان سرپرست خانوار به نظر می‌رسد این نوع از درمان باعث افزایش تاب‌آوری، راهبردهای سازگارانه و کاهش نگرانی زنان سرپرست خانوار می‌گردد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۱۰

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۱/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۸

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/jzv.2021.24757.3218

واژه‌های کلیدی:

تاب‌آوری، نگرانی، تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی‌درمانی، زنان سرپرست خانوار.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* نویسنده مسئول: حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف

نشانی: گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

تلفن: ۰۹۱۵۳۰۱۲۵۶۰

مقدمه

زنان سرپرست خانوار به‌عنوان افرادی شناخته می‌شوند که به‌تنهایی سرپرستی یک خانواده را بر عهده‌دارند. این گروه از افراد مشکلاتی از قبیل قدرت پایین تصمیم‌گیری، عدم آرامش روانی، اضطراب در مورد آینده، بی‌ارزشی و درماندگی را تجربه می‌کنند (۱). همچنین بسیاری از آن‌ها به‌طور مکرر در معرض تنش‌های مختلف قرار دارند و عدم اعتمادبه‌نفس، بی‌هویتی، ناامیدی و احساس تنهایی را گزارش می‌کنند (۲). علاوه بر موارد ذکرشده پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که زنان سرپرست خانوار نسبت به زنان دارای همسر سلامت روانی پایین‌تری دارند (۳-۷). در پژوهشی که اخیراً در آلمان بر روی ۸۰۶۳ نفر اجراشده است مشخص شد که میزان شیوع اضطراب و افسردگی خفیف و همچنین استرس عمومی در زنان سرپرست خانوار دو برابر بیشتر از شیوع آن در بین زنان دارای همسر است. در این پژوهش مشخص شد که باوجود عوامل دیگر، تنهایی مادر به‌عنوان یک عامل معنی‌دار ثابت در تبیین نشانه‌های اضطراب و افسردگی خفیف است. علاوه بر این، تنهایی مادر با استرس بالای والدگری همراه بود. یافته ارزشمند دیگر در این پژوهش عدم وجود ارتباط معنادار بین سطح اجتماعی و سطح رفاه زنان سرپرست خانوار با استرس والدگری، اضطراب و افسردگی است که در تضاد با یافته‌های قبلی بوده است (۸). داده‌های مرکز آمار ایران نشان‌دهنده سیر صعودی تعداد زنان سرپرست خانوار است؛ به‌طوری‌که بین سال‌های ۱۳۷۵- تا ۱۳۸۵، خانوارهایی که زنان سرپرستی آن‌ها را بر عهده داشته‌اند به ترتیب ۸/۴ و ۹/۵ درصد کل خانوارهای کشور بوده‌اند. همچنین در سال ۱۳۹۵ تعداد ۲۴/۲ میلیون خانوار در ایران وجود داشته است که از این تعداد، خانوارهایی که زنان سرپرستی آن‌ها را بر عهده داشته‌اند عبارت بود از ۳۰۶۱۷۵۳ خانوار، معادل ۱۲/۷ درصد از کل خانوارهای ایرانی که سرشماری شده بودند (۹). یکی از عوامل مهمی که قادر است کارکردهای روان‌شناختی اعضای خانواده، از جمله خلق، تفکر و رفتار را تقویت کند و توانایی آنان را در مواجهه و مقابله با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی بهبود بخشد تاب‌آوری^۱ است. تاب‌آوری یکی از سازه‌هایی است که در روان‌شناسی مثبت نگر مورد توجه و پژوهش قرار گرفته است و جایگاه ویژه‌ای در روان‌شناسی خانواده، روان‌شناسی تحولی و بهداشت روانی داشته است (۱۰). تاب‌آوری در طول دهه‌های گذشته تحقیقات بسیاری را به خود معطوف ساخته است و در آسیب‌شناسی روانی این سازه این‌گونه تعریف می‌شود: سازگاری خوب و مثبت فرد در شرایطی که مشکلات و بدبختی‌ها برای او ناسازگاری و آسیب روانی ایجاد می‌نمایند (۱۱). تاب‌آوری را نباید صفتی پنداشت که بعضی از افراد این صفت را دارند و برخی دیگر ندارند، بلکه شامل مجموعه‌ای از افکار و رفتارهایی است که فرد می‌تواند آن‌ها را فراگیرد و توسعه دهد. بر اساس پژوهش‌های روان‌شناسی بین تاب‌آوری و مشکلات روان‌شناختی رابطه منفی و

1 - resilience

معنادار وجود دارد و تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان یک عامل میانجی بین سلامت روانی و متغیرهای دیگر قرار گیرد و تقویت تاب‌آوری موجب افزایش مقاومت فرد در برابر مشکلات روان‌شناختی خواهد شد (۱۲). نگرانی را می‌توان نوعی تمایل شناختی به فکر کردن مداوم در مورد یک موضوع به‌گونه‌ای که فرد توانایی کنار گذاشتن این تمایل را ندارد تعریف کرد (۱۳). بر اساس یک مدل فرا تشخیصی که نتیجه‌ی پژوهش بر روی جمعیت غیر بالینی بوده است و نظریات مختلف روان‌شناسی را باهم ترکیب کرده است، متغیرهای مهم و تأثیرگذار در نگرانی، شامل فراشناخت‌ها، عدم تحمل ابهام، طرح‌واره‌های هیجانی و اجتناب تجربی است که اجتناب تجربی نقش میانجی بین فراشناخت‌ها، عدم تحمل ابهام، طرح‌واره‌های هیجانی با نگرانی داشته است (۱۴). نتایج پژوهشی که اخیراً بر روی ۵۴۸ نفر اجراشده است بیانگر وجود رابطه بین نگرانی با نشانگان افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی بوده است (۱۵). همچنین در یک پژوهش جدید و مرتبط با پژوهش حاضر مشخص شد که ۷۷ درصد از زنان سرپرست خانوار در اداره کردن زندگی مشکلاتی داشته‌اند به این معنی که ۳۹ درصد از آن‌ها همیشه و ۳۵ درصد گاهی اوقات در مورد آینده‌ی فرزندانشان نگران بوده‌اند (۱۶) از سوی دیگر نتایج پژوهش دیگری نشان داد که یک همبستگی مثبت و معنی‌دار بین نگرانی والدین و نگرانی فرزندان وجود دارد (۱۷). از سوی دیگر هیجان‌ها نقش اساسی در بسیاری از اختلالات روانی از جمله اختلالات عاطفی، روان‌آزردگی، رفتارهای ناپه‌نجان و... دارند. (۱۸) در نیمی از اختلال‌های محور II و تمام اختلال‌های محور I ناهماهنگی‌های هیجانی وجود دارد (۱۹) به‌عنوان مثال می‌توان به مشکلات تنظیم هیجان در اختلال خوردن (۲۰، ۲۱)، اختلال استرس پس از سانحه (۲۲)، افسردگی (۲۳، ۲۴) و اضطراب (۲۵) اشاره کرد. تنظیم هیجان فرآیندی است که افراد بر نوع هیجانات، زمان و نحوه‌ی بروز آن‌ها تأثیر می‌گذارند و این فرآیند ممکن است هشیار یا ناهشیار و خودکار یا کنترل‌شده باشد (۱۸). تنظیم شناختی هیجان^۲ را می‌توان شیوه‌ای شناختی در نظر گرفت که افراد در مدیریت هیجانات خود از این شیوه استفاده می‌کنند (۲۶). این شیوه بازنگری بشر درآمیخته است؛ به‌گونه‌ای که فرآیندهای شناختی با تنظیم و کنترل هیجانات و احساسات به افراد کمک می‌کند تا به‌گونه‌ای متعادل با شرایط استرس‌زا روبه‌رو شوند (۲۷). در پژوهشی مشخص شده است که سبک مقابله‌ای زنان سرپرست خانوار در برخورد با شرایط استرس‌زای زندگی هیجان‌مدار است. به‌گونه‌ای که این سبک موجب کاهش سلامت روانی آنان و افزایش استرس و اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی می‌شود. بنابراین لازم است تا آموزش‌های لازم برای افزایش استفاده از سبک مقابله‌ای صحیح (مساله‌مدار) به این گروه ارائه شود (۲۸). همچنین نتایج پژوهشی دیگری که بر روی زنان سرپرست خانوار اجراشده است، نشان می‌دهد که زنانی که از مهارت‌های تنظیم هیجان برخوردار

2 - cognitive emotion regulation

شد، نوعی درمان کوتاه‌مدت است که هدفش تعالی و افزایش جنبه‌های شش‌گانه فوق و درنهایت بهزیستی و سلامت روان فرد است (۳۴). افرادی که فشارهای روان‌شناختی زیادی در زندگی تحمل می‌کنند به دنبال امری به‌مراتب بیشتر از تسکین دادن دردها و رنج‌های خود می‌باشند. این افراد به دنبال افزایش نقاط قوت خود، ساختن معنای زندگی و دنبال کردن قصد و هدف می‌باشند. تفکر مثبت می‌تواند با عمل کردن به‌عنوان یک مانع در برابر عوامل فشار آور و همچنین افزایش راهبردهای مقابله‌ای خود‌انگیخته و استفاده از رفتارهای سالم باعث افزایش احساس بهزیستی افراد گردد (۳۵). چنین اهدافی با رویکرد بهزیستی‌درمانی منطبق است و این درمان با تمرکز بر احساس بهزیستی و نقاط قوت فرد می‌تواند موجب رشد قابلیت‌های فردی و شکوفایی شود (۳۴). بنابراین اهمیت نقش زنان سرپرست خانوار در تربیت و رشد فرزندان و سلامت کلی خانواده، بر کسی پوشیده نیست و اثربخشی در این بخش از جامعه اثر مستقیمی بر دیگر ابعاد جامعه دارد. حال با توجه به اینکه بهزیستی‌درمانی به‌عنوان رویکردی شناخته می‌شود که بر جنبه‌های مثبت و رشد ابعاد بهزیستی روان‌شناختی تأکید دارد و زنان سرپرست خانوار به خاطر مشکلات عدیده‌ای که با آن درگیر هستند، نمی‌توانند با دیگران ارتباط و معاشرت مثبتی داشته باشند، خصوصاً افرادی که باهم در زیر یک سقف زندگی می‌کنند مستقیماً از آن‌ها اثرپذیری دارند و به‌طور غیرمستقیم جامعه تحت تأثیر چنین خانوارهایی است. از این‌رو، بهزیستی‌درمانی به‌عنوان یکی از درمان‌های جدید روان‌شناسی می‌تواند مفید فایده باشد. امری که پژوهش حاضر نیز در پی بررسی اثربخشی بهزیستی‌درمانی (WBT) گروهی بر تاب‌آوری، نگرانی، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار بوده است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بهزیستی‌درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم شناختی هیجان، نگرانی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار است.

فرضیه‌های پژوهش

بهزیستی‌درمانی گروهی، تأثیر معناداری در افزایش تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل دارد. بهزیستی‌درمانی گروهی، تأثیر معناداری در کاهش نگرانی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل دارد. بهزیستی‌درمانی گروهی، تأثیر معناداری در افزایش راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل دارد. بهزیستی‌درمانی گروهی، تأثیر معناداری در کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل دارد. بهزیستی‌درمانی گروهی، تأثیر معناداری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل دارد.

4 - Psychological well-being.
5 - well-being therapy

هستند، شادی بیشتری را تجربه می‌کنند و عملکرد بهتری در موقعیت‌های هیجانی از خود نشان می‌دهند (۲۹). همسو با این تحقیقات، پژوهش دیگری نشان داد که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان موجب افزایش سلامت روان، افزایش استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان در زنان سرپرست خانوار شده است (۳۰).

ازلحاظ تاریخی، عدم اختلال در عملکرد به‌عنوان سلامت روانی تعریف شده است و چنین تعریفی موجب شده تا تحقیقات حوزه سلامت روان به‌گونه‌ای سوگیرانه بجای توجه به بهزیستی انسان‌ها، بر نبود بیماری و اختلال متمرکز شود. نتیجه‌ی چنین نگرشی غفلت از نیازها و ظرفیت‌های انسان در رابطه با خودشکوفایی است؛ علاوه بر این موجب عدم توجه به جنبه‌های حمایتی مرتبط با بهزیستی و آسایش روانی می‌شود. باین‌وجود بسیاری از روان‌شناسان از جمله مازلو، آلپورت^۱، راجرز^۲... درباره‌ی عملکرد روان‌شناختی مثبت اظهارنظر کرده‌اند که تا حدی مشابه یکدیگر هستند و می‌توان آن‌ها را در یک مدل شش‌بعدی به این صورت خلاصه کرد: ۱- پذیرش خود، که به‌عنوان هسته‌ی اصلی سلامت روان و یکی از ویژگی‌های مهم خود شکوفایی و عملکرد بهینه شناخته می‌شود ۲- روابط مثبت با دیگران به معنای توانایی عشق ورزیدن، همدلی و روابط دوستانه با دیگران است ۳- خودمختاری به معنای استقلال و کنترل و تنظیم رفتارها توسط معیارهای خود شخص و نه به خاطر دیگران است ۴- تسلط بر محیط به معنای توانایی خلق یا انتخاب محیطی متناسب با شرایط روحی و روانی خود است ۵- داشتن هدف در زندگی به معنای داشتن عقایدی در رابطه با هدفمند بودن و با‌معنا بودن زندگی است ۶- رشد شخصی که به معنای ادامه داشتن رشد ظرفیت‌های بالقوه فرد عنوان می‌شود. با توجه به این مدل شش‌گانه فوق، بهزیستی روان‌شناختی^۴ را می‌توان تلاش افراد برای شکوفا کردن و تحقق بخشیدن استعدادها و قابلیت‌های بالقوه‌ی خود تعریف کرد (۳۱). در متون دینی و فلسفی، عموماً به بهزیستی انسان‌ها توجه شده است. اخیراً دانشمندان علوم رفتاری نه‌تنها توجه خود را بر بهزیستی و تعریف آن متمرکز کرده‌اند، بلکه پژوهش‌های خود را نیز به عواملی که موجب تجربه‌ی بهزیستی می‌شود نیز متمرکز کرده‌اند (۳۲).

نتایج پژوهشی در ایران حاکی از آن است که بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار به‌طور معناداری پایین‌تر از زنان دارای سرپرست بوده است (۳۳). جنبش روان‌شناسی مثبت نگر که در اواخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست و یکم توسط مارتین سلیگمن و همکارانش ظهور کرد، شواهدی را در حمایت از اثربخشی رویکردهای مبتنی بر نقاط مثبت مراجعان ارائه کرد و در این راستا بهزیستی‌درمانی^۵ (WBT) که از جمله درمان‌های روان‌شناسی مثبت نگر قلمداد می‌گردد، مطرح

1 - Maslow
2 - Allport
3 - Rogers

روش پژوهش و ابزار پژوهش

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون بین آن‌ها توزیع گردید و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، سی نفر از متقاضیانی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل). بهزیستی‌درمانی (WBT) بر طبق پروتکل (۳۴) بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. جلسات درمان شامل هشت جلسه نود دقیقه‌ای بود که به صورت هفتگی برگزار شد و در پایان پرسشنامه‌های پژوهش توسط هر دو گروه مجدداً تکمیل شد و با ورود داده‌ها به SPSS25، نتایج برای اثربخشی بهزیستی‌درمانی (WBT) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش این پژوهش شبه‌آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل اجرا گردید. محل اجرای پژوهش حاضر مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهر شیروان بود. با توجه به اطلاعات موجود برخی از زنان سرپرست خانوار، با آن‌ها تماس گرفته شد و افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، دعوت به عمل آمد. البته مابقی از طریق نصب پوستر در کانال‌ها و گروه‌های فضای مجازی و برخی دیگر از طریق معرفی مشاوران مدارس جذب این پژوهش شدند. پس از اخذ موافقت کتبی شرکت و پایبندی به ادامه جلسات، پرسشنامه‌های پژوهش شامل پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، پرسشنامه نگرانی پنیسلوانیا، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و

جدول ۱ ساختار جلسات بهزیستی‌درمانی:

جلسه	توضیحات
اول	کسب اطلاعات در مورد پریشانی‌ها، نگرانی‌ها و... معرفی بهزیستی‌درمانی و تکالیف مراجعان، ایجاد ارتباط همدلانه و برقراری میناهای اتحاد درمانی، معرفی کردن خوددرمانی و توضیح در مورد آن، توضیح در رابطه با اهمیت انجام تکلیف و ارائه تکلیف جلسه بعد (روزنگار بهزیستی)
دوم	بررسی نحوه سپری کردن هفته گذشته، مرور تکالیف روزنگار بهزیستی و مشکلاتی که در ارتباط با تکمیل آن داشته‌اند، بحث در مورد تجربه‌ها، احساس‌ها و فعالیت‌هایی که حال مراجعان را بهتر می‌کند، معرفی مفهوم تجربه بهینه، توضیح در رابطه با نظارت بر افکار و رفتارهایی که موجب کاهش بهزیستی می‌شوند، ارائه تکلیف جلسه بعد (روزنگار بهزیستی) و تشویق برای انجام آن
سوم	بررسی تجربیات هفته گذشته مراجعان، بررسی و مرور تکلیف روزنگار بهزیستی و مشکلاتی که در تکمیل آن داشته‌اند، کمک به درک بهتر مراجعان در فهم اینکه کدام احساس‌ها و تجربیات موجب احساس بهتری می‌شوند، بررسی رفتارها و یا افکاری که مخل بهزیستی روانی فرد است، معرفی ستون ناظر در جدول روزنگار بهزیستی و ادامه کار با تکالیف خانگی (تشویق و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، روزنگار بهزیستی)
چهارم	بررسی تجربیات و مرور تکلیف روزنگار بهزیستی و مشکلاتی پیش رو، کمک به درک بهتر مراجعان در شناخت احساس‌ها و تجربیاتی که موجب احساس بهتری می‌شوند، شروع به بازسازی شناختی افکار و رفتارهایی که موجب مختل شدن بهزیستی آن‌ها می‌شوند از جمله نوشتن در ستون ناظر، معرفی دو بعد تسلط بر محیط و رشد شخصی و ادامه روند جلسه با تکالیف خانگی مراجعان
پنجم	بررسی تجربیات هفته گذشته، بررسی و مرور تکلیف روزنگار بهزیستی و مشکلات پیش رو، کمک به درک و پیگیری تجربه‌های بهینه، پیگیری و ادامه بازسازی شناختی افکار یا رفتارهایی که مخل بهزیستی روانی هستند، از جمله تکمیل نمودن ستون ناظر، معرفی دو بعد هدفمندی در زندگی و خودمختاری و ادامه روند جلسه با تکالیف خانگی مراجعان
ششم	بررسی وضعیت کلی افراد گروه، مرور روزنگار بهزیستی افراد و پیگیری تجربه‌های بهینه، مرور بازسازی شناختی و مقابله با افکار خود آیند منفی، معرفی دو بعد پذیرش خود و روابط مثبت با دیگران و بحث درباره آن‌ها و ادامه کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، ترغیب و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها)
هفتم	بررسی وضعیت کلی افراد گروه و احساس آن‌ها درباره خاتمه درمان، مرور روزنگار بهزیستی افراد و پیگیری تجربه‌های بهینه، بررسی و مرور بازسازی شناختی و مقابله با افکار خود آیند منفی، تقویت استراتژی‌های مورد استفاده برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی، ادامه انجام تکالیف خانگی و تقویت تمایل افراد گروه به تداوم کار (خوددرمانی) بعد از پایان درمان
هشتم	بررسی احساس و نگرش افراد نسبت به خاتمه درمان، مرور روزنگار بهزیستی، توجه به بهبودهایی که در ابعاد مختلف بهزیستی و در میزان آشنفگی افراد اتفاق افتاده است و گفتگو درباره مسائل و مشکلاتی که خود درمانی با WBT را مختل می‌کند.

معیارهای ورود و خروج به پژوهش:

پژوهشی که بر روی نمونه ۴۲۴ نفر دانشجوی ایرانی به روش تحلیل عاملی صورت گرفت، همسانی درونی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ گزارش شد و برای نگرانی عمومی، ضریب برابر با ۰/۶۰ بود. روایی همگرایی این پرسشنامه با نمرات پرسشنامه اضطراب اشیپیلبرگر در یک نمونه ۵۶ نفری بررسی شد و ضریب همبستگی ۰/۶۸ برای نمره کل پرسشنامه به دست آمد (۳۸).

۳- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان:

فرم ۳۶ ماده‌ای پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک مقیاس پنج‌درجه‌ای است و رویدادهای منفی یا استرس‌آور زندگی را اندازه‌گیری می‌کند. (۲۷). نسخه کوتاه استفاده‌شده در این پژوهش دارای ۱۸ ماده است که چند سال بعد از نسخه اولیه ارائه‌شده است (۲۶). در ایران پایایی و روایی نسخه کوتاه شده این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۴۹۲ نفری انجام شد که پایایی کلی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و روش همسانی درونی ۰/۸۵ به دست آمد و بررسی روایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی، ضرایب استاندارد هر آئیم را بین ۰/۳۵ تا ۰/۹۱ نشان داد (۳۹).

۴- پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون:

این پرسشنامه که ۲۵ گویه دارد و تاب‌آوری افراد را توسط یک مقیاس پنج‌درجه‌ای می‌سنجد (۴۰). نمره‌ی بیشتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر است. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران مورد بررسی قرار گرفت، پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی با استفاده از روش همبستگی هر ماده با نمره کل آئیم‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ گزارش شد (۴۱).

یافته‌های پژوهش

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات به‌دست‌آمده از متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مراحل	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۵۵/۹۳	۳/۲۳	۵۴/۶۶	۲/۶۶
	پس‌آزمون	۶۶/۹۳	۴/۰۲	۵۶/۵۳	۵/۱۱
نگرانی	پیش‌آزمون	۵۹/۶۶	۷/۳۵	۵۸/۷۳	۸/۲۰
	پس‌آزمون	۴۵/۲۰	۹/۶۷	۵۸/۶۰	۷/۲۴
راهبردهای سازگار	پیش‌آزمون	۲۶/۳۳	۲/۶۹	۲۵/۳۳	۲/۰۹
	پس‌آزمون	۳۴/۶۰	۴/۶۲	۲۷/۰۶	۳/۷۸
راهبردهای ناسازگار	پیش‌آزمون	۲۹/۳۳	۲/۷۱	۲۹/۲۰	۴/۴۵
	پس‌آزمون	۲۶/۶۶	۴/۵۷	۲۹/۴۰	۵/۱۵
بهبودی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۲۶۷/۸۶	۸/۹۶	۲۶۳/۸۰	۱۰/۰۷
	پس‌آزمون	۲۹۵/۴۰	۱۱/۸۱	۲۷۱/۰۶	۱۲/۰۱

معیارهای ورود به پژوهش شامل: ۱- سرپرست خانواده بودن، ۲- نمره پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، کمتر از ۲۸۰، ۳- نمره پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون، کمتر از ۶۰، ۴- نمره پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا، بالاتر از ۴۵، ۵- نمره راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان، کمتر از ۳۰، ۶- نمره راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان، بیشتر از ۲۴، ۷- داوطلب بودن افراد، ۸- دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۹ سال و ۹- حداقل سواد: پنجم ابتدایی. معیارهای خروج عبارت بود از: ۱- اعتیاد به مواد مخدر و الکل ۲- تحت درمان دارویی یا درمان روان‌شناختی بودن ۳- داشتن اختلال روان‌پزشکی که مخل درمان باشد.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (۸۴ سؤالی):

بهبودی روانی نسخه ۸۴ سؤالی، دارای ۶ مؤلفه است. سؤال‌ها به‌صورت طیف لیکرد نمره‌گذاری می‌شود و میانه شاخصی برای طیف بهزیستی روانی و نمره کل خرده مقیاس‌ها نشانگر بهزیستی کلی است (۳۱). ضریب پایایی کل مقیاس در یک پژوهش ایرانی بر روی ۱۴۵ نفر از دانشجویان به روش باز آزمایی ۰/۸۲ گزارش شد و برای شش خرده مقیاس بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ به دست آمد؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای تعیین همسانی درونی ۰/۸۹ بود (۳۶).

۲- پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا (PSWQ):

این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارش دهی شامل ۱۶ ماده در یک طیف پنج‌درجه‌ای است که صفت نگرانی را در افراد می‌سنجد (۳۷). در

پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس از جمله همگنی رگرسیون و خطی بودن همبستگی متغیرهای کنترل و وابسته رعایت شده بود. برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد؛ نتایج این آزمون نشان داد که تمامی متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال می‌باشند ($P > 0/05$). برای تحلیل داده‌های پژوهش و تعیین اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر متغیرهای پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. لازم به ذکر است که

جدول ۳. نتایج حاصل از آزمون لون مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	F(۱،۲۸)	سطح معناداری
تاب‌آوری	۱	۰/۳۲
نگرانی	۳/۲۶	۰/۰۸
راهبردهای سازگار	۱/۵۳	۰/۲۲
راهبردهای ناسازگار	۳/۹۱	۰/۵۸
بهزیستی روان‌شناختی	۲/۷۳	۰/۱۱

همچنانکه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج همگنی واریانس‌ها حاکی از آن است که شرط برابری واریانس‌ها برقرار می‌باشد ($P > 0/05$). بنابراین واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردارند و مشکلی برای اجرای تحلیل کوواریانس وجود ندارد.

همچنانکه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج همگنی واریانس‌ها حاکی از آن است که شرط برابری واریانس‌ها برقرار می‌باشد

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به متغیرهای پژوهش برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	P	اندازه اثر
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۱۵۲/۱۹	۱	۱۵۲/۱۹	۹/۳۲	۰/۰۰۵	۰/۲۵
	گروه	۶۳۲/۳۹	۱	۶۳۲/۳۹	۳۸/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	خطا	۴۴۰/۴۷	۲۷	۱۶/۳۱			
	کل	۱۱۵۷۳۴	۳۰				
نگرانی	پیش‌آزمون	۱۱۷۳/۲۷	۱	۱۱۷۳/۲۷	۳۶/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	گروه	۱۵۰۱/۲۷	۱	۱۵۰۱/۲۷	۴۶/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	خطا	۸۲۷/۷۲	۲۷	۳۲/۳۲			
	کل	۸۴۲۰۱	۳۰				
راهبردهای سازگار	پیش‌آزمون	۱۴۳/۲۸	۱	۱۴۳/۲۸	۱۰/۸۲	۰/۰۰۳	۰/۲۸
	گروه	۳۱۱/۸۱	۱	۳۱۱/۸۱	۲۳/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	خطا	۳۵۷/۲۵	۲۷	۱۳/۲۳			
	کل	۲۹۴۴۷	۳۰				
راهبردهای ناسازگار	پیش‌آزمون	۱۹۵/۹۰	۱	۱۹۵/۹۰	۱۱/۲۷	۰/۰۰۲	۰/۲۹
	گروه	۵۹/۹۹	۱	۵۹/۹۹	۳/۴۵	۰/۰۷	۰/۱۱
	خطا	۴۶۹/۰۲	۲۷	۱۷/۳۷			
	کل	۲۴۲۹۷	۳۰				
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۲۳۲۸/۷۱	۱	۲۳۲۸/۷۱	۳۸/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	گروه	۲۹۸۹/۱۱	۱	۲۹۸۹/۱۱	۴۹/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	خطا	۱۶۴۵/۸۱	۲۷	۶۰/۹۵			
	کل	۲۴۱۵۰۴۹	۳۰				

است و میزان تأثیر یا تفاوت برابر ۴۶ می‌باشد، به این معنی که ۴۶ درصد افزایش راهبردهای سازگار در نمرات پس‌آزمون راهبردهای سازگار، مربوط به تأثیر بهزیستی‌درمانی بوده است.

فرضیه‌ی چهارم پژوهش

بهزیستی‌درمانی گروهی، تأثیر معناداری در کاهش راهبردهای ناسازگار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل دارد. همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده‌شده است بین افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش بهزیستی‌درمانی و گروه کنترل از لحاظ راهبردهای ناسازگار تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به عبارت دیگر بین راهبردهای ناسازگار افراد گروه آزمایش که بهزیستی‌درمانی دریافت کرده‌اند و افرادی که در گروه کنترل حاضر بوده‌اند و هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرده‌اند، تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=3/45, P=0/07$) بنابراین این فرضیه تایید نشد.

فرضیه‌ی پنجم پژوهش

بهزیستی‌درمانی گروهی، تأثیر معناداری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل دارد. نتایج جدول ۴ همچنین نشان داد که بین افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش و گروه کنترل به لحاظ بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین بهزیستی روان‌شناختی افراد گروه آزمایش که بهزیستی‌درمانی دریافت کرده‌اند و افرادی که در گروه کنترل حاضر بوده‌اند و هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرده‌اند، تفاوت معنادار وجود دارد ($F=49/03, P=0/001$)؛ بعبارت دیگر بهزیستی روان‌شناختی افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون از افزایش معناداری برخوردار بوده است و این میزان تأثیر یا تفاوت برابر ۶۴ بوده است. به این معنی که ۶۴ درصد افزایش بهزیستی روان‌شناختی در نمرات پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی، مربوط به بکارگیری بهزیستی‌درمانی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

زنان سرپرست خانوار بخش قابل‌توجهی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند که با مشکلات بسیاری دست‌وپنجه نرم می‌کنند. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بهزیستی‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری، نگرانی، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار انجام‌شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بهزیستی‌درمانی به‌طور معناداری موجب افزایش تاب‌آوری، راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی روان‌شناختی و کاهش نگرانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است هرچند اثربخشی

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۴ حاکی از معنی‌داری تمامی متغیرهای پژوهش است.

فرضیه‌ی اول پژوهش

بهزیستی‌درمانی گروهی، تأثیر معناداری در افزایش تاب‌آوری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل دارد. همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده‌شده است بین افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش بهزیستی‌درمانی و گروه کنترل از لحاظ تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود؛ به عبارت دیگر بین تاب‌آوری افراد گروه آزمایش که بهزیستی‌درمانی دریافت کرده‌اند و افرادی که در گروه کنترل حاضر بوده‌اند و هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرده‌اند، تفاوت معناداری وجود دارد ($F=38/76, P=0/001$). نتایج حاکی از آن است که تاب‌آوری افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون افزایش معناداری داده‌شده است و میزان تأثیر یا تفاوت برابر ۵۸ می‌باشد، یعنی ۵۸ درصد افزایش تاب‌آوری در نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری، مربوط به تأثیر بهزیستی‌درمانی است.

فرضیه‌ی دوم پژوهش

بهزیستی‌درمانی گروهی، تأثیر معناداری در کاهش نگرانی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل دارد. با توجه به مندرجات جدول ۴ بین افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش بهزیستی‌درمانی و گروه کنترل از لحاظ نگرانی تفاوت معناداری وجود دارد، امری که تایید‌کننده فرضیه دوم است؛ به عبارت دیگر بین نگرانی افراد گروه آزمایش که بهزیستی‌درمانی دریافت کرده‌اند و افرادی که در گروه کنترل حاضر بوده‌اند و هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرده‌اند، تفاوت معناداری وجود دارد ($F=46/44, P=0/001$). نتایج جدول ۴ نشان داد که بین نگرانی افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش معناداری وجود دارد و میزان تأثیر یا تفاوت برابر ۶۳ است، یعنی ۶۳ درصد کاهش در نمرات پس‌آزمون نگرانی، مربوط به تأثیر بهزیستی‌درمانی می‌باشد.

فرضیه‌ی سوم پژوهش

بهزیستی‌درمانی گروهی، تأثیر معناداری در افزایش راهبردهای سازگار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل دارد. محتویات جدول ۴ بیانگر این مساله است که بین افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش بهزیستی‌درمانی و گروه کنترل از لحاظ راهبردهای سازگار تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین راهبردهای سازگار افراد گروه آزمایش که بهزیستی‌درمانی دریافت کرده‌اند و افرادی که در گروه کنترل حاضر بوده‌اند و هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرده‌اند، تفاوت معناداری مشاهده گردید ($F=23/56, P=0/001$). به بیان دیگر مشاهدات جدول ۴ حاکی از آن است که راهبردهای سازگار افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون افزایش معناداری داشته

معناداری در کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نداشته است.

Nesse 1991 به نقل از (۴۲) معتقد است که احساسات و تجربیات منفی نسبت به احساسات و تجربیات مثبت بسیار آسان‌تر درک و یادآوری می‌شوند. از این رو رویکردهای روان‌درمانی وظیفه دارند تا با کاهش توجه و یادآوری خاطرات منفی بر افزایش توجه و تمرکز بر خاطرات و احساسات مثبت تأکید نمایند. بهزیستی‌درمانی این وظیفه را با تشویق نمودن بیماران به توجه و ثبت تجربیات مثبت زندگی انجام می‌دهد. این درمان بیماران را تشویق می‌کند تا شدت احساس بهزیستی خود را در هر موقعیت تعیین نمایند و سپس عواملی که موجب از بین رفتن این احساس می‌شوند را شناسایی نموده و با کمک تکالیف روزنگار در جهت رفع این عوامل اقدام نمایند تا در نهایت احساس بهزیستی آن‌ها به تدریج در ابعاد شش‌گانه بهزیستی روان‌شناختی افزایش یابد.

به منظور بحث درباره نتایج پژوهش حاضر، در ابتدا به سازوکار کلی بهزیستی‌درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری پرداخته می‌شود تا در سایه این سازوکار یافته‌های پژوهش به روشنی تبیین شوند. اگر چه بهزیستی‌درمانی یکی از شاخه‌های درمان شناختی رفتاری محسوب می‌شود ولی دارای تفاوت‌هایی است که از جمله می‌توان به این نکته اشاره کرد که در درمان شناختی رفتاری به فرد آموخته می‌شود تا در یک موقعیت از افکار خودآیند منفی آگاه شود و با به چالش کشیدن افکار منفی، افکار مثبت را جایگزین سازد، ولی در بهزیستی‌درمانی فرد یاد می‌گیرد تا به جای توجه به افکار منفی، با شناسایی احساس بهزیستی روان‌شناختی، توجه خود را بر روی این احساس متمرکز و آن را حفظ و تقویت نماید (۳۴)؛ مثلاً هنگامی که فرد در یک موقعیت با افکار نگران‌کننده روبه‌رو است به جای متمرکز شدن بر این افکار، به احساس بهزیستی خود توجه می‌کند و سپس با به چالش کشیدن و فاصله گرفتن از افکاری که موجب از دست رفتن احساس بهزیستی او می‌شود بر احساس بهزیستی متمرکز شده و به تدریج بهزیستی روان‌شناختی خود را تقویت می‌نماید.

همان‌طور که در مقدمه پژوهش اشاره شد بهزیستی‌درمانی یکی از درمان‌های روان‌شناسی مثبت نگر است که تمرکز اصلی آن بر جنبه‌های مثبت و احساس بهزیستی است. اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر تاب‌آوری گروه آزمایش با پژوهش (۴۳) همخوان است. از سوی دیگر افزایش تاب‌آوری هنگامی است که احساسات مثبت در طول زمان انباشته می‌شوند موجب راه‌اندازی شناخت‌های مثبت می‌شوند و شیوهی مقابله کردن با مشکلات و بدبختی‌ها بهبود خواهد یافت و در نتیجه تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی فرد افزایش خواهد یافت (۴۴). در طول جلسات بهزیستی‌درمانی افراد تشویق می‌شوند تا با درجه‌بندی

میزان احساسات مثبت یا بهزیستی روان‌شناختی خود در موقعیت‌های مختلف زندگی به این احساسات بیشتر توجه نمایند و آن‌ها را به میزان بیشتری تجربه نمایند. در نتیجه با افزایش احساسات مثبت، شناخت‌های مثبت تسهیل شده و راهبردهای مقابله‌ای بهبود می‌یابند که موجب افزایش میزان تاب‌آوری افراد گروه آزمایش می‌شوند.

همچنین در تبیین اثربخشی این درمان بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار می‌توان به تأثیر ویژه‌ی بهزیستی‌درمانی خصوصاً راهبرد بازسازی شناختی بر بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و شرایط فشار آور اشاره کرد. از آنجاکه فردی که تاب‌آوری پایین‌تری دارد ممکن است در چرخه‌ای معیوب از افکار منفی نسبت به عوامل فشار آور و مشکلات گرفتار شده باشد؛ بازسازی شناختی به وی کمک می‌کند تا با تغییر توجه، بجای دیدگاه همیشگی خود نسبت به مشکلات، گزینه‌های جدیدتر را مدنظر قرار داده و انعطاف‌پذیری بیشتری از خود نشان دهد. این تغییر توجه با انجام تکالیف، از جمله نوشتن ستون ناظر بیشتر تقویت می‌شود. تغییر نگرش افراد به مشکلات، فرآیند مقابله‌ای آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین از آنجایی که یکی از مؤلفه‌های بهزیستی‌درمانی شناسایی افکار مختل‌کننده احساس بهزیستی و بازسازی شناختی است، تغییر توجه و در نتیجه تغییر ارزیابی‌های شناختی را می‌توان عامل مهمی در افزایش تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار در نظر گرفت. در نتیجه فرد این آگاهی را کسب می‌کند که اگرچه نمی‌توان حوادث قطعی زندگی را تغییر داد ولی می‌توان نوع نگاه خود و همچنین روش‌های مقابله‌ای خود را تغییر داد. این تبیین با پژوهش (۴۵)، همسو و همخوان بود. از طرفی افزایش ابعاد بهزیستی روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار ملموس‌تر به نظر می‌رسد. به‌عنوان مثال در مداخله بهزیستی‌درمانی در بعد تسلط بر محیط، افزایش توانمندی زنان سرپرست خانوار در تغییر شرایط و امکانات محیط، متناسب با توانایی‌ها و نیازهای روحی و روانی خودشان موجب می‌شود تا به نحو مؤثرتری با مشکلات زندگی روبه‌رو شوند. همچنین در بعد پذیرش خود، انعطاف‌پذیری بیشتری نشان داده و وقایع منفی زندگی را به‌عنوان بخشی از چالش‌های زندگی روزمره می‌پذیرند. چنین پذیرشی موجب می‌شود تا آرامش بیشتری کسب کرده و در نتیجه میزان تاب‌آوری این گروه افزایش یابد. از منظر رشد شخصی نیز زنان سرپرست خانوار به‌جای اینکه به سطح معینی از رشد قانع باشند، سعی می‌کنند با مشکلات و چالش‌های زندگی روبه‌رو شوند و توانایی‌ها و قابلیت‌های خود را گسترش دهند. بنابراین با افزایش رشد شخصی می‌توانند هم‌زمان میزان تاب‌آوری خود را نیز افزایش دهند. با توجه به مطالب گفته‌شده می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان به‌عنوان یک عامل کلیدی در افزایش میزان تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار در نظر گرفت.

پژوهش‌هایی که در آن‌ها درمان‌های مشابه بهزیستی‌درمانی استفاده شده است مورد بررسی قرار گرفت. بر این اساس این یافته با تحقیقات (۴۸-۵۰) همسو است. در تبیین این یافته ابتدا باید راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان را مد نظر قرار داد. بر اساس نظر (۲۷) راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان شامل تمرکز دوباره مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه وسیع داشتن، تمرکز دوباره بر برنامه‌ریزی و پذیرش است و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در پژوهش حاضر راهبردهای مذکور را مورد ارزیابی قرار داده است. در راهبرد تمرکز دوباره مثبت، فرد به تفکر در مورد جنبه‌های مثبت و لذت بخش یک موقعیت یا حادثه بجای توجه به جنبه‌های منفی آن می‌پردازد. راهبرد تمرکز دوباره مثبت را می‌توان به عنوان عدم درگیری ذهنی تعریف و تبیین کرد؛ به این معنی که بجای درگیر شدن با جنبه‌های منفی، بر جنبه‌های مثبت متمرکز می‌شود. در این راستا فرد رویکرد مثبتی را در مواجهه با وقایع و اتفاقات در نظر می‌گیرد. به گونه‌ای که آن‌ها را موجب قوی شدن و رشد شخصی خود تلقی می‌کند، مساله‌ای که به طور متوسط با خوش‌بینی و عزت نفس همبستگی مثبت و با اضطراب و نگرانی همبستگی منفی دارد. راهبرد دیدگاه وسیع داشتن و یا وسعت دید را می‌توان به نوعی کم اهمیت شماری یک مشکل در نظر گرفت. به عبارت دیگر فردی که از این راهبرد استفاده می‌کند موقعیت یا مشکل را در مقایسه با سایر مشکلات کم اهمیت‌تر در نظر می‌گیرد (۲۷).

با عنایت به مسائلی که در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مطرح می‌گردد، درمان بهزیستی نه تنها از این راهبردها تهی نیست بلکه از آن‌ها استفاده می‌کند. یکی از این راهبردها که در بهزیستی‌درمانی نیز استفاده می‌شود راهبرد بازسازی شناختی است که به زنان سرپرست خانوار آموزش داده می‌شود. بازسازی شناختی موجب می‌شود تا افراد وقایع و مسائلی را که قبلاً به گونه‌ای منفی ارزیابی می‌کرده‌اند، مجدداً به گونه‌ای مثبت و واقع بینانه ارزیابی نمایند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این راهبرد می‌تواند موجب افزایش راهبردهای تمرکز دوباره مثبت و ارزیابی مجدد مثبت در تنظیم شناختی هیجان شود. همچنین بازسازی شناختی می‌تواند در راهبرد دیدگاه وسیع داشتن موثر باشد؛ به این معنی که فرد با واقع نگری از تمرکز بر مشکلات کم اهمیت اجتناب می‌کند. در خصوص راهبرد پذیرش در تنظیم شناختی هیجان باید در نظر داشت که پذیرش خود به عنوان یکی از ابعاد شش‌گانه بهزیستی روان‌شناختی است که در آن افراد تشویق می‌شوند تا پذیرش بیشتری نسبت به خود و تجربیاتشان داشته باشند. در رابطه با راهبرد تمرکز دوباره بر برنامه‌ریزی می‌توان به معرفی و تقویت بعد حس تسلط بر محیط در بهزیستی‌درمانی اشاره نمود. تقویت بعد تسلط بر محیط نیازمند برنامه‌ریزی برای کنترل موقعیت‌های پیچیده زندگی است. در

یافته دیگر پژوهش حاضر اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر کاهش نگرانی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. این یافته با پژوهش‌های (۴۶) و (۴۷) همسو است. همان‌گونه که در مقدمه‌ی پژوهش اشاره شد یکی از ویژگی‌های افراد نگران تمایل شناختی به فکر کردن مداوم در مورد یک موضوع است (۱۳). افراد نگران با فکر کردن مداوم در مورد عملکرد خود یا موضوعات دیگر از توجه به احساس بهزیستی خود غافل می‌مانند. بهزیستی‌درمانی به فرد کمک می‌کند تا توجه خود را بر احساس بهزیستی متمرکز نموده و به تدریج این احساس بهزیستی را تقویت نماید. توجه به احساس بهزیستی به این معنی نیست که بهزیستی‌درمانی به افکار خودآیندی که در افراد نگران وجود دارد توجهی ندارد، بلکه این درمان به افراد می‌آموزد تا عوامل مخل از جمله افکار خودآیندی را که موجب کاهش احساس بهزیستی می‌شود را شناسایی نموده و بازسازی نمایند. یکی از عواملی که موجب آگاهی افراد نسبت به بسیاری از افکارشان می‌شود نوشتن تکلیف مربوط به ستون ناظر است. در طول جلسات نوشتن ستون ناظر یکی از تکالیف این درمان است. ستون ناظر به مراجعان کمک می‌کند تا دیدگاه یک فرد ثالث را در رابطه با موقعیت خود در نظر بگیرند. سپس در جلسات بعدی به افراد آموزش داده می‌شود تا افکار خودآیندی را که مخل بهزیستی روان‌شناختی است بازسازی نمایند. این بازسازی نه تنها موجب کاهش افکار نگران‌کننده بلکه موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. بنابراین زنان سرپرست خانوار با تغییر توجه و تمرکز خود از افکار خودآیند منفی و همچنین بازسازی شناختی، به جای نگران شدن، احساس بهزیستی خود را در طول جلسات تقویت کرده که تاثیر شگرفی در کاهش نگرانی‌های آنان دارد.

علاوه بر موارد ذکر شده افزایش بهزیستی روان‌شناختی از جمله بعد تسلط بر محیط در این درمان می‌تواند این نگرش را به زنان سرپرست خانوار القاء کند که حوادث و رخداد‌های محیطی خارج از کنترل آن‌ها نیستند، بلکه با افزایش مهارت‌های خود می‌توانند بر رخدادها و محیط اطراف تسلط یابند و در نتیجه چنین نگرشی، نگرانی آن‌ها کاهش می‌یابد. همچنین تأکید بر رشد شخصی در بهزیستی‌درمانی سبب می‌شود که زنان سرپرست خانوار به جای متمرکز شدن بر افکار نگران‌کننده، برافزایش قابلیت‌ها و توانایی‌های خود متمرکز شوند. با توجه به موارد مطرح شده، تأکید بر جنبه‌های مثبت و تلاش برای بهبود ابعاد بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان یک عامل مهم در کاهش نگرانی زنان سرپرست خانوار در نظر گرفته شود.

نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که بهزیستی‌درمانی موجب افزایش راهبردهای سازگار در گروه کنترل نسبت به گروه آزمایش می‌شود. با مرور پیشینه پژوهش، تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر راهبردهای سازگارانه پردازد یافت نشد. بنابراین

این بعد فرد نحوه‌ی مقابله و مواجهه با مشکلات زندگی را می‌آموزد. علاوه بر موارد مطرح شده می‌توان به توجه بر احساس بهزیستی نیز اشاره کرد که می‌تواند در تقویت راهبردهای مذکور موثر واقع شود. بنابراین با توجه به موارد مطرح شده می‌توان انتظار داشت که بهزیستی‌درمانی موجب افزایش راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان در زنان سرپرست خانوار شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بهزیستی‌درمانی در کاهش راهبردهای ناسازگار تأثیر معناداری ندارد. عدم معناداری تغییرات از لحاظ آماری هرچند که نکته‌ی درخور توجه است، ولی بدین معنا نیست که تغییرات بالینی مشاهده‌شده فاقد ارزش است. همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده شد راهبردهای ناسازگار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به میزان بیشتری کاهش یافته است هرچند معنی‌دار نشده است. به‌عبارت‌دیگر تغییرات بالینی در خصوص کاهش راهبردهای ناسازگار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل حاصل شده است ولی معنی‌دار نشده است و این مسئله ممکن است به خاطر تعداد محدود شرکت‌کنندگان باشد که به‌نوبه‌ی خود می‌توانسته نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین ممکن است عدم کاهش راهبردهای ناسازگار به دلیل همبستگی مثبت تنظیم هیجان با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه باشد و یا ممکن است طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تأثیر نیرومندی بر راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان داشته باشند؛ به‌عنوان مثال احتمال دارد طرح‌واره ناسازگار نقص/شرم تأثیر بسیار نیرومندی بر خرده مقیاس سرزنش خود داشته باشد ولی چون بهزیستی‌درمانی بر شناخت‌های مثبت نسبت به زندگی تأکید دارد، نتواند به‌طور کامل راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان را تغییر دهد، که همسو با پژوهش (۵۱) است.

محدودیت‌ها

۱- عدم پیگیری نتایج بعد از انجام گروه‌درمانی به خاطر محدودیت دسترسی به آن‌ها در ماه‌های بعد ۲- عدم وجود گروه‌درمانی دیگر و مقایسه عملکرد دو گروه با یکدیگر، برای روایی مستحکم‌تر. ۳- همچنین عدم امکان همگون سازی گروه آزمایش به لحاظ متغیرهای دموگرافیک همچون سن، تحصیلات و سطوح توانایی مالی ۴- و نهایتاً اجرای گروه‌درمانی در شهرستان شیروان و عدم تعمیم به شهرهای بزرگ‌تر هم‌جوار آن مثل مشهد.

پیشنهادات

۱- جهت اکتان بیشتر و روایی مستحکم‌تر، بهتر است که از روش درمانی دیگری همچون CBT و یا تلفیق CBT با بهزیستی‌درمانی نیز برای درمان زنان سرپرست خانوار استفاده شود. ۲- با توجه به اینکه همگون سازی متغیرهای دموگرافیک همچون سن، تحصیلات، و خصوصاً توانایی مالی جزو عوامل تأثیرگذار تلقی می‌گردد، لذا به گونه‌ای افراد انتخاب گردند که حداکثر مطابقت را دارا باشند. برای نیل به این هدف پیشنهاد می‌شود پژوهشگران نمونه خود را از طریق سازمان‌هایی مانند کمیته امداد و یا سازمان بهزیستی که احتمال انتخاب نمونه‌های همگون در آن‌ها بیشتر است انتخاب نمایند. ۳- با عنایت به اینکه خانواده‌ها اکثراً به لحاظ بضاعت مالی جزو افراد دهک پایین جامعه بودند و برای شرکت در گروه با مشکلاتی مواجه بودند، پیشنهاد می‌گردد که زمان انتخاب نمونه مسائل و مشکلات مالی آن‌ها را مدنظر قرار داده و حداکثر همراهی و همنوایی با آنان صورت پذیرد. ۴- هرچند در نمونه‌ای که ما با آن مواجه بودیم امکان پیگیری بعد از چند ماه وجود نداشت، پیشنهاد می‌گردد افرادی انتخاب شوند که در ابتدا شرط پیگیری را نیز قبول

آخرین یافته پژوهش حاضر حاکی از آن است که بهزیستی‌درمانی موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار می‌شود. این یافته با پژوهش (۴۲، ۴۶، ۵۲، ۵۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تمرکز اصلی رویکرد بهزیستی‌درمانی بر ارتقاء شش بعد بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی‌درمانی با بازسازی شناختی و تغییر نگرش و توجه افراد در طول جلسات به همراه تکلیف روزنگار بهزیستی موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود.

بنابراین زنان سرپرست خانوار در بُعد پذیرش خود تشویق می‌شوند تا بجای تمرکز بر نارضایتی از خود، پذیرش بیشتری نسبت به خود و شرایط زندگی خویش داشته باشد. در بُعد روابط مثبت با دیگران، تشویق شدند تا با اطرافیان روابطی گرمی داشته باشند، درباره‌ی رفاه و شادکامی دیگران علاقه‌مند شوند؛ توانایی همدلی، مهر و صمیمیت با دیگران را گسترش دهند و دادوستد را در روابط انسانی درک کنند در بُعد خودمختاری بجای تمرکز بر قضاوت دیگران، بر تصمیمات زندگی

تمامی منابع مالی و هزینه‌های پژوهش و انتشار مقاله بر عهده نویسندگان بوده و پژوهشگران هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکرده‌اند.

مشارکت نویسندگان

مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع ارشد روان‌شناسی بوده است عباس تدینی بعنوان نویسنده اول و پژوهشگر اصلی. / نویسنده مقدمه مقاله (۳۰ درصد)؛ حمیدرضا آقامحمدیان شعراف نویسنده دوم و نویسنده مسئول مقاله / روش‌شناسی و بحث (۳۰ درصد)؛ مجید معینی‌زاده نویسنده سوم و تحلیلگر آماری، جمع‌آوری داده‌ها و انجام ویرایش‌های لازم با توجه به روش جدید مجله و اصلاح کل مقاله و ارسال آن (۴۰ درصد).

تعارض منافع

این نوشتار برگرفته از پایان‌نامه ارشد روان‌شناسی تحت عنوان «اثر بخشی بهزیستی‌درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تنظیم شناختی هیجان، نگرانی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار» بوده است. (گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد-ایران و با منافع شخصی یا سازمانی منافات ندارد.

کرده سپس درمان بر روی آن‌ها صورت پذیرد. در پایان از تمامی زنان سرپرست خانوار که با همکاری صمیمانه و شرکت منظم و باپشتکار ما را در این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و امتنان راداریم و آرزوی بهروزی و شادکامی مستمر برای آنان از درگاه ایزد منان خواستاریم.

ملاحظات اخلاقی

پیش از اجرای پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد و تمام شرکت‌کنندگان با رضایت خود در پژوهش شرکت داشتند و محققان به آن‌ها اطمینان دادند که نتایج تحقیق محرمانه خواهد بود.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است که بر اساس نظر کمیته اخلاق دانشگاه فردوسی مشهد بوده و با کد اخلاقی به شناسه IR.U.M.REC.1398.104 تصویب شده است. ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا و نیز ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران اعمال گردیده است. از سوی دیگر، پژوهشگران نکات اخلاقی شامل رازداری، امانت‌داری، دقت در استناد دهی، قدردانی از دیگران، رعایت ارزش‌های اخلاقی در گردآوری داده‌ها، و رعایت حریم خصوصی شرکت‌کنندگان را مد نظر قرار داده‌اند.

حامی مالی

References

- Dar TB, Henson RM, Shiao SL. Targeting Innate Immunity to Enhance the Efficacy of Radiation Therapy. *Front Immunol*. 2018;9:3077.
- Kotwal N, Prabhakar B. Problems faced by single mothers. *Journal of Social Sciences*. 2009;21(3):197-204.
- Broussard CA, Joseph, A. L., & Thompson, M. Stressors and Coping Strategies Used by Single Mothers Living in Poverty. *Affilia*. 2012;27(2):190-204.
- Shahbazi N, Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Naderi Z, Sohrabnejad A, et al. Relationship between Socioeconomic Status and General Health in the Female-headed Households. *journal of ilam university of medical sciences*. 2015;23(1):56-62.
- Enayatifar AM, M; Nowruzi, A; Hosseini, T and Melaki Moghaddam Investigating the status of mental health and coping skills in women heads of households in Birjand. *Scientific-Research Journal of Shahed University*. 2018;25(135):11-9.
- Crosier T, Butterworth P, Rodgers B. Mental health problems among single and partnered mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007;42(1): 6-13.
- Loxton D, Schofield M, Hussain R. Psychological health in midlife among women who have ever lived with a violent partner or spouse. *J Interpers Violence*. 2006;21(8):1092-107.
- Liang LA, Berger U, Brand C. Psychosocial factors associated with symptoms of depression, anxiety and stress among single mothers with young children: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*. 2019;242:255-64.
- Alia akbari saba R. Women heads of households who have a spouse and characteristics of their marriage. *2017;5(1):10-3*.
- Nouri H, R, Shahabi b. The effectiveness of self-compassion training on increasing the resilience of mothers with children with autism. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2017;18(2):118-126.
- Luthar SS. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology:*

- Risk, disorder, and adaptation. John Wiley & Sons, Inc 2006. p. 739-95.
12. Liu WJ, Zhou L, Wang XQ, Yang BX, Wang Y, Jiang JF. Mediating role of resilience in relationship between negative life events and depression among Chinese adolescents. *Archives of psychiatric nursing*. 2019;33(6):116-22.
 13. Arlington V. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, American Psychiatric Association APA. Tehran: Savalan ;2019.
 14. Akbari M, Khanipour H. The transdiagnostic model of worry: The mediating role of experiential avoidance. *Personality and Individual Differences*. 2018;135:166-72.
 15. Gorday JY, Rogers ML, Joiner TE. Examining characteristics of worry in relation to depression, anxiety, and suicidal ideation and attempts. *Journal of psychiatric research*. 2018;107:97-103.
 16. Dar TBS, Rama. Working Conditions of Female-Headed Households in Jammu and Kashmir with Special Reference to District Budgam. *International Journal of Research and Review*. 2018(9):154-63.
 17. Donovan CL, Holmes MC, Farrell LJ, Hearn CS. Thinking about worry: Investigation of the cognitive components of worry in children. *Journal of Affective Disorders*. 2017;208:230-7.
 18. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 1998;2(3):271-99.
 19. Khodapanahi M. *Motivation and excitement*. Tehran: Samt; 2007. 396 p.
 20. Mikhail ME, Kring AM. Emotion regulation strategy use and eating disorder symptoms in daily life. *Eating behaviors*. 2019;34:101315.
 21. Monell E, Clinton D, Birgegård A. Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *International Journal of Eating Disorders*. 2018;51(8):9, 21-30.
 22. Chang C, Kaczurkin AN, McLean CP, Foa EB. Emotion regulation is associated with PTSD and depression among female adolescent survivors of childhood sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2018;10(3):319.
 23. Dejonckheere E, Kalokerinos EK, Bastian B, Kuppens P. Poor emotion regulation ability mediates the link between depressive symptoms and affective bipolarity. *Cognition and Emotion*. 2019;33(5):1076-83.
 24. Chase T, Teng EJ, Schmidt NB, Zvolensky MJ. Emotion regulation difficulties in relation to anxiety, depression, and functional impairment among treatment-seeking smokers. *The Journal of nervous and mental disease*. 2018;206(8):614-20.
 25. Schneider RL, Arch JJ, Landy LN, Hankin BL. The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018;47(6):978-91.
 26. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(8):1659-69.
 27. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(8):1311-27.
 28. Jafari K. Comparison of psychological capital and coping style and mental health in women heads of households and ordinary (non-heads of households) Shiraz, Faculty of Educational Sciences and Psychology, : Islamic Azad University, Marvdasht Branch; 2015.
 29. Fooladchang M, Hassannia S. The effectiveness of emotional regulation on happiness and self-efficacy of female-headed households. 2015.
 30. Amani M, Movadi M. The Effectiveness of Emotional Regulation Skills Training on Emotional Regulation Strategies and Quality of Life in Family Head Females. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2018;9(34):1-18.
 31. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited.

- Journal of personality and social psychology. 1995;69(4):719.
33. Diener E, Oishi S, Tay L. Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*. 2018;2(4):253-60.
 34. jamali m, sepah mansor m, fallahiyan m. comparative study of psychological well-being of female heads of house hold & women in male headed households in tehran. *woman in development and politics (women's research)*. 2014;11(4).
 35. Fava H. Well-being therapy: Treatment manual and clinical applications 2018. 120 p.
 36. Rashid T, Howes RN. Positive psychotherapy. *The Wiley handbook of positive clinical psychology*. 2016:321-47.
 37. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(2):146-51.
 38. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*. 1990;28(6):487-95.
 39. Dehshiri G, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. Psychometric characteristics of the Persian version of the Pennsylvania State. Questionnaire in students of Clinical Psychology. 2009;1(4):67-75.
 40. Jafarpour Mamghani SMO, M & Hashemi, T. Factor structure of emotional cognitive regulation questionnaire. *Contemporary Psychology: University of Tabriz* ;2017 .p. 467-71.
 41. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
 42. Zahrakar K, Karami K, Bozorgmanesh K. Evaluation of Psychometric Characteristics of Saxby Family Resilience Scale. *Educational Measurement Quarterly*. 2014;5(18):133-55.
 43. Zarif Golbar Yazdi H, Aghamohammadian Sharbaf H, Mousavifar N, Moeenizadeh M. The effectiveness of well-being therapy on stress, and psychological well-being in infertile women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012;15(2):48-55.
 44. Honarmand Zadeh R, Sajjadian I. Effectiveness of positive group intervention on psychological wellbeing, resiliency and happiness of foster care adolescent girls. *Positive Psychology Research*. 2016;2(2):35-50.
 45. Fredrickson BL. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences*. 2004;359(1449):1367-77.
 46. Mahmoudi S, J, Rahimi C, Mohammadi N. Factors affecting resilience in people with trauma. *Clinical Psychology and Counseling Research*. 2001;1(1):14-25.
 47. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2005;74(1):26-30.
 48. Ruini C, Fava GA. Well-being therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65(5):510-9.
 49. Talebi N, Naeini-Davarni M, Noroozi Koohtasht R, Yaghoobi L. Effectiveness of transdiagnostic integrated treatment in cognitive emotion regulation strategies and social adjustment among infertile women. *Mental Health Principles*. 2017;19(3):160-6.
 50. Aghajani M, J, Akbari B, Khalatbari J, Sadeghi A. Effectiveness of group meaning therapy on love trauma markers and cognitive emotion regulation strategies of female students experiencing emotional failure. *Yasouj University of Medical Sciences*. 2018;22(4):428-44.
 51. Bagherienya H, Yamini M, Javadi Elmi L, Nouradi T. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mind-based therapy on improving cognitive emotion regulation in major depressive disorder. *Practical Research*. 2015;20(3):210-9.

52. Besharat M, A, Khalili Khezrabadi M, Rezazadeh S, M ,R, Hosseini S, A. The mediating role of difficulty in regulating emotion in the relationship between early maladaptive psychosis and emotional inadequacy. *Psychological Methods and Models*. 2017;8(3):183-206.
53. Moeenizadeh M, Salagame KKK. Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies*. 2010;2(1):107.
54. Ruini C, Belaise C, Brombin C, Caffo E, Fava GA. Well-being therapy in school settings: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006;75(6):331-6.



