

The effectiveness of emotion regulation training on the spiritual health of divorced women in Behshahr city

اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت معنوی زنان مطلقه شهر بهشهر

Sara Karami

Master's degree, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Behshahr Branch, Behshahr, Iran.

Avisa Najimi (Corresponding Author)

Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Behshahr Branch, Behshahr, Iran.

Email: avisa.najimi@yahoo.com

سارا کرمی

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بهشهر، بهشهر، ایران.

آویسا نجمی (نویسنده مسئول)

استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بهشهر، بهشهر، ایران.

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of emotion regulation training on the spiritual health of divorced women in Behshahr. The research method was a quasi-experimental design with a pretest-posttest and a control group. The statistical population included all divorced women who referred to the "Mehr" Counseling Center in Behshahr in 2023. Considering the inclusion and exclusion criteria, 30 individuals were selected using convenience sampling and were randomly assigned to two groups of 15. Participants in both groups responded to the Spiritual Health Questionnaire before and after the intervention. After conducting 8 sessions of emotion regulation training based on Gross's (2002) emotion regulation protocol for the experimental group, data analysis was performed using SPSS version 26 and multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results showed a significant difference between the experimental and control groups in spiritual health scales ($P < 0.01$), indicating an increase in spiritual health and its components (religious health and existential health) in the experimental group. Based on these findings, it can be concluded that emotion regulation training enables individuals to evaluate events, including negative ones, from a different perspective, experience negative emotions with less intensity, feel more competent in controlling their emotions, and experience less distress and tension. Consequently, emotion regulation training, through the described processes, has led to improved spiritual health among divorced women.

Keywords: Emotion regulation training, spiritual health, women

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت معنوی زنان مطلقه شهر بهشهر انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به مرکز مشاوره «مهر» شهر بهشهر در سال ۱۴۰۲ بودند؛ که با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. آزمودنی‌های هر دو گروه به پرسشنامه سلامت معنوی قبل از مداخله و پس از مداخله پاسخ دادند. پس از اجرای ۸ جلسه آموزش تنظیم هیجان بر اساس پروتکل آموزش تنظیم هیجان گراس (۲۰۰۲) برای گروه آزمایش، تحلیل یافته‌ها با استفاده از نسخه ۲۶ نرم‌افزار آماری Spss و کاربرد آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مقیاس‌های سلامت معنوی وجود دارد ($P < 0/01$) بطوری که نشان دهنده افزایش سلامت معنوی و مؤلفه‌های آن (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) در آزمودنی‌های گروه آزمایش بود. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان گفت آموزش تنظیم هیجان باعث می‌شود که فرد با نگاه و دیدگاه متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع حتی از نوع منفی آنها بپردازد، هیجان‌های منفی را با شدت کمتری تجربه کند، درباره کنترل هیجان‌های خود احساس کفایت بیشتری کند و ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه نماید. در نتیجه آموزش تنظیم هیجان از طریق فرایندهای توضیح داده شده منجر به بهبود سلامت معنوی زنان مطلقه شده است.

واژه‌های کلیدی: آموزش تنظیم هیجان، سلامت معنوی، زنان مطلقه

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۹

دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۰۵

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

ازدواج مهم‌ترین تصمیم زندگی و نشان دهنده عمیق‌ترین رابطه بین فردی است که انسان تجربه می‌کند و نهادی اجتماعی است که بر اساس آن زن و مرد از طریق تعهدی قانونی، مذهبی و اخلاقی تصمیم می‌گیرند به‌عنوان زن و شوهر در کنار هم زندگی کنند (فلاچی و همکاران، ۲۰۱۷). ازدواج یکی از پیچیده‌ترین روابط انسانی است که بنیاد خانواده بر آن استوار می‌باشد و به عنوان پدیده‌ای کاملاً عمومی در حیات اجتماعی تمام جوامع مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته است و نسبت به تمام

روابط اجتماعی اساسی‌ترین نقش را در زندگی روزمره بزرگسالان دارد (لی و سیمونز^۱، ۲۰۲۱). یک رابطه زناشویی مطلوب نه تنها نیاز به پیوند را برآورده می‌کند، علاوه بر این، یک رابطه زناشویی به طور مشخص یک رابطه صمیمی و قابل اعتماد است که در آن زوج‌های متاهل یکدیگر را دوست دارند و از یکدیگر مراقبت می‌کنند و باعث ایجاد حس عمیق ارتباط و تعلق می‌شود (آلامی^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

در این زمینه مطالعات زیادی به‌وضوح نشان می‌دهد که ازدواج ارتباط مثبتی با بهزیستی روانشناختی مردان و زنان دارد (سوز^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). با این حال شواهد آماری نشان می‌دهند که حدود نیمی از ازدواج‌های امروزی به طلاق می‌انجامد (فلاچی و همکاران، ۲۰۱۷). افزایش حدود ۴ برابری نرخ طلاق در جهان، از سال ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۷ نشان‌دهنده بحران شدید خانوادگی است. شیوع فاجعه‌بار طلاق در جهان، متاثر از عوامل بسیاری است؛ خیانت، ناسازگاری، شک و بدبینی که به شدت متاثر از فضای فرهنگی و سبک زندگی و سلامت افراد جامعه است، تاکنون به‌عنوان مهمترین عوامل طلاق شمرده شده‌اند (کبیلر و یلماز، ۲۰۲۲). مسائل پیش‌بینی نشده دیگر نیز در ازدواج موجب می‌شود زن و شوهر تازه ازدواج کرده دچار تعارضات زناشویی شوند و زندگی زناشویی آن‌ها دچار فروپاشی شده و طلاق روی دهد (هوگناس، ۲۰۲۰).

امروزه مشکلات اجتماعی در ابعاد گوناگون باعث شده تعداد موارد طلاق، افزایش و میانگین سن آن کاهش یابد؛ که در این میان مشکلات زنان مطلقه متنوع‌تر از مردان است. بدون شک در عصر حاضر مشکلات زنان مطلقه، که احساس مسئولیت بیشتری را طلب می‌نماید باعث وارد شدن فشار روانی^۴ به این افراد می‌شود. لذا مدیریت فشار روانی می‌تواند زمینه را برای احساس آرامش و کارآمدی این افراد فراهم نماید (هایکال و لاتپین، ۲۰۲۰). مشکلات روانشناختی، هیجانی، اجتماعی و اقتصادی زنان مطلقه در مقایسه با زنانی که زندگی بهنجاری با همسر خود دارند می‌تواند بسیار متفاوت جلوه نماید، زیرا نوع نگرش جامعه به طلاق، مشکلات ارتباطی با همسر سابق، وجود فرزندان و تعارضات تربیتی آن با همسر و محدودیت‌هایی که در روابط جنسی و حتی ارتباطات در محیط کار برای این زنان به وجود می‌آورد، آنها را در مقابل مسائل و چالش‌های گوناگون زندگی دچار تزلزل می‌کند (خجسته مهر و همکاران، ۱۴۰۰). از سوی دیگر، مسائل و مشکلاتی که در زنان مطلقه^۵ بیشتر نمایان می‌شود، کاهش سلامت معنوی (هایکال و لاتپین، ۲۰۲۰) آنها است.

از مشکلات قابل توجه در زنان مطلقه، سلامت معنوی پایین است (هایکال و لاتپین، ۲۰۲۰). معنویت به عنوان مفهومی انتزاعی‌تر توصیف می‌شود که شامل جستجوی معنا و هدف در زندگی و ارتباط با وجود متعالی و برتر است (غیبی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، سلامت معنوی که رابطه‌ای هماهنگ و یکپارچه بین نیروهای درونی دارد، با ویژگی ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود و وحدت و یکپارچگی فردی را نشان می‌دهد (زارعی‌پور و همکاران، ۲۰۲۰). درک معنوی می‌تواند به‌عنوان یکی از جنبه‌های کاربردی مفهوم معنویت در نظر گرفته شود و به معنای استفاده از توانایی‌ها و منابع معنوی است؛ برای اینکه افراد بتوانند تصمیمات معنادار بگیرند، در مورد مسائل وجودی عمیق بیندیشند و برای حل مشکلات روزمره خود تلاش کنند. بنابراین، درک معنوی جنبه‌های ذهنی و نامشهود معنویت را با اعمال و مشکلات افراد در دنیای عینی و ملموس ترکیب می‌کند. افرادی که درک معنوی بالایی دارند، بهتر قادر به درک معنای زندگی هستند و با کشف معنای زندگی، اضطراب وجودی آنها کاهش یافته و در نتیجه سلامت معنوی آنها افزایش می‌یابد (بالبونی^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به اهمیت متغیرهای مورد اشاره، شناسایی عواملی که بتواند موجب کاهش

1. Lei & Simons

2. Aalami

3. South

4. mental pressure

3. Divorced women

4. Balboni

مشکلات ناشی از طلاق و بهبود سازگاری زنان مطلقه شود، مسئله‌ای ضروری و حائز اهمیت برای متخصصان بهداشت روان می‌باشد.

از طرفی، مداخله‌های درمانی متعددی برای افزایش سلامت معنوی زنان مطلقه به کار گرفته شده که از آن جمله می‌توان به آموزش تنظیم هیجان اشاره کرد. راهبردهای تنظیم هیجان به معنای آگاهی، فهم، پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی، رفتار سازگاران با هدف‌های شخصی در موقعیت‌هایی که هیجان‌های منفی تجربه می‌شود و توانایی استفاده از راهبردهای هیجانی منعطف و متناسب با موقعیت است (هارون رشیدی و همکاران، ۱۳۹۹). تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی تجربه و چگونگی بیان آن و شدت فرایندهای رفتاری و تجربی هیجان است، که از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان صورت می‌گیرد (کرمی و همکاران، ۱۳۹۸). بر اساس مدل گراس^۱ (۲۰۰۲) تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کاربرده می‌شود؛ بنابراین، مدل فرایند تنظیم هیجان گراس شامل پنج مرحله بوده و هر مرحله شامل یک سری راهبردهای سازگار و یک سری راهبردهای ناسازگار است. به ویژه افراد دچار مشکلات هیجانی بیشتر از راهبردهای ناسازگار استفاده می‌کنند (مانند نشخوارفکری، نگرانی، اجتناب و ...) که لازمه مداخله در مشکلات هیجانی اصلاح یا حذف راهبردهای ناسازگار و آموزش راهبردهای سازگاران است. مراحل اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان از طریق مدل گراس عبارت‌اند از: انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، گسترش توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ. در الگوی فرآیندی گراس به فرآیندهایی اشاره می‌شود که یا از ابتدا مانع راه‌اندازی هیجان‌ها می‌شوند و یا پس از راه‌اندازی از ابراز آن جلوگیری می‌کنند (مومنی و همکاران، ۱۴۰۰). استفاده صحیح از هیجانات می‌تواند عامل مهمی در جهت رشد و اعتلای روانی و جسمانی و همچنین افزایش قوه ابتکار و شایستگی شخص شود (لواس^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌های زمن^۳ و همکاران (۲۰۱۸) و استینبرگ^۴ و همکاران (۲۰۱۸) تنظیم هیجان علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی ذهنی، موجب بهبودی سلامت و جسمانی می‌شود. همچنین پرایز^۵ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که آموزش تنظیم هیجان موجب بهبود معنای زندگی و سلامت معنوی افراد شده است. به‌طور کلی، مطالعات حکایت از کارایی این روش در بر بهبود سلامت معنوی دارد و به نظر می‌رسد بتواند اثرگذاری مطلوبی در افزایش سلامت معنوی نیز داشته باشد.

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه شواهد پژوهشی مختلفی از اثربخشی تنظیم هیجان بر متغیرهای روان‌شناختی مختلف در نمونه‌های مختلف بررسی شده است، اما این‌گونه پژوهش‌ها در نمونه‌های زنان مطلقه انجام نشده است که بیانگر خلأ پژوهشی در این حیطه است. زنان مطلقه علاوه بر امور خانه‌داری و تربیت فرزندان، ناگزیر هستند مسائل مالی و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده بگیرند. همچنین در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی نیز می‌باشند و شواهد تلخ از گسستگی‌های عاطفی، طلاق و از هم‌پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء این مقوله به شمار می‌آید. از سویی جایگاه زنان مطلقه، با توجه به مسائل فردی آنان و نقش‌هایی که در جامعه دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه به این گروه ضروری می‌باشد. حال با توجه به شیوع بالای طلاق، پژوهش پیرامون عواملی که می‌توانند نقش محافظت‌کننده داشته باشند، ضروری است و به همین دلیل تدوین راهبردهای اثربخش برای پیشگیری از اثرات مخرب طلاق باید در دستور کار قرار بگیرد (ایلون و فلشر، ۲۰۱۹). بنا بر مطالب مذکور، اهمیت توجه به کارکردهای روانی این زنان بیش از پیش نمایان می‌شود و نظر به اهمیت موضوع طلاق و مشکلات ناشی از آن که در بسیاری از جنبه‌ها مانند خلق، رفتار، عملکرد شناختی، اجتماعی و شغلی، نیاز به مداخلات

1. Gross

2. Loevaas

3. Zeman

4. Eisenberg

5. Parise

روان‌شناختی در این افراد و خانواده‌های آنان را آشکار می‌کند؛ از این رو این پژوهش در پی پاسخ به این پرسش بود که آیا آموزش تنظیم هیجان بر سلامت معنوی زنان مطلقه اثر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مطلقه مراجعه کننده به مرکز مشاوره «مهر» شهر بهشهر در سال ۱۴۰۲ بودند. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۳، سطح اطمینان ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸، با دو گروه آزمایشی و کنترل و دو دفعه سنجش، تعداد نمونه با استفاده از نرم افزار *G-power*، ۳۰ نفر بدست آمد. برای انتخاب نمونه مورد نیاز، ابتدا پس از درج آگهی و فراخوان عمومی در بردهای خانه‌های سلامت و مراکز مشاوره در شهر بهشهر آن دسته از افراد داوطلب که به فراخوان پاسخ داده بودند، برای مصاحبه اولیه به مرکز مشاوره «مهر» دعوت شدند و از میان آنها افرادی که نمره پرسشنامه سلامت معنوی‌شان یک انحراف استاندارد پایین‌تر از نمره میانگین بود، یعنی نمره‌ای در دامنه ۲۵ تا ۵۲ کسب کرده بودند (دارای ضعف در سلامت معنوی) و واجد معیارهای ورود-خروج که در جدول ۱ ارائه شده‌اند، بودند؛ ۳۰ نفر انتخاب و به روش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش، آموزش تنظیم هیجان را دریافت کردند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. اجرای این پژوهش در ۸ جلسه آموزش تنظیم هیجان صورت گرفت که در هر هفته به صورت یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. نتایج با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

جدول ۱: معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود
۱. کسب نمره‌ای در دامنه ۲۵ تا ۵۲ در پرسشنامه سلامت معنوی.
۲. دامنه سنی ۲۰-۵۰ سال.
۳. سکونت در شهر بهشهر.
۴. داشتن تحصیلات دیپلم و بالاتر.
۵. امضای رضایت‌نامه اخلاقی شرکت در پژوهش.
معیارهای خروج
۱. ابتلاء به هر بیماری روان‌شناختی بارز (نظیر اختلال شخصیت، افسردگی اساسی، دوقطبی و سواس-بی‌اختیاری، و غیره بر اساس مصاحبه بالینی و ملاک‌های DSM-۵).
۲. دریافت همزمان یک مداخله روان‌شناختی دیگر.
۳. غیبت بیش از ۲ جلسه، عدم مشارکت فعال در جلسات و انجام ندادن تکالیف.
۴. ابتلاء به بیماری‌های جسمی بارز یا مزمن نظیر بیماری‌های غدد درون‌ریز، بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و غیره براساس گزارش شخصی.

ابزار

۱- پرسشنامه سلامت معنوی (پولوتزین و الیسون^۱، ۱۹۸۲) (SWBS)^۲: این مقیاس توسط پولوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ ساخته شده و دارای ۲۰ گویه با طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) است. این مقیاس شامل دو مؤلفه سلامت مذهبی (۱۰ گویه) و سلامت وجودی (۱۰ گویه) بوده که نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر سلامت معنوی بالاتر است. سوالات ۱۸، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۹، ۶، ۵، ۲ و ۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و

^۱ Palutzian & Ellison

^۲ Spiritual Well-Being Scale (SWBS)

دامنه نمرات بین حداقل ۲۰ و حداکثر ۱۲۰ است. این پرسشنامه در ایران توسط عباسی (۱۳۸۴) توسط ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های ایران، تهران و شهید بهشتی اجرا شد و ضریب همبستگی برای این پرسشنامه ۰/۸۲ محاسبه شده است (عباسی، ۱۳۸۴).

روش اجرا

جلسات آموزش تنظیم هیجان که در این مطالعه استفاده شد به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. در این رویکرد درمانی، از فنون آموزش تنظیم هیجان گراس (۲۰۰۲) استفاده شد که خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزشی تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس (۲۰۰۲)

جلسه	هدف	محتوا	تغییرات مورد انتظار	تکلیف
جلسه ۱	برقراری رابطه درمانی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه (روانشناس) و اعضا	بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف شخصی و جمعی، بیان منطق و مراحل مداخله و بیان چارچوب قواعد شرکت در گروه، اجرای پیش آزمون	برقراری رابطه مناسب بین اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در گروه
جلسه ۲	انتخاب موقعیت، هدف	ارائه آموزش هیجانی، شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها و اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان‌ها	توانایی تشخیص هیجان نرمال و هیجان مشکل‌آفرین، درک رویدادهای برانگیزاننده و توانایی تمایز میان هیجان‌ها مختلف	ارائه گزارش از بیان هیجان‌ها مختلف در موقعیت‌های برانگیزاننده
جلسه ۳	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا	بررسی تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها، نقش هیجان‌ها در برقرار کردن ارتباط با دیگران و تاثیرگذاری روی آن‌ها و همچنین سازماندهی و برانگیزاندن رفتار بین اعضا	توانایی خودارزیابی به جهت شناخت تجربه‌های هیجانی خود و راهبردهای خودتنظیمی	مثال‌هایی از تجربه‌های واقعی
جلسه ۴	اصلاح موقعیت و هدف آموزش راهبرد حل مسئله آموزش مهارت‌های بین فردی	بررسی تکالیف جلسه قبل، ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب	به کارگیری راهبردهای حل مسئله و اصلاح موقعیت	گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض
جلسه ۵	گسترش توجه، آموزش و مهارت‌های توجه	بررسی تکالیف جلسه قبل، تغییر توجه، متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی	توانایی به کارگیری مهارت تغییر توجه	ارائه گزارش از تغییر توجه در گروه
جلسه ۶	ارزیابی شناختی و آموزش راهبرد بازآرزیابی	بررسی تکالیف جلسه قبل، تغییر ارزیابی‌های شناختی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی	تشخیص پی بردن به پردازش ذهنی در تولید، نگهداری، افزایش و کاهش پاسخ‌های هیجانی	اجزای تمرینات راهبردهای ارزیابی شناختی در زندگی روزمره
جلسه ۷	تعدیل پاسخ، آموزش ابراز هیجان، آموزش تخلیه هیجانی،	بررسی تکالیف جلسه قبل، تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، مواجهه، اصلاح رفتار از	توانایی شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد	تمرین ابراز هیجانی با توجه به استفاده از روش‌های تعدیل پاسخ هیجانی

آرمیدگی و عمل معکوس	طریق تغییر تقویت کننده‌های محیطی	بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن
جلسه ۸	ارزیابی و کاربرد	بررسی تکالیف جلسه قبل از ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف، جمع بندی کلی و اجرای پس آزمون
		توانایی به کارگیری مهارت- های آموخته شده در محیط- های طبیعی خارج از جلسه

یافته ها

ویژگی‌های توصیفی سن و مدت تأهل شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: ویژگی‌های توصیفی سن و مدت تأهل آزمودنی‌ها

متغیر	تعداد	M	SD	کمینه	بیشینه
سن	۳۰	۳۱/۲۷	۱۱/۷۴	۲۰	۵۰
مدت تأهل	۳۰	۶/۲۳	۵/۵۳	۲	۲۰

همانگونه که مشاهده می‌شود در مجموع ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) با میانگین سنی ۳۱/۲۷ سال و انحراف استاندارد سنی ۱۱/۷۴ در این پژوهش شرکت کردند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان از ۲۰ تا ۵۰ سال گسترده شده است. همچنین میانگین مدت تأهل آزمودنی‌ها ۶/۲۳ سال است ($SD=5/53$) که در دامنه‌ای از ۲ تا ۲۰ سال قرار دارد. اطلاعات جمعیت‌شناختی به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی افراد بر حسب اطلاعات جمعیت‌شناختی

متغیر	گروه‌ها	آزمایش		گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تحصیلات	دیپلم	۶	۴۰	۵	۳۳/۴
	فوق دیپلم	۵	۳۳/۴	۵	۳۳/۴
	لیسانس	۲	۱۳/۳	۳	۱۹/۹
	فوق لیسانس و بالاتر	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳

نتایج جدول ۳ نشان‌دهنده آن است که بین گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی براساس نتایج آزمون خی دو تفاوت معناداری وجود نداشت ($\chi^2=0/72$ و $p>0/05$) و گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همگن بودند. اطلاعات توصیفی هر یک از متغیرهای پژوهش به تفکیک افراد نمونه در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آمارهای توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه و مراحل

متغیر	مولفه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون
سلامت معنوی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
	گواه	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت مذهبی	آزمایش	۲۷/۶۰	۱۴/۷۶
	گواه	۲۸/۸۷	۱۳/۸۹
سلامت وجودی	آزمایش	۲۵/۲۷	۱۳/۲۱
	گواه	۲۶/۵۳	۱۲/۷۶
نمره کل سلامت معنوی	آزمایش	۵۰/۸۷	۲۷/۷۲
	گواه	۵۲/۲۱	۲۵/۲۲

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. در همین راستا ابتدا برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، آزمون لوین به لحاظ آماری معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین مفروضه همگونی ضرایب رگرسیون برقرار بود. علاوه بر این، جهت بررسی پیش‌فرض توزیع نرمال متغیرهای وابسته از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. مطابق نتایج این آزمون توزیع نرمال در متغیرها وجود دارد. در ادامه پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه بر طبق نمره‌های پس‌آزمون، در تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر سلامت معنوی زنان مطلقه شهر بهشهر از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای سلامت معنوی

متغیر	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلای	۰/۶۶	۲۴/۴۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶
لامبدای ویکلز	۰/۳۳	۲۴/۴۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶
اثر هتلینگ	۱/۹۵	۲۴/۴۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶
بزرگترین ریشه روی	۱/۹۵	۲۴/۴۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶

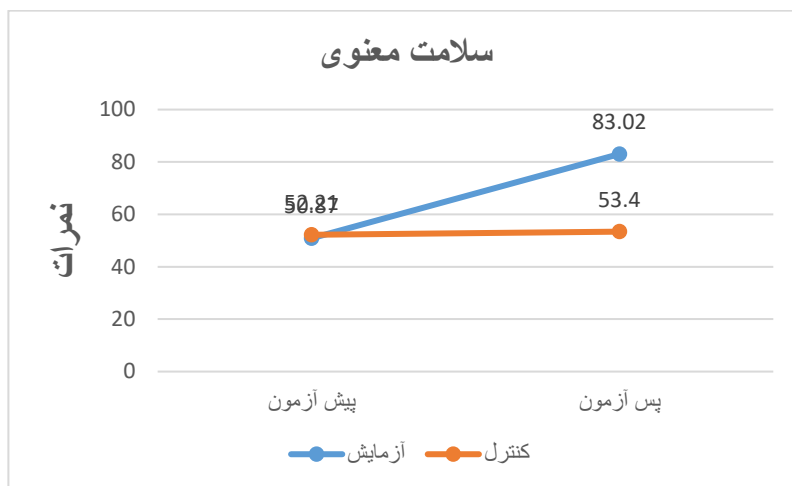
همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج‌ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت و ۶۶ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود ($P < ۰/۰۰۱$). در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت‌ها نتایج بررسی کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

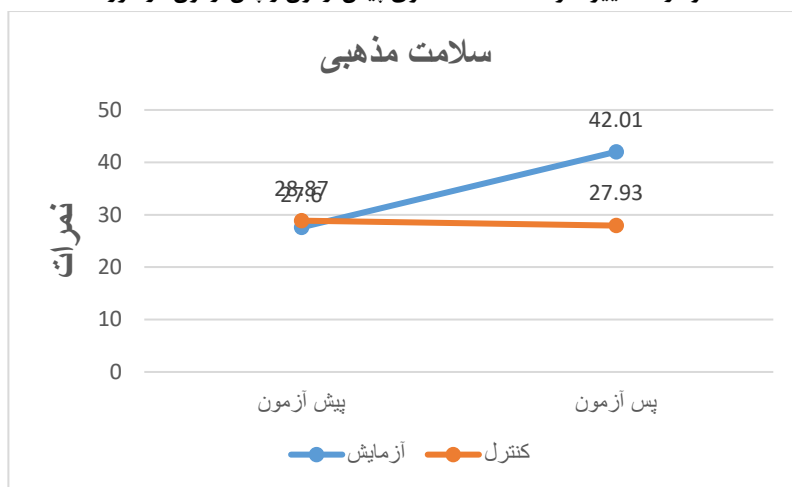
متغیر	مولفه‌ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	مجزور اتا
سلامت	سلامت مذهبی	۲۲۸۶/۲۷	۱	۲۲۸۶/۲۷	۲۵/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹
معنوی	سلامت وجودی	۱۶۹۵/۴۴	۱	۱۶۹۵/۴۴	۳۰/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳

همان‌طور که جدول ۷ نشان می‌دهد با کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه در رابطه با پس‌آزمون نمرات سلامت معنوی در سطح معنی‌داری ($p < ۰/۰۱$) وجود داشت. بنابراین می‌توان گفت که سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن (سلامت وجودی و سلامت مذهبی) پس از ارائه مداخله در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معنادار افزایش یافته است. با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن (سلامت وجودی و سلامت مذهبی) در بین دو گروه می‌توان گفت که نمرات آن‌ها به طور معنادار در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تغییر کرده است، و در نتیجه فرضیه دوم مبنی بر تغییر سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن (سلامت وجودی و سلامت مذهبی) با استفاده از آموزش تنظیم هیجان، تأیید می‌شود. بنابراین، آموزش تنظیم هیجان باعث افزایش سلامت معنوی زنان مطلقه شد و طی این مداخله سلامت معنوی زنان مطلقه ارتقاء یافته است. به عبارت دیگر، آموزش تنظیم هیجان باعث شد که گروهی که از این روش بهره برده بودند سلامت معنوی بیشتری داشته باشند و بر افزایش سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن در پس‌آزمون اثربخش بوده است.

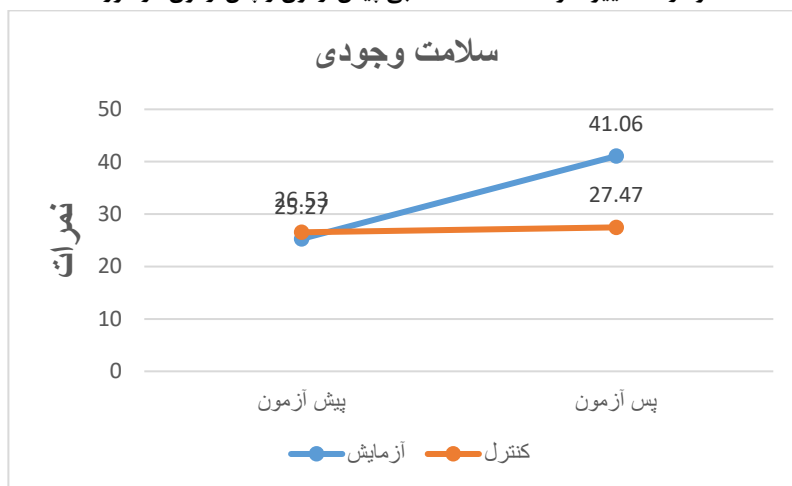
The effectiveness of emotion regulation training on the spiritual health of divorced women in Behshahr city



نمودار ۱: تغییر نمرات سلامت معنوی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه



نمودار ۲: تغییر نمرات سلامت مذهبی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه



نمودار ۳: تغییر نمرات سلامت وجودی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج برای بررسی سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن حاکی از افزایش سلامت معنوی و زیرمقیاس‌های آن در آزمودنی‌های گروه آزمایش پس از آموزش تنظیم هیجان است ($P < 0/05$) و آموزش تنظیم هیجان باعث افزایش سلامت معنوی افراد می‌شود. از جمله پژوهش‌های همسو با این یافته، می‌توان به پژوهش لگات و همکاران (۲۰۲۲)، مونتس برگز و آگوستو (۲۰۲۱)، سیف و خادمی (۱۳۹۹)، مبنی بر اینکه آموزش تنظیم هیجان به طور گسترده‌ای به سلامت معنوی و بهبود مولفه‌های آن می‌پردازد، اشاره کرد. به عبارتی، این پژوهش اثر آموزش تنظیم هیجان در بهبود سلامت معنوی زنان مطلقه را مورد بررسی قرار داد و نتایج پژوهش حاکی از آن بود که آموزش تنظیم هیجان به طور معناداری سبب افزایش سلامت معنوی زنان مطلقه می‌شود. این نتیجه حاکی از آن است که آموزش تنظیم هیجان در افزایش سلامت معنوی موثر است. در همین راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در سلامت معنوی زنان مطلقه به دنبال آموزش تنظیم هیجان تغییراتی دیده می‌شود (گراتر و ملهرب، ۲۰۱۸).

در تبیین این یافته می‌توان گفت تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تاثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی یا جسمانی هیجان‌ها است و به‌طور خودکار یا کنترل شده، هشیار یا ناهشیار و از طریق به‌کارگیری راهبردهای تنظیم‌هیجانی از قبیل ارزیابی مجدد، نشخوار فکری، خود اظهاری، اجتناب و بازداري انجام می‌گیرد (گراس، ۲۰۱۵). همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، فرد را از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌کند و این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های افراد را مختل و در شرایط استرس‌زا سبب ناسازگاری و سلامت معنوی پایین می‌شود. بر اساس مدل گراس (۲۰۰۲) تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کاربرده می‌شود؛ بنابراین، مدل فرایند تنظیم هیجان گراس شامل پنج مرحله بوده و هر مرحله شامل یک سری راهبردهای سازگار و یک سری راهبردهای ناسازگار است، که به ویژه افراد دچار مشکلات عاطفی-هیجانی بیشتر از راهبردهای ناسازگار استفاده می‌کنند. لازمه مداخله در مشکلات هیجانی اصلاح یا حذف راهبردهای ناسازگار و آموزش راهبردهای سازگارانه است. مراحل اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان از طریق مدل گراس شامل انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، گسترش توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ است. از سوی دیگر، آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها است (مومنی و همکاران، ۱۴۰۰) و طبق پژوهش‌های مختلف می‌توان گفت با تنظیم هیجان و آموزش اثربخش تنظیم و مدیریت هیجان می‌توان احساسات منفی و نادرست را کاهش داد و بدین طریق سلامت معنوی را بهبود بخشید.

علاوه بر این، آموزش تنظیم هیجان باعث می‌شود که فرد با نگاه و دیدگاه متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع حتی از نوع منفی آنها بپردازد، هیجان‌های منفی را با شدت کمتری تجربه کند، درباره کنترل هیجان‌های خود احساس کفایت بیشتری کند و نیز ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه نماید. در همین راستا سلامت معنوی به عنوان روشی که از منابع دینی مانند دعا، نیایش، توکل و توسل به خداوند برای مقابله استفاده می‌کند، تعریف شده است. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند، از آن جا که این نوع مقابله‌ها هم به عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند و می‌توانند به کارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل نمایند، از این رو آموزش تنظیم هیجان مفید است. دین به طور اعم ارتباط انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائم او، می‌تواند در ایجاد بهداشت روانی و درمان بیماری‌های روانی تأثیر بسزایی داشته باشد. داشتن معنی و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن در زندگی به منبعی والا و امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل زای، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و ... همگی از جمله منابعی هستند که افراد متدین با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند (فسرپلی و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه آموزش تنظیم هیجان از طریق فرایندهای توضیح داده شده باعث بهبود سلامت معنوی زنان مطلقه می‌گردد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم کنترل و عدم مطالعه تأثیر متغیرهای جمعیتی شناختی مانند تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی-اجتماعی که می‌توانستند اثرگذار باشند، اشاره کرد. به علت محدودیت زمانی و عدم دسترسی به افراد نمونه مطالعه پیگیری صورت نگرفت، بنابراین تداوم نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر امکان‌پذیر نبود. خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده در این پژوهش (پرسشنامه) یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین این مطالعه صرفاً بر روی زنان مطلقه شهر بهشهر انجام شده است، بنابراین امکان مقایسه درباره میزان تأثیرپذیری از این روش وجود ندارد. جامعه پژوهش و روش نمونه‌گیری، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند موجب بهبود سلامت معنوی زنان مطلقه شود. در سطح کاربردی یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند در افزایش دانش روانشناسان و مشاوران در حیطه درمان مؤثر باشد؛ به نحوی که متخصصان حیطه خانواده به اهمیت سلامت معنوی در تعارضات زناشویی پی ببرند و در زمینه زوج درمانی به آن توجه داشته باشند. پژوهش حاضر با پررنگ‌سازی نقش آموزش تنظیم هیجان در زنان مطلقه توجه پژوهشگران، درمانگران، مراکز مشاوره و ... را به این درمان خواستار است. همچنین به‌منظور کمک به این گروه از زنان برای داشتن زندگی بهتر، نیاز است که سازه سلامت معنوی از جوانب کلی مورد بررسی قرار گیرد و عوامل زمینه‌ساز آن به خوبی شناخته شود. با توجه به اینکه آموزش تنظیم هیجان تأثیر معناداری در بهبود سلامت معنوی زنان مطلقه داشته است، لذا توصیه می‌شود که این شیوه درمانی در ترکیب با سایر روش‌های معمول به کار گرفته شود. همچنین باتوجه به تأثیر آموزش تنظیم هیجان در برخی از مشکلات زنان مطلقه توصیه می‌شود، درمانگر به‌صورت مستمر در آموزش این گروه از افراد فعالیت نماید.

سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از همه کسانی که در انجام این مقاله نقش داشته اند اعلام می‌دارد.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

منابع

- تقوایی نیا، علی و زارعی، فاطمه. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر ارتقاء سلامت روانی و کاهش نشخوار فکری زنان مطلقه. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۹(۳)، ۴۴-۵۶. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-۴۴-۵۶-۱۳۴۵-۱-fa.html>
- مومنی، خدامراد؛ عزیزی، صمد؛ محمد نجار، نرگس؛ احمدیان، علی؛ تقی‌پور، بهزاد و سراج محمدی، پریسا (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش دلزدگی زناشویی و نارسایی هیجانی زوجین در شرف طلاق. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۶(۶۲)، ۱۸-۳۱. <https://www.magiran.com/p2328364>
- هارون‌رشدی، همایون؛ کاشی‌زاده، پریسا و کاظمیان‌مقدم، کبری (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر ادراک خود و ابراز وجود دانش‌آموزان با نارسایی یادگیری. *فصلنامه کودکان/استثنایی*، ۲۰(۳)، ۳۷-۴۸. <http://joec.ir/article-۴۸-۳۷-۳۰-fa.html>

References

- Aalami, M., Taimory, S., & Ahi, G. (2020). The effectiveness of an integrated approach of schema therapy based acceptance and commitment therapy on marital conflicts and divorce tendency in divorce applicant couples. *Journal of research in behavioural sciences*, 18(1), 132-141. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-751-en.html>
- Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N., Ferrell, B. R., Fitchett, G., ... & Koh, H. K. (2022). Spirituality in serious illness and health. *Jama*, 328(2), 184-197. DOI: [10.1001/jama.2022.11086](https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086)
- Cabilar, B. Ö., & Yılmaz, A. E. (2022). Divorce and Post-divorce Adjustment: Definitions, Models and Assessment of Adjustment. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 14(1), 1-11. <https://psycnet.apa.org/record/2023-80635-001>

- Fallahchai, R., Fallahi, M., & Ritchie, L. L. (2017). The impact of PREP training on marital conflicts reduction: A randomized controlled trial with Iranian distressed couples. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 16(1), 61-76. <https://doi.org/10.1080/15332691.2016.1238793>
- Ghaibi, E., Soltani Manesh, M. R., Jafari Dezfouli, H., Zarif, F., Jafari, Z., & Gilani, Z. (2022). Comparison of marital satisfaction, emotional divorce and religious commitment among nurses and staff of Ahvaz Government Hospitals. *Eurasian Journal of Chemical, Medicinal and Petroleum Research*, 1(1), 33-39. doi: 10.5281/zenodo.7353470
- Haikal, M., & Latipun, L. (2020). The resilience of women who are divorced and choose to live with their children. *Psychology and Behavioral Sciences*, 9(4), 44-49. <https://www.sciencepublishinggroup.com/article/10.11648/10048967>
- Högnäs, R. S. (2020). Gray divorce and social and emotional loneliness. *Divorce in Europe: New insights in trends, causes and consequences of relation break-ups*, 147-165. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-25838-2_7
- Lei, M. K., & Simons, R. L. (2021). The association between neighborhood disorder and health: exploring the moderating role of genotype and marriage. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 898. doi: [10.3390/ijerph18030898](https://doi.org/10.3390/ijerph18030898)
- South, S. C., Mann, F. D., & Krueger, R. F. (2021). Marital Satisfaction as a Moderator of Molecular Genetic Influences on Mental Health. *Clinical Psychological Science*, 2167702620985152. doi: [10.1177/2167702620985152](https://doi.org/10.1177/2167702620985152)
- Zareipour, M., Rezaei, Z. M., Jafari, F., & Ghaderzadeh, S. (2020). A study of the state of spiritual health and its relation to self-efficacy of nurses. *Medical Science*, 24(101), 407-414. https://www.discoveryjournals.org/medicalscience/current_issue/v24/n101/A47.htm