

بررسی اثر بخشی درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس

امیر محمد علوی^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱ تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۳/۲۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس بود. روش: طرح پژوهشی حاضر نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون سه گروهی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس بودند که به مراکز مشاوره و روانشناسی این شهر مراجعه نموده‌اند که تعداد ۶۰ نفر از این زنان (هر گروه ۲۰ نفر) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند و به پرسشنامه پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی واروشربون پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده از طریق آزمون مانووا و آزمون تعقیبی LSD و از طریق نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که F مشاهده شده برای متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی معنادار است. عبارت دیگر نتایج حاکی از آن بود که اثر بخشی دوره و درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس معنی دار بود.

واژگان کلیدی

درمان هیجان مدار، بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی زنان.

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده مامایی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران. alaviamir7306@gmail.com

۱- مقدمه

درمان هیجان مدار یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکرد های انطباقی و غیر انطباقی می داند. بر اساس این درمان، تغییر از طریق کمک به مراجع به وسیله بازنمایی هیجان (بروز، تنظیم، بازخورد و انتقال تجربه هیجانی) اتفاق می افتد و در بافت ارتباط درمانی این فرایند تغییر، تسهیل می گردد. مسئله اصلی درمان هیجان مدار این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد و عامل کلیدی برای سازماندهی خود باشد. اساسی ترین کارکرد هیجان به صورت یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار او جهت داده و موجب بهزیستی روانشناختی وی می شود. در این رویکرد سعی می شود هیجانها، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام های قابل درک و رفتار های سازنده تبدیل شوند. فقدان توانایی برای تفسیر موقعیت های هیجانی ممکن است مشکلاتی را در روابط بین فردی ایجاد کند. درمان هیجان مدار تلاش دارد با گسترش پردازش هیجانی افراد، تغییرات درمانی را در آنها ایجاد می کند. افراد با تجربه ای که در مرحله آگاهی هیجانی کسب می کنند، می آموزند که به جای سرکوب کردن هیجان های خود یا مغلوب شدن توسط آنها، بر وجود هیجان های خود، آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق تر دریافت کنند (کریمی، شفیع آبادی و نعیمی، ۱۳۹۸). تغییر در درمان EFT به این صورت است که پاسخ های هیجانی زیر بنایی تعامل کشف شده و تجربه می شوند و مجدداً مورد پردازش قرار می گیرند و در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می گیرند. دستیابی و کشف این تجربه هیجانی بمنظور تخلیه هیجانی و کسب بینش نیست، بلکه بخاطر تجربه کردن جنبه های جدیدی از خود است که پاسخ های جدیدی را برمی انگیزاند (جزایری و همکاران، ۱۳۹۸).

فروپاشی یک رابطه، از استرس زاترین فقدان های بین فردی است که موجب ایجاد مشکلات و نوسانات فکری، رفتاری و هیجانی در افراد می شود و از آنجا که زنان به دلیل ظرافت های عاطفی، هیجان های منفی بیشتری را تجربه می کنند، آسیب پذیریشان از پیامدهای طلاق، بیشتر از مردان است. پژوهش ها نشان داده اند زنان مطلقه، افسردگی، اضطراب، استرس و عدم تحمل بلا تکلیفی بالایی نسبت به زنان غیرمطلقه دارند. بنا به دلایلی که ذکر شد، طلاق نیازمند بیشترین تغییرات برای سازگاری مجدد، در افراد مبتلاست. بروز طلاق به بهزیستی فرد آسیب می رساند و در نتیجه سبب ایجاد مشکلاتی در کیفیت زندگی زنان مطلقه می شود (سیاه پوش و گلستانی بخت، ۱۳۹۹).

۲- مبانی نظری، پیشینه پژوهش و توسعه فرضیه ها

بعضی از محققان معتقدند بهزیستی روان شناختی حالتی از بهزیستی و وجود این احساس در فرد است که می تواند با جامعه کنار بیاید. بهزیستی روان شناختی به معنای احساس رضایت، روان شناختی سالمتر و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). به طور کلی شخص دارای بهزیستی روان شناختی می تواند با مشکلات دوران رشد روبرو شود و قادر است در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابد. به نظر می رسد تعریف رضایت بخش از بهزیستی روان شناختی برای فرد مستلزم داشتن احساس مثبت و سازگاری موفقیت آمیز و رفتار شایسته مطلوب است؛ بنابراین هرگونه ملاکی که به عنوان اساس سلامتی در نظر گرفته می شود باید شامل رفتار بیرونی و احساسات درونی باشد (کارمودی و بییر، ۲۰۰۷).

با ظهور انقلاب صنعتی و ضرورت سازماندهی جوامع رویکردهای مختلفی به وجود آمدند که وجه غالب این رویکردها پیشرفت اقتصادی بود و از دیدگاه رفاه اجتماعی ثروت بیشتر به خوشبختی بیشتر افراد می انجامید. از اواسط دهه ۱۹۶۰

میلادی و با بروز پیامدهای منفی این رویکردها، جایگاه رشد اقتصادی مورد تردید قرار گرفت و به آن به عنوان یکی از ابزارهای دستیابی به توسعه نگریسته شد. در اوایل دهه ۱۹۹۰ مؤلفه‌های جدیدی همچون سرمایه اجتماعی و همبستگی اجتماعی مطرح شد و با تأکید سازمان ملل بهزیستی اجتماعی و کیفیت زندگی مورد تأکید قرار گرفت (غفاری، کریمی و نوذری، ۱۳۹۱). همه متخصصان متفق القولند که بهزیستی روانشناختی در تحول شخصیت واحد نقشی بنیادین است. تصور تحول موزون انسان بدون وجود بهزیستی روانشناختی غیرممکن است. بی‌شک عوامل متعددی بر بهزیستی روانشناختی تأثیر می‌گذارد که فهرست کردن همه آن‌ها دشوار است چراکه وجود تفاوت‌های فردی ممکن است به تنوع در عوامل مؤثر بر بهزیستی روانشناختی بینجامد باین حال، یافته‌های حاصل از پژوهش‌ها در زمینه‌های زیست‌شناسی و عوامل اجتماعی دانش، ما را درباره عواملی که ممکن است بهزیستی روانشناختی تحت تأثیر قرار دهند وسعت بخشیده‌اند (کیامرزی و ابوالقاسمی، ۲۰۱۰).

چنانکه قبلاً ذکر شد، هدف اصلی بهزیستی روانشناختی پیشگیری است و این منظور به وسیله ایجاد محیط فردی و اجتماعی مناسب حاصل می‌گردد؛ بنابراین برای هر فرد لازم است که با اصول بهزیستی روانشناختی آشنایی داشته باشد. اصول اساسی بهزیستی روانشناختی عبارت است از:

الف) احترام به شخصیت خود و دیگران: یکی از شرایط اصولی بهزیستی روانشناختی احترام به شخص خود است و اینکه فرد خود را دوست بدارد و به عکس، یکی از علائم بارز غیرعادی بودن، تنفر از خویش است. اصول بهزیستی روانشناختی مبتنی بر تقویت افراد است، نه تخریب شخصیت آن‌ها، بر اساس این اصول باید نسبت به دیگران اغماض و بردباری داشت و به عوض تنبیه، تشویق را پیش‌بینی کرد و خلاصه اینکه، برای شخصیت افراد احترام قائل شد.

ب) شناخت محدودیت‌های خود و دیگران: یکی از اصول مهم بهزیستی روانشناختی، روبرو شدن مستقیم با واقعیت زندگی است. برای رسیدن به این مقصود، نه تنها لازم است که عوامل خارجی را شناخته و بپذیریم، بلکه ضروری است تا شخصیت خود را آن‌طور که واقعاً هست قبول نماییم. کشمکش و خصومت با واقعیت اغلب سبب بروز اختلال روانشناختی می‌گردد. شخص سالم درعین حالی که از خصوصیات مثبت و برجسته‌ی خود استفاده می‌کند، به محدودیت‌ها و نواقص خود نیز آشنایی دارد. البته باید خاطر نشان کرد که اگرچه خودشناسی کاری دشوار است، ولی شناختن دیگران دشوارتر است، زیرا افراد بشر از خیلی جهات با یکدیگر متفاوت‌اند.

ج) پی بردن به علل رفتار: در هر عملی باید اصل علت و معلول حکم فرما باشد زیرا که از نظر علم، هیچ پدیده‌ای خودبه‌خود به وجود نمی‌آید. از نظر علمای روان‌شناسی، رفتار خوب و بد وجود ندارد، بلکه هر رفتاری عللی دارد و اگر رفتاری برای فرد و جامعه مضر باشد، باید مانند برطرف کردن مرضی جسمی، سعی بر درمان آن نمود، بنابراین اولین قدم برای از بین بردن اختلال رفتار، یافتن دلیل آن است.

د) درک اینکه رفتار، تابع تمامیت فرد است: رفتار بشر تمامیت وجود اوست. بدین معنی که هر انسانی بر اثر ارتباط خصوصیات روانشناختی و جسمی خود دست به انجام عمل می‌زند. هیچ رفتاری جداگانه و در خلأ انجام نمی‌گیرد و هیچ عملی مستقل از سایر اعمال و خصوصیات موجود بروز نمی‌کند؛ مثلاً ناراحتی‌های جسمانی، اختلالات روانشناختی را باعث می‌شود و بالعکس، نارسائی‌های روانشناختی سبب بروز علائم جسمانی خواهد شد.

ه) شناسایی احتیاجات اولیه که سبب ایجاد رفتار و اعمال انسان می‌گردد: بهزیستی روانشناختی مستلزم دانستن و ارزش دادن به احتیاجات اولیه افراد بشر است. بعضی از این احتیاجات جسمانی است، مانند نیاز به آب و غذا و گروهی از آن‌ها

روان‌شناختی می‌باشد مانند احتیاج به پیشرفت. بشر دائماً تحت تأثیر این نیازهاست و به نسبت محرومیت و یا ارضاء آن‌ها رفتار می‌کند، بنابراین زندگی او هیچ‌وقت در حالت سکون مطلق نیست، بلکه دائماً در کشمکش و تلاش برای به دست آوردن غذا، آب، مسکن و عشق به پیشرفت موقعیت اجتماعی و امنیت جسمی و روان‌شناختی است. شخصی که این اصول را بداند و بپذیرد، واقع‌بینانه با مشکلات زندگی مقابله کرده و دارای بهزیستی روان‌شناختی خواهد بود (شاملو، ۱۳۹۰).

از سوی دیگر، امروزه از کیفیت زندگی به‌عنوان شاخص توسعه نامبرده می‌شود. مفهوم کیفیت زندگی از دهه ۱۹۳۰ تاکنون تغییرات بسیاری یافته و برای اندازه‌گیری پیشرفت جوامع از آن استفاده می‌شود. از اواخر دهه ۱۹۷۰ بحث کیفیت زندگی بیشتر در سه حوزه پزشکی، روان‌شناسی و علوم اجتماعی مطرح شد. از این روست که بر اساس داده‌های موسسه اطلاعات علمی از سال ۱۹۸۹ تا سال ۲۰۰۵ بیش از ۵۵۰۰۰ تحقیق درباره مفهوم کیفیت زندگی صورت گرفته است (رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۷). به طور کلی می‌توان بیان نمود که مفهوم کیفیت زندگی مفهومی قدیمی است و ریشه تاریخی آن را می‌توان در آثار کلاسیک ارسطو مشاهده نمود. وی ارتباط خاصی را بین کیفیت زندگی، شادی و ارزش‌های ذهنی مطرح کرد. بنابراین نظریه کیفیت زندگی مفهوم جدید نیست و به صورت افراطی در بحث‌های علم و فلسفی مطرح شده است (مختاری و نظری، ۱۳۸۹). تا قبل از سال ۱۹۷۰ میلادی تنها مسئله مورد توجه محققان مسائل بهداشتی عملکرد فیزیولوژیکی بیماران در درمان بیماری بود و فقط درمان بیماران به منظور افزایش طول عمر آنان محور مطالعات علمی بود اما کمی بعد همگام با پیشرفت علم پزشکی محققین دریافتند که تنها توجه به مواردی که کوجب درمان و افزایش طول عمر بیمار می‌گردد کافی نیست بلکه بررسی تجربه خود بیمار نیز ضروری است و به همین منظور عبارت کیفیت زندگی برای توصیف این بررسی‌ها به کار برده شد (دروتار^۱، ۲۰۱۴).

سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به این صورت تعریف کرده است: ادارکی است از وضعیتی که افراد در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند، که براساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق آن‌ها است (گروه تهیه مقیاس کیفیت زندگی، سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸؛ به نقل از نجات، ۱۳۷۸).

اصطلاح کیفیت زندگی، یک مفهوم بین رشته‌های برگرفته از رشته‌های مختلف مانند روان‌شناسی، پزشکی، اقتصاد و جامعه‌شناسی است. نتایج یک پژوهش از سوی موسسه اطلاعات علمی (ISI) نشان داد که بین سال‌های ۱۹۸۲ تا ۲۰۰۵ بیش از ۵۵۰۰۰ مقاله علمی، از اصطلاح کیفیت زندگی استفاده کرده‌اند. بسیاری از پژوهشگران و صاحب‌نظران در رشته‌های مختلف، اذعان کرده‌اند که تعیین و ارزشیابی کیفیت زندگی باید مبنای اصلی سیاست‌گذاری‌های داخلی کشورها باشد و وظیفه اصلی دولت‌ها، علاوه بر افزایش سطح تولید اقتصادی، تهیه و تدوین برنامه‌های دراز مدت و مستمر به منظور بهبود و ارتقای کیفیت زندگی افراد است (کاستانزاو همکاران، ۲۰۰۷).

از طرفی می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار (EFT) نوعی شیوه درمانی است که در آن از مولفه‌های متمرکز بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی و یافتن معانی جدید برای ارتباط بهتر با دیگران بهره می‌گیرد که در نهایت با بهزیستی روانی بیشتر همراه است، چرا که به تغییر و اصلاح عواطف منفی منجر می‌شود (میرزا زاده، احمدی و فاتحی زاده، ۱۳۹۱). مفروضه اصلی رویکرد هیجان‌مدار این است که هیجان‌ها نه فقط عاملی اساسی در ایجاد تعارضات

زناشویی، که عنصری قدرتمند و غالباً ضروری جهت ایجاد تغییر در روابط ناکارساز نیز به شمار می‌رود (گرینبرگ، ۲۰۰۸). مفروضه‌های اساسی این رویکرد طبق دیدگاه جانسون (۲۰۰۴) عبارتند از:

۱. مشکلات در روابط، توسط شیوه‌های که تعاملات سازمان دهی می‌شوند و توسط تجربیات هیجانی افرادی که در یک رابطه هستند، به وجود می‌آید و ادامه پیدا می‌کند.

۲. امنیت پیوندهای یک ازدواج توسط در دسترس بودن، پاسخگو بودن و درگیری هیجانی ۳ ایجاد می‌شود. این عوامل باعث توجه کردن زوجها به نیازهای درونی برای ارتباط داشتن، حمایت کردن و امنیت می‌شود. اغلب جوهره تعارضات زناشویی این سؤال است که این پیوندها دقیقاً چگونه ایمن می‌شود؟

۳. هیجان در سازمان دهی رفتارهای دلبستگی و سازمان دهی روشی که در آن خود و دیگران تجربه می‌شوند، بسیار مهم است. هیجان وسیله‌های در معنا دادن به ادراکات است؛ همچنین یک عامل تعیین کننده در زناشویی درمانی است. ایجاد تجربیات هیجانی جدید می‌تواند مهمترین عامل در تغییر بین فردی و درون روانی باشد که منجر به ایجاد یک پیوند جدید بین زوجها می‌شود.

۴. داشتن نیازها و تمایلات دلبستگی فی نفسه یک تمایل سالم و انطباقی است. مشکلات در روابط زمانی به وجود می‌آید که چنین نیازها و تمایلاتی خود را در یک زمینه ناامن ادراک شده، نشان دهند. تأیید و شناخت این نیاز یک جنبه ضروری رویکرد هیجان مدار است.

۵. تغییر در رویکرد هیجان مدار، با دستیابی و پردازش دوباره تجربیات هیجانی مرتبط است. برای اینکه تعاملات جدید اتفاق افتد و زوجها موقعیت خود را اصلاح کنند، ایجاد تجربیات هیجانی جدید ضرورت دارد. تغییر در این رویکرد در طی هیچ یک از فرآیندهای پالایش، بینش یا مذاکره اتفاق نمی‌افتد، بلکه در طی تجارب هیجانی جدید و وقایع تعاملی تازه به وجود می‌آید.

۶. مدل رویکرد هیجان مدار، آشفتگی‌های زناشویی را به عنوان چیزی می‌بیند که عاطفه منفی را جذب می‌کند. این عاطفه همزمان الگوهای تعاملی را انعکاس می‌دهد و تقویت می‌کند. هر دوی اینها، هم خشک و هم محدود شده هستند. این الگوها، درگیری هیجانی سالم را غیرممکن می‌سازند، چیزی که برای ایجاد پیوندهای ایمن بسیار ضروری است. در مورد اهداف درمانی رویکرد هیجان مدار می‌توان گفت که هدف اولیه برای فرآیند EFT این است که درمانجو این توانایی را بدست آورد که از تجارب هیجانی خودش آگاهی یابد و توانایی کافی در تجربه هیجان‌ات و بیان هیجان‌ات منفی و مثبت داشته باشد (گرینبرگ، ۲۰۰۸). هدف درمانی رسیدن به پیوندی ایمن است، از انزوا به درگیری هیجانی، از دفاع‌های حساس به حمایت، حمایت، از در خود بودن به باز بودن و ریسک کردن، از منفعل بودن ناامیدانه به رسیدن به احساسی از خلاق فعال بودن، از تمرکز بر عیب‌های دیگران به رسیدن به کشف ترس‌ها و امیال خود (جانسون، ۲۰۰۴). هدف درمان بنابراین کمک به زوجها است برای دستیابی به هیجان‌ات اصلی و پرورش ارتباط مثبت که باعث بالا رفتن در دسترس بودن و پاسخگو بودن در بین آنها می‌شود (جانسون، ۲۰۰۷).

همچنین در مورد جایگاه هیجان در رویکرد هیجان مدار نیز همانطور که از اسم رویکرد هیجان مدار برمی‌آید، هیجان در این رویکرد از اهمیت محوری برخوردار است. امروزه نقش برجسته هیجان‌ات در تعارضات هیجانی بیشتر و بیشتر مورد

پذیرش قرار می‌گیرد و مطالعه هیجان‌ات رو به رشد است (گاتمن، ۱۳۸۹). هم اکنون، اهمیت بنیادین تنظیم و به کارگیری هیجان‌ات در رضامندی و نیز تعارضات همسران مورد توجه قرار گرفته و ماهیت هیجان مدار دلبستگی انسان‌ها پژوهش‌های وسیعی را برانگیخته است. علاوه بر رویکرد هیجان مدار، رویکردهای دیگری نیز به تمرکز بر هیجان‌ات همت گمارده‌اند و این در حالی است که بسیاری دیگر هنوز تمایلی به این مقوله نشان نمی‌دهند. به طور کلی، در دهه گذشته ضرورت شناخت نقش هیجان‌ات در فرآیند بازسازی روابط صمیمانه آشکار شده و مداخلات و روشهای مفیدی جهت استفاده بهینه از یافته‌ها در دسترس درمانگران قرار گرفته است (گرینبرگ، ۲۰۰۸).

هیجان توسط درمان‌های مختلف به شیوه‌های متفاوت مورد بحث قرار می‌گیرد؛ به عنوان پدیده‌های غیرمنطقی، مخرب و پدیده‌های همایند یا به عنوان جنبه‌های از کارکرد بیولوژیکی انطباقی. هیجان به دلایلی نیز باید مهم تلقی شود. در روان‌درمانی، وقتی روی هیجان‌ات کار شود، رشد عمیق سریع‌تر اتفاق می‌افتد. درد ۱ و دیگر هیجان‌ات قوی، معنای عمیقی در زندگی فرد دارد. هیجان‌ات اطلاعات مهمی درباره معنای حوادث ایجاد می‌کنند و همچنین رفتار را به سمت یک شیوه بالقوه انطباقی برمی‌انگیزد (همان منبع).

در رویکرد هیجان مدار، هیجان فرایند درمانی را به حرکت درمی‌آورد، در حالی که از ساختارهای شناختی و رفتاری غفلت نشده است. هیجان سازمان دهنده اعصاب و نیروی واسطه‌ای است که به ساختار این درمان کمک می‌کند (جانسون، ۲۰۰۴). شناخت و هیجان به یک سبک مکمل و غیرخطی عمل می‌کنند و از نظر تئوری، هویت مستقل از هم دارند. در فرآیند این رویکرد، هیجان وسیله‌ای است که توسط درمانگر برای ایجاد تغییر در زوج‌ها به کار برده می‌شود. هیجان‌ات به فرد این فرصت را می‌دهند که درونی‌ترین جنبه‌های خود را برای هر چیز خارج از خود بیان کنند. بیان هیجان‌ات، ارتباطی بین تجربه‌های درونی و جهان بیرونی است. هیجان‌ات نیاز دارند تا به پیام‌های قابل فهم و اعمال سازنده تشخیص داده و ترجمه شوند (گرینبرگ، ۲۰۰۸).

در مورد برجسته‌ترین نقاط قوت رویکرد هیجان مدار می‌توان گفت که فرضیات، راهبردها و مداخلات عنوان شده در این رویکرد با صراحت و شفافیت کم نظیر توصیف و بازنمایی شده‌اند. درمان، کوتاه مدت (از ۸ تا ۲۰ جلسه)، تکرارپذیر و قابل آموزش به طیف وسیعی از درمانگران است. اثربخشی مداخلات درمانی از طریق پژوهش‌های تجربی بسیار و در رابطه با آزمودنی‌های گوناگون به اثبات رسیده است؛ آزمودنی‌هایی همچون والدین کودکان دچار بیماری‌های مزمن (والکر^۱، ۱۹۹۴؛ به نقل از جانسون، ۲۰۰۴). رویکرد هیجان‌مدار محرک ایجاد پژوهشهایی وسیع در راستای فرآیند تغییر، بازنمایی وقایع مهم تغییر برانگیز و متغیرهای مداخله‌گر در امر بهبود مراجعین بوده است. یافته‌های این پژوهش‌ها، درمانگران را به انتخاب کارآمد مراجعین و طراحی درمانی سنجیده شده هماهنگ با گروه مجهز می‌نماید. فرآیند درمان زوج‌ها صراحتاً و به دور از هر نوع ابهامی در سه مرحله و نه گام مطرح شده است. رویکرد هیجان مدار بر پایه‌های نظری قدرتمند و نیز واضحی بنیان‌گذاری شده است. یکی از این پایه‌ها در برگیرنده تئوری تغییر است، که خود از ترکیب درمان‌های تجربه مدار- انسان‌گرا با نظریه سیستم‌ها حاصل شده است. بنیان دیگر نیز خاستگاهی رابطه محور دارد، که با تأسی بر نظریه دلبستگی و عشق بزرگسالی مستحکم گردیده. البته هم نظریه دلبستگی و هم مداخلات تجربه مدار، هر دو در حیطه پژوهشی در حال رشد و تکاملند (جانسون و ویفن، ۱۳۸۸).

رویکرد هیجان مدار برای انواع گوناگونی از مراجعین قابلیت کاربرد دارد؛ طیف وسیعی از همسران و زوج‌ها که از فرهنگ و طبقات اجتماعی متفاوت بوده‌اند، زوج‌های همجنس‌باز، زوج‌های قدیمی و زوج‌هایی که از بیماری‌هایی مثل افسردگی و اختلالات اضطرابی (مانند استرس‌های پس از آسیب) رنج می‌برند، همه در این نظام قرار می‌گیرند. یافته‌های پژوهشی نمایان کرده‌اند که این رویکرد موجب کاهش افسردگی در همسران بوده است و در حال حاضر مطالعات دامنه داری روی همسران بی‌قرار و همراهان ایشان در حال انجام شدن است. مداخلات رویکرد هیجان مدار به شیوه فوق‌العاده جالب با مطالعات تجربی در حیطه برآشفتگی‌های زناشویی صورت گرفته، همخوان بوده است. هم‌اکنون شالوده برآشفتگی‌های زناشویی عبارتند از: الگوهای تعاملی انعطاف‌ناپذیر، هیجانات منفی مخرب و رشته‌های مختل شده دل‌بستگی بزرگسالی؛ تجلی این عوامل و پرداختن به آن‌ها در رویکرد هیجان مدار کاملاً مشهود است (خمسه، ۱۳۸۸).

به طور کلی، رویکرد هیجان مدار از این مزیت برخوردار است که آزمودنی‌ها پس از ختم جلسات، به بازگشت یا عودگی گریزناپذیر که بر کارایی بسیاری از درمان‌ها تأثیر نامطلوب می‌گذارد، دچار نمی‌شوند. بازگشت، یکی از عمده‌ترین معایب مداخلات رفتاری است (جاکوبس و آدیس^۱، ۱۹۹۳؛ به نقل از گرینبرگ، ۲۰۰۸).

۳- فرضیه پژوهش

فرضیه تحقیق عبارت است از اینکه درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس اثربخش است.

۴- روش شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون سه‌گروهی بود. طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل از گروه آزمایش و گروه کنترل معادل تشکیل شده است

۵- ابزار گردآوری اطلاعات

جامعه آماری شامل کلیه زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس بودند که به مراکز مشاوره و روانشناسی این شهر مراجعه نموده‌اند که تعداد ۶۰ نفر از این زنان (هر گروه ۲۰ نفر) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود

بیمارانی در این مطالعه در گروه‌های نمونه مورد پذیرش قرار گرفته‌اند که ملاک‌های زیر در باره آنها مصداق پیدا کرده‌اند.

۱. مشارکت‌کنندگان در طول دوره آموزشی همزمان تحت برنامه درمانی و آموزشی دیگری قرار نداشته باشند.
۲. اعلام موافقت مشارکت‌کنندگان جهت حضور در جلسات آموزشی از طریق فرم رضایت آگاهانه از شرکت در مطالعه.

۳. داشتن نشانه‌های ضعف کیفیت زندگی

ملاک‌های خروج

۱. اعلام انصراف از مشارکت در گروه نمونه
۲. غیبت پس از دو جلسه درمانی

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (فرم بلند)

این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را دربر می‌گیرد. شرکتکنندگان در مقیاسی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سئوالات پاسخ می‌دهند. چهل و هفت سؤال، مستقیم و سی و هفت سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنج‌هایی که صفات شخصیتی را می‌سنجیدند، و در ضمن شاخص بهزیستی روانشناختی نیز به شمار می‌رفتند، از سنج‌هایی مانند مقیاس تعادل عاطفی برادبورن (۱۹۶۹)، رضایت زندگی نیوگارتن (۱۹۶۵) و حرمت خود روزنبرگ (۱۹۶۵) استفاده کرد. این آزمون از ۶ خرده مقیاس تشکیل شده است: خرده مقیاس رضایت از زندگی که متشکل از ۱۹ سؤال است، خرده مقیاس معنویت که دارای ۱۳ سؤال است، خرده مقیاس شادی و خوش بینی که ۱۹ سؤال از پرسشنامه را به خود اختصاص داده است، خرده مقیاس رشد و بالندگی فردی که شامل ۸ سؤال است. خرده مقیاس ارتباط مثبت با دیگران که متشکل از ۸ سؤال است و بالاخره خرده مقیاس خود، پیروی از ۱۰ سؤال را شامل می‌شود. بهزیستی روانشناختی، مقیاس پنج گزینه‌ای است که هر گزینه نشان دهنده نوع نظر آزمودنی درباره خودش است. برای نمره‌گذاری، به هر گزینه یک کد از ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. در ایران طی پژوهشی که با نمونه‌ای دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰، پذیرش خود ۰/۷۱، خودمختاری ۰/۷۸، و نمره کلی ۰/۸۲ بود. روایی این مقیاس نیز مناسب برآورد شده است (بیانی، محمد کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷).

پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-۳۶) واروشربون (۱۹۹۲)

این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: از لحاظ تعداد گزینه در زیر مقیاسهای معتلف فرمت متفاوتی دارد. بعد جسمانی (۱۰)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت) و سلامت روانی (۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (عبارت شماره ۲ در هیچ یک از زیر مقیاس قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می‌شود). از ادغام زیر مقیاس‌ها دو زیر مقیاس کلی دیگر به دست می‌آید که عبارتند از: زیر مقیاس سلامت جسمی: جمع زیر مقیاس‌های کارکرد جسم (PF)، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)، درد (P)، و سلامت عمومی (GH)، زیر مقیاس سلامت روانی: جمع زیر مقیاس‌های اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW) و کارکرد اجتماعی (SF). پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌شود. اعتبار یا روایی با این مسئله سر و کار دارد که یک ابزار اندازه‌گیری تا چه حد چیزی را اندازه می‌گیرد که ما فکر می‌کنیم) سرمد و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش کریم پور (۱۳۹۳) اعتبار محتوای این پرسشنامه توسط اساتید راهنما و مشاور و چند تن از افراد صاحب‌نظر مورد تأیید قرار گرفته است و از اعتبار لازم برخوردار می‌باشد. پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (منتظری، ۱۳۸۴) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. (اصغری، ۱۳۸۲ به نقل از کریم پور، ۱۳۹۳).

جدول ۱- خلاصه درمان هیجان مدار

جلسه اول	جلسه اول: برقراری رابطه حسنه از طریق همدلی پیشرفته و قنون حضور خود بودن، پل پرش، درک، اکتشاف، ردگیری، اعتباربخشی و همدلی آینه وار
جلسه دوم	تاگشایی مشکل مراجع و مشاهده سبک پردازش هیجانی او از طریق گوش دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع
جلسه سوم	همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان
جلسه چهارم	تاگشایی هیجان اصلی مراجع از طریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با دلبستگی با هویت
جلسه پنجم	کشف و شناسایی هیجان‌ات اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی مار کلهای خرد و وظیفه‌ای و استفاده از فنون کار با صندلی
جلسه ششم	ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجان‌ات اصلی زیربنایی، سازگار /ناسازگار و یا سالم/ناسالم.
جلسه هفتم	شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجان‌ات اولیه و ثانویه و تجربه
جلسه هشتم	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ایزه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ایزه‌های احتمالی
جلسه نهم	ادامه شناسایی و کار بر روی نشانگرهای نمودار شده و کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از هنرهای

روش اجرای پژوهش

پس از به انجام رساندن مراتب اداری و شناسایی واحدهای نمونه گیری و جایگزینی واحدها در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل و توجیه مسئله، اهداف و روش انجام تحقیق برای مشارکت کنندگان نسبت به اجرای پیش آزمون اقدام خواهد شد و پس از اجرای مداخله آزمایشی (اجرای پروتکل درمان هیجان مدار هر کدام به مدت ۸ جلسه دو ساعته) نسبت به اجرای پس آزمون اقدام شد و پرسشنامه ها به صورت گروهی به اجرا در آمد. به مشارکت کنندگان توضیح داده شد که در هر مرحله ای از تحقیق در صورتی که تمایلی با ادامه همکاری نداشته باشند، می توانند از جریان مطالعه خارج شوند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در مواردی که داده های حاصل از اجرای تحقیق بصورت کمی (عدد و رقم) جمع آوری شود، تحلیل کمی روی داده‌ها صورت می گیرد. بدین منظور از نرم افزار SPSS-23 در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده، استفاده شد و داده های تحقیق، در دو سطح گردآوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند:

الف) در سطح توصیفی، از جدول های توزیع فراوانی، درصد های مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی، و آماره های توصیفی جهت بررسی متغیرهای پژوهش در نمونه استفاده شد.

ب) در سطح استنباطی، متناسب با سطح سنجش داده ها و مفروضات آماری، از آزمون تحلیل کواریانس و آزمون تحلیل واریانس جهت آزمون فرضیه ها استفاده شد.

۶- یافته های پژوهش

یافته های جمعیت شناختی و توصیفی

ابتدا داده های جمعیت شناختی مربوط به گروه آزمایش و کنترل و متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت. این داده ها را در جداول مشاهده می کنید:

جدول ۲- آمار توصیفی مربوط به تحصیلات، شرکت کنندگان

تحصیلات	گروه	فراوانی	درصد
دیپلم و زیر دیپلم	معنا درمانی	۴	۲۰
	درمان هیجان مدار	۴	۲۰
	کنترل	۵	۲۵
لیسانس	معنا درمانی	۱۰	۵۰
	درمان هیجان مدار	۱۱	۵۵
	کنترل	۱۰	۵۰
فوق لیسانس	معنا درمانی	۶	۳۰
	درمان هیجان مدار	۵	۲۵
	کنترل	۵	۲۵

همان گونه که مشاهده می شود، میزان تحصیلات هر یک از شرکت کنندگان در هر یک گروه های مورد بررسی گزارش شده است.

جدول شماره ۳- یافته های توصیفی متغیرهای وابسته

متغیرها		پیش آزمون		پس آزمون	
گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
رضایت از زندگی	معنا درمانی	۶۸/۴۰	۲۳/۲۳	۸۰/۶۰	۲۳/۸۰
	درمان هیجان مدار	۵۷/۸۵	۲۰/۱۲	۷۵/۸۵	۱۹/۵۹
	کنترل	۶۳/۲۵	۲۰/۲۷	۵۶/۵۵	۲۰/۱۳
معنویت	معنا درمانی	۳۷/۲۵	۱۳/۶۹	۵۷/۰۰	۱۰/۵۷
	درمان هیجان مدار	۴۰/۵۵	۱۴/۷۰	۵۹/۱۰	۱۳/۰۷
	کنترل	۴۵/۵۵	۱۲/۰۵	۴۲/۳۵	۱۰/۱۶
شادی	معنا درمانی	۵۵/۰۵	۲۰/۳۷	۷۱/۱۰	۲۰/۰۱
	درمان هیجان مدار	۵۸/۵۵	۲۲/۵۲	۷۲/۹۵	۲۰/۹۸
	کنترل	۵۲/۹۰	۲۵/۷۳	۵۰/۸۵	۲۳/۶۲

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیرها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۷/۷۲	۳۵/۸۰	۸/۳۲	۲۵/۲۰	معنا درمانی	رشد
۵/۵۰	۳۳/۴۵	۶/۳۷	۲۳/۹۰	درمان هیجان مدار	
۷/۶۲	۲۹/۲۵	۸/۰۹	۲۵/۹۵	کنترل	
۶/۸۲	۳۷/۰۵	۷/۴۸	۲۵/۰۵	معنا درمانی	ارتباط مثبت با دیگران
۷۳/۴۱	۴۹/۱۵	۸/۷۶	۲۲/۵۰	درمان هیجان مدار	
۶/۹۶	۲۵/۵۰	۷/۰۱	۲۵/۳۰	کنترل	
۸/۵۵	۳۲/۲۰	۸/۰۲	۲۷/۵۰	معنا درمانی	خود پیروی
۹/۳۳	۲۹/۹۵	۸/۷۳	۲۵/۵۰	درمان هیجان مدار	
۸/۴۹	۲۵/۰۰	۸/۶۰	۲۵/۸۰	کنترل	
۳۷/۶۹	۳۱۳/۷۵	۴۲/۱۲	۲۳۸/۴۵	معنا درمانی	نمره کل بهزیستی روانشناختی
۸۷/۴۳	۳۲۰/۴۵	۴۴/۲۸	۲۲۸/۸۵	درمان هیجان مدار	
۲۷/۱۱	۲۲۶/۵۰	۳۹/۱۱	۲۳۸/۷۵	کنترل	
۲۰/۳۵	۶۳/۰۰	۲۲/۰۲	۳۳/۲۵	معنا درمانی	کارکرد جسمانی
۱۶/۶۴	۷۰/۲۵	۲۴/۵۴	۴۴/۵۰	درمان هیجان مدار	
۲۱/۰۸	۵۱/۲۵	۲۰/۹۵	۵۴/۵۰	کنترل	
۰/۳۹	۱/۵۳	۰/۳۵	۱/۵۸	معنا درمانی	ایفای نقش جنسی
۰/۳۸	۱/۵۱	۰/۳۳	۱/۵۶	درمان هیجان مدار	
۰/۲۹	۱/۶۳	۰/۳۵	۱/۵۲	کنترل	
۱۳/۳۰	۲۳/۲۵	۲۴/۸۸	۵۰/۷۵	معنا درمانی	درد بدنی
۱۵/۲۵	۲۷/۲۵	۲۱/۰۷	۵۳/۲۵	درمان هیجان مدار	
۳۷/۳۷	۶۸/۷۵	۲۲/۴۳	۵۸/۲۵	کنترل	
۲۵/۷۸	۱۰۵/۲۵	۲۶/۹۵	۸۱/۵۰	معنا درمانی	سلامت عمومی
۳۸/۹۳	۹۳/۰۰	۴۱/۸۲	۷۱/۳۷	درمان هیجان مدار	
۳۶/۶۱	۸۰/۳۷	۳۵/۹۵	۸۱/۱۲	کنترل	
۱۹/۹۶	۴۷/۵۰	۱۹/۰۶	۵۷/۸۷	معنا درمانی	خستگی / نشاط
۲۵/۱۰	۴۵/۳۷	۲۰/۵۸	۳۶/۸۷	درمان هیجان مدار	
۲۲/۰۵	۵۸/۰۰	۲۲/۴۹	۶۰/۸۷	کنترل	
۱۱/۶۰	۲۹/۳۷	۱۲/۷۰	۱۹/۸۷	معنا درمانی	عملکرد اجتماعی
۱۲/۹۳	۲۹/۶۲	۱۴/۳۱	۱۹/۸۷	درمان هیجان مدار	

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیرها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۱۲/۳۶	۲۳/۶۲	۱۳/۲۸	۲۳/۵۰	کنترل	ایفای نقش عاطفی
۰/۳۴	۱/۵۶	۰/۳۵	۱/۵۱	معنا درمانی	
۰/۲۹	۱/۵۳	۰/۳۴	۱/۴۶	درمان هیجان مدار	
۰/۳۰	۱/۶۶	۰/۳۶	۱/۵۱	کنترل	سلامت عمومی
۱۹/۵۵	۶۷/۵۰	۲۱/۹۷	۵۱/۸۰	معنا درمانی	
۱۲/۶۰	۳۸/۶۰	۱۸/۵۸	۲۶/۷۰	درمان هیجان مدار	
۲۴/۸۱	۴۹/۳۰	۲۴/۳۱	۵۰/۲۰	کنترل	نمره کی کیفیت زندگی
۵۱/۴۶	۳۳۸/۹۷	۴۳/۱۳	۲۹۸/۱۵	معنا درمانی	
۵۷/۰۷	۳۰۹/۱۴	۷۱/۰۰	۲۵۵/۶۰	درمان هیجان مدار	
۷۱/۶۵	۳۳۴/۶۰	۶۷/۷۸	۳۳۱/۴۹	کنترل	

بررسی فرضیه تحقیق:

درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی زنان مطلقه شهرستان گنبد کاووس اثربخش است. با توجه به مقایسه بیش از یک متغیر وابسته در دو گروه در این فرضیه از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد. در بررسی مفروضه ها و پیششرطهای مانکوا مشخص گردید که بین کوواریانس ماتریسهای دو گروه تفاوت معنیداری وجود ندارد ($\text{Box's } M = 7/605$ و $p = 0/000$). آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود ندارد ($\text{Approx. Chi-Square} = 2/751$ و $p = 0/253$). همچنین، آزمونهای مربوط به همگنی شیب خط رگرسیون نیز نشان داد که شیب خط رگرسیون برای در هر یک از متغیرهای مورد بررسی در سطح $p < 0/05$ یکسان است. بنابراین پیششرطهای لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس وجود داشت. بدین ترتیب، نتایج آزمونهای تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به مقایسه گروه های مورد بررسی در متغیرهای مورد نظر در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. آزمونهای تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی

آماره	ارزش	F	df	سطح معناداری	مجذور ایثای تفکیکی	توان
T پیلایی	۰/۴۴۲	۱۳/۸۶۳	۲	۰/۰۰۰	۰/۴۴۲	۰/۹۹۷
لامبدای ویلکز	۰/۵۵۸	۱۳/۸۶۳	۲	۰/۰۰۰	۰/۴۴۲	۰/۹۹۷

جدول ۴ نشان می دهد که اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی معنادار است. بنابراین، در ادامه آزمونهای تک متغیری تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفته است. در بررسی

پیش فرض این آزمون‌ها نیز آزمون لوین برای همگونی واریانس‌های خطا نشان داد که در هر دو متغیر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی همگونی واریانس‌های خطا بقرار است. جدول ۵ نتایج این آزمون‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۵- آزمون‌های اثرات بین گروهی برای متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی

منبع	متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایتای تفکیکی	توان
عضویت	بهزیستی روانشناختی	۷۹۵۶۴/۵۴۹	۲۵/۴۳۲	۰/۰۰۰	۰/۴۱۴	۰/۹۹۸
گروهی	کیفیت زندگی	۶۴۶۸/۵۰۲	۳/۶۲۴	۰/۰۶۸	۰/۰۹۱	۰/۴۵۷

جدول ۵ نشان می‌دهد که F مشاهده شده برای متغیر بهزیستی روانشناختی معنادار است. بنابراین، میانگین گروه‌ها در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری با هم دارند. با مشاهده میانگین نمرات گروه‌ها در جدول توصیفی شماره ۳-۴ در هر یک از متغیرهای وابسته مشخص می‌شود که گروه درمان هیجان مدار در متغیر بهزیستی روانشناختی، نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند.

۷- بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده، F مشاهده شده برای متغیر بهزیستی روانشناختی معنادار است. به طوری که گروه درمان هیجان مدار در متغیر بهزیستی روانشناختی، نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که بهزیستی روانی و کیفیت زندگی جزوی از مؤلفه‌های اصلی سلامت عمومی و رضایت در زندگی است. این راستا رضایت از زندگی به یک فرایند قضاوتی شناختی اشاره دارد که در آن افراد به طور کلی کیفیت زندگی خود را بر اساس مجموعه‌ای از ملاک ارزشیابی می‌کنند و با توجه به پیامدهای نارضیاتی از زندگی و مفهوم موجود در تعریف مذکور، رضایت از زندگی گویای سلامت روان است. کیفیت زندگی به ارزیابی ذهنی اشاره دارد که در یک قالب فرهنگی، اجتماعی و محیطی جای گرفته است، بنابراین کیفیت زندگی نمی‌تواند به سادگی برابر با اصطلاح‌های وضعیت سلامت، سبک زندگی، رضایت از زندگی، حالت روانی یا بهزیستی باشد بلکه این یک مفهوم چند بعدی است که ادراک فرد از این جنبه‌ها و جنبه‌های دیگر زندگی را در برمی‌گیرد (ایوبی، تیموری و نیری، ۱۳۸۹). در میان روان‌درمانی‌های از جمله درمان‌هایی که می‌تواند بر بهزیستی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی کمک کند درمان هیجان مدار است. این درمان یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکرد‌های انطباقی و غیر انطباقی می‌داند. بر اساس این درمان، تغییر از طریق کمک به مراجع به وسیله بازنمایی هیجان (بروز، تنظیم، بازخورد و انتقال تجربه هیجانی) اتفاق می‌افتد و در بافت ارتباط درمانی این فرایند تغییر، تسهیل می‌گردد. مسئله اصلی درمان هیجان مدار این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد و عامل کلیدی برای سازماندهی خود باشد. اساسی‌ترین کارکرد هیجان به صورت یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار او جهت داده و موجب بهزیستی روانشناختی وی می‌شود. در این رویکرد سعی می‌شود هیجان‌ات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. فقدان توانایی برای تفسیر موقعیت‌های

هیجانی ممکن است مشکلاتی را در روابط بین فردی ایجاد کند. درمان هیجان مدار تلاش دارد با گسترش پردازش هیجانی افراد، تغییرات درمانی را در آنها ایجاد می کند. افراد با تجربه ای که در مرحله آگاهی هیجانی کسب می کنند، می آموزند که به جای سرکوب کردن هیجان های خود یا مغلوب شدن توسط آنها، بر وجود هیجان های خود، آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق تر دریافت کنند (کریمی، شفیق آبادی و نعیمی، ۱۳۹۸). تغییر در درمان EFT به این صورت است که پاسخ های هیجانی زیر بنایی تعامل کشف شده و تجربه می شوند و مجددا مورد پردازش قرار می گیرند و در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می گیرند. دستیابی و کشف این تجربه هیجانی بمنظور تخلیه هیجانی و کسب بیش نیست، بلکه بخاطر تجربه کردن جنبه های جدیدی از خود است که پاسخ های جدیدی را برمی انگیزاند. بنابراین این درمان می تواند بر بهزیستی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی کمک کند. بعضی از محققان معتقدند بهزیستی روان شناختی حالتی از بهزیستی و وجود این احساس در فرد است که می تواند با جامعه کنار بیاید. بهزیستی روان شناختی به معنای احساس رضایت، روان شناختی سالمتر و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۹). به طور کلی شخص دارای بهزیستی روان شناختی می تواند با مشکلات دوران رشد روبرو شود و قادر است در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابد. به نظر می رسد تعریف رضایت بخش از بهزیستی روان شناختی برای فرد مستلزم داشتن احساس مثبت و سازگاری موفقیت آمیز و رفتار شایسته مطلوب است؛ بنابراین هرگونه ملاکی که به عنوان اساس سلامتی در نظر گرفته می شود باید شامل رفتار بیرونی و احساسات درونی باشد (کارمودی و بیر، ۲۰۰۷). تعریف بهزیستی روان شناختی را براساس ادبیات موضوع وابسته به هفت ملاک می داند که عبارتند از ۱- فقدان بیماری ۲- رفتار اجتماعی مناسب ۳- رهایی از نگرانی و گناه ۴- کفایت فردی و خود مهارگری ۵- خویش پندیری و خود شکوفایی ۶- تفرد و سازمان دهی شخصیت و ۷- گشاده نگری و انعطاف پذیری. این موضوع می تواند در زنانی که مطلقه هستند دچار اختلال شوند که لزوم انجام مداخلات روانشناختی اهمیت پیدا می کند. در رویکرد هیجان مدار، هیجان فرایند درمانی را به حرکت درمی آورد، در حالی که از ساختارهای شناختی و رفتاری غفلت نشده است. هیجان سازمان دهنده اعصاب و نیروی واسطه ای است که به ساختار این درمان کمک می کند (جانسون، ۲۰۰۴). شناخت و هیجان به یک سبک مکمل و غیرخطی عمل می کنند و از نظر تئوری، هویت مستقل از هم دارند. در فرآیند این رویکرد، هیجان وسیله ای است که توسط درمانگر برای ایجاد تغییر در زوجها به کار برده می شود. هیجانها به فرد این فرصت را می دهند که درونی ترین جنبه های خود را برای هر چیز خارج از خود بیان کنند. بیان هیجانها، ارتباطی بین تجربه های درونی و جهان بیرونی است. هیجانها نیاز دارند تا به پیام های قابل فهم و اعمال سازنده تشخیص داده و ترجمه شوند (گرینبرگ، ۲۰۰۸). این روش درمانی از طریق پروتکل هایی می تواند به افراد کمک کند. برای مثال: انعکاس تجربه هیجانی: جهت تفهیم و فرمول بندی و شکل دادن مجدد هیجانها اساسی، درمانگر تجربه تعاملی بیماران را پیگیری و هماهنگ کرده و اجزاء لازم آن را منعکس می سازد. درمانگر چگونگی فهم مراجع از تجربه را نقل می کند و توجه مراجع را به آن تجربه هدایت می کند. اعتباربخشی: اعتبار بخشی اساسی ترین مداخله در رویکرد هیجان مدار است. درمانگر از افراد می خواهد که با تجربه های خود درگیر شوند و تجربه هایشان را به صورت معقول و پذیرفتنی چارچوب دهی کنند. پاسخ های برانگیزاننده: درمانگر با پرسیدن سؤالات، هیجانها اولیه را در مراجع فرا می خواند و سعی می کند به طوری

صریح کیفیت و الزامی بودن عناصر این تجربه را کشف کند و شامل سؤالات باز، پاسخ‌های بدنی، مفاهیم و تمایلات تداعی کننده یا تعاملات فعلی که نشان دهنده هیجان‌ها هستند، می‌باشد. کارکردهای عمده این مداخله عبارتند از: گسترش عناصر تجربه به منظور تسهیل سازمان دهی مجدد تجربه، ساختاردهی عناصر مبهم و نامشخص تجربه، تشویق اکتشاف و مدیریت هیجانی (جانسون، ۱۹۹۹، جانسون و دنتون، ۲۰۰۰؛ به نقل از جانسون و ویفن، ۱۳۸۸). تصریح کردن: درمانگر با استفاده از بازگویی، تصاویر، استعاره‌ها یا قواعد، ماهیت تجربه‌های مراجع و چگونگی شکل‌گیری این تجربه‌ها را روشن و دوباره آن‌ها را زنده می‌سازد. حدس همدلانه یا تفسیر: در این مرحله، درمانگر در فرمول بندی تجارب مراجع یک قدم جلوتر از آنچه مراجع انجام داده است، حرکت می‌کند. گمانه‌های همدلانه که درمانگر درباره نیاز مراجع ایجاد می‌کند، استنتاج می‌شوند تا فرد یک دل‌بستگی ایمن داشته باشد. ردگیری، انعکاس و پاسخ دادن به تعاملات: همانگونه که از نام این مداخله مشخص می‌شود، درمانگر آینه‌ای را جلوی الگوها و تعاملات خاص مراجعان قرار می‌دهد، به طوری که آن‌ها روشتر و واضحتر دیده شوند. بنابراین توقع می‌رود که این درمان در افزایش سلامت روان زنان مطلق کمک کننده باشد.

منابع

- آقابابایی، ناصر؛ بلچنیو، آگاتا (۱۳۹۳) رابطه میان مدل شخصیتی هگزاگو، دینداری و بهزیستی فاعلی در دانشجویان ایرانی و لهستانی. روانشناسی معاصر، ۱(۹)، ۲۸-۱۷.
- اصلتی، پریدخت؛ عرب، علی؛ مهدی نژاد، ولی (۱۳۹۸). تاثیر معنادرمانی فرانکل بر بهزیستی روانشناختی و شفقت خود دانشجویان. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۵(۳)، ۱-۷.
- افخم رضایی، زهرا؛ تیریزیف مصطفی؛ شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۸۷). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر ارتقا سلامت زنان. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۹(۳)، ۷۸-۶۹.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه‌ی سید محمدی (۱۳۹۵). تهران: انتشارات روان (سال انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۳)
- ایثاری، مریم؛ صادقی فسایی، سهیلا و حسینی، سید حسن (۱۳۹۱). بازسازی زندگی پس از طلاق. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم اجتماعی. دانشگاه تهران. ایران.
- بهاری، سیف‌اله؛ فرکیش، چه‌گور (۱۳۸۸). رابطه بین هویت فردی، سبک‌های دل‌بستگی با بهزیستی روان‌شناختی در جوانان. نوآوری‌های مدیریت آموزشی، ۴(۲)، ۴۹-۶۵ (پیاپی ۱۴).
- حامدی، مهدیه (۱۳۹۸). اثر بخشی آموزش مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر میزان کیفیت خواب، کیفیت زندگی و تحمل درد بیماران کلیوی زن شهر اراک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک.
- دستجردی، رضا؛ فرزاد، ولی‌اله؛ کدیور، پروین (۱۳۹۰) نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲(۱۸)، ۱۳۳-۱۲۶.
- رستمی، مریم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۵) اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در کیفیت زندگی زوجین ناسازگار، مجله علمی پژوهان، ۱(۱۵)، ۲۷-۱۵.

- رفیعی، عرفانه (۱۳۹۹). مقایسه هیجان خواهی و سرمایه روانشناختی در زنان عادی، زنان مطلقه و زنان بیوه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین.
- زنجانی طبسی، رضا (۱۳۸۳). ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روان‌شناختی شناختی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناختی شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- زهتاب نجفی، عادل؛ سالمی، صفور (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مهارت زندگی در کاهش اضطراب زنان مطلقه. زن و فرهنگ، ۱۳(۴)، ۸۵-۹۳.
- سیاه پوش، سامیه؛ گلستانی بخت، طاهره (۱۳۹۹) بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری روان شناختی و تنظیم هیجانی زنان مطلقه. فیض، ۴(۲۴)، ۴۲۳-۴۱۳.
- شاه بیگ، سروش؛ خانه کشی، علی و خان محمدی، ارسلان (۱۳۹۶). مقایسه راهبردهای مقابله‌ای، تاب آوری و معنویت در زنان مطلقه و غیرمطلقه شهرستان کرج. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آیت ... آملی مازندران.
- شعبی، فاطمه (۱۳۹۲). معنا درمانی. انتشارات الکترونیکی
- عاشوری و همکاران (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزی. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۱(۵)، ۲۷-۳۵.
- غفاری، غلامرضا؛ کریمی، علی رضا؛ و نودری، حمزه. (۱۳۹۱). روند مطالعه کیفیت زندگی در ایران. فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی، ۱(۳)، ۱۳۴-۱۰۷.
- کریمی، سارا؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ نعیمی، ابراهیم (۱۳۹۸). تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر افسردگی معلمان زن، مجله علوم روانشناختی، ۸۰(۱۸)، ۹۰۴-۸۹۷.
- گرفمی، هاجر؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ ثنایی ذاکر، باقر (۱۳۸۸). اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۳(۴)، ۴۲-۳۵.
- مختاری، جواد؛ نظری، مرضیه (۱۳۸۹). جامعه شناسی کیفیت زندگی، تهران: انتشارات جامعه شناسان.
- نامی، ابراهیم؛ محمدی پور، محمد؛ نوری، جعفر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی بین فردی و امید در زنان مطلقه. فرهنگ مشاوره و روان درمانی (فرهنگ مشاوره)، ۲۹(۸)، ۷۸-۵۷.
- نبی زاده، فریده (۱۳۹۴) مقایسه تاثیر دارو درمانی و دارو - شناخت درمانی در کاهش علائم افسردگی زنان مطلقه. مجله علمی سازمان نظام پزشکی، ۳(۳۳)، ۲۰۴-۲۰۱.
- نقدی، هادی، حاتمی، محمد، کیامنش، علیرضا، نوابی نژاد، شکوه، (۱۳۹۶)، هم سنجی تاثیر زوج درمانی متمرکز بر هیجان با درمانگری سیستمی مساله مدار در تعارض زناشویی همسران مردان تحت درمان وابستگی به مواد. مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱(۷)، ۲۳-۴۴.
- هاروی، م. (۱۳۸۸). کتاب جامع زوج درمانی. ترجمه خدابخش احمدی، زهرا اخوی و علی اکبر رحیمی، تهران: انتشارات دانژه

–Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006), Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. Behavior Research Therapy, 44(2), 1849-1858.

–Blair, R.G. (2004). Helping older adolescents search for meaning in depression. Journal of Mental Health Counseling, 26, 333-347.

- Brockington, L. (2001). Suicide in women. (eng), *International Clinical Psychopharmacology*, 16(2), 7-19.
- Chlan, K. M., Zebracki, K., & Vogel, L. C. (2010). Spirituality and life satisfaction in adults with pediatric-onset spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49(3), 371-375.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (2010). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Drotar, D. (Ed.). (2014). *Measuring health-related quality of life in children and adolescents: Implications for research and practice*. Psychology Press.
- Figley, C. (2014). *Divorce Therapy*. Routledge.
- Frankl, V.E. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logo therapy* (2n Ed.). New York: Vintage Books.
- Greenberg, L., & Goldman, R. (2007). Integrating love and power in emotion-focused couple therapy. *European Psychotherapy*, 7(1), 117-135.
- Hezarjaribi, J., Entezari, A., & Niyyati, M. (2017). Divorce Trends in Iran between 2004-2013. *Journal of History Culture and Art Research*, 6(4), 1108-1122
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating the connection*. Second Edition, New York: Bruner & Routledge.
- Johnson, S. M., & Zuccarini, D. (2010). Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(4), 431-445.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 617-625.
- Khearelahi. M. (2008). Skills of life with Quran .Young thought center; 11: 23-34.
- Krumrei, E. J. (2014). Spirituality and Adjustment to Divorce. In *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 6277-6280). Springer Netherlands.
- Lloyd, S. M., Cantell, M., Pacaud, D., Crawford, S., & Dewey, D. (2009). Brief report: Hope, perceived maternal empathy, medical regimen adherence, and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of pediatric psychology*, 34(9), 1025-1029
- Lukas, E., & Hirsch, B. Z. (2002). *Logo therapy*.
- Malette, J., & Oliver, L. (2006). Retirement and existential meaning in the older adult: A qualitative study using life review. *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 2(1), 30-49.
- Morone, N. E. Lynch, Ch. S. Greco, C. M. Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2008), I felt like a New Person, The effects of mindfulness Meditation on older adults with chronic aim: Qualitative Narrative Analysis of diary entries. *The Journal of pain*, 9(9), 841-848.
- Nasrazadani, F., Gorji, Y., & Shaygannejad, V. (2012). Effectiveness of logotherapy rehabilitation counseling group on quality of life in patients with multiple sclerosis. *Psychosom J*, 3, 19-23. (Persian).
- Phillips, W. M. (1980). Purpose in life, depression, and locus of control. *Journal of Clinical Psychology*, 36(3), 661-667.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081
- Ryff, C.D., & Singer, B.H. (1998). The Cotters of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-38.
- Sun, F. K., Hung, C. M., Yao, Y., Fu, C. F., Tsai, P. J., & Chiang, C. Y. (2021). The effects of logotherapy on distress, depression, and demoralization in breast cancer and gynecological cancer patients: A preliminary study. *Cancer Nursing*, 44(1), 53-61.
- Tarkhan, M. (2011). *Logo therapy*, University jahad of university of medical science, Tehran branch

- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.
- Zanjiran, S., Borjali, A., & Kraskian, A. (2015). Effect of group Logotherapy education on quality of life and general health in women of sanatorium. *Razi Journal of Medical Sciences*, 21(127), 39-51.