

Evaluation of the effectiveness of positive group therapy on mood dysphoria, resilience and mental well-being of divorced women

Abstract

Divorced women are one of the most vulnerable groups in society who face psychological, economic, social and cultural problems. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of positive group therapy on mood dysphoria, resilience and mental well-being of divorced women. This research was conducted in a quasi-experimental manner with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population of the study included all divorced women referred to the Welfare Organization of Tehran Province in the second half of 1398 to 263 people, among whom 30 qualified volunteers were selected by purposive sampling method and randomly divided into 2 groups (experiments and Witness) were divided. Subjects in both groups completed the Toronto Bagby, Parker and Taylor (1994) Mood Dysfunction Questionnaire, Connor & Davidson (2003) Resilience Questionnaire, and Keys and Magyarmo (2003) Mental Well-Being Questionnaire in the pre-test and post-test. The experimental group underwent a positive group therapy intervention for 8 sessions, while the control group did not receive any intervention during this period. Data were analyzed using analysis of covariance and SPSS24 software. Significance level was considered 0.05 for all tests. The results showed that positive group therapy reduced mood distress in divorced women. Positive group therapy also promoted resilience and mental well-being of divorced women. According to the research findings, it can be concluded that a positive group therapy can be used to reduce mood deprivation and also increase resilience and mental well-being of divorced women.

Keywords: Positive group therapy, mood dysphoria, resilience, mental well-being, divorced women

بررسی اثربخشی گروه درمانی مثبت‌نگر بر ناگویی خلقی، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۷/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۱۲

فاطمه رحمانی^۱فرامرز سهرابی اسمرو^۲حسن اسدزاده^۳بینا نصراللهی^۴**چکیده**

زنان مطلقه یکی از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه هستند که با مسائل و مشکلات روحی- روانی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مواجه هستند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی مثبت‌نگر بر ناگویی خلقی، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه بوده است. این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه گواه انجام گردید. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مطلقه مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی استان تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ به تعداد ۲۶۳ نفر بود که از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر داوطلب واجد شرایط به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به ۲ گروه (آزمایش و گواه) تقسیم شدند. آزمودنی‌های دو گروه، پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو بگی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و بهزیستی ذهنی کییز و ماگیارمو (۲۰۰۳) را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت مداخله گروه درمانی مثبت‌نگر قرار گرفتند درحالی‌که در طول این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و بوسیله نرم‌افزار SPSS24 تجزیه و تحلیل شد. سطح معنیداری برای همه آزمون‌ها ۰/۰۵ لحاظ گردید. نتایج نشان داد گروه درمانی مثبت‌نگر موجب کاهش ناگویی خلقی زنان مطلقه شد. همچنین گروه درمانی مثبت‌نگر موجب ارتقاء تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه شد. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که برای کاهش ناگویی خلقی و نیز افزایش تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه می‌توان از گروه درمانی مثبت‌نگر استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: گروه درمانی مثبت‌نگر، ناگویی خلقی، تاب‌آوری، بهزیستی ذهنی، زنان مطلقه

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران^۲ استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران sohrabi@atu.ac.ir^۳ دانشیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران^۴ استادیار گروه روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

زنان مطلقه از جمله آسیب‌پذیرترین گروه جامعه میباشند که با تنگناها و ناتوانیهای روحی-روانی، اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی روبرو هستند. در همین رابطه میتوان محدودیتهای مالی، عاطفی، یادآوری فرصت از بین رفته، برخوردهای نامطلوب از طرف اطرافیان، وسواس‌های فکری^۱ و عدم توانایی در برآورده نمودن هزینههای زندگی را نام برد. چنین شرایطی بطور یقین بر کارکردهای اقتصادی و اجتماعی آنان تأثیر خواهد گذاشت، بنابراین با کاهش کیفیت زندگی^۲ و عدم رضایتمندی از آن روبرو میگردند. بدیهی است اکثر افراد با این هدف که بیشتر عمرشان را با هم زندگی کنند، اقدام به ازدواج مینمایند، در عین حال پدیده طلاق به صورت یک امر عادی با سرعت زیاد در حال شیوع میباشد. این شتاب فراوان، نه تنها در جوامع پیشرفته، بلکه در بین کشورهای در حال توسعه نیز در حال رشد میباشد (۱). اکثر زنان مطلقه بعد از طلاق، با ناتوانی در اعتماد به نفس مواجه شده و در مقابل مشکلات، احساس ضعف دارند. احساس سرزنش‌گرایی^۳ در بین زنان مطلقه، نتیجهای به جز احساس ناامیدی، سرخوردگی و از دست رفتن اعتماد به نفس برای آنها به دنبال نخواهد داشت، در نتیجه، این میزان از سرخوردگی و ناتوانی در عزت‌نفس، به انزوا و دور شدن از فعالیت‌های اجتماعی آنان منجر میشود (۲).

از جمله موضوعاتی که در رابطه با زنان مطلقه مورد توجه روانشناسان قرار دارد، ناگویی خلقی^۴ است. ناگویی خلقی عبارت از ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی^۵ و نیز محدودیت در تنظیم هیجانات میباشد. مطالعات انجام شده نشان دادند که بین ناگویی خلقی با رضایت کلی پایین از زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. از طرفی، ناگویی خلقی با پایین بودن کیفیت زندگی در بین افراد مرتبط است (۳). در افرادی که ناگویی خلقی سطح بالایی دارند به میزان قابل توجهی کاهش لغات هیجانی مشاهده میشود (۴). همچنین نارضایتیهای بدنی در بین افرادی دارای ناگویی خلقی بسیار شایع میباشد (۵). ناگویی خلقی دارای سه خصوصیات مهم میباشد که شامل؛ محدودیت در شناسایی احساسات^۶، محدودیت در بیان احساسات^۷ و محدودیت در جهتگیری تفکر بیرون^۸ است. (۶)

ویژگیهای دیگری نیز وجود دارد که بررسی آن در زنان مطلقه از اهمیت خاصی برخوردار است، از جمله این ویژگیها میتوان به تابآوری^۹ اشاره کرد. بدون تردید تابآوری توانایی و مهارتی است که به واسطه آن، افراد قادر هستند فرایند

^۱ Divorced Women

^۲ Obsessive-compulsive Disorder

^۳ Quality of Life

^۴ Feelings of Guilt

^۵ Alexithymia

^۶ Cognitive Processing of Emotional Information

^۷ Difficulties Identifying Feelings (DIF)

^۸ Difficulties Describing Feelings (DDF)

^۹ Externally-oriented Thinking (EOT)

^{۱۰} Resilience

زندگی خودشان را با وجود موقعیت ناملایم و سختی‌هایی که با آنها روبرو میشود، براحتی هدایت نمایند (۷). گروهی از پژوهشگران بین متغیر تابآوری و محدودیتهای روانشناختی ارتباط معنیدار و منفی را اعلام نمودند و معتقدند که این مفهوم میتواند در قالب عامل میانجی میان سلامت روان و تعدادی دیگر از متغیرها واقع شود و با افزایش تابآوری، فرد توانایی مییابد تا در مقابل شرایط تنشزا و نیز عواملی که باعث پدید آمدن بسیاری از محدودیتهای روانشناختی در آنها میگردد مقاوم باشد (۸). از منظر بسیاری از پژوهشگران، تابآوری پیشین مناسبی برای سلامت روانی و نتایج کفایت اجتماعی میباشد (۹). آموختن تابآوری در رابطه با انواع افکار، رفتارها و اعمال امکانپذیر است و میتوان آن را در طول دوره زندگی گسترش داد (۱۰).

از دیگر عواملی که بررسی آن در زنان مطلقه از اهمیت خاصی برخوردار است، بهزیستی ذهنی^۱ است. کسانی که احساس بهزیستی ذهنی مطلوبی دارند، احساس لذت و خوشی کرده و از زندگی خود رضایتمندی لازم را دارند (۱۱). در صورت عدم وجود بهزیستی روانشناختی، افراد انواع ناسازگاریهای شناختی، هیجانی و رفتاری را تجربه میکنند (۱۲). این مسأله موجب تضعیف عملکرد آنان در موقعیتهای مختلف میگردد (۱۳). نظر به اینکه بعد از وقوع طلاق، زنان بیش از مردان به تربیت و نگهداری فرزندان مشغول هستند؛ بنابراین توجه به کیفیت بهزیستی روانی در آنها از اولویت ویژه‌های برخوردار میباشد (۱۴). بنابراین میتوان گفت که بهزیستی روانی مفهوم وسیعی میباشد که تجربه کردن هیجان‌های مثبت، پایین بودن خلق منفی و رضایت از زندگی از پیامدهای آن است (۱۵).

با توجه به مطالب بیان شده به نظر میرسد که زنان مطلقه با ناتوانیها و مشکلات گوناگونی در زندگی شخصی و اجتماعی روبرو میشوند که توانمندسازی بالقوه آنان باید جزو برنامه‌های سازمانها و متخصصان ذیربط باشد. از جمله مهمترین و مؤثرترین مداخلات در زمینه روانشناسی میتوان به گروه درمانی^۲ اشاره کرد. مداخلات گروه درمانی یا رواندرمانی گروهی یک روش درمانی میباشد که تعداد کوچکی از اعضا و یک یا چند درمانگر متخصص را در بر میگیرد (۱۶). گروه درمانی با هدف رشد روانی و برطرف نمودن مشکلات روانی انجام میشود. این ویژگی، گروه درمانی را از گروه خودیاری^۳ و گروه حمایتی^۴ متفاوت میسازد (۱۷). برنامه مشاوره گروهی بر اساس جهتگیری و چارچوب مبانی نظری، به شیوه‌های مختلفی صورت میگیرد و مؤثر بودن تعداد بسیاری از مراحل آن مورد تأیید قرار گرفته است (۱۸). در زمینه گروه درمانی، رویکردهای نظری زیادی وجود دارند. از جمله این رویکردها میتوان گروه درمانی مثبتنگر^۵ را نام برد. رویکرد مثبتنگر از جمله علوم مییابد که روی توانایی‌هایی نظیر لذت بردن، شاد زیستن، خوش بینی و قدرت حل مسأله تمرکز دارد (۱۹). از سوی دیگر روانشناسی مثبتنگر بر تأثیر تجربه‌های ذهنی، منابع و توانمندیهای افراد

^۱ Mental Well-being

^۲ Group Therapy

^۳ Self-help Group

^۴ Supportive Group

^۵ Positive Thinking Therapy

متمرکز است. در همین رابطه میتوان به تجربه‌هایی همچون تعهد، بهزیستی روانشناختی، امید، رضایت خاطر، جریان داشتن، شادمانی و خوشبینی اشاره کرد. (۲۰)

با توجه به مطالب گفته شده و نظر به افزایش پدیده طلاق و به دنبال آن بروز مشکلات برای زنان مطلقه و شکلگیری ناتوانیهای عدیده در خانوادهها، لزوم توجه به ارتقاء تابآوری و بهزیستی روانی و نیز کاهش سطح ناگویی خلقی در زندگی فردی و اجتماعی زنان مطلقه به عنوان قشری از جامعه که در معرض آسیب هستند، اهمیت خاصی پیدا میکند. این پژوهش هم به جهت اینکه با استفاده از روش نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، درصدد افزایش توانمندسازی روانشناختی زنان مطلقه انجام شد از نوآوری لازم برخوردار بود. بر همین اساس هدف این پژوهش هم بررسی اثربخشی رویکرد گروه درمانی مثبت‌نگر بر ناگویی خلقی، تابآوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه مراجعه کننده به سازمان بهزیستی استان تهران بود.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مطلقه مراجعه کننده به سازمان بهزیستی استان تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ به تعداد ۲۶۳ نفر بود که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شده و به صورت تصادفی به ۲ گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه) تقسیم شدند (۲۱). آزمودنی‌های دو گروه، پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴)، تابآوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و بهزیستی ذهنی کبیز و ماگیارمو (۲۰۰۳) را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت مداخله گروه درمانی مثبت‌نگر قرار گرفتند درحالی‌که در طول این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. لازم به ذکر است که در این مطالعه ملاحظات اخلاقی به شرح زیر رعایت گردید: (۱) رضایت آگاهانه و داوطلبانه آزمودنیها، (۲) امکان خروج از مطالعه، (۳) احترام به حقوق و شخصیت آزمودنیها، (۴) رازداری و امانتداری از سوی پژوهشگر و (۵) جبران خطرات احتمالی در حین مطالعه از سوی پژوهشگر. همچنین برای جمع‌آوری داده‌ها از برنامه آموزشی و ابزارهای زیر استفاده شد:

- پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴): در این تحقیق برای گردآوری داده‌های مورد نیاز در زمینه ناگویی خلقی از پرسشنامه‌های که توسط بگبی و همکاران ساخته شده استفاده شد. این ابزار ۲۰ سؤالی دارای سه زیر مقیاس شامل: دشواری در شناسایی احساسات (سؤالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴)، دشواری در توصیف احساسات (سؤالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷) و تفکر عینی (سؤالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰) میباشد و به صورت طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری میشود. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به

^۱Toronto Alexithymia Scale

ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ بوده و نقطه برش آن نیز ۶۰ میباشد. نمره بالا نشان دهنده میزان بالای مشکل ناگویی خلقی است. بگبی و همکاران پایایی این مقیاس را از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل (۰/۸۵) و سه زیرمقیاس؛ دشواری در شناسایی احساسات (۰/۸۲)، دشواری در توصیف احساسات (۰/۷۵) و تفکر عینی (۰/۷۲) گزارش کردهاند (۲۲). همچنین خدابخش و کیانی پایایی ابزار مذکور را از طریق بازآزمایی در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای ناگویی خلقی کل (۰/۸۳) و سه زیرمقیاس؛ دشواری در شناسایی احساسات (۰/۶۷)، دشواری در توصیف احساسات (۰/۷۱) و تفکر عینی (۰/۷۷) محاسبه کردهاند (۲۳).

- پرسشنامه تابآوری^{۱۷} کانر و دیدیدسون (۲۰۰۳): در این تحقیق برای گردآوری دادههای مورد نیاز در زمینه تابآوری از پرسشنامه‌های که توسط کانر و دیدیدسون ساخته شده استفاده شد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمرهگذاری میشود. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به ترتیب صفر و ۱۰۰ بوده و نقطه برش آن نیز ۵۰ میباشد. نمره بالا نشان دهنده میزان بالای تابآوری است. کانر و دیویدسون پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آوردند (۲۴). اصلانیفر نیز پایایی ابزار مذکور را با استفاده از ضریب همسانی درونی ۰/۸۰ گزارش کرده است (۲).

- پرسشنامه بهزیستی ذهنی^{۱۸} کیز و ماگیارمو (۲۰۰۳): در این تحقیق برای گردآوری دادههای مورد نیاز در زمینه بهزیستی ذهنی از پرسشنامه‌های که توسط کیز و ماگیارمو ساخته شده استفاده شد. این پرسشنامه ۴۵ سؤالی دارای سه بعد شامل؛ بهزیستی هیجانی (سؤالات ۱ الی ۱۲)، بهزیستی روانشناختی (سؤالات ۱۳ الی ۳۰) و بهزیستی اجتماعی (سؤالات ۳۱ الی ۴۵) میباشد و به صورت طیف ۵ درجه از هیچ وقت (۱) تا تمام وقت (۵) نمرهگذاری میشود. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به ترتیب ۴۵ و ۲۲۵ بوده و نقطه برش آن نیز ۱۳۵ میباشد. نمره بالا نشان دهنده میزان بالای بهزیستی ذهنی است. کیز و ماگیارمو ضریب همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و برای خرده مؤلفه‌های؛ بهزیستی هیجانی (۰/۸۶)، بهزیستی روانشناختی (۰/۸۰) و بهزیستی اجتماعی (۰/۶۱) به دست آوردند (۲۵). همچنین نریمانی و بخشایش پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ با نمره کل (۰/۷۲) و خرده مؤلفه‌های؛ بهزیستی هیجانی (۰/۷۶)، بهزیستی روانشناختی (۰/۶۴) و بهزیستی اجتماعی (۰/۷۶) محاسبه کردهاند (۲۶).

- درمان مبتنی بر گروه درمانی مثبت‌نگر^{۱۹} سلیگمن و رشید (۲۰۰۶): این برنامه درمانی توسط سلیگمن و رشید ساخته شده است. برنامه یاد شده بر مبنای رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر بوده و بر شناسایی و پرورش نقاط قوت و توانمندیها با هدف ارتقای سلامت تأکید دارد. برنامه درمان مبتنی بر گروه درمانی مثبت‌نگر دارای ۸ جلسه میباشد که هر یک از جلسات

^{۱۷}Resilience Scale

^{۱۸}Mental Well-being Scale

^{۱۹}Positive Group Therapy Based Therapy

در مدت زمان ۹۰ دقیقه آموزش داده میشود (۲۷). روایی محتوایی برنامه مذکور از سوی تعداد ۶ نفر از اساتید صاحب‌نظر در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی تهران مورد تأیید قرار گرفت. خلاصه جلسات رویکرد مثبت‌نگر در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. مراحل و خلاصه جلسات درمان مبتنی بر مثبت‌نگر

جلسات	محتوا
اول	برقراری رابطه، توضیحاتی در مورد قوانین گروه و توضیحاتی در خصوص مثبت‌اندیشی، فواید آن و آموزش بکارگیری عبارات تأکیدی مثبت
دوم	آموزش مهارت شناسایی هیجانها و نقش کنترل صحیح احساسات و هیجان‌ات مثبت و منفی و نقش آن در تداوم شادی در زندگی
سوم	شناسایی توانایی‌های بالقوه اعضا و بررسی نقاط ضعف و توانمندیهای آنان و موقعیتهایی که این توانمندیها در گذشته به آنها کمک کرده است، رشد توانمندیهای خاص در مسیر منتهی به شادکامی: لذت، تعهد و معنا
چهارم	مرور جلسات گذشته و آموزش مهارت مقابله با استرس
پنجم	آموزش قدردانی و فواید قدردانی از دیگران در آرامش روحی، قدردانی ابزار قدرتمندی برای تبدیل خشم و ناراحتی به احساسات خنثی یا حتی مثبت، ایجاد تفکر مثبت در شاداید و ناگواریها، رها شدن از کینه و نفرت
ششم	آموزش یافتن معنا در زندگی به اعضا و تشویق به تفکر در مورد هدفگذاریهای طولانی مدت و کوتاه مدت
هفتم	آموزش و آشنایی با باورهای منفی و مخرب جهت تداوم بخشیدن به شادی و نشاط و حفظ آن
هشتم	مرور جلسات گذشته، کشف ویژگیهای مثبت خود و دیگران، تأکید بر داشتن تغذیه سالم و ورزش در برنامه روزانه جهت رضایتمندی از زندگی

به منظور تجزیه و تحلیل دادهها در این پژوهش از روشهای آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام دادن این آزمون لازم بود پیشفرضهای آن بررسی شود. برای این منظور از

آزمونهای شاپیرو-ویلک، لوین و همگنی شیب خط رگرسیون استفاده شد. کلیه محاسبات آماری از طریق نرمافزار کامپیوتری SPSS24 انجام SPSS22 شد. همچنین سطح معنیداری برای همه آزمونها ۰/۰۵ لحاظ گردید.

۳ یافتهها

آزمودنیهای این پژوهش را زنان مطلقه تشکیل دادند که میانگین \pm انحراف معیار سن آنها در گروه آزمایش ۶/۱ \pm ۴۲/۷ سال و در گروه گواه ۹/۲ \pm ۴۳/۱ سال بود. میانگین \pm انحراف معیار مدت زمان گذشته از طلاق در گروه آزمایش ۵/۳ \pm ۱۳/۴ سال و در گروه گواه ۶/۴ \pm ۱۴/۸ سال بود. میانگین \pm انحراف معیار مدت زمان ازدواج در گروه آزمایش ۸/۸ \pm ۲۶/۶ سال و در گروه گواه ۷/۳ \pm ۲۵/۴ سال بود. از بین آزمودنیها ۸۸/۹ درصد در گروه آزمایش و ۸۳/۱ درصد در گروه گواه صاحب فرزند بودند. به منظور بررسی استنباطی دادهها، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام این آزمون، جهت رعایت فرضهای آن از آزمونهای شاپیرو-ویلک، لوین و همگنی شیب خط رگرسیون استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد توزیع دادههای بهدستآمده مربوط به متغیرهای ناگویی خلقی، تابآوری و بهزیستی ذهنی در هر دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پسآزمون نرمال بود. همچنین معنادار نبودن متغیرهای ناگویی خلقی، تابآوری و بهزیستی ذهنی در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانسهای بینگروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در هر دو گروه در مرحله پسآزمون مساوی بود. نتایج آزمون همگنی شیب خط رگرسیون نیز از لحاظ آماری معنادار نبود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به همراه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیشآزمون و پسآزمون به همراه نتایج آزمون تحلیل

کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نتایج آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار P
ناگویی خلقی	آزمای	۱۲/۶۲	۱۸/۵	۹۹/۴۳	۰۸/۵	۷۸/۳۸	۰۰۱/۰ <
	ش گواه	۹۴/۶۴	۳۷/۵	۵۳/۶۲	۶۷/۴	۵۶۹/۰	۰۰۱/۰ <
تابآوری	آزمای	۱۶/۳۹	۶۶/۳	۴۳/۷۱	۶۹/۳	۶۷/۳۶	۰۰۱/۰ <
	ش گواه	۷۴/۳۷	۶۷/۳	۱۰/۴۰	۲۰/۴	۴۶۱/۰	۰۰۱/۰ <
بهبودی ذهنی	آزمای	۳۱/۱۲۴	۴۵/۱۱	۶۷/۱۸۲	۲۷/۱۰	۶۶/۴۱	۰۰۱/۰ <
	ش گواه	۸۷/۱۲۹	۴۳/۱۰	۱۸/۱۳۶	۸۵۳۷/۱۰	۶۴۳/۰	۰۰۱/۰ <

همانطور که در جدول ۲ مشاهده میشود نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین نمرات پس‌آزمون ناگویی خلقی نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بهطور معناداری کاهش یافت ($P < 0.01$). همچنین میانگین نمرات پس‌آزمون تابآوری نسبت به پیش‌آزمون و نیز میانگین نمرات پس‌آزمون بهبودی ذهنی نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه بهطور معناداری افزایش یافت ($P < 0.01$) در حالیکه تغییرات میانگین نمرات پس‌آزمون ناگویی خلقی نسبت به پیش‌آزمون، میانگین نمرات پس‌آزمون تابآوری نسبت به پیش‌آزمون و نیز میانگین نمرات پس‌آزمون بهبودی ذهنی نسبت به پیش‌آزمون در گروه گواه قابل توجه نبود. از طرفی نتایج مربوط به مجذور اتا در جدول ۲ نشان داد که گروه درمانی مثبت نگر ۵۶/۹ درصد در ناگویی خلقی، ۴۶/۱ درصد در تابآوری و ۶۴/۳ درصد در بهبودی ذهنی زنان مطلقه مؤثر بود.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی مثبت‌نگر بر ناگویی خلقی، تابآوری و بهبودی ذهنی در زنان مطلقه اجرا شد. نتایج نشان داد که آموزش مثبت‌نگر بر کاهش ناگویی خلقی زنان مطلقه مؤثر بود. در تبیین این یافته میتوان چنین بیان داشت که افراد در گروه آموزش مثبت‌اندیشی، مهارت شناسایی و بیان هیجانات را آموزش میبندند. آنها با استفاده از گفتگوی درونی مثبت به هنگام برخورد با موانع، هیجانهای منفی کمتری را تجربه میکنند (۲۲). امیدواری به افراد کمک میکند تا هدفهای روشنی برای خود انتخاب کنند، مسیرهای متعددی و متنوعی برای رسیدن به آنها پیشبینی کنند، خود را برای تحقق هدفها آماده و ترغیب کنند و راههای غلبه بر موانع پیش آمده را مجدد ارزیابی و سازماندهی

کنند (۳). هر اندازه میزان خود متمایزسازی افراد پایتتر باشد، آمادگی بیشتری برای بروز نشانه‌های ناگویی خلقی دارند، احترام به خود و عزت نفس در آنها پایتتر است و در موقعیتهای بحرانی و برخورد با مشکلات مختلف به طور ناگهانی بر اساس احساساتشان تصمیم گیری می کنند (۶). افرادی که در یک سیستم خانوادگی تمایز یافته رشد کرده‌اند به تفکیک کردن فرآیندهای عقلی و احساسی خود، ترغیب شده و قادر خواهند بود عواطف خود را عمیقاً تجربه کنند. در نتیجه احتمال شکلگیری نشانه‌های خلقی ضعیف است (۴). از سوی دیگر شکایتهای بدنی در میان افرادی با ناگویی خلقی، بسیار رایج است که گمان میشود نتیجه‌ای از مشکلات آنها در تمایز گذاشتن بین پاسخهای بدنی به عواطف و بیماریهای بدنی است. بواسطه این مشکلات افرادی با ناگویی خلقی، مشکلاتی با تنظیم هیجان خود دارند (۵). در پژوهشی نتایج نشان داد ناگویی خلقی با افسردگی و اضطراب، اختلال استفاده از مواد، همدلی پایین، افزایش خشم و پرخاشگری، اختلال شخصیت مرزی، آسم و فشار خون اساسی، سبکهای غیرانطباقی تنظیم هیجان، همبودی با اختلالات طیف اوتیسم، وابستگی و سوء استفاده از الکل و مواد، قماربازی بیمارگون و اختلالات خوردن رابطه دارد (۲۳).

در بخش دیگری از این پژوهش نتایج نشان داد که آموزش درمانی مثبت‌نگر بر تابآوری زنان مطلقه اثربخش بود. در تبیین این یافته میتوان به نظریه ایجاد و گسترش اشاره کرد. این نظریه یک مدل چندجنبهای از هیجانهای مثبت است که شامل فرضیه گسترش، فرضیه ایجاد، فرضیه خنثیسازی و فرضیه شکوفایی میباشد (۹). فردی که هیجانهای مثبت را احساس میکند قادر به درک احتمال اتفاقات بیشتری در زندگی خواهد بود. احساس ارزشمندی تنها در فضایی شکوفا میشود که تفاوتهای فردی قدر دانسته شود، خطاها تحمل شوند، فضای گفتگو باز و قانونها و قواعد انعطافپذیر باشند این نوع فضا در خانواده‌های رشد دهنده یافت میشود (۸). آخرین فرضیه از نظریه‌های تئوری گسترش و بنا نهادن هیجانهای مثبت، فرضیه شکوفایی است. شکوفایی، زندگی به طور بهینه و تجربه چیزهای خوبی از قبیل رشد شخصی، خلاقیت و تابآوری است (۷). علاوه بر مطالب مذکور میتوان گفت مداخله‌های روانشناسی مثبت میتواند ذهن فرد را در جهت انتخاب راههای مناسب و خلاقانه برای پیشبرد اهداف و حل مسأله آماده نماید. یکی از این مؤلفهها خودآگاهی میباشد. خودآگاهی مؤلفه‌ای است که در اثر آموزش مثبتاندیشی در افراد تقویت میشود (۱۰). مؤلفه دیگری که میتواند در این بین اثرگذار باشد، داشتن هدف و معنا در زندگی میباشد. همچنین سازگاری با محیط و آرامش درونی مؤلفه دیگری است که در اثر مداخله‌های مثبت‌نگر بهبود میابد (۲). به این ترتیب میتوان گفت زنان مطلقه‌ای که این دوره آموزشی را

۱ Borderline Personality Disorder

۲ Asthma

۳ Hypertension

۴ Maladaptive Styles of Emotion Regulation

۵ Disorders of the Autism Spectrum

۶ Substances and Alcohol Abuse and Dependence

۷ Pathological Gamblin

دریافت کردند می‌توانند با بهبود مهارت‌های حل مسأله و بهبود خودآگاهی و افزایش معنای زندگی و ارتقاء سطح سازگاری، امید و تاب‌آوری خود را بهبود بخشند.

بخش دیگر یافته‌های این پژوهش نشان دهنده اثربخشی آموزش درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی ذهنی زنان مطلقه اثربخش بود. در تبیین این یافته می‌توان به نظریه اصلی روانشناسی مثبت‌نگر یعنی شادکامی اشاره کرد. در نظریه شادکامی اصیل و موثق، نقاط قوت و جنبه‌های مثبت، در پرداختن به فعالیت‌های سرگرم کننده، اهمیت دارند. هنگامی که بالاترین توانمندی‌های فرد برای رویارویی با مهمترین چالش‌های زندگی، که سر راه فرد قرار می‌گیرد، بسیج می‌شود، فرد به فعالیت‌های پویا می‌پردازد. در نظریه سلامت و بهزیستی ذهن، بیست و چهار جنبه مثبت در زیربنای تمامی آن پنج عامل قرار دارد و فقط فعالیت‌های سرگرم کننده را در بر نمی‌گیرد (۱۴). بسیج و فراخوانی بالاترین توانمندی‌ها و جنبه‌های مثبت فردی، به عواطف و هیجان‌های مثبتتر، معانی بیشتر، دستاوردهای بالاتر، روابط بهتر و زندگی خوشایند منجر می‌شود (۱۱). در واقع مداخله مثبت‌اندیشی از طریق افزایش هیجان‌های مثبت، افکار و رفتارهای مثبت و ارضاء نیازهای اساسی روانشناختی از جمله خودمختاری، ارتباط و تعلق خاطر سبب کاهش افسردگی، افزایش شادکامی، تنظیم هیجانی و بهزیستی روانشناختی می‌گردد (۱۵). به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد گروه درمانی مثبت‌نگر موجب کاهش ناگویی خلقی زنان مطلقه شد. همچنین گروه درمانی مثبت‌نگر موجب ارتقاء تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه شد (۱۴). تبیین دیگری که در این رابطه می‌توان نوشت بدینگونه است که چگونگی واکنش افراد در مقابل تغییرات و مشکلات زندگی از جمله عواملی است که به طور مستقیم بر سلامتی آنان اثر می‌گذارد و بهزیستی ذهنی در زنان مطلقه به دلیل آسیب‌پذیر بودن دستخوش تغییر می‌شود. آموزش مثبت‌نگری و تمهید برنامه‌های حمایتی که بتوان توانایی‌های سازگارانه و مهارت‌های زندگی را در این قشر تقویت کرد دارای اهمیت است. با توجه به تأثیر اینگونه برنامه‌ها در جهت سازش با موقعیت و کاهش فشارهای روانی می‌تواند مفید واقع شود (۲۶). آموزش مثبت‌نگری به طور عمده به تقویت توانایی‌ها و شایستگی‌های فرد توجه دارد و در پی آن است که افراد را نیرومندتر و پربارتر کند و استعداد‌های آنان را شکوفا سازد. بنابراین، آموزش مثبت‌نگری که روی نقاط قوت و احساسات مثبت تمرکز دارد، نه تنها به افراد ابزاری برای رسیدن به سطح مطلوب رفاه بدون در نظر گرفتن شرایط می‌دهد، بلکه آنان را قادر می‌سازد تا به این درک برسند که چگونه با بهره‌گیری از امید، خوشبینی، انعطاف‌پذیری، علاقه، حکمت و نعدوستی به بهترین وجه از پس مشکلات برآیند (۱۲).

این پژوهش با محدودیتهای زیر روبرو بود؛ به علت محدودیت زمانی، پیگیری و بررسی بلندمدت تأثیر رویکرد مبتنی بر مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، ناگویی خلقی و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه صورت نگرفت. از آنجایی که این پژوهش بر روی زنان مطلقه انجام شده، لذا در تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر گروه‌ها باید جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی گروه درمانی مثبت‌نگر و با توجه به رشد روزافزون آسیب‌های اجتماعی خصوصاً در بین زنان و فرزندان طلاق پیشنهاد می‌شود آموزش رویکرد مثبت‌نگر از دوره پیشدبستانی تا دوره تحصیلات دانشگاهی به صورت مستمر در کتاب درسی گنجانده شود تا همه افراد جامعه از سنین کودکی با آن آشنا شوند و در زندگی فردی و

اجتماعی از مزایای آن بهره‌مند گردند. همچنین پیشنهاد میشود آموزش مبانی گروه درمانی مثبت‌نگر برای مربیان و مشاورین بهزیستی و مدارس در جهت توانمندسازی آنها گنجانده شود. با توجه به اینکه گروه درمانی مثبت‌نگر، برای زنان مطلقه‌پژوهش حاضر تأثیر داشت لذا پیشنهاد میشود جهت همسو کردن، فرزندان زنان مطلقه نیز همزمان آموزش یاد شده را ببینند.

۵ نتیجه گیری

به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد گروه درمانی مثبت‌نگر موجب کاهش ناگویی خلقی زنان مطلقه شد. همچنین گروه درمانی مثبت‌نگر موجب ارتقاء تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه شد. بنابراین برای کاهش ناگویی خلقی و نیز افزایش تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی زنان مطلقه میتوان از گروه درمانی مثبت‌نگر استفاده نمود.

۶ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و دریافت رضایتنامه از شرکت کنندگان:

از تمامی شرکتکننده‌های پژوهش حاضر دست نوشته‌های در قالب یک بیانیه پیرامون تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد.

رضایت برای انتشار:

داده‌های جمع‌آوری شده در پژوهش حاضر تنها به صورت خام در اختیار پژوهشگران میباشد تا مراکز ذیربط رسمی (مثل دانشگاه) بتواند در صورت لزوم جهت صحت‌سنجی، آنها را مورد بررسی قرار دهند.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد:

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند به صورت فایل ورودی داده در نزد نویسنده مسؤل حفظ خواهد شد.

تزاحم منافع:

نویسندگان اعلام میکنند که هیچگونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی:

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد واحد علوم و تحقیقات تهران به شماره کد ۹۳۰۵۴۰۲۴۸ است و اعتبار برای مطالعه گزارش شده از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان:

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقاله حاضر بر عهده داشتند.

۷ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکتکننده‌های پژوهش حاضر و همچنین مسؤلین ذیربط در سازمان بهزیستی استان تهران تشکر و قدردانی میشود.

References

1. Leys C, Arnal C, Kotsou I, Van Hecke E, Fossion P. Pre-eminence of parental conflicts over parental divorce regarding the evolution of depressive and anxiety symptoms among children during adulthood. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2020; 4(1): 100-120
2. Aslanifar E. Comparison of the effectiveness of positivist group therapy and Adler group therapy on improving resilience and self-esteem of divorced women. PhD Thesis, General Psychology. Islamic Azad University Science and Research Branch Tehran; 2016. [Persian].
3. Yao Z, Xuan Y, Zhu X. Effect of experience information on emotional word processing in alexithymia. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 259: 251-258.
4. Edwards ER, Shivaji S, Micek A, Wupperman P. Distinguishing alexithymia and emotion differentiation conceptualizations through linguistic analysis. *Pers Individ Dif*. 2020; 157: 109-128.
5. Hahn AM, Simons RM, Simons JS, Welker LE. Prediction of verbal and physical aggression among young adults: A path analysis of alexithymia, impulsivity, and aggression. *Psychiatry Res*. 2019; 273: 653-656.
6. Goerlich KS. The Multifaceted Nature of Alexithymia- A Neuroscientific Perspective. *Front Psychol*. 2018; 9: 1614-1623.
7. Alvord MK, Grados JJ. Enhancing resilience in children: A Proactive approach. *Prof Psychol*. 2015; 36: 238-245.
8. Valizade S. Comparison of resilience, anxiety and mental health in divorced women and married women. Master Thesis. Islamic Azad University, Gilan Branch; 2015. [Persian]
9. Shin SH, Vogel DL. The effect of psychological interventions on Resiliency and Interpersonal Sensitivity Children of Divorce. *J Clin Nurs*. 2016; 19: 1695-1706.
10. Bunga EB, Eka NGA, Hutasoit EO. Relationship between burnout and resilience of nurses at a private hospital in Indonesia. *Enferm Clin*, 2020; 30: 49-52.
11. Cilar L, Barr O, Stiglic G, Pajnkihar M. Mental well-being among nursing students in Slovenia and Northern Ireland: A survey. *Nurse Educ Pract*. 2019; 39: 130-135.
12. Fan X, Lu M. Testing the effect of perceived social support on left-behind children's mental well-being in mainland China: The mediation role of resilience. *Children and Youth Services Review*, 2020; 109: 104-116.

13. George LS, Maciejewski PK, Epstein AS, Shen M, Prigerson HG. Advanced Cancer Patients' Changes in Accurate Prognostic Understanding and Their Psychological Well-Being. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020; 29(5): 983-989.
14. Azimi K, Shahani M, Gravand Y. Smart Life Challenges: The Role of Psychological Welfare and Mental Health in Adolescent Mobile Phone Addiction Prediction. *Journal of Health Image*. 2019; 10(3): 197-207. [Persian].
15. Zollars I, Poirier TI, Pailden J. Effects of mindfulness meditation on mindfulness, mental well-being, and perceived stress. *Curr Pharm Teach Learn*. 2019; 11: 1022-1028
16. Hajikaram A, Ghamari M, Amiri Majd M. Comparison between the effects of group-based acceptance and commitment therapy and group-based reality therapy on work-family conflict & psychological well-being of married female staffs. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2019; 24(3): 20-33. [Persian].
17. Hayes-Skelton SA, Lee CS, Changes in Decentering Across Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder. *Behav Ther*. 2018; 49(55): 809-822
18. Bahari S. *Group Therapy; Spring translation and others*. Tehran: Ravan Publications; 2018. [Persian].
19. Moghadam N. The effectiveness of teaching positive thinking skills in depression and life expectancy in divorced women. Master Thesis. Allameh Tabatabai University; 2015. [Persian].
20. Seligman MEP, Steen T, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*. 2011; 60: 410-421
21. Delavar A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Virayesh Publishing; 2019. [Persian].
۲۲. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994; 38: 23-32.
23. Khodabakhsh MR, Kiyani F. The mediating role of emotion regulation problems in the relationship between alexithymia and disturbed eating behaviors among Allameh Tabatabai University students. *Qom University of Medical Sciences*. 2017; 10(2): 44-51. [Persian].
24. Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82.

25. Keyes CLM, Magyar-Moe JL. The measurement and utility of adult subjective well-being. In Lopez SJ, Snyder CR, editors, Positive psychological assessment: A handbook of models and measures. Washington DC: American Psychological Association; 2003.
26. Narimani M, Bakhshayesh R. The effectiveness of acceptance and commitment training on psychological, emotional well-being and marital satisfaction of couples at risk of divorce. Quarterly Journal of Counseling Research. 2015; 13(52): 108-122. [Persian].
27. Seligman MEP, Rashid T. Positive psychotherapy. American Psychologist; 2006.