

## تأثیر آموزش تنظیم هیجان بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران

معصومه قزل<sup>۱</sup>، فاطمه پورامینی<sup>۲</sup>، حسنی نژاد اصغر بییشه<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup>کارشناس ارشد روانشناسی مثبت‌گرا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیک تهران شمال

<sup>۳</sup>کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

### چکیده

در کشورهای در حال توسعه، اکثریت خانواده‌هایی که به وسیله زنان اداره می‌شوند دارای مشکلات متعدد اقتصادی، اجتماعی و اختلالات روانی هستند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سرپرست خانوار شهر تهران انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر تهران بود. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود، و ۲ کلینیک مددکاری که به زنان سرپرست خانوار، خدمات روانشناختی ارائه می‌دادند، انتخاب شد، سپس از هر کلینیک ۱۵ نفر (جمعاً ۳۰ نفر) به صورت تصافی انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه پرسشنامه اضطراب عمومی (ANQ) و افسردگی بک (BAI) استفاده بود. برای تجزیه تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس استفاده شد. یافته‌ها حاکی از آن بود که روش آموزش تنظیم هیجان بر اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار مؤثر است. این نتایج مبین این است که آموزش تنظیم هیجان منجر به کاهش میزان افسردگی و اضطراب زنان سرپرست خانوار شده است. با توجه به نتایج یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که مداخله‌ی آموزش تنظیم هیجان منجر به بهبود افسردگی و اضطراب (کاهش میزان اضطراب و افسردگی) در بین زنان سرپرست خانوار شود.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش تنظیم هیجان، اضطراب، افسردگی، زنان سرپرست خانوار

## مقدمه

زنان زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع‌اند و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارند. به عبارت دیگر سلامت زنان از مفاهیم زیربنایی توسعه و رفاه اقتصادی- اجتماعی است. برای برای اینکه بتوانند نقش مراقبت دهنده خود را به نحو احسن انجام دهند، باید سطح سلامت و رفاه خود را حفظ نموده و ارتقاء دهند (سیدفاطمی، رفیعی، رضائی و سجادی هزاهه، ۱۳۹۴). زنان خانوار جزء گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماع به شمار می‌روند. این گروه از زنان به واسطه عواملی مانند طلاق، فوت، اعتیاد یا از کارافتادگی همسر، رها شدن توسط مردان مهاجر یا بی‌مبالاتی چنین مردانی به عنوان سرپرست خانوار یا بدسرپرست شناخته می‌شوند (هورل و کریشنان، ۲۰۰۷). امروزه ۶۰ درصد از زنان در جهان، نان آور خانواده هستند و ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (بلداجی، فروزان و رفیعی، ۱۳۹۰). از جنگ جهانی دوم، تعداد خانوارهای تک سرپرست به طور مداوم در دنیای غرب در حال افزایش است. در ایرلند ۴۰ درصد و در کانادا ۵۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه هم ۵۰-۲۰ درصد کل خانواده‌ها به وسیله زنان اداره می‌شوند (شادی طالب و وهابی معصومی، ۱۳۸۴). در ایران نیز شاخص‌های آماری نشان می‌دهد که رشد زنان سرپرست خانوار در حال افزایش است، به طوری که در سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۷/۳، ۱/۷، ۸/۴ و ۹/۵ از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده‌اند و این نسبت در سال ۱۳۹۰ ۱۲/۱ درصد رسید. این در حالی است که در خانوارهای مرد سرپرست سیر کاهشی وجود دارد (۹۲/۷ در سال ۱۳۵۵ به ۸۷/۹ در سال ۱۳۹۰) کاهش یافته است.

در حوزه روانشناسی، آدامز، سیل، سومر و دیگران روانشناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار با تقبل نقش‌های متفاوت در برابر یک سری از مسائل نظیر استرس و اضطراب، بیماری‌های روانی و افسردگی قرار گرفته و بنابراین، وضعیت اعتماد به نفس و سلامت روحی و روانی آنها مورد خدشه واقع می‌گردد (بیمین، ۱۹۹۹: ۱۶). کوهن (۲۰۱۱)، گروه عمده‌ای از زنان سرپرست خانوار با فقر، ناتوانی و بی‌قدرتی در زمینه اداره امور اقتصادی خانواده مواجه هستند به طوری که کارآمدی و سلامت روان آنها را مختل کرده و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می‌سازد. لذا این زنان نیازمند سازگاری مجدد هستند (کوینی، ۲۰۰۳).

از جمله متغیرهای مورد توجه اضطراب زنان است، و بررسی طرح مفهوم اضطراب در پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. اختلالات اضطرابی از جمله شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی می‌باشند (صداقت و همکاران، ۱۳۹۵). اضطراب، وضعیت هیجانی است که با احساس تنش، عصبانیت، نگرانی، ترس و افزایش فعالیت سیستم اعصاب اتونومیک مشخص شده و منجر به افزایش ضربان قلب، فشار خون و برون ده قلبی می‌گردد. اضطراب شایع‌ترین واکنش روانی در پاسخ به تغییرات و تجربیات جدید می‌باشد و مانند درد، علامتی هشدار دهنده و بیانگر خطری قریب‌الوقوع می‌باشد که فرد را به اتخاذ تدابیر ضروری برای مقابله و یا کاهش عوارض آن تحریک می‌نماید (کاسیم و همکاران، ۲۰۰۶). در بسیاری از افراد، لحظات بحرانی مانند گذراندن امتحان یا

<sup>۱</sup>Horrell S, Krishnan<sup>۲</sup>Beamon<sup>۳</sup>Cheeseman, Fergusen & Kohen<sup>۴</sup>Koyne<sup>۵</sup>Kassim

شرکت در جمعی که دوست دارد تأثیر خوبی بر دیگران بگذارد، اضطراب فرد را به حد اعلاى خود مى‌رساند (اسمخانی اکبری نژاد، اعتمادی و نصیرنژاد، ۱۳۹۳).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که ۲۰ تا ۶۵٪ زنان دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند. به طور کلی می‌توان گفت که همه این تنیدگی‌ها در بدن زن برنامه ریزی شده اند، اما بعد روانشناختی آنها به تاریخچه زندگی شخصی، خانودگی و اجتماعی او وابسته است (رحمانی، ۱۳۸۷). به عبارت دیگر ساختار زیستی بدن زن به گونه‌ای بنا شده که او بیش از مردان مستعد اضطراب و استرس می‌شود (مثل تغییرات هورمونی و زایمان)، اما شدت و نحوه آن به مسائل روانشناختی آن مثل شرایط محیط خانواده برمی‌گردد (ایمانی زاد، ۱۳۸۶). زنان به طور وسیعی از قدرت تصمیم‌گیری محرومند و تنها ۷٪ مشاغل مدیریتی را به عهده دارند. با اینکه زنان از نظر انضباط شغلی و تعهد و دقت، نسبت به مردان بهتر عمل می‌کنند، برای انتخاب در مشاغل سطح بالاتر، بیشتر مردان را انتخاب می‌کنند. از طرف دیگر با توجه به نقش‌های مورد انتظار از زنان و مردان، به نظر می‌رسد نوع و میزان فشاری که زنان سرپرست (زنان بیوه، زنان مطلقه و همسر معتادین) نسبت به سایرین، تجربه می‌کنند تا حدودی متفاوت از تجربه مردان باشد. در مورد زنان سرپرست خانواده این تفاوت بسیار جدی تر است. زنان سرپرست خانواده به دلیل اینکه علاوه بر ایفای نقش‌های متعددی همچون اداره و انجام کارهای خانه و مراقبت‌های جسمی و هیجانی از اعضای خانواده، در جوامع و فرهنگ‌های مختلف بسبب به باورها، نگرش‌ها و هنجارهای جامعه، با زنان بیوه و مطلقه به شیوه‌های متفاوتی برخورد می‌شود. بدین ترتیب زنان سرپرست خانوار روزانه فشارهای زادی را تحمل می‌کنند. چنانچه از منابع حمایتی خانواده و اجتماع برخوردار باشند، با مشکلات کمتری روبه‌رو خواهند بود و درجه آسیب‌پذیری آنان نسبت به مسائل و مشکلات روانی پایین خواهد آمد و در نتیجه اضطراب آنها نیز کاهش خواهد یافت (ترحمی یوسفی شهرباف، علیزاده موسوی و توزنده جانی، ۱۳۹۲).

زنان افسرده همچنین دچار افسردگی‌های زیاد و مزمن می‌شوند. در واقع سبک زندگی و عوامل مختلفی شرایط لازم را برای افسردگی آنها فراهم می‌کند. بررسی ادبیات پژوهشی در زمینه سلامت روانشناختی زنان سرپرست نیز حاکی از آن تجربه سطوح بالاتر تنش‌های روانی و مشکلات روانشناختی در آنهاست. در پژوهش شکاری آلانق (۱۳۸۶)؛ به نقل از شفیع آبادی و غلامحسین قشقایی، ۱۳۹۰) با عنوان «بررسی وضعیت رفاهی زنان سرپرست خانوار به این نتیجه رسید که ۶۵ درصد از افراد مورد مطالعه از نظر ارتباطات اجتماعی در حد پایین تری قرار دارند. نوری (۱۳۸۲) سلامت روانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی تهران را مورد مطالعه قرار داد که نتایج بررسی ایشان حاکی از شدت افسردگی در زنان سرپرست خانواده در انتظار پوشش بهزیستی بود. اعظم آزاده و تافته (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «روایت زنان سرپرست خانوار از موانع شادمانی (مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار تهران) به این نتیجه رسیدند که موانع شادمانی به شیوه‌های گوناگون در زندگی اجتماعی زنان سرپرست خانوار مداخله می‌کند که در نهایت منجر به طردی خود خواسته و تحمیلی در زندگی آنها می‌شود. شرایط نامناسب گذشته و حال و پیش بینی آشفتگی از آینده‌های مبهم، بستری را برای کاهش احساس شادمانی و افزایش افسردگی فراهم آورده است.

از آنجایی که نقش سرپرستی خانوار برای زنان یک نقش چالش برانگیز است و نیز تصمیم‌گیری برای مقابله با مسائل و مشکلات شخصی، روانی و اجتماعی، عاطفی، تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده بر عهده مادر است و اوست که باید کاری کند که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شود، از ایجاد تنش‌ها در خانواده جلوگیری نماید و از لحاظ مادی و معنوی

با موقعیت‌های پرتنش و اضطراب زایی که برای خود و فرزندانش ایجاد می‌شود، ضروری است. مجهز شدن زنان سرپرست خانوار به این مهارت، یک ضرورت است چرا که مادر نقش مهمی در تنظیم هیجان فرزندان دارد و مادران افسرده و ناشاد، خلق و خوی منفی همراه با غم و اندوه را در فرزندان فعال می‌کنند (فولادچنگ و حسن نیا، ۱۳۹۴).

بررسی مطالعات و متون روانشناختی، نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (سیجی، آکرومن و ایزارد، ۱۹۹۳). اصولاً هیجان را می‌توان واکنش‌های زیست شناختی به موقعیت‌های دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می‌کنیم و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۲). هر چند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر شیوه‌های که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، اثر بگذارند. این توانایی که نظم جویی هیجان نامیده می‌شود، فرایند‌های درونی و برونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف بر عهده دارد (تامپسون، ۱۹۹۴؛ به نقل از اعظمی، سهرابی، برجلی و چوپان، ۱۳۹۲). توانایی تنظیم و مدیریت هیجان فرد را قادر می‌سازد تا هیجان را در خود و دیگران تشخیص دهد. برخورد نامناسب با هیجاناتی که معمولاً از آنها به عنوان هیجان منفی یاد می‌شوند مانند غم، خشم و اضطراب می‌تواند اثرات ناخوشایندی بر سلامت جسم و خلق و خوی افراد داشته باشد (فولادچنگ، حسن نیا، ۱۳۹۴).

براساس 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 کار برده 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 نشخوای فکری، نگرانی، اجتناب). لازمه مداخله در مشکلات هیجانی اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان از طریق مدل گراس عبارتند از: انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، گسترش توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ. از سوی دیگر، آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات است (مک‌درموت، تول، گراتز، داگترز و لجوز، ۲۰۰۵). تنظیم هیجان بیشتر در دو چهارچوب مهم بررسی می‌شود: ۱- راهبردهای تنظیم هیجانی که پیش از رخداد حادثه (پیش از ایجاد هیجان و یا در آغاز بروز آن) فعال می‌شوند و ۲- راهبردهایی که پس از بروز حادثه و یا پس از پیدایی هیجان فعال می‌شوند، که راهبردهای تنظیم هیجانی که قبل از بروز رخداد استرس‌زا فعال می‌شوند، باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می‌گردند که پاسخ‌های هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش دهند (قربانی، محمدخانی و صرامی، ۱۳۹۰).

<sup>Y</sup>Cicchetti, Ackerman & Izard

<sup>^</sup>Garnefski

<sup>^</sup>Gross

<sup>^</sup>McDermott, Tull, Gratz, Daughters, & Lejuez

پژوهش‌های زیادی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر افسردگی و اضطراب را تأیید کرده‌اند (اسکیل، استینبرگ و موریس ، ۲۰۰۳؛ اسچورت، گيسن بلو، ون جيمرت و همکاران ، ۲۰۰۳؛ زمستانی و همکاران، ۱۳۹۵؛ شریفی پور، داوزده<sup>۱</sup>امامی، بختیاری و همکاران، ۱۳۹۶). اگر چه اثربخشی این روش درمانی در مورد انواع رنجوری و اختلالات شخصیت مورد تأیید قرار گرفته است اما در مورد اثربخشی این درمان بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار پژوهشی انجام نشده است. از آنجا که فشارهای زندگی و شرایط نامساعد زندگی آنها می‌تواند بر اضطراب و افسردگی آنها تأثیر بگذارد، مطالعه روش‌های درمانی برای آنها در زنانی که سرپرست خانوار بوده‌اند اهمیت زیادی دارد. بنابراین هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار است. در این راستا این سوال مطرح می‌شود که آیا آموزش تنظیم هیجان بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان متأهل مؤثر هست؟

## روش تحقیق

پژوهش حاضر، از نوع تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه است. در این طرح گروه آزمایشی که مداخله آموزش تنظیم هیجان را دریافت می‌کند با گروه گواه که هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرده و در فهرست انتظار قرار دارند، مورد مقایسه قرار می‌گیرد.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر تهران بود. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود، بدین صورت که ابتدا با مراجعه به اداره بهزیستی منطقه غرب شهر تهران، ۲ کلینیک مددکاری که به زنان سرپرست خانوار، خدمات روانشناختی ارائه می‌دادند، به پژوهشگر معرفی گردید. از هر کلینیک ۱۵ نفر (جمعاً ۳۰ نفر) به صورت تصافی انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه افسردگی بک (BAI) و پرسشنامه اضطراب عمومی (ANQ) استفاده شد.<sup>۱</sup>

**پرسشنامه افسردگی بک فرم تجدید نظر شده:** این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال خود گزارشی است که برای ارزیابی افسردگی طراحی شده است. هر سوال شامل چهار گزینه است و نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است. آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. نمره کلی از صفر تا ۶۳ می‌تواند تغییر کند. بک، در رابطه با فرم تجدید نظر شده بررسی انجام داده و عنوان کرده این ابزار وجود و شدت علایم افسردگی را در بیماران و جمعیت بهنجار و نوجوانان و بزرگسالان نشان می‌دهد. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیماران ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۰ گزارش شده است. در یک بررسی که بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبائی انجام گرفت نتایج نشان داد میانگین و انحراف استاندارد نمره کل ۹/۷۹ و ۷/۹۶ است. همچنین آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار به

<sup>۱</sup>Silk, Steinberg & Morris

<sup>۲</sup>Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., van Gemert

<sup>۳</sup>Beck

روش بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش شد (خالدیان، حسن پور، خیرخواه و قلندریان، ۱۳۹۲). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد که پایایی قابل قبولی است.

**پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگ:** به منظور اندازه‌گیری میزان اضطراب پنهان و آشکار آزمودنی‌ها داوطلب جهت شرکت در پژوهش به آنها ارایه می‌گردد. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ ساخته شد. تعداد سوالات آن ۴۰ تا می‌باشد که از بین آنها ۲۰ سوال به اضطراب حالت و ۲۰ سوال به اضطراب صفت اختصاص دارد. سوالات مربوط به اضطراب حالت و صفت در طیف لیکرت چهار گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند که عبارتند از: به هیچ وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد. در نهایت دو نمره به دست می‌آید که نمره اول نشان دهنده اضطراب حالت و نمره دوم نشان دهنده اضطراب صفت است. هر فرد می‌تواند در این دو نوع از اضطراب نمراتی بین ۲۰ تا ۸۰ کسب کند. این ابزار از اعتبار علمی بالایی برخوردار است و به عنوان آزمون استاندارد مورد توجه است. همچنین پایایی این پرسشنامه در تحقیقات مختلف ۸۷ / ۰ محاسبه گردیده است (روحی و همکاران، ۱۳۸۴). در این مطالعه نیز در یک مطالعه مقدماتی روی ۱۵ آزمودنی انجام شد و میزان پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

## روش اجرا

برای اجرای پژوهش با اخذ مجوز لازم و هماهنگی‌های صورت گرفته با مراکز کلینیک مددکاری انتخاب شده، از بین زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی در پاییز ۱۳۹۶ سی نفر که دارای ملاک‌های ورود (۱- سن: بین ۳۰ تا ۵۰ سال، ۲- تحصیلات: سیکل تا فوق لیسانس، ۳- نداشتن اختلالات روانی) به نمونه بودند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس به افراد شرکت کننده توضیحاتی در مورد پژوهش، تصافی‌سازی، محرمانه بودن داده شد. هر دو گروه پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. سپس از پروتکل آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس که یک شیوه پیشنهادی برای آموزش تنظیم هیجان است به عنوان مداخله استفاده شد. این پروتکل توسط جیمز گراس ساخته شده است و برای آموزش چگونگی مدیریت و تنظیم هیجانات افراد استفاده شده است. مراحل مختلف آموزش تنظیم هیجان براساس بسته مذکور در این پژوهش در قالب ۸ جلسه ۲ ساعته به صورت گروهی انجام شد.

### جدول ۱. خلاصه پروتکل آموزش تنظیم هیجان گراس

جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان منطق و مراحل مداخله و چارچوب و قواعد شرکت در گروه
جلسه دوم	شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان‌ها
جلسه سوم	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا
جلسه چهارم	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده‌ی هیجان و آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)
جلسه پنجم	تغییر توجه و متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی
جلسه ششم	تغییر ارزیابی‌های شناختی و آموزش راهبرد بازارزایی
جلسه هفتم	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان

بررسی داده‌های حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح توصیفی و استنباطی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار، و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس استفاده شد.

### یافته ها

در جدول شماره (۲) نتایج به دست آمده از اندازه گیری متغیر افسردگی و اضطراب، با استفاده از روش‌های مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های توزیع نمره توصیف شده‌اند. با توجه به اطلاعات جدول (۲) شاخص‌های مختلف توزیع و نتایج آزمون نرمالیتی کولموگروف-اسمرینف در مورد نمره های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر افسردگی و اضطراب در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد که توزیع نمره های آزمودنی ها به توزیع نرمال میل دارد.

جدول زیر نشان می‌دهد که در یافته‌های توصیفی میانگین نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمایشی در پس آزمون کمتر از میانگین نمران این آزمون در گروه گواه است.

برای بررسی سؤال پژوهشی مطرح شده مبنی بر این که آیا روش آموزش تنظیم هیجان منجر به کاهش نمرات افسردگی و اضطراب در زنان سرپرست خانوار گروه آزمایشی می‌شود؟، با توجه به برقراری شرط همسانی واریانس ها و همچنین همگنی شیب‌های خط رگرسیون از مناسب ترین روش، یعنی روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۲. شاخص های توصیفی نمره های آزمودنی های گروه های آزمایش و گواه در افسردگی و اضطراب

گروه ها	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	برابری واریانس ها	P	مقدار P
آزمایش	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۴۱/۷۲	۳/۰۱	-۰/۵۶۱	۲/۳۵۱			۰/۹۱۳
	پس آزمون افسردگی	۱۵	۱۹/۶۵	۲/۱۱	۰/۴۳۱	۰/۰۵۹	۰/۰۲۰	۰/۹۴۶	۰/۷۱۱
گواه	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۴۶/۵۱	۲/۴۲	۰/۲۳۱	-۱/۲۹۹			۰/۷۰۶
	پس آزمون افسردگی	۱۵	۳۳/۳۹	۲/۱۰	-۰/۳۵۲	-۰/۵۴۴	۰/۰۲۱	۰/۹۴۵	۰/۶۱۱
آزمایش	پیش آزمون اضطراب	۱۵	۴۲/۲۱	۳/۰۳	-۰/۵۹۹	۲/۳۲۱			۰/۹۱۳
	پس آزمون اضطراب	۱۵	۲۲/۸۱	۲/۱۱	۰/۴۵۵	۰/۰۴۳	۰/۰۲۰	۰/۹۲۷	۰/۷۲۵
گواه	پیش آزمون اضطراب	۱۵	۴۴/۶۱	۲/۳۷	۰/۳۰۱	-۱/۲۳۹			۰/۸۱۸
	پس آزمون اضطراب	۱۵	۳۱/۴۱	۱/۰۳	۰/۳۲۴	-۰/۶۰۲	۰/۰۲۰	۰/۹۶۵	۰/۵۸۲

جدول ۳. نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: افسردگی)

منابع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور ایتا
پیش آزمون	۴۱/۳۴۳	۱	۴۱/۳۴۳	۱۲/۲۲۸	۰/۰۰۲**	۰/۳۱۵
گروه	۷۳۶/۱۴۱	۱	۷۳۶/۱۴۱	۲۱۴/۳۳۸	۰/۰۰۰**	۰/۷۶۸
خطا	۸۵/۷۴۸	۲۸				

\*\* معنادار در احتمال ۰/۰۱

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه عملکرد گروه های آزمایش و گواه در پس آزمون متغیر افسردگی از ۰/۰۵ کمتر است ( $F=214/338, P<0/002$ ). به عبارت دیگر پس از تعدیل نمره های پیش آزمون، عامل بین آزمودنی های دو گروه اثر معنی داری دارد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس آزمون متغیر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد و به کار گیری آموزش تنظیم هیجان منجر به کاهش نمرات افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. با توجه به مقدار مجذور اتا که نزدیک به (۰/۷۶۸) است، واریانس افسردگی به وسیله متغیر مستقل یعنی آموزش تنظیم هیجان تبیین می شود.

جدول ۴. نتایج آزمون های اثرهای بین آزمودنی ها (متغیر وابسته: اضطراب)

تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور ایتا
پیش آزمون	۴۱/۱۵	۱	۴۲/۱۸	۱۱/۳۲۳	۰/۰۰۲**	۰/۳۴۵
گروه ها	۶۰۱/۷۷۱	۱	۶۵۹/۲۱۱	۱۷۸/۴۴۳	۰/۰۰۳**	۰/۸۳۴
خطا	۷۹/۶۴۲	۲۸				

\*\* معنادار در احتمال ۰/۰۱

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، احتمال پذیرش صفر برای مقایسه عملکرد گروه های آزمایش و گواه در پس آزمون متغیر اضطراب از ۰/۰۵ کوچکتر است ( $F=178/443, P=0/003$ ). به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمره های پیش آزمون، عامل بین آزمودنی های دو گروه اثر معنادار دارد. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس آزمون متغیر اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد و به کارگیری آموزش تنظیم هیجان منجر به کاهش نمرات اضطراب گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. با توجه به مقدار مجذور اتا که نزدیک به (۰/۸۳۴) درصد است، واریانس اضطراب به وسیله متغیر مستقل یعنی آموزش تنظیم هیجان تبیین می شود.

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانوار بود. نتایج نشان داد که آموزش تنظیم هیجان بر افسردگی و اضطراب زنان سرپرست خانوار مؤثر بوده است و باعث کاهش نمرات افسردگی و اضطراب زنان در گروه آزمایش شده است. این یافته ها با نتایج پژوهش های رحمانی و همکاران (۱۳۹۵)، شریفی پور و همکاران (۱۳۹۶)، اسچوپرت و همکاران (۲۰۰۹) همسو است.



ساز و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود، اثرات راهبردهای تنظیم هیجان مختلف بر تجربه و ابراز خش را مورد بررسی قرار داده‌اند به طوری که یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تکنیک‌های باز ارزیابی اثربخشی بیشتری نسبت به تکنیک‌های پذیرش و سرکوب (بازداری) برای تعدیل تجربه و ابراز خشم دارد. مومنی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی اثربخش آموزش تنظیم هیجان بر افسردگی، اضطراب و مشکلات هیجانی دختران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجانی بر افسردگی، اضطراب و مشکلات هیجانی دختران ساکن خوابگاه مؤثر بوده است. صبحی قراملکی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی آموزش متمرکز بر تنظیم هیجان بر کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که نمرات استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان شرکت‌کننده در گروه آموزش تنظیم هیجان نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش یافته است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها، نقش مهمی در کاهش علام جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی (سطوح سلامت روانی) داشته باشد. همچنین شیوه بالای اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات هیجانی و تأثیر این مشکلات روی عملکرد کلی فرد (فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی)، موجب شده که برخی از محققان عوامل مرتبط با این مشکلات را مورد توجه قرار دهند. از جمله یکی از این عوامل، وجود نوعی اختلال در نظم هیجانی ذکر شده است. که به عقیده متخصصان پیش‌بینی کننده آسیب روانی فرد در آینده و عامل کلیدی و مهمی در پیدایش اضطراب، استرس و افسردگی است (ساندلر، تین و وست، ۱۹۹۴). بنابراین تنظیم هیجان، فرایندها و راهبردهای تنظیمی بی شماری را در بر می‌گیرد که شامل ابعاد شناختی، جسمی، اجتماعی و رفتاری می‌شود. از جمله این راهبردها می‌توان به نشخوار فکری، خوداظهاری، اجتناب و بازداری اشاره کرد. جنبه‌های دیگری تنظیم هیجان دیگر ابعاد رفتاری و اجتماعی آن در واقع با هدف مدیریت هیجان‌ها جهت افزایش سازگاری و تطابق به کار می‌روند و بخشی از راهبردهای مثبت تنظیم هیجانات باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه می‌شود. در نتیجه آموزش تنظیم هیجان در بین زنان سرپرست خانوار باعث می‌شود که آنان با آگاهی از هیجانات و استفاده درست پذیرش آنها و ابراز هیجانات، مخصوصاً هیجانات مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را دهند. که به تبع آن میزان اضطراب، استرس‌های غیرمنطقی و افسردگی ناشی از این احساسات منفی در آنان کاهش پیدا خواهد شد. این یافته تأکیدی بر نتایج پژوهش رحمانی و هاشمیان (۱۳۹۵) است که در بررسی اثربخشی برنامه تنظیم شناختی هیجان بر علائم اضطراب و افسردگی دختران نشان دادند که به کارگیری برنامه و آموزش تنظیم شناختی هیجان به کاهش تمامی علائم اضطرابی شده است.

با نظر به آنچه گفته شد باید گفت که توجه به مسائل مختلف زنان سرپرست خانوار علاوه بر ابعاد روانشناختی و سلامت روان آنها زمانی حائز اهمیت بیشتری است که طبق آمار سازمان بهزیستی کشور در سال (۱۳۸۰) ۶۶ هزار زن سرپرست خانواده عهده دار تامین ۸۵ هزار دانش آموز هستند (قلی پور و رحیمیان، ۱۳۹۰). بنابراین توجه و رسیدگی به نیازهای روانی آنان

---

<sup>۱</sup>Szasz

<sup>۲</sup>Sandler, Tein & West

محدود به خود آنان نخواهد بود، و به کار بردن آموزش‌های تنظیم هیجان در بین این قشر می‌تواند زمینه‌های اضطراب و افسردگی آنها را کاهش دهد.

## منابع

- اسمخانی اکبری نژاد، هادی؛ اعتمادی، احمد؛ نصیرنژاد، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر اضطراب زنان. *مطالعات روانشناختی*، ۱۰(۲).
- اعظم آزاد، منصوره؛ تافته، مریم. (۱۳۹۴). روایت زنان سرپرست خانوار از موانع شامانی (مطالعه موردی زنان سرپرست خانواده). *مطالعات زن و خانواده*، ۳(۲): ۳۳-۶.
- اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد و چوپان، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش خشم در افراد وابسته به مواد مخدر. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۴(۴): ۵۳-۶۸.
- ایمانی زادف اعظم. (۱۳۸۶). *بررسی اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر افزایش سازگاری فردی اجتماعی زنان مطلقه شهر کرمانشاه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان.
- بلداجی، ام لیلا؛ فروزان، آمنه؛ رفیعی، حسن. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی. *رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۰): ۲۸-۹.
- ترحمی یوسفی شهرباف، فاطمه؛ علیزاده موسوی، ابراهیم؛ توزنده جانی، حسن. (۱۳۹۲). *رابطه هوش معنوی و سبک های تصمیم گیری با راهبردهای مقابله ای اضطراب در زنان سرپرست خانوار تکت پوشش بهزیستی مشهد*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات.
- خالدیان، محمد؛ غریبی، حسن؛ قلی زاده، زلیخا؛ شاکری، رضا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندروم آشیانه خالی. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۳(۲): ۲۶۱-۲۷۹.
- رحمانی، حمیرا. (۱۳۸۷). *مقایسه فشار روانی، اضطراب و مسئولیت پذیری در مادران کودکان تالاسمی و مادران عادی شهر اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.
- رحمانی، فریبا؛ هاشمیان، کیانوش. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه تنظیم شناختی هیجان بر علائم اضطراب و افسردگی نوجوانان دختر. *فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات روانشناختی*، ۱۲(۳): ۴۷-۶۲.
- روحی، قنبر؛ رحمانی، حسین؛ عبداللهی، علی اکبر؛ محمودی، غلامرضا. (۱۳۸۴). تاثیر موسیقی بر میزان اضطراب و برخی متغیرهای فیزیولوژیک بیماران قبل از عمل جراحی شکم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۷(۱): ۷۸-۷۵.
- زمستانی، مهدی؛ ایمانی، مهدی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشانه های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان. *روانشناسی معاصر*، ۱۱(۱): ۲۱-۳۲.
- سالنامه آمار ایران. (۱۳۹۰). مرکز آمار ایران. . [http://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/1390/sar\\_shomari90\\_nahaii.pdf](http://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/1390/sar_shomari90_nahaii.pdf)
- سیدفاطمی، نعیمه؛ رفیعی، فروغ؛ رضائی، محبوبه؛ سجادی هزاوه، محبوبه. (۱۳۹۴). عوامل مؤثر در ارتقای سلامت زنان سرپرست خانوار: مثلث طلایی پول، وقت و انرژی. *مجله دانش و تندرستی*، ۱۰(۴).
- شادی طلب، ژاله؛ وهابی معصومی، ورمزیار. (۱۳۸۴). فقر درآمدی فقط یک جنبه از فقر زنان سرپرست خانوار. *رفاه اجتماعی*، ۴(۱۷): ۲۴۷-۲۲۷.

- شریفی پور، سارا؛ دوازده امامی، محمدحسن؛ بختیاری، مریم؛ محمدی، ابولفضل؛ صابری، محسن. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان تنظیم هیجانی بر شدت علائم، اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال کندن مو. *فصلنامه پوست و زیبایی*، ۸(۲): ۱۱۰-۱۰۰.
- صبحی قراملکی، ناصر؛ پرزور؛ پرویز؛ آقاجانی، سیف الله؛ نریمانی؛ محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش متمرکز بر تنظیم هیجان بر کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۳(۱): ۱۳-۵.
- صداقت، فیروزه؛ رفیعی پور، امین؛ سماوی، عبدالوهاب. (۱۳۹۵). مقایسه اضطراب در دانشجویان با و بدون نشانگان ضربه عشق شهر بندرعباس. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری* ۴(۱): ۲۹-۲۳.
- فولادچنگ، محبوبه؛ حسن نیا، سمیه. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر شادکامی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه*، ۶(۱).
- قربانی، طاهره؛ محمدخانی، شهرام و صرامی، غلامرضا. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای و درمان نگهدارنده با متادون در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و پیشگیری از عود. *مجموعه مقالات: پایان نامه‌های مقطع کارشناسی ارشد و دکتری در حوزه مواد مخدر، جلد اول، تهران: اطلاعات.*
- مومنی، فرشته. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر افسردگی، اضطراب و مشکلات تنظیم هیجانی دختران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی. *مجله تحقیقات رفتاری*، ۱۴(۱): ۷۱-۶۴.
- نوری، مهشید، میناکاری، محمود، صدرالسادات، سیدجلال، شهیدی، شهریار، حیدری، محمود. (۱۳۸۲). بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی*، ۴(۲): ۳۷-۴۴.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, ۷(۱), ۱-۱۰.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non- clinical sample. *European journal of personality*, 16(5), 403-4۲۰.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Horrell S, Krishnan P. (2007). Poverty and productivity in female- headed households in Zimbabwe. *The Journal of Development Studies*, 43: 1351-1380.
- Kassim, SH., Rajasagi, NK., Zhao, X., Chervenak, R., Jennings, SR. (2006). In vivo ablation of CD11c-positive dendritic cells increases susceptibility to herpes simplex virus type 1 infection and diminishes NK and T-cell responses. *J Virol*, 80(8):3985-93.
- McDermott, M. J., Tull, M. T., Gratz, K. L., Daughters, S. B., & Lejuez, C. (2009). The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. *Journal of anxiety disorders*, 23(5), 591-599.
- Sadock, B. J., & Kaplan, H. I. (2000). *Kaplan & [and] Sadock's comprehensive textbook of psychiatry on CD-ROM*. Lippincott Williams & Wilkins: Folio Infobase.
- Sandler, I. N., Tein, J. Y., & West, S. G. (1994). Coping, stress, and the psychological symptoms of children of divorce: A cross-sectional and longitudinal study. *Child development*, 6۵(۶), ۱۷۴۴-۱۷۶۳.
- Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M., & Nauta, M. H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents—a randomized controlled pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(6), 467-478.
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child development*, ۷۴(۶), ۱۸۶۹-۱۸۸۰.

- Szasz, P. L., Szentagotai, A., & Hofmann, S. G. (2011). The effect of emotion regulation strategies on anger. *Behaviour research and therapy*, 49(2), 114-119.
- Thyme, K. E., Sundin, E. C., Stahlberg, G., Lindstrom, B., Eklof, H., & Wiberg, B. (2007). The outcome of short-term psychodynamic art therapy compared to short-term psychodynamic verbal therapy for depressed women. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21(3), 250-۲۶۴.