

اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان^۱

زهرا اردستانی بالائی^۲، پریناز بنی سی^۳، سعیده زمردی^۴

چکیده

هدف از انجام این تحقیق اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان مقطع ابتدایی ورامین بود. روش پژوهش از نوع نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه معلمان مقطع ابتدایی ورامین بود. حجم نمونه این پژوهش برابر با ۳۰ نفر از معلمان بود. برای انتخاب نمونه‌های تحقیق از روش دسترس در دو گروه آزمایش و گواه استفاده گردید. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه بهزیستی روانشناختی کارل ریف (۲۰۰۲)، پذیرش اجتماعی کراون و مارلو (۱۹۶۰)، کفایت اجتماعی فلنر (۱۹۹۰) و جلسات مشاوره زوج‌درمانی هیجان‌مدار سوزان جانسون (۱۹۸۰) بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در این پژوهش، از آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و نشان دادن فراوانی و نمودارهای مربوط به آن استفاده شد و از آمار استنباطی به منظور بررسی فرضیه‌ها استفاده گردید. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان اثربخش است.

واژگان کلیدی: درمان هیجان مدار، بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی، کفایت اجتماعی.

^۱ تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۴/۵ - تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۷/۱۲

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد. z.ardestani7337@gmail.com

^۳ دکترای تخصصی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی.

^۴ دکترای تخصصی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی.

مقدمه

ازدواج یک پیوند شناخته شده قانونی و اجتماعی، به طور ایده آل در سراسر عمر است که مستلزم حقوق و تعهدات جنسی، اقتصادی و اجتماعی برای همسران است. ازدواج مهمترین و اساسی ترین ارتباط توصیف شده است؛ زیرا ساختار اصلی برای بنا نهادن یک خانواده و پرورش نسل بعدی را فراهم می کند. ازدواج نقش مهمی در رشد زیستی، روانی، اجتماعی و حفاظت از اعضای خود ایفا می کند. سیستم زوجی، سیستمی است که اعضای آن (زن و شوهر) با یکدیگر در تعامل هستند و بر یکدیگر تاثیر می گذارند. تعاملات و الگوهای مرادده ای که بین زن و شوهر جاری است؛ عملکرد ازدواج را به وجود می آورد و یک عملکرد سالم نشان دهنده این مطلب است که الگوهای مرادده ای و تعاملات بین زن و شوهر، در رسیدن به اهداف ازدواج سودمند و مؤثر است (میرزازهاده، احمدی و فاتحی زاده، ۱۳۹۰).

عملکرد ازدواج یکی از متغیرهایی است که اوضاع و شرایط زوج را در حوزه های مختلف ارزیابی می کند و نشان دهنده توانایی زوج در هماهنگی با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، احترام، پذیرش، ترمیم سریع روابط قطع شده، برخورد معمول با سبک های گفتگو، داشتن نیاز به صمیمیت و قدرت، فرزند پروری مقتدرانه، ایجاد شبکه حمایت اجتماعی و دارا بودن تعامل مثبت است. عملکرد ازدواج در ابعاد یازده گانه ارتباط، ابراز گری عاطفی، حل مسأله و تصمیم گیری، نقش، انعطاف پذیری، شیوه فرزندپروری، اقتصاد و مسایل مالی، اقوام و دوستان، ارزش ها، مراقبت جسمانی و روانی و عملکرد کلی تعریف می شود. عملکرد سالم در یک محیط خانوادگی با ارتباطات شفاف، نقش های واضح و روشن، پیوستگی و انسجام و تنظیم احساسی مناسب مشخص می شود و این در حالی است که عملکرد نامناسب در یک خانواده با سطوح بالای تعارضات، آشفتگی و کنترل رفتاری و احساسی ضعیف خود را نشان می دهد (محمدی نژاد و ربیعی، ۱۳۹۴).

عدم توافق در هر رابطه زناشویی طبیعی است. آشفتگی های روابط زوجین و طلاق بیانگر آن است که رضایت زناشویی به راحتی قابل حصول نیست. کیفیت ارتباط زوجین با شادمانی، بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی رابطه مثبت و با افسردگی و استرس رابطه منفی دارد. احساس ارزشمندی، پذیرفته شدن توسط شریک صمیمی و احساس امنیت رضایت از رابطه زوجین را پیش بینی می کند. بنابر این پیامدهای نارضایتی از رابطه زوجی می تواند جدی و گسترده باشد. روانشناسی مثبت نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی و

آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روانشناختی مفهوم سازی کرده است. از نظر ریفا^۱ بهزیستی روانشناختی به معنای تلاش برای ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی های فرد متجلی می شود و از شش بعد اصلی پذیرش خود (نگرش مثبت نسبت به رفتارهای حال و گذشته خود)؛ هدفمندی در زندگی (داشتن باورهای هدایت کننده فرد)؛ رشد شخصی (تاکید بر اهمیت پایداری و بالفعل کردن پتانسیل های خود)؛ داشتن ارتباط مثبت با دیگران (داشتن عشق و روابط بین فردی متقابل)؛ تسلط بر محیط (توانایی فرد برای انتخاب یا خلق محیطی مناسب برای مواجه شدن با نیازهای روانشناختی) و خودمختاری (توانایی حفظ استانداردهای شخصی خود به صورت مقاومت در برابر انطباق و منبع کنترل درونی) تشکیل شده است (نایب حسین زاده، فتح الله زاده، سعادت و رستمی، ۱۳۹۸).

با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی بشر و چالش هایی که این امر برای وی بوجود آورده، دور از ذهن نیست اگر فرض کنیم بشر در قضاوت در مورد کیفیت زندگی خود بعد اجتماعی آن را نیز به عنوان یکی از معیارهای مهم در نظر گیرد. لذا در کنار جنبه های عینی، شناختی و عاطفی و روانشناختی نمی توان از جنبه های اجتماعی آن غافل شد. رابطه عوامل اجتماعی از جمله کیفیت روابط اجتماعی، میزان حمایت اجتماعی توسط فرد، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی با سلامت توسط محققین بسیاری مورد توجه قرار گرفته است و موارد مذکور حاکی از اهمیت بعد اجتماعی بشر در بررسی و بخش بهزیستی عمومی وی می باشد (ثمری و لعلی فاز، ۱۳۹۴).

پذیرش اجتماعی در واقع برآیند چندین پدیده اجتماعی همچون نفوذ اجتماعی، همنوایی، قضاوت اجتماعی و نگرش های افراد می باشد. لذا با توجه به زمینه ارائه شده می توان گفت پذیرش اجتماعی یعنی اینکه بیشتر مردم به منظور سازگار شدن با دیگران از زاویه دید آنها بنگرند و مانند آنها عمل کنند. این امر اغلب دیگران را از اینکه صادقانه خود واقعی شان را بروز دهند باز می دارد. همچنین بر پاسخ ها و واکنش هایی دلالت می کند که برخی افراد تمایل دارند در اجتماع مورد پسند واقع شوند و مطلوبیت اجتماعی کسب کنند، این گونه پاسخ ها را از خود بروز می دهند (شرف الدین، ۱۳۹۵).

¹ Ryff, C. H.

در حال گذر جامعه، زندگی اجتماعی را برای افراد ناتوان، با مسایل و مشکلات خاصی مواجه نموده است. در این شرایط یکی از مهم ترین مهارت‌هایی که قادر است بالندگی و بهداشت روانی این افراد را در مواجهه با مشکلات آینده حفظ نموده و ارتقاء بخشد، رفتار سازشی یا به تعبیری کفایت اجتماعی است. به نحوی که ممکن است افراد ناتوان جهت حل مسایل و مشکلات روزمره، از راه حل های نا موثر استفاده کنند. کفایت اجتماعی و رفتار سازشی مجموعه‌ای از مهارت‌های اجتماعی و عملی است که افراد در زندگی روزانه آن را به کار می‌گیرند (عباس‌پور، ۱۳۹۵).

نقص در کفایت اجتماعی نقش عمده‌ای در سبب شناسی مسائل افراد داشته و سبب می‌شود تا حد زیادی نسبت به فشارهای بیرونی و درونی آسیب پذیرتر شوند و مشکلات روانی و اجتماعی و رفتاری برای آنان پدید آورد. در کفایت اجتماعی سه جنبه مهم وجود دارند: توانایی ایجاد روابط بین فردی سالم و مثبت و حل تعارضات، توسعه واضح هویت خود در جمع و یک گروه یا هویت جمعی (شامل هویت ملی) و گرایش به سوی شهروند مسئول و دلسوز. از طرفی فلنر^۱ و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند که کفایت اجتماعی در برگرفته چهار مؤلفه است: مهارت-های شناختی، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های هیجانی و عاطفی و مهارت‌های انگیزشی (ناوی‌پور، ۱۳۹۶).

رویکردهای مختلفی برای کمک به زوجین دچار تعارض ارایه شده است. از جمله رویکردهایی که می‌تواند در این زمینه مناسب باشد؛ می‌توان زوج‌درمانی هیجان‌مدار را نام برد. در زوج درمانی هیجان‌مدار، زوج‌ها در طول درمان در فرایندی درگیر می‌شوند که هر یک تلاش می‌کنند تا ترس‌ها و نیازهای دلبستگی خود را ابراز نمایند و به بهترین نحو ممکن به پرورش پیوند دلبستگی ایمن تری بپردازند که این خود موجب تداوم تغییرات پایدار در رضایت از رابطه زوج‌ها و دستیابی به پاسخی‌های هیجانی انطباقی اولیه به موقعیت‌ها می‌شود. فرضیه اساسی رویکرد درمان هیجان‌مدار بیان می‌کند تا زمانی که هریک از زوجین، قادر نباشند نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های رضایمندی و امنیت با یکدیگر در میان گذارند؛ تعارضات زناشویی شروع به شکل‌گیری می‌کنند (نریمانی، عالی ساری نصیرلو و عفت‌پرور، ۱۳۹۳). این رویکرد معتقد است که آشفتگی‌های زناشویی همراه حالت فراگیر از

¹ Felner

عاطفه منفی و آسیب های دلبستگی ایجاد می شود و ادامه پیدا می کند. کاهش دلبستگی اجتنابی و دلبستگی اضطرابی، افزایش اعتماد و عمق تجارب هیجانی در فرایند درمان هیجان مدار و کنترل هیجانی بالاتر با استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان از جمله عوامل اصلی پیش بینی کننده رضایت زناشویی و خشنودی بیشتر هستند. همچنین نقش مهمی در پیامدهای طولانی مدت این درمان دارند (هنرپروران، ۱۳۹۶). این رویکرد نتایج درمانی مثبتی برابر با ۷۰ تا ۷۳٪ را در بهبودی مشکلات افراد نشان می دهد (جانسون، ۲۰۰۳). در پژوهش های مختلف اثربخشی رویکرد هیجان مدار در بهبود افسردگی و افزایش کیفیت روابط بین فردی (دنتون^۱ و همکاران، ۲۰۱۹)، کنترل رفتار خانواده (جاویدی، ۲۰۱۳)، افزایش رضایتمندی جنسی (گوردون^۲ و همکاران، ۲۰۱۹)، بهبود الگوهای ارتباطی (بورگس^۳، ۲۰۱۶) و بهبود علائم افسردگی و استرس پس از سانحه (پلوسو^۴، ۲۰۲۰) بررسی و تایید شده است. گرینبرگ^۵ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی رویکرد هیجان مدار را برای التیام آسیب های هیجانی به کار بردند. نتایج نشان داد، گروهی که مداخله دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه شاهد، بهبودی قابل توجهی را در رضایت زوجی، اعتماد، بخشش و همچنین کاهش معناداری در علائم روان پزشکی گزارش کردند (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). مک لین وهالیس^۶ (۲۰۱۸) در یک مطالعه موردی اثربخشی رویکرد هیجان مدار را در یک زوج که یکی از همسران مبتلا به سرطان بدخیم بود، مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان باعث بهبود آشفتگی زناشویی، افزایش امید به زندگی، کاهش دردهای فیزیولوژیکی، کاهش افکار خودکشی و درگیر شدن بیشتر در فعالیت های روزمره زندگی شده است (مک لین وهالیس، ۲۰۱۸).

با توجه به اهمیت موضوع خانواده و آسیب های متأثر از آن به خصوص در خانواده ها، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان درمانی از جمله الگوی درمانی هیجان مدار برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می شود. با توجه به این که مطالعات درمان هیجان مدار در داخل و خارج بیشتر بر روی اختلالات شخصیتی و مرزی و افسردگی صورت گرفته است،

¹ Denton

² Gordon

³ Burgess

⁴ Peluso

⁵ Greenberg

⁶ McLean & Hales

کمبود بررسی اثربخشی این رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثر ثمر باشد بیشتر جلب توجه می‌کند. بنابراین ارائه مداخلات روانشناختی جهت توانمندسازی کاملاً مشهود است. بنابراین وجود برنامه درمانی مناسب در این زمینه می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی موثر واقع شود (بیات اصغری، ۱۳۹۴). هیچ یک از این پژوهش‌ها به طور اختصاصی تاثیر رویکرد هیجان‌مدار را در بهبود بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی بررسی نکرده‌اند. لذا با توجه به مطالب فوق سؤال اصلی تحقیق این است که آیا درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان اثر بخش است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از جمله طرح‌های نیمه آزمایشی، به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد که دارای دو گروه می‌باشد که هر دو گروه دو بار مورد مشاهده (اندازه‌گیری) قرار می‌گیرند. نخستین مشاهده با اجرای یک پیش‌آزمون و دومین آن با اجرای یک پس‌آزمون صورت می‌گیرد. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه معلمان مقطع ابتدایی ورامین بودند که تعداد آن‌ها برابر با ۱۱۷۰ نفر بود. نمونه آماری پژوهش نیز ۳۰ نفر از معلمان مقطع ابتدایی ورامین بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. در این مطالعه دو گروه (معلمان مقطع ابتدایی ورامین) به تعداد ۴۰ نفر برای پژوهش انتخاب شدند و ۱۰ نفر دیگر بعلت ریزش احتمالی آزمودنی‌ها در حین جلسات انتخاب شدند. گروه‌ها بر اساس معیارهای ورود گزینش شدند؛ به این صورت که یکی از گزینه‌های معیار ورود در این پژوهش این بود که در صورت توافق مبنی بر شرکت در این پژوهش و روند آموزش، رضایت‌نامه‌ای را تکمیل و آمادگی خود را اعلام نمایند و افرادی که مایل به شرکت در این پژوهش نبودند به علت نبود رضایت آگاهانه کنار گذاشته شدند. این افراد به عنوان آزمودنی در این پژوهش انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی آزمودنی‌ها به دو گروه تقسیم شدند. گروه کنترل تحت برنامه آموزشی قرار نگرفتند، در صورتی که گروه آزمایش طبق برنامه آموزشی با یک برنامه زمانی تعیین شده با سر فصل‌های آموزشی تدوین شده، طی مدت ۱۵ جلسه تحت آموزش قرار گرفتند. هر دو گروه (۱۵ نفر آزمایش) و (۱۵ نفر کنترل) دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. اولین اندازه‌گیری پیش از مداخله (آموزش درمان هیجان‌مدار) با اجرای یک پیش‌آزمون

میزان بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی آنها مورد سنجش قرار گرفته و دومین اندازه گیری با اجرای یک پس آزمون بعد از آموزش درمان هیجان مدار (متغیر مستقل) صورت گرفت. معیارهای ورود شامل: معلمان مقطع ابتدایی دارای سنین ۲۵ تا ۴۵ سال، کسب نمره پایین در پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی و پذیرفتن معلمان مراجعه کننده برای شرکت در پژوهش، پس از امضای رضایت نامه کتبی و عدم دریافت قبلی آموزش درمان هیجان مدار بود. معیارهای خروج نیز شامل غیبت بیش از ۲ جلسه، داشتن اختلال روانی بر اساس خود اظهاری و مصرف داروهای روانپزشکی و حضور در جلسات روان درمانی در مراکز مشاوره و کلینیک های شهر تهران به صورت فردی یا گروهی است.

جدول شماره ۱: شرح جلسات مشاوره زوج درمانی هیجان مدار

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	خوش آمد گویی، مروری بر بیان قوانین و مقررات جلسات مشاوره گروهی، ارزیابی اهداف و انتظارات اعضا از جلسات مشاوره، آشنایی با سبک های دلبستگی، رایبه تکالیف خانگی
جلسه دوم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، آشنایی با سیستم لیمبیک، آشنایی با سبک های ارتباطی ناسالم، شناسایی و نامگذاری احساسات و هیجانات، ارزیابی ماهیت مشکل و نوع رابطه، رایبه تکالیف خانگی
جلسه سوم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی الگوهای تعاملی و پاسخ های هیجانی، رایبه تکالیف
جلسه چهارم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی چرخه منفی اصلی و احساسات اولیه زیر این چرخه، شناسایی ترس ها/موضوعات دلبستگی مرتبط، رایبه تکالیف خانگی
جلسه پنجم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی ترس ها و نا ایمنی های اساسی در رابطه زوجی، رایبه تکالیف خانگی
جلسه ششم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، ربط دادن هیجانات اولیه به هیجانات ثانویه، برون ریزی هیجانات ثانویه، پرداختن به هیجانات اولیه و تجربه آن، قاب گیری مجدد مشکل، توصیف چرخه منفی تکرار شونده خود، رایبه تکالیف خانگی
جلسه هفتم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی تعارضات اصلی و چرخه های تعاملی موجود با توجه به موضع دلبستگی، کاوش در مسایل درون روانی هر همسر، رایبه تکالیف خانگی
جلسه هشتم	بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، قاب گیری مجدد تجربه شخصی هر

فرد از منظر دل‌بستگی، افزایش پذیرش نسبت به تجربه همسر و راه‌های نوین تعامل‌گری، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، ارایه تکالیف خانگی	
بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، تلفیق تجربه‌های هیجانی جدید با خودجدید، تشویق اعضا به تازه‌نگهداشتن پیوند ایمن با همسرانشان از طریق توجه به خواسته‌ها و تمایلات یکدیگر، ارایه تکالیف خانگی	جلسه نهم
بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، چگونگی حل صدمات دل‌بستگی: الف) بررسی شاخص‌های صدمات دل‌بستگی، ب) تفکیک و تشخیص عواطف، پ) عهد و پیمان مجدد، ت) بخشش و دلجویی؛ ارایه تکالیف خانگی	جلسه دهم
بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، عمیق‌تر کردن پیوند عاطفی بین فرد و همسرش و افزایش احساس امنیت، لذت و صمیمیت، بررسی ظرفیت‌های عشق ورزیدن، ارایه تکالیف خانگی	جلسه یازدهم
بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، خلق راه‌حلهای تازه برای مشکلات قدیمی، الگوهای سالم و سازنده تعاملی در رابطه، نوشتن یک داستان تازه پیرامون رابطه خود، ارایه تکالیف خانگی	جلسه دوازدهم
بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، حرکت به سمت تحکیم رابطه، بخشودگی و آشتیجویی، ارایه تکالیف خانگی	جلسه سیزدهم
بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، جمع‌بندی و مرور مفاهیم و مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل، بیان مسایل و راهکارهای استفاده شده توسط اعضای گروه، ارایه تکالیف خانگی	جلسه چهاردهم
بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، بیان تجارب موفقیت / عدم موفقیت در مقابله با مسایل زندگی توسط اعضای گروه، گرفتن بازخورد از اعضای گروه در مورد جلسات مشاوره گروهی	جلسه پانزدهم

ابزار گردآوری داده‌ها

الف. پرسشنامه استاندارد بهزیستی روانشناختی کارل ریف (۲۰۰۲): این پرسشنامه استاندارد است که شامل ۵۴ سوال با طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت می‌باشد. در این پرسشنامه از آزمودنی درخواست می‌شود پرسش‌ها را خوانده و نظر خود را بر روی یکی از گزینه‌های (خیلی کم تا خیلی زیاد) نشان دهد. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روانشناختی بهتر است. پایایی این پرسشنامه در تحقیق بیانی (۱۳۹۲)، تحت عنوان بررسی جنبه‌های بهزیستی افراد و نقش آن در سلامت بدنی و روانی برابر با ۰/۸۲ محاسبه گردیده است. همچنین روایی آن نیست مورد تایید بوده است.

ب. پرسشنامه پذیرش اجتماعی کراون و مارلو (SDS) (۱۹۶۰): این پرسشنامه، دارای ۳۳ سوال است که به صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می شود. هدف از آن سنجش میزان پذیرش اجتماعی در افراد است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط ثمری و لعلی فاز (۱۳۸۴) انجام شده است. ضریب اعتبار آن با روش اجرای مجدد بالاتر از ۰/۸۰ بوده است. از نظر روایی نیز این آزمون با سایر ابزارهای روان شناختی که برای اندازه گیری پذیرش اجتماعی طراحی شده است، همبستگی بالا و قابل قبول نشان داده است.

ج. پرسشنامه استاندارد کفایت اجتماعی فلنر (۱۹۹۰): پرسشنامه کفایت اجتماعی توسط فلنر (۱۹۹۰)، به منظور سنجش کفایت اجتماعی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۴۷ سوال و شامل چهار مولفه عامل مهارت‌های رفتاری، عامل آمایه های انگیزش و انتظارات، عامل مهارت‌های شناختی و عامل کفایت هیجانی می باشد و بر اساس طیف هفت گزینه ای لیکرت با سوالاتی مانند (وقتی از کسی یا چیزی عصبانی هستم، سعی می کنم سریع واکنشی نشان ندهم). به سنجش کفایت اجتماعی می پردازد. در پرسشنامه کفایت اجتماعی هر سوال دارای هفت گزینه شامل: کاملاً موافقم، موافقم، تاحدی موافقم، نظری ندارم، تا حدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم می باشد و آزمودنی باید گزینه ای را انتخاب کند که بیشتر بیانگر احساسات و نظرات او باشد. در پژوهش پیری و همکاران (۱۳۹۰) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش پیری و همکاران (۱۳۹۰) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد.

تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده، به دو روش توصیفی و استنباطی از طریق نرم‌افزار SPSS21 انجام شد. در این پژوهش، از آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و نشان دادن فراوانی و نمودارهای مربوط به آن استفاده شد و از آمار استنباطی، به منظور بررسی فرضیه‌ها استفاده گردید. قبل از آزمون فرضیه‌ها، مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد. سپس مفروضه هم‌گنی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین در تمام متغیرهای دو گروه بررسی گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا برای فرضیه‌های اصلی) و تک‌متغیره (آنکوا برای فرضیه‌های فرعی) استفاده شد.

نتایج

یافته های جمعیت شناختی ۳۰ آزمودنی و نشان داد که ۵۰٪ آزمودنی ها در گروه شاهد و ۵۰٪ نیز در گروه آزمایش و ۴۷٪ آزمودنی ها بین ۲۵ تا ۳۵ سال، ۳۰٪ بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۲۳٪ نیز بین ۴۱ تا ۴۵ سال می باشند.

جدول شماره ۲: توصیف متغیرهای

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پذیرش اجتماعی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۵/۳۹	۰/۳۵
		پس آزمون	۱۵	۵/۳۰	۰/۲۹
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۷/۴۵	۰/۳۱
		پس آزمون	۱۵	۱۵/۸۵	۰/۴۰
بهبودی روانشناختی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۲/۳۳	۰/۱۵
		پس آزمون	۱۵	۲/۵۰	۰/۳۱
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۲/۴۱	۰/۱۲
		پس آزمون	۱۵	۳/۱۰	۰/۳۶
کفایت اجتماعی	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۳/۳۰	۰/۱۳
		پس آزمون	۱۵	۳/۴۶	۰/۳۵
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۳/۳۷	۰/۱۰
		پس آزمون	۱۵	۵/۲۵	۰/۲۶

همان طوری که ملاحظه می شود مقدار متغیرهای پذیرش اجتماعی، بهبودی روانشناختی و کفایت اجتماعی در مرحله پیش آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود ندارد. اما مقدار متغیرهای پذیرش اجتماعی، بهبودی روانشناختی و کفایت اجتماعی در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش محسوسی یافته است.

جدول شماره ۳: آزمون نرمال

متغیرها	مقدار آماره z	مقدار خطا	sig
پذیرش اجتماعی	۰/۸۵۶	۰/۰۵	۰/۰۷۲
بهبودی روانشناختی	۰/۸۰۶	۰/۰۵	۰/۰۷۳
کفایت اجتماعی	۰/۶۳۳	۰/۰۵	۰/۰۵۶

با توجه به اطلاعات جدول آزمون نرمال ملاحظه می گردد که مقدار احتمال در هیچ کدام از متغیرها معنی دار نشده است (مقدار احتمال بزرگتر از سطح خطای ۰/۰۵ می باشد) که نشان دهنده نرمال بودن متغیرهای تحقیق می باشد که یکی از پیش شرط های استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس می باشد.

جدول شماره ۴: تحلیل کواریانس یکطرفه تأثیر درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی

معلمان

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۱/۲۰۴	۲	۰/۶۰۲	۶/۴۰۸	۰/۰۰۵	
عرض از مبدا	۰/۶۹۲	۱	۰/۶۹۲	۷/۳۶۹	۰/۰۱۱	
پیش آزمون بهزیستی روانشناختی	۱/۲۵۴	۱	۱/۲۵۴	۱۱/۱۲۵	۰/۰۰۲	
گروه (متغیر مستقل)	۱/۱۰۳	۱	۱/۱۰۳	۱۱/۷۳۷	۰/۰۰۲	۰/۲۷۲
خطا	۲/۵۳۶	۲۷	۰/۰۹۴			
مجموع	۲۲۲/۶۰۳	۳۰				
کل تصحیح شده	۳/۷۴۰	۲۹				

با توجه به میزان $F = ۱۱/۷۳$ و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح ۰/۰۵ کمتر می باشد با ۰/۹۵ اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی معلمان اثربخش است. در واقع آموزش درمان هیجان مدار موجب بهبود بهزیستی روانشناختی معلمان می گردد.

جدول شماره ۵: تحلیل کواریانس یکطرفه تأثیر درمان هیجان مدار بر پذیرش اجتماعی معلمان

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۲/۹۹۳	۲	۱/۴۹۶	۱۴/۰۵۲	۰/۰۰۰	
عرض از مبدا	۱/۰۹۹	۱	۱/۰۹۹	۱۰/۳۲۰	۰/۰۰۳	
پیش آزمون پذیرش اجتماعی	۰/۷۰۷	۱	۰/۷۰۷	۶/۶۴۲	۰/۰۱۶	
گروه (متغیر مستقل)	۲/۰۶۲	۱	۲/۰۶۲	۱۹/۳۶۳	۰/۰۰۰	۰/۴۷۴
خطا	۲/۸۷۵	۲۷	۰/۱۰۶			
مجموع	۲۰۶/۰۷۶	۳۰				
کل تصحیح شده	۵/۸۶۸	۲۹				

با توجه به میزان $F = ۱۹/۳۶$ و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح $۰/۰۵$ کمتر می باشد با $۰/۹۵$ اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که درمان هیجان مدار بر پذیرش اجتماعی معلمان اثربخش است. در واقع آموزش درمان هیجان مدار موجب بهبود پذیرش اجتماعی معلمان می گردد.

جدول شماره ۶: تحلیل کواریانس یکطرفه تأثیر درمان هیجان مدار بر کفایت اجتماعی معلمان

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	Sig	شدت اثر
مدل تصحیح شده	۲/۵۳۵	۲	۱/۲۶۷	۱۲/۵۲۱	۰/۰۰۰	
عرض از مبدا	۰/۶۹۳	۱	۰/۶۹۳	۶/۸۴۳	۰/۰۱۴	
پیش آزمون کفایت اجتماعی	۰/۲۰۶	۱	۰/۲۰۶	۲/۰۵۷	۰/۰۰۰	
گروه (متغیر مستقل)	۲/۴۱۳	۱	۲/۴۱۳	۲۳/۸۴۳	۰/۰۰۰	۰/۴۴۳
خطا	۲/۷۳۳	۲۷	۰/۱۰۱			
مجموع	۲۳۳/۴۰۹	۳۰				
کل تصحیح شده	۵/۲۶۷	۲۹				

با توجه به میزان $F = ۲۳/۸۴$ و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح $۰/۰۵$ کمتر می باشد با $۰/۹۵$ اطمینان فرضیه تحقیق تایید می گردد و این نتیجه حاصل می گردد که درمان هیجان مدار بر کفایت اجتماعی معلمان اثربخش است. در واقع درمان هیجان مدار موجب بهبود کفایت اجتماعی معلمان می گردد.

جدول شماره ۷: آزمون باکس به منظور بررسی برابری ماتریس واریانس ها

sig	Df2	Df1	f	Box s m
۰/۰۶۳	۴۰۲	۳۰	۱/۱۳	۳۱/۴۴

جدول ۷ آماره $Box\ M$ باکس ام را نشان می دهد. این آزمون این فرض صفر را مورد آزمون قرار می دهد که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه های مختلف برابرند. در جدول فوق چون مقدار f در سطح خطای داده شده معنی دار نیست بنابراین فرض صفر رد نمی شود. به این معنی که ماتریس های کوواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف با هم برابرند.

جدول شماره ۸: تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) تأثیر درمان هیجان مدار بر

بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان

منابع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	فیشر	سطح معنی داری	شدت اثر
پذیرش اجتماعی	۲/۰۶۲	۱	۲/۰۶۲	۱۹/۳۶۳	۰/۰۰۰	۰/۴۷۴
بهزیستی روانشناختی	۱/۱۰۳	۱	۱/۱۰۳	۱۱/۷۳۷	۰/۰۰۲	۰/۲۷۲
کفایت اجتماعی	۲/۴۱۳	۱	۲/۴۱۳	۲۳/۸۴۳	۰/۰۰۰	۰/۴۴۳

همان طوری که در جدول فوق مشاهده می شود که درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان اثربخش است. که با توجه به شدت اثر، درمان هیجان مدار بر پذیرش اجتماعی معلمان تأثیر بیشتری نسبت به متغیرهای دیگر دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی معلمان اثربخش است. در واقع آموزش درمان هیجان مدار موجب بهبود بهزیستی روانشناختی معلمان می گردد. این نتایج با نتایج نقی نسب اردهانی، جاجرمی و محمدی پور (۱۳۹۷)، منصوریان، خلعتبری، ترخان، قربان شیروودی و زربخش (۱۳۹۷)، سوری (۱۳۹۷)، کوریان^۱ (۲۰۱۷)، لويس^۲ (۲۰۱۷)، وو و برون^۳ (۲۰۱۶) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که درمان مبتنی بر هیجان موجب بهبود بهزیستی روانشناختی می شود و این افراد می آموزند تا به سبک دلبستگی ایمن برسند و بتوانند روابطی با حداقل تنش و اضطراب را تجربه کنند. از طرفی، در توضیح این فرضیه اینگونه می توان گفت: درمان هیجان مدار، یک درمان کوتاه مدت است که بر کیفیت روابط افراد و سبک دلبستگی آنها تمرکز می کند. درمانگر به سبک دلبستگی و الگوهای ارتباطی افراد توجه دارد و بر اساس آن مراحل درمانی را به گونه ای

¹ Kurian, G.

² Lewis, M.

³ Woo, C. S. & Brown, E. J.

تنظیم می‌کند تا به ایجاد دلبستگی ایمن منجر شود و افراد بتوانند با اعتماد بیشتری به سمت رابطه‌ای مثبت و سازنده قدم بردارند و بتوانند به شیوه‌ای سازنده هیجان‌های خود را ابراز کنند. هدف تمامی درمان‌های روانشناختی، بالابردن کیفیت زندگی افراد است. پس هر یک از رویکردهای درمانی با ابزارهای مختلف خود به دنبال این هدف هستند. برای مثال، در درمان‌های شناختی بر زنجیره افکار و شناخت‌های فرد تمرکز می‌شود. برتری رویکردها با توجه به مراجع و چالش‌های او متفاوت خواهد بود (الیوت و همکاران، ۲۰۱۹). هیجان‌ها به طور ناگشودنی با شناخت‌ها پیوند خورده‌اند. آن‌ها یک نظام پیش‌کلامی سریع برای ارزیابی خطر فراهم می‌سازند، برجستگی خاطرات را تعیین می‌کنند، بر علامت‌دهی و ارتباط بین‌فردی تأثیر می‌گذارند به شایستگی اجتماعی کمک می‌کنند و با افکار هشیار برای ایجاد روایت‌هایی که جایگاه فرد را در جهان در طول زمان تعیین می‌کنند، تعامل می‌نمایند. از دیدگاه تکاملی، هیجان‌ها ضرورتی بنیادی و انطباقی قلمداد می‌شوند. هیجان‌ها اطلاعاتی فراهم می‌آورند که انسان را به سمت نیازهای اساسی خویش هدایت می‌کند و با انگیزه برای برآورده کردن این نیازها با محیط تعامل می‌کنند (پاور، ۲۰۱۸). از طرفی دیگر، بهزیستی روانشناختی شامل توانایی زندگی کردن همراه با شادی و بهره‌وری، بدون وجود دردسر است. در واقع بهزیستی روانشناختی شیوه سازگاری با دنیاست، انسان‌هایی که مؤثر، شاد و راضی هستند و حالت یکنواختی خلقی، هوش هشیارانه، رفتار ملاحظه‌گرانه اجتماعی و گرایش شاد را حفظ می‌کنند (باباپور، ۱۳۸۹). بنابراین، بهزیستی روانشناختی عنوان و برجستگی است که دیدگاه و موضوعات مختلف مانند عدم وجود علائم ناتوان‌کننده یکپارچگی کارکرد روانشناختی، سلوک مؤثر در زندگی شخصی و اجتماعی، احساسات مرتبط با بهزیستی اخلاقی و معنوی و مانند آن را دربر می‌گیرند. این پژوهش نشان داده است که درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روانشناختی معلمان مؤثر می‌باشد.

همچنین نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر پذیرش اجتماعی معلمان اثربخش است. در واقع آموزش درمان هیجان‌مدار موجب بهبود پذیرش اجتماعی معلمان می‌گردد. این نتایج با نتایج نصری، کابری و شریفی (۱۳۹۸)، نیکوکار لنگ (۱۳۹۶)، منصوریان، خلعتبری، ترخان، قربان شیرودی و زربخش (۱۳۹۷)، آرچ و کراسک^۱ (۲۰۱۸)،

¹ Arch, J. J. & Craske, M. G.

لویس^۱ (۲۰۱۷)، وو و برون^۲ (۲۰۱۶) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که درمان مبتنی بر هیجان مدار که افراد به سبک دلبستگی ایمن و الگوی ارتباطی مناسب با دیگران می رسند، بر پذیرش اجتماعی معلمان اثربخش بوده است و افراد برخوردار از درمان هیجان مدار، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای کلی و عمومی درک می‌کنند که از افراد مختلف تشکیل شده است و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند و باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی درباره ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. از طرفی، در توضیح این فرضیه اینگونه می توان گفت که رویکرد درمان مبتنی بر هیجان، بر روی هیجانات و عواطف تمرکز دارد و اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است که از راه خویشتن پنداری مثبت سعی در خود نظم بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد و در جلسات درمانی به طور گسترده از روش های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می کنند. از سویی شیوه هیجان مدار تلفیقی از دیدگاه های انسان گرایانه، دلبستگی و شناختی است و به صورت گسترده از راهبردهایی از قبیل شناخت، تمرکز بر احساسات، تاکید بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پیدا کردن راه حل و خلق و ایجاد معانی تازه و حسنه در این رویکرد استفاده می شود و با توجه به اینکه بیشتر احساسات حالت هیجانی دارند با آموزش و با استفاده از روش های مداخله ای خاص این رویکرد، می توان باعث تغییر و اصلاح عواطف مثبت و منفی افراد شد(نیکوکار لنگ، ۱۳۹۶). از طرف دیگر، منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است. پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است که همگی آن‌ها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند، به این درک رسیده‌اند که افراد به طور کلی سازنده هستند. همان‌گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بیانجامد(حکیم‌پناه، ۱۳۹۴). افراد برخوردار از این بُعد از سلامت، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای کلی و عمومی درک می‌کنند که از افراد مختلف تشکیل شده است و به دیگران به

¹ Lewis, M.

² Woo, C. S. & Brown, E. J.

عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند و باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی دربارهٔ ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. این پژوهش نشان داده است که درمان هیجان مدار بر پذیرش اجتماعی معلمان مؤثر می‌باشد

نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که درمان هیجان مدار بر کفایت اجتماعی معلمان اثربخش است. در واقع درمان هیجان مدار موجب بهبود کفایت اجتماعی معلمان می‌گردد. این نتایج با نتایج نجفی، سلیمانی، احمدی، جاویدی، حسینی کامکار و پیرجاوید (۱۳۹۶)، نیکوکار لنگ (۱۳۹۶)، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۵)، آرچ و کراسک^۱ (۲۰۱۸)، پولو^۲ (۲۰۱۶)، وو و برون^۳ (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر هیجان مدار که افراد به سبک دل‌بستگی ایمن و خلق احساسات مثبت نسبت به دیگران می‌رسند، بر احساس کفایت اجتماعی ک شامل خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، مدیریت خود، مهارت‌های ارتباطی و مسئولیت تصمیم‌گیری است اثرگذار می‌باشد. درمانگر هیجان مدار به میزان پویایی مراجع در جلسات درمانی توجه می‌کند، تعاملات خانوادگی افراد را مورد بررسی قرار می‌دهد و سعی می‌کند تا ارتباطی که مبتنی بر احساسات صادقانه است را تقویت کند. برای رسیدن به این هدف، درمانگر فرد را تشویق می‌کند تا به مسائل عاطفی فعلی خود نگاهی بیندازد و کمک می‌کند تا فرد احساسات و عواطف خود را بهتر از پیش شناسایی کند. از طرفی کفایت اجتماعی به عنوان توانایی افراد برای عمل به شیوه سازگارانه متناسب با سن و توانایی شناختی تعریف می‌شود. کفایت اجتماعی در برگیرنده عواملی چون خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، مدیریت خود، مهارت‌های ارتباطی و مسئولیت تصمیم‌گیری است. هسته مرکزی کفایت اجتماعی مهارت‌های ارتباطی است؛ زیرا از طریق مهارت‌های ارتباطی مولفه‌های دیگر کسب می‌شود (رضایی، ۱۳۹۴). در کفایت اجتماعی سه جنبهٔ مهم وجود دارند: توانایی ایجاد روابط بین فردی سالم و مثبت و حل تعارضات، توسعه واضح هویت خود در جمع و یک گروه یا هویت جمعی شامل هویت ملی و گرایش به سوی شهروند مسئول و دلسوز. کفایت اجتماعی توانایی عملکرد انسان در اجرای استقلال شخصی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی است. کفایت اجتماعی

¹ Arch, J. J. & Craske, M. G.

² Poulou, M. S.

³ Woo, C. S. & Brown, E. J.

شایستگی و شرایط داشتن مهارت‌های شناختی، اجتماعی، هیجانی و رفتارهایی است که برای رشد سالم و تطابق با محیط اجتماعی ضروری هستند (جعفرمدار قره‌باغ، ۱۳۹۸). این پژوهش نشان داده است که درمان هیجان مدار بر کفایت اجتماعی معلمان موثر می باشد. در نهایت نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان اثربخش است. که با توجه به شدت اثر، درمان هیجان مدار بر پذیرش اجتماعی معلمان تاثیر بیشتری نسبت به متغیر های دیگر دارد. این نتایج با نتایج نصری، کابرابری و شریفی (۱۳۹۸)، نقی‌نسب اردهانی، جاجرمی و محمدی‌پور (۱۳۹۷)، نجفی، سلیمانی، احمدی، جاویدی، حسینی کامکار و پیرجاوید (۱۳۹۶)، وو و برون^۱ (۲۰۱۶)، لوپس^۲ (۲۰۱۷)، هامارات^۳ (۲۰۱۸) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که درمان هیجان مدار قادر به ارتقاء و بهبود بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی می باشد. به طور کلی، رسالت درمانگر در درمان هیجان مدار علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت هایی برای تنظیم هیجان است. و افراد با قدرت تنظیم هیجان می توانند اتفاقات استرس زا را در رابطه با تهدیدآمیز بودن و یا نبودن ارزیابی نمایند و راه های برخورد با این استرس زاها را خلق نمایند و از این طریق در شرایط و موقعیت های گوناگون به درستی هیجانان خود را تنظیم کنند، با تجارب استرس زا مقاومت کنند و شادی را تجربه کنند که این خود باعث بهزیستی افراد می شود (لوپس، ۲۰۰۷). از طرفی، افراد برخوردار از درمان هیجان مدار، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای کلی و عمومی درک می کنند که از افراد مختلف تشکیل شده است و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند (نیکوکار لنگ، ۱۳۹۶). این پژوهش نشان داده است که درمان هیجان مدار بر بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان موثر می باشد. در این تحقیق محدوده اجرای پژوهش معلمان مقطع ابتدایی ورامین بوده است. همچنین جامعه مورد مطالعه به معلمان محدود بود. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می گردد این پژوهش را در شهرهای دیگر و به طور گسترده تر انجام دهند. به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می گردد تا به بررسی اثربخشی رویکرد مبتنی هیجان مدار بر سازگاری فردی اجتماعی معلمان بپردازند.

¹ Woo, C. S. & Brown, E. J.

² Lewis, M.

³ Hamarat, S. O.

پیشنهاد می‌شود آموزش و پرورش با ارائه خدمات مشاوره‌ای رایگان برای معلمان، موجب بهبود مشکلات اضطراب و تنش‌های ناشی از عدم شناخت و بیان هیجانات مثبت و منفی این افراد گردد. روانشناسان و مشاوران سازمان آموزش و پرورش با استفاده از جلسات ماهیانه، نحوه حفظ و برقراری روابط سالم با افراد جامعه و پذیرش دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها را به معلمان آموزش دهند. بهره‌گیری مشاوران خانواده و ازدواج از این رویکرد درمانی موثر و کاربردی در کلاس‌های آموزش خانواده و زوج، جهت کاهش مشکلات و افزایش رضایتمندی زناشویی از دیگر پیشنهادات این پژوهش می‌باشد.

منابع و ماخذ

- بیات اصغری، محمد. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز برهیجان و طرحواره درمانی به شیوه گروهی، نشریه علمی زن و فرهنگ، ۱۱(۵)، ۶۲-۷۳.
- ثمری، علی اکبر و لعلی فاز، احمد. (۱۳۹۴). مطالعه اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال هفتم، شماره بیست و پنج و بیست و شش، صفحه ۴۷.
- جعفرمدار قره‌باغ، زهرا. (۱۳۹۸). *نقش احساس شایستگی و تمایز یافتگی در پیش‌بینی کفایت اجتماعی*، انتشارات سنجش و دانش.
- حکیم‌پناه، زهرا. (۱۳۹۴). *پذیرش اجتماعی*، انتشارات مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران.
- رضایی، سعید. (۱۳۹۴). *کفایت اجتماعی: کودکان مبتلا به بیماری‌های حاد و مزمن*، انتشارات آوای نور.
- سوری، حسین. (۱۳۹۷). رابطه تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای معنویت، *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، سال پانزدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۷.
- شرف‌الدین، هدی. (۱۳۹۵). *رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و پذیرش اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی واحد علوم و تحقیقات خوزستان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد اهواز.

عباس پور، علی اصغر. (۱۳۹۵). بررسی وضعیت سرمایه اجتماعی و کفایت اجتماعی و سلامت روانی و متغیرهای تقویت کننده آن در بین کارکنان ورزش و جوانان استان مازندران، پایان نامه، کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری.

محمدی نژاد، بهجت و ربیعی، محمد. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه، *طب انتظامی*، ۴(۳): ۱۷۹-۱۹۰.

منصوریان، جمیله؛ خلعتبری، جواد؛ ترخان، مرتضی؛ قربان شیرودی، شهره و زربخش، محمدرضا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی ایماگوتراپی و زوج درمانی هیجان مدار بر بهزیستی روان شناختی زوجین ناسازگار و درگیر خیانت، *مجله دانشکده پزشکی، دوره ۶۱*، ویژه نامه ۱، بهمن و اسفند ۱۳۹۷، صفحه ۱۸۲-۱۹۲.

میرزازاده، فاطمه؛ احمدی، خدابخش و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۰). تاثیر درمان هیجان مدار بر سازگاری پس از طلاق در زنان، *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۱(۴)، ۴۶۰-۴۴۱. نایب حسین زاده، سپیده؛ فتح الله زاده، نوشین، سعادت، نادره و رستمی، مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش بهزیستی روانشناختی و خود بیمارانگاری مادران کودکان ناتوان آموزش پذیر، *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، دوره دوازدهم، بهار ۱۳۹۸، شماره ۳.

نجفی، مریم؛ سلیمانی، علی اکبر؛ احمدی، خدابخش؛ جاویدی، نصیرالدین؛ حسینی کامکار، الناز و پیرجاوید، فاطمه. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سازگاری زناشویی و ارتقاء کفایت اجتماعی زوجین نابارور، *مجله زنان، مامائی و نازائی ایران*، دوره هفدهم، شماره ۱۳۳، صفحه ۲۱-۸، هفته سوم بهمن ۱۳۹۶.

نریمانی، محمد؛ عالی ساری نصیرلو، کریم و عفت پرور، سودا. (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش متمرکز بر هیجان بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش آموزان آزار دیده عاطفی. دو *فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۲(۳)، صص ۵۰-۳۷.

نصری، شیما؛ کابرابری، کیوان و شریفی، محمد. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی و پذیرش اجتماعی زنان مطلقه، *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، سال نهم، شماره ۳۴، زمستان ۱۳۹۹، صفحات ۱۴۲-۱۲۹.

نقی نسب اردهانی، فاطمه؛ جاجرمی، محمود و محمدی پور، محمد. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر عملکرد ازدواج و بهزیستی روانشناختی زنان دارای تعارضات زناشویی، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، پاییز ۱۳۹۸/دوره ۲۰/ شماره ۳ (پی در پی ۶۷/۱) نیکوکار لنگ، میلاد. (۱۳۹۶). *ارتباط تنظیم هیجان و کفایت اجتماعی با پذیرش اجتماعی و بهزیستی روانشناختی دانش آموزان نوجوان پسر*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت.

هنرپروران، نازنین. (۱۳۹۱). *رویکرد هیجان مدار در زوج درمانی*، انتشارات دانژه.
 هنرپروران، نازنین. (۱۳۹۶). *اثربخشی آموزش رویکرد هیجان مدار بر رضایت جنسی زوجین*.
فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره چهارم، شماره ۱۵.

Arch, J. J. & Craske, M. G. (2019). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice* (2018); 15(4): 263-279.

Asher, S. R. & Dodge, K. A. (2002). Identifying children who are rejected by their peers. *Developmental Psychology*, 22, 444-449.

Augusto Landa, J. M., Lopez-Zafra, E.; Martinez de Antonana, R.; and Pulido, M. (2016). Perceived emotional intelligence and life satisfaction among university teachers, *Psicothema*, 1(18): 152-168.

Austin, E. J. (2014). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence, *Personality and Individual Differences*, 38: 547-558.

Bridge, K. C. & Winkelman, P. (2013) What is an unconscious emotion? The case for unconscious. *Cognition and Emotion, Journal of Educational psychology*, 102(2): 231 -259.

Burgess, F. (2016). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

Caviola, S.; Mammarella, I. C.; Cornoldi, C.; & Lucangeli, D. (2013). A metacognitive visuospatial working memory training for children. *International Electronic Journal of Elementary Education*, 2(1): 123-136.

Chang, Yuhuan. (2017). The relationship between maladaptive perfectionism with burnout: Testing mediating effect of emotion-focused coping, *Journal of Personality and Individual Differences*, Volume 53, Issue 5, October 2012, Pages 635–639.

- Cobb, R. (2013). The relationship between self-regulated learning behaviors and academic performance in web-based courses. *A Dissertation submitted to the faculty of Virginia polytechnic Institute and state university for the degree of Doctor of philosophy.*
- Cucu-Ciuhan G. Raised by a schizophrenic mother: application of emotion focused therapy in a clinical case with mild depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences.* 2015; 205: 30-4. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.007>
- Denton WH, Wittenborn AK, Golden RN. (2019). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *J Marital Fam Ther.* 38 1:23-38.
- Fisher, Josie & Bonn, Ingrid. (2015). International Strategies and ethics: exploring the tension between head office and subsidiaries, *Management Decision*, 45, 10, 1560-1572
- Gordon KC, Baucom DH, Snyder DK. (2019). Treating couples recovering from infidelity: an integrative approach. *J Clin Psychol* 61(11): 1393-405.
- Greenberg L, (2020). Warwar S, Malcolm W. Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *J Marital Fam Ther.* 36(1):28-42.
- Greenberg, Leslie. (2018). Emotion-Focused Therapy: A Synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy* .36(2), 87-93.
- Hamarat, S. O. (2018). *The relationship between juate chaistian religion and mental health a mong middle aged and older Adults.*
- Javidi N.(2013). The effectiveness of emotionally focused couples therapy (EFCT) in improving marital satisfaction and family behavior control. *Biannua Journal of Applied Counselng.* 3(2):65-78. [Persian]
- Johnson SM. (2003).The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *J Marital Fam Ther.* 29(3):365-384.
- Kurian, G. (2017). *Emotionally-Focused Therapy in Adolescents Grief Work: What Helps Healthy Grieving?* An Psychother Integ Health.
- Lewis, M. (2017). The role of the self in shame. *Social Research*, 70, 1181–1204.
- McLean LM, Hales S. (2018). Childhood trauma, attachment style, and a couple's experience of terminal cancer: Case study. *Palliat Support Care.* 8(2):227-233.

- Mudrack , P. E. (2014) . Job involvement, obsessive-compulsive personality traits , and workaholic behavioral tendencies .*Journal of Organizational Change Management* , 17 , 490-508 .
- Peluso PR.(2020). *Infidelity: A practitioner's guide to working with couples in crisis*. New York, NY: Routledge.
- Poulou, M. S. (2016). The role of Trait Emotional Intelligence and social and emotional skills in students' emotional and behavioural strengths and difficulties: A study of Greek adolescents' perceptions. *The international journal of of Emotional education*, 2(2), 30-47.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2016).changing problematic parent-child interaction in child anxiety disorder: the promise of acceptance and commitment therapy. *Journal of contextual behavioral science*, article JCBCD 1400026.
- Woo, C. S. & Brown, E. J. (2016). Role of meaning in the prediction of depressive symptoms among trauma-exposed and non trauma-exposed emerging adults. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12): 1269-1283r.