

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان (EFT) بر پذیرش و کفایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی معلمان شهر تهران

خدیجه زارع

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ایران
Zare60kh@gmail.com

چکیده

هدف از انجام این تحقیق بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان (EFT) بر پذیرش و کفایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی معلمان شهر تهران بود. روش پژوهش از نوع نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه معلمان مقطع ابتدایی شهر تهران سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ 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 مبتنی بر هیجان 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 مبتنی بر هیجان بر پذیرش و کفایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی معلمان اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر هیجان، پذیرش اجتماعی، کفایت اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی.

۱. مقدمه

ازدواج یک پیوند شناخته شده قانونی و اجتماعی، به طور ایدئال در سراسر عمر است که مستلزم حقوق و تعهدات جنسی، اقتصادی و اجتماعی برای همسران است. ازدواج مهم ترین 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 تأثیر می گذارند. تعاملات و الگوهای مراوده 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 مراوده ای و تعاملات بین زن و شوهر، در رسیدن به اهداف ازدواج سودمند و مؤثر است (میرزا زاده، 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 مسئله و تصمیم گیری، نقش، انعطاف پذیری، شیوه فرزند پروری، اقتصاد و مسائل 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. بنابراین پیامدهای نارضایتی از رابطه زوجی می تواند جدی و گسترده باشد. روانشناسی مثبت نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان شناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روان شناختی مفهوم سازی کرده است. از نظر ریف بهزیستی روان شناختی 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 (تأکید 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 روان شناختی) 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 به وجود 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 روان شناختی 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 است (ثمیری و لعلی فاز، ۱۳۹۴).

پذیرش اجتماعی در واقع برآیند چندین پدیده اجتماعی همچون نفوذ اجتماعی، همنوایی، قضاوت اجتماعی و نگرش های افراد است. 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 واقعی‌شان را بروز دهند باز می‌دارد. همچنین بر پاسخ‌ها و واکنش‌هایی دلالت می‌کند که برخی افراد تمایل دارند در اجتماع مورد پسند واقع شوند و مطلوبیت اجتماعی کسب کنند، این‌گونه پاسخ‌ها را از خود بروز می‌دهند (شرف‌الدین، ۱۳۹۵).

در حال گذر جامعه، زندگی اجتماعی را برای افراد ناتوان، با مسائل و مشکلات خاصی مواجه نموده است. در این شرایط یکی از مهم‌ترین 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 مسائل و مشکلات روزمره، از راه‌حل‌های نا مؤثر 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 سبب‌شناسی مسائل افراد داشته و سبب می‌شود تا حد زیادی نسبت به فشارهای بیرونی و درونی آسیب‌پذیرتر 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 و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند که کفایت اجتماعی دربرگیرنده چهار مؤلفه است: مهارت‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های هیجانی و عاطفی و مهارت‌های انگیزشی (ناوی پور، ۱۳۹۶).

رویکردهای مختلفی برای کمک به زوجین دچار تعارض ارائه شده است. از جمله رویکردهایی که می‌تواند در این زمینه مناسب باشد؛ می‌توان زوج‌درمانی مبتنی بر هیجان را نام برد. در زوج‌درمانی مبتنی بر هیجان، 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 ایمن‌تری بپردازند که این خود موجب تداوم تغییرات پایدار در رضایت از رابطه زوجها و دستیابی به پاسخ‌های هیجانی انطباقی اولیه به موقعیت‌ها می‌شود. فرضیه اساسی رویکرد درمان مبتنی بر هیجان بیان می‌کند تا زمانی که هریک از زوجین، قادر نباشند نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های رضایتمندی و امنیت با یکدیگر در میان گذارند؛ تعارضات زناشویی شروع به شکل‌گیری می‌کنند (نریمانی، عالی ساری نصیرلو و عفت پور، ۱۳۹۳). این رویکرد معتقد است که آشفتگی‌های زناشویی همراه حالت فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی ایجاد می‌شود و ادامه پیدا می‌کند. کاهش دلبستگی اجتنابی و دلبستگی اضطرابی، افزایش اعتماد و عمق تجرب هیجانی در فرایند درمان مبتنی بر هیجان و کنترل هیجانی بالاتر با استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان از جمله عوامل اصلی پیش‌بینی 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 می‌دهد (جانسون، ۲۰۰۳). در پژوهش‌های مختلف اثربخشی رویکرد مبتنی بر هیجان در بهبود افسردگی و افزایش کیفیت روابط بین فردی (دنتون و همکاران، ۲۰۱۹)، کنترل رفتار خانواده (جاویدی، ۲۰۱۳)، افزایش رضایتمندی جنسی (گوردون و همکاران، ۲۰۱۹)، بهبود الگوهای ارتباطی (بورگس، ۲۰۱۶) و بهبود علائم افسردگی و استرس پس از سانحه (پلوسو، ۲۰۲۰) بررسی و تأیید شده است. گرینبرگ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی رویکرد مبتنی بر هیجان را برای التیام آسیب‌های هیجانی به کاربرند. 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 روان‌پزشکی گزارش کردند (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). مک لین و هالیس ۶ (۲۰۱۸) در یک مطالعه موردی اثربخشی رویکرد مبتنی بر هیجان 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 فعالیت‌های روزمره زندگی شده است (مک لین و هالیس، ۲۰۱۸).

با توجه به اهمیت موضوع خانواده و آسیب‌های متأثر از آن به‌خصوص در خانواده‌ها، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات روان‌درمانی از جمله الگوی درمانی مبتنی بر هیجان برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود. با توجه به این‌که مطالعات درمان مبتنی بر هیجان در داخل و خارج کمبود بررسی اثربخشی این رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند مثر تر 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 مؤثر واقع شود (بیات اصغری، ۱۳۹۴). هیچ‌یک از این پژوهش‌ها به‌طور اختصاصی تأثیر رویکرد مبتنی بر هیجان 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 مبتنی بر هیجان بر پذیرش و کفایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی معلمان شهر تهران اثر دارد؟

۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر، از جمله طرح‌های نیمه آزمایشی، به‌صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است 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 شهر تهران بودند که تعداد آن‌ها برابر با ۱۱۷۰ نفر بود. نمونه آماری پژوهش نیز ۳۰ نفر از معلمان مقطع ابتدایی شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. در این مطالعه دو گروه (معلمان مقطع ابتدایی تهران) به تعداد ۴۰ نفر برای پژوهش انتخاب شدند و ۱۰ نفر دیگر به علت 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 به‌عنوان آزمودنی در این پژوهش انتخاب گردیدند و به‌صورت 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 سرفصل‌های 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 مبتنی بر هیجان) با اجرای یک پیش‌آزمون میزان بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی آن‌ها مورد سنجش قرار گرفته و دومین اندازه‌گیری با اجرای یک پس‌آزمون بعد از آموزش درمان مبتنی بر هیجان (متغیر مستقل) صورت گرفت. معیارهای ورود شامل: معلمان مقطع ابتدایی دارای سنین ۲۵ تا ۴۵ سال، کسب نمره پایین در پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی و پذیرفتن معلمان مراجعه‌کننده برای شرکت در پژوهش، پس از امضای رضایت‌نامه کتبی و عدم دریافت قبلی آموزش درمان مبتنی بر هیجان 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 روان‌درمانی در مراکز مشاوره و کلینیک‌های شهر تهران به‌صورت فردی یا گروهی است.

جدول شماره ۱: شرح جلسات مشاوره زوج‌درمانی مبتنی بر هیجان

| 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 سبک‌های دل‌بستگی، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه دوم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، آشنایی با سیستم لیمبیک، آشنایی با سبک‌های ارتباطی ناسالم، شناسایی و نام‌گذاری احساسات و هیجانات، ارزش‌یابی ماهیت مشکل و نوع رابطه، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه سوم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی الگوهای تعاملی و پاسخ‌های هیجانی، ارائه تکالیف |

| | |
|--------------|--|
| جلسه چهارم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی چرخه منفی اصلی و احساسات اولیه زیر این چرخه، شناسایی ترس‌ها/موضوعات دلبستگی مرتبط، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه پنجم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی ترس‌ها و نایمنی‌های اساسی در رابطه زوجی، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه ششم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، ربط دادن هیجانات اولیه به هیجانات ثانویه، برون‌ریزی هیجانات ثانویه، پرداختن به هیجانات اولیه و تجربه آن، قاب‌گیری مجدد مشکل، توصیف چرخه منفی تکرارشونده خود، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه هفتم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، شناسایی تعارضات اصلی و چرخه‌های تعاملی موجود با توجه به موضع دلبستگی، کاوش در مسائل درون روانی هر همسر، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه هشتم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، قاب‌گیری مجدد تجربه شخصی هر فرد از منظر دلبستگی، افزایش‌پذیرش نسبت به تجربه همسر و راه‌های نوین تعامل‌گری، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه نهم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، تلفیق تجربه‌های هیجانی جدید با خود جدید، تشویق اعضا به تازه‌نگه‌داشتن پیوند ایمن با همسرانشان از طریق توجه به خواسته‌ها و تمایلات یکدیگر، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه دهم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، چگونگی حل صدمات دلبستگی: الف) بررسی شاخه‌های صدمات دلبستگی، ب) تشخیص عواطف، پ) عهد و پیمان مجدد، ت) بخشش و دلجویی؛ ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه یازدهم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، عمیق‌تر کردن پیوند عاطفی بینفرد و همسرش و افزایش احساس امنیت، لذت و صمیمیت، بررسی ظرفیت‌های عشقورزی، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه دوازدهم | 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، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه سیزدهم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، حرکت به سمت تحکیم رابطه، بخشودگی و آشتی‌جویی، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه چهاردهم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، جمع‌بندی و مرور مفاهیم و مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات قبل، بیان مسائل و راهکارهای استفاده‌شده توسط اعضای گروه، ارائه تکالیف خانگی |
| جلسه پانزدهم | بررسی تمرین جلسه گذشته، بررسی موانع انجام تمرین، بیان تجارب موفقیت / عدم موفقیت در مقابله با مسائل زندگی توسط اعضای گروه، گرفتن بازخورد از اعضای گروه در مورد جلسات مشاوره گروهی |

۳. ابزار گردآوری داده‌ها

الف. پرسشنامه استاندارد بهزیستی روان‌شناختی کارل ریف (۲۰۰۲):

این پرسشنامه استاندارد است که شامل ۵۴ سؤال 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 تأیید بوده است.

ب. پرسشنامه پذیرش اجتماعی کراون و مارلو (SDS) (۱۹۶۰):

این پرسشنامه، دارای ۳۳ سؤال است که به صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می‌شود. 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 روان‌شناختی که برای اندازه‌گیری 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 سؤال و شامل چهار مؤلفه عامل مهارت‌های رفتاری، عامل آمیبه‌های انگیزش و انتظارات، عامل مهارت‌های شناختی و عامل کفایت هیجانی است و بر اساس طیف هفت گزینه‌ای لیکرت با سؤالاتی مانند (وقتی از کسی یا چیزی عصبانی هستم، سعی می‌کنم سریع واکنشی نشان ندهم). به سنجش کفایت اجتماعی می‌پردازد. در پرسشنامه کفایت اجتماعی هر سؤال دارای هفت گزینه شامل: کاملاً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، تا حدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم است و آزمودنی باید گزینه‌ای 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 روش توصیفی و استنباطی از طریق نرم‌افزار SPSS26 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.

۴. نتایج

یافته‌های جمعیت شناختی ۳۰ آزمودنی و نشان داد که ۵۰٪ آزمودنی‌ها در گروه شاهد و ۵۰٪ نیز در گروه آزمایش و ۴۷٪ آزمودنی‌ها بین ۲۵ تا ۳۵ سال، ۳۰٪ بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۲۳٪ نیز بین ۴۱ تا ۴۵ سال می‌باشند.

جدول شماره ۲: توصیف متغیرها

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

همان طوری که ملاحظه می‌شود مقدار متغیرهای پذیرش اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و کفایت اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما مقدار متغیرهای پذیرش اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و کفایت اجتماعی در مرحله پس‌آزمون 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 |
| بهزیستی روان‌شناختی | ۰/۸۰۶ | ۰/۰۵ | ۰/۰۷۳ |
| کفایت اجتماعی | ۰/۶۳۳ | ۰/۰۵ | ۰/۰۵۶ |

با توجه به اطلاعات جدول آزمون نرمال ملاحظه می‌گردد که مقدار احتمال در هیچ‌کدام از متغیرها معنی‌دار نشده است (مقدار احتمال بزرگتر از سطح خطای ۰/۰۵ است) که نشان‌دهنده نرمال بودن متغیرهای تحقیق است که یکی از پیش‌شرط‌های استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس است.

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

| منابع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | فیشر | Sig | شدت اثر |
|-------------------------------|--------------|------------|----------------|--------|-------|---------|
| مدل تصحیح‌شده | ۱/۲۰۴ | ۲ | ۰/۶۰۲ | ۶/۴۰۸ | ۰/۰۰۵ | |
| عرض از مبدأ | ۰/۶۹۲ | ۱ | ۰/۶۹۲ | ۷/۳۶۹ | ۰/۰۱۱ | |
| پیش‌آزمون 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 تصحیح‌شده | ۳/۷۴۰ | ۲۹ | | | | |

با توجه به میزان $F = ۱۱/۷۳$ و با توجه به اینکه مقدار احتمال از سطح ۰/۰۵ کمتر است با ۰/۹۵ اطمینان فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد و این نتیجه حاصل می‌گردد که درمان مبتنی بر هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی معلمان اثربخش است. درواقع آموزش درمان مبتنی بر هیجان موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی معلمان می‌گردد.

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

| منابع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | فیشر | Sig | شدت اثر |
|-------------------------|--------------|------------|----------------|--------|-------|---------|
| مدل تصحیح‌شده | ۲/۹۹۳ | ۲ | ۱/۴۹۶ | ۱۴/۰۵۲ | ۰/۰۰۰ | |
| عرض از مبدأ | ۱/۰۹۹ | ۱ | ۱/۰۹۹ | ۱۰/۳۲۰ | ۰/۰۰۳ | |
| پیش‌آزمون 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 تصحیح‌شده | ۵/۸۶۸ | ۲۹ | | | | |

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

جدول شماره ۶: تحلیل کوواریانس یک‌طرفه تأثیر درمان مبتنی بر هیجان 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 مبدأ | ۰/۶۹۳ | ۱ | ۰/۶۹۳ | ۶/۸۴۳ | ۰/۰۱۴ | |
| پیش‌آزمون 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 است با $۰/۹۵$ اطمینان فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد و این نتیجه حاصل می‌گردد که درمان مبتنی بر هیجان بر کفایت اجتماعی معلمان اثربخش است. در واقع درمان هیجان‌مدار موجب بهبود کفایت اجتماعی معلمان می‌گردد.

جدول شماره ۷: آزمون باکس به منظور بررسی برابری ماتریس وارینانس‌ها

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

جدول ۷ آماره Box M باکس ام را نشان می‌دهد. این آزمون این فرض صفر را مورد آزمون قرار می‌دهد که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. در جدول فوق مقدار f در سطح خطای داده‌شده معنی‌دار نیست بنابراین فرض صفر رد نمی‌شود. به این معنی که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده بین گروه‌های مختلف باهم برابرند.

جدول شماره ۸: تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) تأثیر درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش اجتماعی و

کفایت اجتماعی معلمان

| منابع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | فیشر | سطح معنی‌داری | 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 می‌شود که درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان اثربخش است. که با توجه به شدت اثر، درمان هیجان‌مدار بر پذیرش اجتماعی معلمان تأثیر بیشتری نسبت به متغیرهای دیگر دارد.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که درمان هیجانمدار بر بهزیستی روان‌شناختی معلمان اثربخش است. در واقع آموزش درمان هیجانمدار موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی معلمان می‌گردد. این نتایج با نتایج نقی نسب اردهانی، جاجرمی و محمدی پور (۱۳۹۷)، منصوریان، خلعتبری، ترخان، قربان شیروودی و زربخش (۱۳۹۷)، سوری (۱۳۹۷)، کوریان (۲۰۱۷)، لوپس (۲۰۱۷)، وو و برون (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر هیجان موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی می‌شود و این افراد می‌آموزند تا به سبک دل‌بستگی ایمن برسند و بتوانند روابطی با حداقل تنش و اضطراب را تجربه کنند. از طرفی، در توضیح این فرضیه این‌گونه می‌توان گفت: درمان مبتنی بر هیجان، یک درمان کوتاه مدت است که بر کیفیت روابط افراد و سبک دل‌بستگی آن‌ها تمرکز می‌کند. درمانگر به سبک دل‌بستگی و الگوهای ارتباطی افراد توجه دارد و بر اساس آن مراحل درمانی را به‌گونه‌ای 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 شیوه‌های سازنده هیجان‌های خود را ابراز کنند. هدف تمامی نمایش روان‌شناختی، بالابردن کیفیت زندگی افراد است. پس هر یک از رویکردهای درمانی با ابزارهای مختلف خود به دنبال این هدف هستند. برای مثال، در نمایش‌شناختی 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 بین فردی 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 شیوه‌سازگاری با دنیاست، انسان‌هایی که مؤثر، شاد و راضی هستند و حالت یکنواختی خلقی، هوش‌هشیارانه، 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 مبتنی بر هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی معلمان مؤثر است.

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، کابرابی و شریفی (۱۳۹۸)، نیکوکار لنگ (۱۳۹۶)، منصوریان، خلعتبری، ترخان، قربان شیروودی و زربخش (۱۳۹۷)، آرچ و کراسک (۲۰۱۸)، لوپس (۲۰۱۷)، وو و برون (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که درمان مبتنی بر هیجان که افراد به سبک دل‌بستگی ایمن و الگوی ارتباطی مناسب با دیگران می‌رسند، بر پذیرش اجتماعی معلمان اثربخش بوده است و افراد برخوردار از درمان مبتنی بر هیجان، اجتماع را به‌صورت مجموعه‌ای کلی و عمومی درک می‌کنند که از افراد مختلف تشکیل شده است و به دیگران به‌عنوان 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 می‌توان گفت که رویکرد درمان مبتنی بر هیجان، بر روی هیجان‌ها و عواطف تمرکز دارد و اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است که از راه خویش‌پنداری مثبت سعی در خود‌نظم‌بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد و در جلسات درمانی به‌طور گسترده از روش‌های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می‌کنند. از سویی شیوه مبتنی بر هیجان تلفیقی از دیدگاه‌های انسان‌گرایانه، 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 انسان ها است که همگی آن ها باعث می شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند. کسانی که دیگران را می پذیرند، به این درک رسیده اند که افراد به طور کلی سازنده هستند. همان گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می تواند به سلامت اجتماعی بیانجامد (حکیم پناه، ۱۳۹۴). افراد برخوردار از این بعد از سلامت، اجتماع را به صورت مجموعه ای 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 و باور دارند که مردم می توانند ساعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی درباره ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می کنند. این پژوهش نشان داده است که درمان مبتنی بر هیجان بر پذیرش اجتماعی معلمان مؤثر است.

نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که درمان هیجانمدار بر کفایت اجتماعی معلمان اثربخش است. در واقع درمان مبتنی بر هیجان موجب بهبود کفایت اجتماعی معلمان می گردد. 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 می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که درمان مبتنی بر هیجان که افراد به سبک دل بستگی ایمن و خلق احساسات مثبت نسبت به دیگران می رسند، بر احساس کفایت اجتماعی ک شامل خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، مدیریت خود، مهارت های ارتباطی و مسئولیت تصمیم گیری است اثرگذار می باشد. درمانگر مبتنی بر هیجان به میزان پویایی مراجع در جلسات درمانی توجه می کند، تعاملات خانوادگی افراد را مورد بررسی قرار می دهد و سعی می کند تا ارتباطی که مبتنی بر احساسات صادقانه است را تقویت کند. برای رسیدن به این هدف، درمانگر فرد را تشویق می کند تا به مسائل عاطفی فعلی خود نگاهی بیندازد و کمک می کند 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 می شود. کفایت اجتماعی دربرگیرنده عواملی چون خودآگاهی، آگاهی اجتماعی، مدیریت خود، مهارت های ارتباطی و مسئولیت تصمیم گیری است. هسته مرکزی کفایت اجتماعی مهارت های ارتباطی است؛ زیرا از طریق مهارت های ارتباطی مؤلفه های دیگر کسب می شود (رضایی، ۱۳۹۴). 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. کفایت اجتماعی توانایی عملکرد انسان در اجرای استقلال شخصی و مسئولیت پذیری اجتماعی است. کفایت اجتماعی شایستگی و شرایط داشتن مهارت های شناختی، اجتماعی، هیجانی و رفتارهایی است که برای رشد سالم و تطابق با محیط اجتماعی ضروری هستند (جعفر مدار قره باغ، ۱۳۹۸). این پژوهش نشان داده است که درمان مبتنی بر هیجان بر کفایت اجتماعی معلمان مؤثر است.

در نهایت نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که درمان هیجانمدار بر بهزیستی روان شناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان اثربخش است. که با توجه به شدت اثر، درمان هیجانمدار بر پذیرش اجتماعی معلمان تأثیر بیشتری نسبت به متغیرهای دیگر دارد. این نتایج با نتایج نصری، کابرابری و شریفی (۱۳۹۸)، نقی نسب اردهانی، جاجرمی و محمدی پور (۱۳۹۷)، نجفی، سلیمانی، احمدی، جاویدی، حسینی کامکار و پیرجاوید (۱۳۹۶)، وو و برون ۱ (۲۰۱۶)، لویس ۲ (۲۰۱۷)، هامارات ۳ (۲۰۱۸) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که درمان مبتنی بر هیجان قادر به ارتقاء و بهبود بهزیستی روان شناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی می باشد. به طور کلی، رسالت درمانگر در درمان مبتنی بر هیجان علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت هایی برای تنظیم هیجان است. و افراد با قدرت تنظیم هیجان می توانند اتفاقات

استرس‌زا را در رابطه با تهدیدآمیز بودن و یا نبودن ارزیابی نمایند و راه‌های برخورد با این استرس‌زاها را خلق نمایند و از این طریق در شرایط و موقعیت‌های گوناگون به‌درستی هیجانات خود را تنظیم کنند، با تجارب استرس‌زا مقاومت کنند و شادی را تجربه کنند که این خود باعث بهزیستی افراد می‌شود (لويس، ۲۰۰۷). از طرفی، افراد برخوردار از درمان مبتنی بر هیجان، اجتماع را به‌صورت مجموعه‌ای کلی و عمومی درک می‌کنند که از افراد مختلف تشکیل شده است و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند (نیکوکار لنگ، ۱۳۹۶). این پژوهش نشان داده است که درمان مبتنی بر هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش اجتماعی و کفایت اجتماعی معلمان مؤثر است.

در این تحقیق محدوده اجرای پژوهش معلمان مقطع ابتدایی تهران بوده است. همچنین جامعه مورد مطالعه به معلمان محدود بود. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌گردد این پژوهش را در شهرهای دیگر و به طور گسترده‌تر انجام دهند. به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می‌گردد تا به بررسی اثربخشی رویکرد مبتنی بر هیجان بر سازگاری فردی اجتماعی معلمان بپردازند.

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 مؤثر و کاربردی در کلاسهای آموزش خانواده و زوج، جهت کاهش مشکلات و افزایش رضایتمندی زناشویی از دیگر پیشنهادات این پژوهش می‌باشد.

۶. منابع

- بیات اصغری، محمد. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز پرهیجان و طرحواره درمانی به شیوه گروهی، نشریه علمی زن و فرهنگ، ۱۱ (۵)، ۶۲-۷۳.
- ثمیری، 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 قهرباغ، 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.
- عباسپور، علی اصغر. (۱۳۹۵). بررسی وضعیت سرمایه اجتماعی و کفایت اجتماعی و سلامت روانی و متغیرهای تقویت‌کننده آن در بین کارکنان ورزش و جوانان استان مازندران، پایان‌نامه، کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری.
- محمدی‌نژاد، بهجت و ربیعی، محمد. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه، طب انتظامی، ۴ (۳)، ۱۹۰-۱۷۹.
- منصوریان، جمیله؛ خلعتبری، جواد؛ ترخان، مرتضی؛ قربان شیروودی، شهره و زربخش، محمدرضا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی ایماگوتراپی و زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین ناسازگار و درگیر خیانت، مجله دانشکده پزشکی، دوره ۶۱، ویژه‌نامه ۱، بهمن و اسفند ۱۳۹۷، صفحه ۱۹۲-۱۸۲ میرزازاده، فاطمه؛ احمدی، خدابخش و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۰). تأثیر درمان هیجان‌مدار

بر سازگاری پس از طلاق در زنان، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱ (۴)، ۴۴۱-۴۶۰. 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 بیمار انگاری 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 ناباور، مجله زنان، مامائی و نازائی ایران، دوره هفدهم، شماره ۱۳۳، صفحه ۸-۲۱، هفته سوم بهمن ۱۳۹۶ نیمانی، 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 ۳۷-۵۰.

نصری، شیماء؛ 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 ۱۲۹-۱۴۲. 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 هیجانمدار در زوجدرمانی، انتشارات دانژه.

هنرپروران، نازنین. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش رویکرد هیجانمدار 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. & Winkielman, 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, Yuhsuan. (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 Virgini polytechnic Instute and state university fo rthe 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). Internatinal 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-ezposed emerging adults. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12): 1269-1283r.