

تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افسردگی معلمان زن*

سارا کریمی^۱، عبدالله شفیع‌آبادی^۲، ابراهیم نعیمی^۳

Effectiveness of emotion-focused therapy on depression female teachers

Sara Karimi¹, Abdollah ShafeeAbadi², Ebrahim Naemi³

چکیده

زمینه: یکی از مشکلاتی که زنان معلم تجربه می‌کنند تعارض میان کار و خانواده است و آسیب‌پذیری در برابر مشکلات هیجانی و به دنبال آن افسردگی یکی از پیامدهای این تعارض است. اما آیا درمان هیجان‌مدار می‌تواند بر روی این افسردگی تأثیرگذار باشد؟
هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش افسردگی در معلمان زن بود. **روش:** طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه می‌باشد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه افسردگی بک است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه معلمان زن در مقطع متوسطه واقع در شهر قزوین در سال ۱۳۹۶ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از معلمان زن شاغل به کار در مقطع متوسطه بود، که به روش نمونه‌گیری هدفمند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار داده شدند. گروه آزمایش از ۱۰ جلسه درمانی بر اساس یک پروتکل محقق‌ساخته (۱۳۹۷) بهره بردند و نمره پرسشنامه افسردگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و گواه با استفاده از تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد و مورد مقایسه قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس، تفاوت معناداری را در زمینه نمره افسردگی بین گروه آزمایش و گروه گواه و اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افسردگی معلمان زن نشان داد. ($p < 0.001$) **نتیجه‌گیری:** بر این اساس می‌توان گفت که پروتکل درمانی پژوهش حاضر اثربخش واقع شده و می‌شود از آن برای کاهش افسردگی معلمان زن بهره برد. **واژه کلیدی‌ها:** درمان هیجان‌مدار، افسردگی، معلم

Background: One of the problems that female teachers experience is the conflict between work and family and vulnerability to emotional problems and depression is one of the consequences of this conflict. But can emotional therapy be effective in treating this depression? **Aims:** The purpose of the present study was to determine the effectiveness of emotion-focused therapy on reducing depression in female teachers. **Method:** The design of this study is quasi-experimental with pretest-posttest and control group. Data gathering tool is Beck Depression Inventory. The statistical population of the study was all female high school teachers in Qazvin in 1396. The sample consisted of 30 female teachers employed in secondary school, who were randomly divided into two experimental and control groups. The experimental group received 10 treatment sessions based on a researcher-made protocol (1397). Depression questionnaire scores were compared before and after the intervention in both experimental and control groups using analysis of covariance. **Results:** The results of covariance analysis showed a significant difference in the depression score between the experimental and control groups and the effectiveness of emotionally-focused therapy on depression in female teachers. ($p < 0.001$). **Conclusions:** Based on this, it can be said that the current treatment protocol is effective and can be used to reduce depression in female teachers. **Key words:** Emotion-focused therapy, Depression, Teachers

Corresponding Author: sarakarimi6990@gmail.com

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۱. M A in Family Counselling, Department of Counseling, University of Allameh Tabatabaei, Tehran, Iran (Corresponding Author)

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. Professor, Department of Counseling, University of Allameh Tabatabaei, Tehran, Iran

۳. استادیار، گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. Assistant Professor, Department of Counseling, University of Allameh Tabatabaei, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۸/۲۸

دریافت: ۹۸/۰۶/۲۱

مقدمه

اختلالات خوردن، اختلالات اضطرابی و مشکلات بین فردی گسترش یافته است (گرینبرگ، ۲۰۱۰). بر طبق این درمان با تقویت آگاهی‌های درمان‌جو از حس‌های بدنی و تنظیم هیجانی، فرآیند تغییر در فرد اتفاق می‌افتد (گرینبرگ، ۲۰۰۴). از آنجا که درمان‌های مبتنی بر هیجان می‌توانند آثار پایدارتری در مراجعان بر جای بگذارند، بهترین گزینه برای درمان اختلالات هیجانی هستند. پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده‌اند به خوبی موید اثربخشی درمان هیجان‌مدار در این مورد هستند به طوری که رابینسون، مک کاکو و ویسل (۲۰۱۲) در مطالعه کارآزمایی بالینی خود با موضوع اثربخشی درمان هیجان‌مدار گروهی بر روی افسردگی و اضطراب که بر روی ۱۰ بیمار در لیست انتظار درمان‌های سرپایی در بیمارستان‌های منطقه‌ای در کانادا انجام شد، به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان‌مدار باعث کاهش افسردگی، اضطراب و دشواری در تنظیم هیجان شده است. فن درمان بخش گرینبرگ بر این عقیده استوار است که هیجان‌ات اغلب توسط عقل غیر قابل درک و غیر قابل نفوذ است، او معتقد است افراد که نمی‌توانند احساسات منفی خود را دور بریزند و باید آنها را تشویق کرد که دوباره با آن احساسات تماس داشته باشند و درک مثبتی از آنها پیدا کنند. او همچنین معتقد است که وقتی افراد درک خود را در مورد یک شخص یا رویداد تغییر دهند، می‌توانند واکنش‌های هیجانی خود را به دنبال آن تغییر دهند (گرینبرگ، ۲۰۱۴). درمان هیجان‌مدار را هم به صورت گروهی می‌توان به کار گرفت؛ در این پژوهش نیز بر روی افسردگی معلمان زن، اثربخشی آن مورد بررسی قرار گرفت.

فرضیه پژوهش عبارت است از:

۱. درمان هیجان‌مدار بر افسردگی در معلمان زن تأثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر به روش مداخله‌ای - نیمه‌آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی معلمان زن بود، که در مقطع متوسطه واقع در شهرستان قزوین در سال ۱۳۹۶ مشغول به کار بودند. بر اساس منابع علمی حجم مناسب گروه برای تشکیل جلسات گروهی بین ۶ الی ۱۵ عضو تعداد مناسبی می‌باشد (کری، کری و کری، ۲۰۱۳) در چنین گروه‌هایی همراه بودن یک رهبر فرصت مناسبی را برای تعامل با

آموزش و پرورش مهم‌ترین نهاد اجتماعی برآمده از متن جامعه و در عین حال سازنده و تکامل‌دهنده آن است و تأثیر آن در پیشرفت جامعه امری کاملاً محسوس است (نوربخش و میرنادری به نقل از علی‌پور و اعراب شیبانی، ۱۳۹۰). ایجاد تحول در نظام‌های آموزشی منوط به به‌کارگیری معلمان پرخوردار از صلاحیت‌های شخصیتی، حرفه‌ای و تخصصی است؛ چرا که اجرای مطلوب تمام برنامه‌های آموزشی در مدرسه، منوط به وجود معلمان توانمند و پرخوردار از سلامت‌روانی بالا است (نبوی، سهرابی، افروز، دلاور و حسینیان، ۱۳۹۶) همچنین تماس نزدیک معلم با دانش‌آموزان و نفوذی که بر آنها دارد، نقش مهمی در سلامت فکری و روانی‌شان ایفا می‌کند. با توجه به این نکته ضرورت چنین پژوهش‌هایی در آموزش و پرورش مهم تلقی می‌شود. اگر ایحاد مختلف سلامت روانی معلمان شناسایی گردد و به منظور بهبود سلامت‌روانی آنان برنامه‌ریزی شود، عملکرد آنان و به دنبال آن عملکرد دانش‌آموزان بهبود یافته و کمک شایانی به اقتصاد آموزش و پرورش خواهد شد (بیانی، کوچکی و کوچکی، ۱۳۸۶).

یافته‌های مطالعاتی بیانگر اثرات روانی و عاطفی تعارض میان نقش زنان معلم در خانواده و کار او در بیرون از خانواده است. در مجموع این مطالعات نشان می‌دهند که کار در بیرون از خانه می‌تواند باعث کاهش حرمت خود^۱ (ساجلفورد و باس، ۲۰۰۰)، پریشانی روانی (هال، ۱۹۹۶) و افسردگی (آگرول، کاتریا و پاراساد، ۲۰۱۷) در این افراد شود. در این زمینه معلمان با توجه به نقص و اختلالاتی که در نقش‌های خود در داخل و بیرون از خانه تجربه می‌کنند، در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرترند و توانایی کمتری در مدیریت و تنظیم پاسخ‌های هیجانی دارند.

از جمله درمان‌هایی که در بهبود وضع هیجانی و بهبود پردازش هیجان و روابط بین زن و مرد در خانواده می‌تواند مؤثر باشد، درمان هیجان‌مدار است. رویکرد هیجان‌مدار در زمینه خانواده درمانگری یک تاریخچه نظری و زمینه تجربی قوی دارد. اولین گام در توسعه نظری هیجان‌مدار از سوی جانسون و گرینبرگ برداشته شد (گرینبرگ و گولدمن، ۲۰۰۸) و به عنوان یک رویکرد درمانی مبتنی بر شواهد برای درمان افسردگی، تنیدگی‌های زناشویی، تروما،

^۱. self esteem

بر اساس چک لیست ارزیابی محقق ساخته مورد ارزیابی قرار گرفت و کیفیت مقالات بر اساس چک لیست ارزیابی استروپ^۱ و کیفیت پایان‌نامه‌ها بر اساس مقاله فیضی و گرامی‌پور (۱۳۹۰) مورد ارزیابی قرار گرفت.

مرحله دوم: طراحی ساختار: بر اساس مفاهیم به دست آمده و همچنین نظر اساتید راهنما و مشاور سه مرحله و ده گام بسته گروه درمانی زوج‌درمانی هیجان‌مدار طراحی و آماده اجرا گردید. سه مرحله به ترتیب عبارتند از: ۱) محدودسازی و تضعیف چرخه‌های تعاملی منفی (۲) بازسازی الگوهای تعاملی (۳) تثبیت و یکپارچه‌سازی و خلاصه ده گام درمانی نیز در جدول ۱ آماده است.

مرحله سوم: روایی محتوایی: این روایی با پیشروش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با اساتید راهنما و مشاور و همچنین متخصصان مراکز مشاوره تا اشباع داده‌ها ادامه یافت که بعد از تحلیل محتوا اصلاحات لازم در ساختار و مفاهیم بسته درمانی صورت پذیرفت.

ملاک‌های ورود: ۱. تمایل و رغبت برای شرکت در پژوهش را داشته باشند. (از طریق مصاحبه‌ای که از آنها صورت گرفت، مشخص شد). ۲. دامنه سنی معلمان شرکت‌کننده در پژوهش بین ۳۰ تا ۴۰ سال باشد.

ملاک‌های خروج: ۱. شرکت‌کنندگان غیبت بیش از یک جلسه داشته باشند. ۲. در جلسات روان‌درمانگری دیگر به صورت همزمان شرکت کرده باشند.

ابزار

مقیاس افسردگی بک: مقیاس افسردگی بک یک مقیاس ۲۱ سؤالی است که شدت نشانه‌های افسردگی را در اندازه‌های چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۶۳ با توجه به علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی می‌سنجد. فتنی‌آشتیانی، ۱۳۸۹ به نقل از امیری و پورحسین، ۱۳۹۵). بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند، دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده شیوه‌بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند (بک، ستیر و کاربین، ۱۹۸۸). در مورد قابلیت اعتماد پرسشنامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلف

دیگران و در مقابل حداقل زمان را برای فعالیت‌های فردی و احساس مهم بودن در گروه فراهم می‌کند، بر همین اساس در پژوهش حاضر برای تشکیل گروه جهت بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار، گروهی با حجم ۱۵ نفر تشکیل شد.

روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر در مرحله اول به صورت هدفمند بود، به این صورت که در بین مناطق شهر قزوین، منطقه آبیک با توجه به این که پژوهشگر خود در مدارس آن منطقه مشغول به کار بود، به صورت هدفمند انتخاب گردید. در مرحله بعد از بین مدارس دوره اول و دوم منطقه آبیک، که تعداد آنها به ۱۰ مدرسه بود، پژوهشگر با کسب مجوز از اداره آموزش و پرورش شهرستان آبیک در بین معلمان حاضر در هر مدرسه شروع به اطلاع‌رسانی کرد و معلمانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند به مرکز مشاوره حاضر در منطقه برای شرکت در پژوهش دعوت شدند. برای هر یک از معلمان مراجعه‌کننده به مرکز پرسشنامه افسردگی بک اجرا شد و معلمانی که نمره افسردگی آنها بیشتر از نمره برش (۲۱) بود جهت شرکت در پژوهش انتخاب گردیده و در مرحله بعد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای گذاری شدند.

مراحل طراحی بسته گروه‌درمانی زوج‌درمانی هیجان‌مدار (محقق ساخته):

مرحله نخست: در این مرحله تمام منابع پژوهشی موجود اعم از منابع اینترنتی، پایان‌نامه‌ها، کتب فارسی، پایگاه‌های علمی فارسی و انگلیسی از جمله پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران، پایگاه مجلات تخصصی نور، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، کتابخانه ملی ایران، اسکاپوس (<https://www.scopus.com>)، ساینس دایرکت (<https://www.sciencedirect.com>) جستجو و مورد بررسی قرار گرفتند و کلیدواژه‌های: درمان هیجان‌مدار، درمان متمرکز بر هیجان، زوج‌درمانی گروهی هیجان‌مدار، گروه‌درمانی هیجان‌مدار و EFT مورد جستجو قرار گرفتند و در چند مرحله مقالات غیرمرتبط ابتدا با مطالعه چکیده و در مرحله بعد با مطالعه متن کامل از مطالعه حذف شدند، همچنین منابع غیرعلمی و بی‌کیفیت نیز به عنوان معیار خروج از مطالعه حذف شدند و مقالات باقیمانده بر پایه کلیدواژه‌های جستجو شده دسته‌بندی شدند. لازم به توضیح است که کیفیت کتب

^۱. Strobe

قابلیت اعتماد آن را خوب برآورد کرده‌اند. آلفای کرونباخ مقیاس مورد نظر در پژوهش حاضر ۰/۶۲ به دست آمد.

جدول ۱. اهداف و خلاصه‌ای از جلسات گروه‌درمانی زوج‌درمانی هیجان‌مدار			
جلسات	هدف	محتوا	تکلیف
اول	ارزیابی و ایجاد پیوستگی	معارفه و برقراری ارتباط (راپورت)، ارزیابی اولیه ماهیت مشکل، ارزیابی انتظارات و نگرانی‌های مراجعان، مفهوم‌سازی مشکل و ارائه منطقی درمان و آشنایی با قوانین کلی درمان، اجرای پیش‌آزمون.	تمرین مهارت‌های کلیدی و ارتباط، ارزیابی خود، ارائه و دریافت بازخورد، توجه به حالات هیجانی خوشایند
دوم	ادامه ارزیابی و شناسایی چرخه تعاملات منفی و تعیین اهداف کلی	کشف تعاملات مشکل‌دار و تشخیص چرخه تعاملات منفی، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی، ایجاد توافق درمانی.	شناسایی چرخه تعامل‌های خود در موقعیت‌های مختلف
سوم	تقویت پیوستگی و تحلیل و تغییر هیجان‌ات	باز کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی، روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، پذیرش چرخه تعامل توسط مراجعان.	شناسایی ترس‌های خود، انجام تمرین در زمینه تکیه گاه ایمن و توسعه پیوند ایمن، ابراز هیجان‌ات و احساسات خالص، تجربه دوباره تعاملات و همراه با بیان احساسات خالص
چهارم	تشدید تجربه هیجانی	ابراز هیجان‌ات، پذیرش هیجان‌ات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی، ارتقای روش‌های تعامل.	در میان گذاشتن رفتارهای مقابله‌ای خود با همسر، تشویق مراجع به درگیری هیجانی و عاطفی در تعاملات خود در منزل
پنجم	پذیرش احساسات و شناسایی نیازهای دلبستگی، تقویت تعامل اعضای گروه	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نمادگذاری آرزوها، کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی.	اختصاص دادن زمان برای در میان گذاشتن رفتار، افکار و هیجان‌ات با شریک زندگی
ششم	ایجاد الگوهای تعاملی جدید، تملک هیجان‌ات	درگیری صمیمانه مراجعان با همسرانشان، پذیرش وضعیت‌های جدید، ساختن داستانی شاد از رابطه.	کشف عواطف اصلی خود، کامل کردن جدول چگونگی تأثیرگذاری هیجان‌ات و رفتارهای زوجین بر یکدیگر
هفتم	ایجاد درگیری‌های هیجانی، افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها در روابط جنسی	تأکید بر اهمیت بیان خواسته‌ها و نیاز جنسی، استفاده از تکنیک ردیابی و انعکاس، مواجهه اعضا با سبک‌های دلبستگی‌شان	تشویق به تغییر الگوهای تعاملی با همسرانشان، تشویق به پاسخ‌گویی مسئولانه‌تر به نیازهای همسرانشان، تشویق به بیان نیازها و خواسته‌های جنسی
هشتم	تمرکز بر روی خود و نه دیگری، چارچوب‌بندی مجدد روابط جنسی، عمق بخشیدن به درگیری‌های جنسی زوجین	کمک به اعضای گروه جهت تمرکز بر خود، تعیین و تشویق نیازهای اعضای گروه	تمرین گوش دادن همدلانه به نیازهای همسر، درک احساسات زیربنایی همسر
نهم	بازسازی تعاملات جنسی و غیرجنسی همسر، ارتقاء روش‌های جدید تعامل زوجین	جهت‌دهی و طراحی تعاملات بین زوجین، جایگزینی چرخه تعاملات مثبت به جای چرخه منفی، کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی	تشویق پاسخ‌های جدید سازگاران بین زوجین، حمایت از رفتارهای جدید و پاسخگویانه
دهم	تحکیم وضعیت و پاسخ‌های جدید، حمایت از الگوهای تعاملی سازنده، اختتامیه جلسات	خلاصه و مرور مطالب جلسات توسط اعضا و برقراری گفتگوهای تعاملی، صمیمی و سازنده، بازگرداندن تغییرات به اعضا	بحث درباره نقاط قوت و ضعف درمان، بررسی دستاوردهای هر یک از مراجعان در طول جلسات درمانی، اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

بررسی همگونی واریانس‌های دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد متغیر مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود [پس‌آزمون: شاخص افسردگی، $(P=14>0/05)$]. بنابراین در سطح پس‌آزمون مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. آزمون همگونی

میانگین سنی معلمان در گروه آزمایش ۳۳ سال و در گروه گواه برابر با ۳۲/۴ بود. برای بررسی تأثیر مداخله از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که ابتدا باید پیش‌فرض‌های برابری واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیونی و توزیع نرمال بررسی شوند: برای

اثربخش بودن پروتکل درمانی بر افسردگی در معلمان تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان متمرکز بر هیجان به شیوه‌ی گروهی بر افسردگی زنان معلم بود. پس از اجرای برنامه مداخله‌گرانه در مان متمرکز بر هیجان به معلمان زن در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و اجرای پرسشنامه افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، ملاحظه شد که یافته‌های به دست آمده در پژوهش حاضر نشان‌دهنده تفاوت معنادار نمرات گروه آزمایشی و گروه گواه است. با توجه به خنثی کردن اثر نمره افسردگی در پیش‌آزمون، می‌توان گفت که این تفاوت ناشی از اثر اجرای متغیر مستقل در گروه آزمایشی است. به بیان دیگر، چون برنامه در مان هیجان‌مدار، فقط در گروه آزمایشی انجام شد و گروه گواه هیچ گونه آموزشی را دریافت نکردند، آموزش این برنامه، باعث کاهش نمره افسردگی در گروه آزمایشی شده است. بنابراین فرضیه پژوهش نیز تأیید می‌گردد.

در رابطه با فرضیه پژوهش (تأثیر درمان هیجان‌مدار بر افسردگی) اگرچه پژوهشی عیناً مشابه پژوهش حاضر یافت نشد اما در نزدیکترین این پژوهش‌ها، (ابراهیمی تازه‌کند، و کیلی و دکانه‌ای فرد، ۱۳۹۷؛ جعفری، صمدی کاشان، زمانی زارچی و آسایش، ۱۳۹۶؛ گل‌پور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی، ۱۳۹۳؛ خجسته‌مهر، شیرالی‌نیا، رجیبی و بشلیده، ۱۳۹۲؛ صبحی قراملکی، پرزور، آقاجانی و نریمانی، ۱۳۹۴؛ اکبری، شفیع‌آبادی، کرمی و دلاور، ۱۳۹۲؛ خوشنام، برجعلی، کارگری پادر و امیری، ۱۳۹۳؛ برقی ایرانی، بگیان کوله مرز و فولادوند؛ ۱۳۹۲؛ نریمانی، عالی ساری و موسی‌زاده، ۱۳۹۳؛ گرینبرگ و واتسون، ۱۹۹۸؛ واتسون، گوردون، استرماک، کالوگراکوس و استکل؛ ۲۰۰۳؛ گلدمن، گرینبرگ و آنگوس، ۲۰۰۶؛ وونک، گرینبرک و دولهانتی، ۲۰۱۴) که همگی نشانگر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش میزان افسردگی هستند، هماهنگی دارد.

در مان هیجان‌مدار یک رویکرد تجربی است که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند. بر اساس این درمان، تغییر از طریق کمک به مراجع به وسیله بازنمایی هیجان (بروز، تنظیم، بازخورد و انتقال تجربه هیجانی) اتفاق می‌افتد و در بافت ارتباط درمانی این فرآیند تغییر، تسهیل می‌گردد. مسئله اصلی درمان هیجان‌مدار این است که

ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون افسردگی با متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد. این مفروضه در ارتباط با مرحله پس‌آزمون می‌باشد. [پس‌آزمون: افسردگی، $(P=08>0/05)$ ، $(F=14/01)$]. بنابراین مفروضه همگونی ضرایب رگرسیون تأیید شد و نیز نتایج آزمون کالموگروف اسپیرنف نشان داد که توزیع داده‌ها طبیعی است، چون که در مورد متغیر مورد بررسی معنادار نبود و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع تأیید می‌شود $(p=88>0/05)$ و با توجه به برقراری پیش‌فرض‌ها آزمون تحلیل کواریانس انجام شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و گروه گواه در پیش

آزمون و پس‌آزمون در متغیر افسردگی			
گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
	میانگین (انحراف)	میانگین (انحراف)	تعداد
	(استاندارد)	(استاندارد)	
آزمایش	۲۳/۷۳(۴/۱۸)	۱۸/۱۳(۳/۵۴)	۱۵
گواه	۲۲/۰۶(۴/۰۴)	۲۲/۲۰(۳/۹۶)	۱۵

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر افسردگی ارائه شده است. مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد که میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کمتر است، بدین معنا که افرادی که تحت برنامه درمانی هیجان‌مدار قرار داشتند در پس‌آزمون افسردگی کمتری را گزارش کردند.

جدول ۳. آزمون کواریانس جهت مقایسه نمره پس‌آزمون متغیر افسردگی

آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گواه					
منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	f	sig
گروه	۲۱۸/۴۵	۱	۲۱۸/۴۵	۳۵/۱۷	۰/۰۰۱
خطا	۱۶۷/۶۷	۲۸	۸/۲۱		

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود اثر گروه یا مداخله با حذف و خنثی کردن متغیر پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنادار است $(P<0/05)$ ، $(F=35/17)$ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی باعث تفاوت در دو گروه گواه و آزمایش در متغیر افسردگی شده است.

بر طبق اطلاعات فوق فرضیه صفر رد و فرض خلاف مبتنی بر

تر سناک هستند و نه پایدار؛ بنابراین می‌توان به جای گریز از آنها یا غرق شدن در آنها، پیام پنهانی‌شان را شنید. افزایش آگاهی از هیجان‌های تازه و بیان آنها؛ کنار آمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز مناسب‌شان را با یکدیگر هماهنگ می‌کند و باعث می‌گردد که فرد به ادراک تازه‌ای از خود دست یابد. تصدیق خودتنظیم‌گری‌های مراجع در این مرحله نقش بسزایی در حرمت‌خود مراجعان دارد. آنها در این موقعیت بیش از آن که نیازمند ارائه راه حل از سوی درمانگر باشند، در جستجوی تأیید خود به عنوان یک انسان انتخاب‌گر و عامل‌اند (وجه وجودی درمان هیجان‌مدار) که همین نقش عاملیت خود باعث فهم مسئولیت و کاهش افسردگی در جامعه مورد پژوهش است (اسمری برده زرد، رسولی و اسکندری، ۱۳۹۶).

درمان هیجان‌مدار روش‌های خوددلسوزی^۵ و شفقت به خود را شامل می‌شود که می‌تواند در تبیین بهبود افسردگی و سلامت روان معلمان کمک کند، در این حالت افراد با تجربه‌های جدید آشنا می‌شوند و می‌آموزند که هیجان‌های سازگارانه‌تر را آگاهانه استفاده کنند. همچنین خوددلسوزی به افراد کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند و از کیفیت زندگی بهتری برخوردار باشند (آلن و لیری، ۲۰۱۰). همچنین توانایی افراد در مهربان بودن نسبت به خود (خوددلسوزی) و احساس تعلق نسبت به دیگران (دلسوزی) عامل اصلی جهت‌گیری دل‌بستگی آنها در ارتباط با سلامت روان است (هالیفکس، ۲۰۱۱). همچنین آموزش خوددلسوزی شناختی و یادگیری توانش‌های دیگری از جمله ذهن آگاهی منجر به افزایش آگاهی از اینجا و اکنون شده و کیفیت بالاتری از زندگی و سلامت روان را به دنبال دارد.

همچنین آموزش توانش‌های خوددلسوزی موجب پرورش انعطاف‌پذیری هیجانی شده و بدین طریق موجب افزایش خوددلسوزی می‌گردد که این امر تغییر عواطف منفی را به دنبال دارد. علاوه بر آن به مراجعان کمک می‌شود تا قضاوت خود را مورد ارزیابی قرارداده و فهم دلسوزانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار داده در خود ایجاد کند و به صورت هشیارانه احساسات و افکار خود را پذیرفته و تحمل بیشتری داشته باشند و نهایتاً موجب افزایش توان مقابله افراد افسرده

هیجان، بخش اساسی ساختار فرد و عامل کلیدی برای سازمان‌دهی خود می‌باشد. اساسی‌ترین کارکرد هیجان به صورت یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار او جهت داده و موجب بهزیستی روانشناختی وی می‌شود. در این رویکرد سعی می‌شود هیجان‌ات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند.

فقدان توانایی برای تفسیر موقعیت‌های هیجانی ممکن است مشکلاتی را در روابط بین فردی ایجاد کند. توانش‌های هیجانی که به عنوان قدرت تشخیص و ابراز هیجان‌ات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقادپذیری را در فرد کاهش می‌دهد و در حفظ و تداوم یک ارتباط موفق ضروری است. چیزی که به عنوان یک نقص در افراد افسرده مطرح است و به ویژه در زنان معلم دیده می‌شود.

درمان هیجان‌مدار تلاش دارد با گسترش پردازش هیجانی افراد، تغییرات درمانی را در آنها ایجاد کند. این درمان برای گسترش پردازش هیجانی و تغییر فرآیند افسردگی، بر چهار اصل اساسی استوار است. این اصول در متن محتوای بسته درمانی قرار دارند و بر حمایت هیجانی و محیطی تکیه می‌کنند (پایویو، ۲۰۱۳).

این چهار اصل اساسی پردازش هیجانی عبارتند از: ۱. افزایش آگاهی هیجانی^۱، ۲. گسترش تنظیم هیجان^۲، ۳. تعمق در مورد هیجان^۳ و ۴. دگرگونی هیجان^۴. این چهار اصل راهنمای عمومی کار با هیجان‌ها هستند؛ بنابراین این درمان در ایجاد خودگویی‌های مثبت و تجارب تازه تسهیل بخشش و کاهش مشکلات هیجانی برای افراد افسرده به خصوص معلمان، مؤثر بود.

مهار مزمن هیجان‌ات موجب انباشته شدن تنش جسمانی خواهد شد که هر دو در مشکلات سلامتی و اضطراب و خشم غیر انطباقی نقش دارند. مراجعان با تجربه‌ای که در مرحله‌ی آگاهی هیجانی را کسب می‌کردند، می‌آموختند که به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آنها، بر وجود هیجان‌های خود، آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هر چه عمیق‌تر دریافت کنند. مراجعان در طول جلسات به این درک رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً

4. transforming emotion

5. self-compassion

1. emotional awareness

2. emotion regulation

3. reflecting on emotion

هیجان‌مدار بر خودمتمایزسازی زوجین دارای تعارضات زناشویی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۷(۱)، ۱۳-۵.

خجسته مهر، رضا؛ شیرالی نیا، خدیجه؛ رجبی، غلامرضا و بشلیده، کیومرث (۱۳۹۲). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش نشانه‌های افسردگی و تنظیم هیجانی زوجین آشفته. دوفصلنامه مشاوره کاربردی، ۱(۳)، ۱۸-۱.

خوشنام، سروش؛ برجعلی، احمد؛ کارگری پادر، لیلا و امیری، حمید (۱۳۹۳). اثربخشی درمان هیجان‌محور بر شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. روانشناسی معاصر، ۹(۱)، ۱۰۶-۹۵.

صبحی قراملکی، ناصر؛ پرزور، پرویز؛ آقاجانی، سیف‌اله و نریمانی، محمد (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش متمرکز بر تنظیم هیجان بر کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان. فصلنامه علمی - پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، ۱(۳)، ۱۳-۵.

علی‌پور، احمد؛ اعراب شیبانی، خدیجه (۱۳۹۰). رابطه امیدواری و شادکامی با رضایت شغلی معلمان. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی)، ۶(۲۲)، ۷۸-۶۵.

فیضی، طاهره؛ گرامی‌پور، مسعود (۱۳۹۰). معیارها و استانداردهای ارزیابی پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد. چشم‌انداز مدیریت دولتی، ۲(۶)، ۱۳۴-۱۱۵.

گل‌پور، رضا؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، حسن و نریمانی، محمد (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش خود - دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی. فصلنامه روانشناسی بالینی، ۶(۱)، ۶۴-۵۳.

نبوی، سید صادق؛ سهرابی اسمرود، فرامرز؛ افروز، غلامعلی؛ دلاور، علی و حسینیان، سیمین (۱۳۹۶). رابطه خودکارآمدی با سلامت روان در معلمان: نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۱(۲)، ۶۸-۵۰.

نریمانی، محمد؛ عالی ساری، کریم و موسی‌زاده، توکل (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی آموزش متمرکز بر هیجان و کنترل تکانه بر فرسودگی تحصیلی و عواطف مثبت و منفی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری. مجله علمی - پژوهشی ناتوانی‌های یادگیری، ۳(۳)، ۹۹-۷۹.

Robinson, A. L., McCague, E. A., Whissell, C. (2012). Single-Case Investigation of an Emotion-Focused Therapy Group for Anxiety and Depression. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 3(1), 80-59

Aggarwal, S., Kataria, D., & Prasad, S. (2017). A comparative study of quality of life and marital satisfaction in patients with depression and their spouses. *Asian Journal of Psychiatry*, 30, 65-70.

با آشفته‌گی‌ها و تمایلات خود - انتقادی می‌شود (گیلبرت، پروکتر، ۲۰۰۶).

در این پژوهش پس از اجرای برنامه مداخله‌ای درمان هیجان‌مدار بر هیجان‌ملاحظه شد که این روش تأثیر معناداری بر افسردگی معلمان زن دارد. در پایان می‌توان نتیجه گرفت مداخلات درمان هیجان‌مدار به عنوان روش مؤثر در کاهش افسردگی معلمان زن تأثیر بسزایی داشته است. لذا داشتن توانش‌هایی در تنظیم هیجان در زندگی نقش مهم و غیرقابل انکاری در کاهش افسردگی و مقابله مؤثر با حوادث و رویدادهای زندگی دارد.

منابع

ابراهیمی تازه‌کند، فریبا؛ وکیلی، پرویش؛ دکان‌های فرد، فریده (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر راهبردهای مقابله‌ای در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تهران. فصلنامه علمی - پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۷(۶۹)، ۵۹۰-۵۸۱.

اسمری برده زرد، یوسف؛ رسولی، رؤیا و اسکندری، حسین (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش مهارت‌های اجتماعی - هیجانی و کاهش افسردگی در دانش‌آموزان قلدر. فصلنامه علمی مطالعات روانشناختی، ۱۳(۳)، ۷۷-۹۴.

اکبری، حبیب‌الله؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ کرمی، ابوالفضل و دلاور، علی (۱۳۹۲). تدوین پروتکل درمانی بر اساس ذهن‌آگاهی مبتنی بر فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی - اسلامی و مقایسه‌ی اثربخشی آن با درمان پردازشی - تجربه‌ای / هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۴(۱۴)، ۲۲-۱.

امیری، محسن؛ پورحسین، رضا (۱۳۹۵). تأثیر آموزش طرز رفتار به والدین بر افسردگی مادران کودکان دارای اختلال تضادورزی کشاکشی. فصلنامه علمی - پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۵(۱۵)، ۱۹۶-۱۸۵.

برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله مرز، محمد جواد؛ فولادوند، شاپور (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران دارای فرزند سرطانی. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۲(۶)، ۹۴-۷۹.

بیانی، علی اصغر؛ کوچکی، عاشورمحمد؛ کوچکی، قربان محمد (۱۳۸۶). تعیین وضعیت سلامت‌روانی معلمان استان گلستان با استفاده از چک لیست نشانگان روانی (SCL.90.R) در سال ۸۴-۱۳۸۳. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۹(۲)، ۴۴-۳۹.

جعفری، فاطمه؛ صمدی کاشان، سحر؛ زمانی زارچی، محمدصادق و آسایش، محمدحسن (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی

- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(2), 107-118.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Corey, M. S., Corey, G., & Corey, C. (2013). *Groups: Process and practice*: Cengage Learning.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy research*, 16(5), 537-549.
- Greenberg, L., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy research*, 8(2), 210-224.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 3-16.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *The journal of lifelong learning in psychiatry (Focus)*, 8(1), 32-42.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*: American Psychological Association.
- Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 7-350.
- Hall, D. R. (1996). Marriage as a pure relationship: Exploring the link between premarital cohabitation and divorce in Canada. *Journal of Comparative Family Studies*, 27(1), 1-12.
- Halifax, J. (2011). The precious necessity of compassion. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1), 146-153.
- Paivio, S. C. (2013) Essential Processes in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 50(3), 5-341.
- Shackelford, T. K., & Buss, D. M. (2000). Marital satisfaction and spousal cost-infliction. *Personality and Individual Differences*, 28(5), 917-928.
- Watson, J. C, Gordon, L. B, Stermac, L, Kalogerakos, F, & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 81-773.
- Wnuk, S. M., Greenberg, L., & Dolhanty, J. (2014). Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating disorders*, 23(3), 253-261.