

## آموزش برنامه ایمن سازی در مقابل استرس بر سبک مواجهه با استرس، تنظیم هیجان و سلامت روانی زنان بی سرپرست

فرامرز سهرابی<sup>۱</sup>، مهدی خانجانی<sup>۲</sup>، یوسف اعظمی<sup>۳\*</sup>، اسماعیل خانجانی<sup>۴</sup>، پیمان مام شریفی<sup>۵</sup>، الهه فروغی نژاد<sup>۶</sup>

۱. استاد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران
۲. استادیار روان شناسی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران
۳. دکترای تخصصی روان شناسی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران
۴. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، مدیر اداره بهزیستی شهرستان خمین
۵. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران
۶. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره تحصیلی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران

### چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۴  
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۳۱

**زمینه** چگونگی مقابله با عوامل استرس زای زندگی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تأثیر می گذارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه ایمن سازی در مقابل استرس بر مواجهه با استرس، تنظیم هیجان و سلامت روانی زنان بی سرپرست انجام شد.

**روش کار** این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. از میان زنان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان خمین، ۵۱ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. داده ها با استفاده از پرسش نامه راهبردهای مقابله با استرس، تنظیم هیجان و مقیاس سلامت روان جمع آوری و با روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

**یافته ها** نتایج نشان داد که آموزش تاب آوری و مدیریت استرس باعث استفاده بیشتر از راهبردهای مثبت مواجهه با استرس همانند مواجهه مسئله مدار و کاربرد کمتر راهبردهای کوتاه مدت مثل مواجهه هیجان مدار می شود ( $p < 0/001$ ). همچنین راهبرد ارزیابی مجدد در مرحله پس آزمون در آزمودنی های گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از نمرات آزمودنی های گروه کنترل شده است و در مقابل راهبرد منفی سرکوبی در پس آزمون در گروه آزمایش کاهش را نشان داد ( $p < 0/001$ )؛ همچنین نتایج گویای کاهش علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی در زنان بود ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری** براساس یافته های پژوهش، برنامه ایمن سازی در مقابل استرس چندبُعدی بوده و افکار، هیجانات و رفتارهای مرتبط را در افراد مورد مداخله قرار می دهد و با وجود مؤلفه هایی همچون بازسازی شناختی، معنایابی، تمرین های آرمیدگی و شیوه تفکر مثبت می تواند تأثیر بسزایی در استفاده از راهبردهای مواجهه ای، تنظیم هیجان و ارتقای سلامت روان افراد داشته باشد.

### کلیدواژه ها:

ایمن سازی در مقابل استرس، تنظیم هیجان، سلامت روان، زنان، مواجهه با استرس.

\* نویسنده مسئول: یوسف اعظمی

نشانی: تهران، دهکده المپیک، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، گروه روان شناسی بالینی

رایانه: aazami67@gmail.com

شناسه ORCID: 0000-0001-7579-0578

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0003-0293-6120

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۴، مهر و آبان ۱۳۹۸، ص ۴۳۱-۴۴۳

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: [journal@medsab.ac.ir](mailto:journal@medsab.ac.ir)

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

## ۱. مقدمه

زنان بی‌سرپرست یا زنان بی‌همسر به تمام زنانی اطلاق می‌شود که به دلایل مختلف، از جمله فوت همسر، طلاق و رهاشدگی، مجرد زندگی می‌کنند. این زنان به دلایل مختلف همسرانشان را ازدست داده یا از آن‌ها جدا شده‌اند. آن‌ها به یک‌باره با جهان دیگری که با مشکلات عدیده‌ای همراه است، مواجه می‌شوند؛ این دسته از زنان در این جهان علاوه بر مشکلات اقتصادی و تأمین معیشت، از نظر عاطفی هم دچار مشکل هستند [۱]. براساس گزارش سازمان بهزیستی، حدود ۹۳,۰۰۰ زن بی‌سرپرست نیازمند وجود دارد که بهزیستی ۱۱/۷٪ و کمیته امداد ۸۸/۳٪ از آن‌ها را تحت حمایت قرار داده است [۲]. در همین راستا، آمار زنان سرپرست خانوار خود تاحدودی بر آمار آسیب‌های اجتماعی، همچون درصد طلاق، میزان جرایم اجتماعی و افزایش تعداد زندانیان، اعتیاد و ازهم‌گسیختگی خانواده، متکی است و فزونی گرفتن این آسیب‌ها در جامعه به افزایش تعداد این دسته از زنان منجر می‌شود [۳]. استرس یکی از مشکلاتی است که این قشر از جامعه با آن درگیرند و بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. بدیهی است استرس عملکرد فرد را در قلمروی شخصی، اجتماعی، روان‌شناختی، جسمانی و خانوادگی دچار اختلال می‌کند و باعث تغییرات روان‌شناختی مانند افزایش تحریک‌پذیری، اضطراب، تنش، حالت عصبی و ناتوانی در مهار خود و روابط اجتماعی و خانوادگی می‌شود [۴]. اما این استرس را می‌توان با کاربست راهبردهای مؤثر مدیریت کرد و از تأثیرات سوء آن کاست. لازاروس و فولکمن روش‌های سازگاری و کنار آمدن را به معنای تغییر دائمی تلاش‌های شناختی و رفتاری به منظور کنترل نیازهای درونی و بیرونی استرس‌زا می‌دانند و آن‌ها را به دو نوع راهبردهای مسئله‌مدار و راهبردهای هیجان‌مدار تقسیم کرده‌اند [به نقل از ۵]. در اغلب شرایط استرس‌زا، استفاده از مواجهه‌های مشکل‌مدار سازگارانه‌تر از مقابله‌های هیجان‌مدار است که متأسفانه در زنان از این راهبردها کمتر استفاده می‌شود [۶]. مطالعات اثبات کرده است که زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دارای همسر، استرس بیشتری برای اداره زندگی دارند و با مشکلاتی از قبیل بیماری‌های جسمانی، مشکلات خواب و افسردگی مواجه‌اند که در نهایت بهزیستی خود و خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۷]. چگونگی مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تأثیر می‌گذارد؛ مثلاً سبک مواجهه مسئله‌مدار باعث افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار می‌شود. همچنین زنان سرپرست خانوار بیشتر از سایر افراد جامعه استرس‌های روزمره را تجربه می‌کنند؛ لذا مقابله صحیح با عوامل استرس‌زا نقش مهمی در سلامت روانی و جسمی و کیفیت زندگی این گروه از زنان ایفا می‌کند [۸].

از آنجایی که نقش سرپرست خانوار برای زنان مسئولیتی چالش‌برانگیز است [۹]، برخورداری از مهارت تنظیم هیجان و مدیریت آن در رویارویی با موقعیت‌های پرتنش و اضطراب‌زایی که برای آن‌ها و فرزندانشان ایجاد می‌شود، ضروری است. مجهز شدن زنان سرپرست خانوار به این مهارت یک ضرورت تلقی می‌شود؛ چراکه مادر نقش مهمی در تنظیم هیجان فرزندان دارد و مادران افسرده و ناشاد باعث ایجاد خلق‌وخوی منفعل همراه با غم و اندوه در فرزندان می‌شوند [۱۰]. شواهد زیادی نشان می‌دهند که تنظیم هیجانی با موفقیت یا شکست در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است. تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد [۱۱]. تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود [۱۲]. همچنین تنظیم هیجان نقش برجسته‌ای در تحول و حفظ حالات هیجانی دارد و حیطة گسترده‌ای از هشیار و ناهشیار فیزیولوژیکی، رفتاری و فرایندهای شناختی را شامل می‌شود [۱۳]. گارنفسکی و همکاران [۱۴] نشان دادند که افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای متنوع تنظیم هیجان استفاده می‌کردند؛ از جمله این راهبردها می‌توان نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگری، فاجعه‌انگاری و تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و برنامه‌ریزی کردن را نام برد. بنابراین راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش هیجانات منفی و مدیریت هیجان و بهزیستی رابطه مثبتی دارد [۱۵]. در واقع نوعی توافق در حال گسترش است که بسیاری از ویژگی‌های بالینی این اختلال‌ها (اضطراب، افسردگی و استرس)، از شکست در تنظیم سازگارانه هیجانات منفی ناخواسته ناشی می‌شود [۱۶]. لذا از آنجا که تنظیم هیجان بخشی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که بدتنظیمی هیجان می‌تواند منجر به آسیب روانی و اختلال‌های روان‌پزشکی، از جمله اختلال‌های جسمانی، شناختی، رفتاری و هیجانی، شود و افرادی که توانایی تنظیم هیجان‌های خودشان را ندارند، به احتمال بیشتری تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرند [۱۷-۱۸]. بنابراین تنظیم هیجان سازگارانه با عزت‌نفس و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است و افزایش دفعات تجربه هیجانی مثبت باعث مراقبه مؤثر با موقعیت استرس‌زا می‌شود و عامل کلیدی بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است [۱۹]. آرک و همکاران [۲۰] در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای تاب‌آوری بالا در مواجهه با رویدادهای هیجانی با ماهیت خنثی و نامعلوم، بیشتر تمایل به نشان دادن هیجانات مثبت داشتند. به اعتقاد آن‌ها، این امر ممکن است به علت توانایی افراد برای کنار آمدن موفقیت‌آمیز به‌هنگام روبه‌رو شدن با موقعیت‌های

مثبت‌نگر است و به فرایند پویای سازگاری مثبت با رویدادهای تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود [۳۳]. کونور و همکار [۳۴] تاب‌آوری را روشی برای سنجش توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا تعریف کرده‌اند. ارتقای سطح تاب‌آوری و افزایش آستانه تحمل فرد در مقابله با شرایط استرس‌زا می‌تواند درماندگی فرد را در شرایط استرس‌زا تعدیل کند و موجب افزایش روحیه فرد و سلامت روانی و جسمی شود [۳۳].

بنابراین با توجه به اینکه زنان سرپرست خانوار یکی از قشرهای آسیب‌پذیر جامعه هستند، در معرض مشکلات روان‌شناختی مختلفی همچون استرس‌های روزمره، ناتوانی در ابراز هیجان و به تبع آن مشکلات سلامت روان قرار دارند. نتایج مطالعات هم‌حاکمی از آن است که با ارتقای سطح تاب‌آوری و توانایی مقابله مناسب با استرس می‌توان به افزایش توانمندی و کاهش مشکلات روان-شناختی آن‌ها کمک نمود. مطالعات قبلی هرچند بر افزایش سطح تاب‌آوری در مقابله با مشکلات روانی صحنه گذاشته‌اند [۳۳]، در زمینه اثربخشی آن در این گروه مطالعه‌ای انجام نشده است. لذا با توجه به افزایش آمار این قشر از جامعه و آسیب‌پذیر بودن آن‌ها از یک سو و لزوم انتخاب و به‌کارگیری روش‌های مؤثر آموزشی و درمانی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی آن‌ها از سوی دیگر، اهمیت صورت گرفتن پژوهش حاضر مشخص می‌شود. بر این اساس، تحقیق پیش‌رو با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر راهبردهای مواجهه با استرس، تنظیم هیجان و سلامت روان در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی انجام شد.

## ۲. مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر آزمایشی بود که از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری را تمام زنان بی‌سرپرست تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان خمین در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند که از بین آن‌ها با استفاده از روش در دسترس و تعیین کمترین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی (از آنجا که یکی از روش‌های تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر است، در این پژوهش از این روش استفاده شد). [۳۵]، تعداد ۵۱ نفر انتخاب و با روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (گروه آزمایش به دلیل وجود مسئله ریزش آزمودنی‌ها ۲۷ نفر و گروه کنترل ۲۴ نفر). ملاک‌های ورود افراد به برنامه درمانی: زنانی که حداقل یک سال سرپرست خانوار بودند، حداقل تحصیلات راهنمایی را داشتند و دارای توانایی شرکت در جلسات بودند، سلامت روانی داشتند (میزان سلامت روان افراد از طریق بررسی پرونده مشارکت‌کنندگان در سازمان بهزیستی و براساس نظر روان‌شناس بالینی سازمان

دشوار به‌خصوص موقعیت‌هایی با ماهیت بین‌فردی باشد. میلر و همکاران [۲۱] اثبات کردند که تاب‌آوری با هیجانات مثبت هم‌بستگی مثبت و با هیجانات منفی مانند خشم و غم هم‌بستگی منفی دارد. از سوی دیگر استرس هم غالباً تجربه‌ای است که فرد برای خود ایجاد می‌کند؛ یعنی افراد می‌توانند اضطراب و استرس خود را مهار و کنترل کنند [۲۲].

متغیر مهم دیگر در زنان بی‌سرپرست، با توجه به شرایط آن‌ها، سلامت روان است. تاب‌آوری پایین و مقابله غیرمنطقی با مسائل موجب روی آوردن این زنان به فساد و شیوع انحراف می‌شود و در ادامه مشکلات تربیتی فرزندان و اختلالات روانی را در سطح جامعه در پی دارد. از این رو شناسایی عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی این گروه از افراد جامعه ضروری به نظر می‌رسد. سلامت روان عبارت است از یک حالت پویا و کاملی از فقدان نشانه‌های بیماری و حضور نشانه‌های سلامت روانی که دارای ابعاد ذهنی، روانی و اجتماعی است [۲۳]. به عبارتی سلامت روان را می‌توان چگونگی نگرش افراد به خود، زندگی‌شان و افراد دیگر زندگی خود در نظر گرفت و اینکه افراد چگونه چالش‌ها و مشکلات زندگی خود را ارزیابی کرده، در ارتباط با آن‌ها تصمیم گرفته، دست به انتخاب می‌زنند [۲۴]. سلامت روان نیازی اساسی است و برای بهبود کیفیت زندگی انسان امری حیاتی به‌شمار می‌رود [۲۵]. افرادی که با مشکلات سلامت روانی مواجه‌اند، توانایی روبه‌رویی با وظایف خود را از دست می‌دهند. آن‌ها همچنین در مقایسه با همسالانشان سطوح تاب‌آوری پایین‌تری را نشان می‌دهند و بدون کمک، احتمال تبدیل شدن به یک بزرگسال مؤثر در آینده را از دست می‌دهند [۲۶]. یافته‌های پژوهشگران گویای آن است که بین تاب‌آوری و سلامت روانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۲۷-۲۸]. همچنین در زمینه پیامدهای تاب‌آوری، شماری از پژوهش‌ها به افزایش سطح سلامت روان اشاره داشته‌اند [۲۹-۳۰]. وولف در زمینه تأثیر مثبت تاب‌آوری بر سلامت روان بر ویژگی‌های اساسی افراد تاب‌آور که سلامت روان را ارتقا می‌بخشد، مانند توان اجتماعی، توانمندی، حل مسئله، خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن تأکید دارد [۳۱]. رحیمیان بوگر و همکار [۲۵] هم‌بستگی معنادار بین سلامت روان و تاب‌آوری را گزارش می‌دهند که تاب‌آوری در حفظ و ارتقای سلامت روان مؤثر است. تاب‌آوری تعیین‌کننده میزان بالاتری از سلامت روان است. حسن‌وندی و همکاران [۳۲] هم در پژوهش خود با عنوان تأثیر مدیریت استرس بر سلامت روان زنان مطلقه به این نتیجه دست یافتند که برنامه تمرینات مدیریت استرس باعث کاهش علائم بدنی، اضطراب، بی‌خوابی و افسردگی می‌شود که این بدان معناست که این آموزش‌ها باعث بهبود سلامت روان در افراد می‌شود.

بر همین اساس، تاب‌آوری یکی از مفاهیم مهم روان‌شناسی

**پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28):** این پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی را گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ به منظور شناسایی اختلالات روانی غیرروان‌پریشی تدوین کرد که به‌طور وسیعی از آن برای تشخیص اختلالات خفیف روانی و غربال‌گری اختلالات روان‌شناختی غیرسایکوتیک در مراکز درمانی و سایر جوامع در موقعیت‌های مختلف استفاده می‌شود. در تمام سؤال‌ها، آزمودنی باید گزینه‌هایی را که با اوضاع و احوال او بیشتر مطابقت دارد، مشخص کند. پاسخ آزمودنی به هریک از پرسش‌ها در یک طیف چهاردرجه‌ای «صلاً»، «در حد معمول»، «به مراتب بیشتر از حد معمول» و «تقریباً بیشتر از حد معمول»، «قطعاً نه»، «فکر نمی‌کنم»، «به ذهنم خطور کرده» و «قطعاً بلی»، «هیچ»، «کمی»، «زیاد»، «مثل همیشه» و «خیلی زیاد» مشخص می‌شود. این ابزار دارای ۴ خرده‌مقیاس است که شامل علائم جسمانی (سؤال ۱-۷)، اضطراب و اختلال خواب (سؤال ۸-۱۵)، اختلال عملکرد اجتماعی (سؤال ۱۶-۲۲) و خرده‌مقیاس افسردگی (سؤال ۲۳-۲۸) است. نمره کل سلامت عمومی از مجموع خرده‌مقیاس‌ها به‌دست می‌آید و هرچه نمره فرد کمتر باشد، بیانگر سلامت عمومی بهتر است و نمره برش برابر ۲۳ است و افرادی که نمره سلامت عمومی آن‌ها برابر یا بیشتر از ۲۳ باشد، بیمار محسوب می‌شوند [۳۹]. این ابزار در ایران مورد هنجاریابی قرار گرفته و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمده است [۳۹]. در پژوهش حاضر، مقدار پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ در مؤلفه علائم جسمانی ۰/۷۷، مؤلفه اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۶، عملکرد اجتماعی ۰/۸۹، افسردگی ۰/۹۱ و سلامت روان کل ۰/۷۹ به‌دست آمد.

## ۲.۲. فرایند اجرای پژوهش

برای اجرای پژوهش پس از اخذ مجوزهای لازم، به سازمان بهزیستی شهرستان خمین در استان اراک مراجعه شد و سپس از مسئولان این سازمان جهت همکاری و انجام هرچه بهتر پژوهش درخواست همکاری شد. در گام بعدی، ۵۱ نفر از زنانی که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند، به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. براساس مفاد بیانیه هلسینکی، ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر شامل اصل رضایت آگاهانه (تأکید بر کتبی و آزادانه بودن آن، گرفتن رضایت مجدد در استفاده از نمونه‌های انسانی، حق پس گرفتن رضایت از طرف شرکت‌کنندگان در پژوهش و شرط امکان نداشتن اخذ رضایت)، حق شرکت‌کنندگان بر آگاهی یافتن از مفاد بیانیه هلسینکی توسط محققان، تأکید بر سود بردن گروه‌های آسیب‌پذیر از پژوهش، و تأکید بر ثبت کارآزمایی‌های

مورد تأیید قرار گرفت). ملاک‌های خروج از برنامه به این شرح بود: زمانی که در زمان اجرای پژوهش تحت درمان پزشکی یا روان‌شناختی خاصی قرار داشتند و بیش از ۳ جلسه از جلسات درمانی غیبت داشتند.

## ۲.۱. ابزارهای پژوهش

**پرسش‌نامه راهبردهای مواجهه با استرس (CSQ):** این پرسش‌نامه را لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۵ تدوین کردند که در مقیاس چهارگزینه‌ای (از ۱ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه دارای ۶۶ سؤال و ۸ زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: مقابله مستقیم؛ دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری؛ خویش‌تن‌داری؛ جست‌وجوی حمایت اجتماعی؛ مسئولیت‌پذیری؛ گریز — اجتناب؛ مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده؛ ارزیابی مجدد مثبت. همچنین این ۸ زیرمقیاس در قالب ۲ زیرمقیاس کلی راهبرد هیجان‌محور و راهبرد مسئله‌محور خلاصه می‌شوند. این الگوهای هشت‌گانه به ۲ دسته روش‌های مسئله‌محور (جست‌وجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان‌محور (رویارویی، دوری‌گزینی، گریز — اجتناب و خویش‌تن‌داری) تقسیم شده است. این مقیاس در ایران مورد هنجاریابی قرار گرفته و پایایی آن ۰/۸۵ به‌دست آمده است [۳۶]. در پژوهش حاضر، مقدار پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ در مؤلفه مقابله مسئله‌مدار ۰/۸۴، مقابله هیجان‌مدار ۰/۸۱ و مقابله با استرس کل ۰/۸۵ به‌دست آمد.

**پرسش‌نامه نظم‌جویی هیجان (ERQ):** این پرسش‌نامه ده‌سؤالی را گروس و جان در سال ۲۰۰۳ ساختند که دارای دو بُعد است: ارزیابی مجدد<sup>۱</sup> (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷-۸ و ۱۰) و سرکوبی<sup>۲</sup> (۲، ۴، ۶ و ۹) است. آزمودنی‌ها در یک مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از «به‌شدت مخالفم» (با نمره ۱) تا «به‌شدت موافقم» (با نمره ۷) به سؤالات پاسخ می‌دهند. حداقل نمره‌ای که فرد در این ابزار کسب می‌کند، ۱۰ و حداکثر نمره ۷۰ است و نمره بین ۱۰-۲۷ نشان‌دهنده نظم‌جویی هیجانی ضعیف، نمره ۲۷-۴۰ نظم‌جویی هیجانی متوسط و نمره بالای ۴۰ نشان‌دهنده نظم‌جویی هیجانی قوی است. در پژوهش گروس و جان، هم‌بستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ به‌دست آمده است [۳۷]. حسینی و همکار [۳۸] میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ را برای ارزیابی مجدد گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، مقدار پایایی در مؤلفه ارزیابی مجدد با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و در مؤلفه سرکوبی ۰/۷۵ و در تنظیم هیجان کل ۰/۸۳ به‌دست آمد.

گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات با اجرای پس‌آزمون، دو گروه مورد سنجش قرار گرفت (البته پس از اتمام جلسات آموزش، برای رعایت اخلاق در پژوهش و جهت حفظ سلامت روان آزمودنی‌های گروه کنترل و حذف انتظار درمانی، یک جلسه آموزش مدیریت استرس پس از اجرای پس‌آزمون برای آن‌ها اجرا شد؛ لذا هیچ تأثیری در نتیجه پژوهش نداشت). جهت جلوگیری از ارتباط گروه‌ها با یکدیگر در خارج از جلسات درمان و انتقال یادگیری، سعی شد جلسات مداخله در خارج از ساعات اداری برگزار شود تا این افراد باهم تعامل نکنند. ضمن اینکه این پژوهش در ماه‌های دی و بهمن سال ۱۳۹۵ انجام شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد استفاده شد و برای بررسی تأثیر مداخله، روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره و مفروضه‌های آن شامل آزمون لوین و ام باکس، به کمک نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) به کار گرفته شد.

بالینی است. پس از کسب رضایت آگاهانه و رعایت موارد اخلاقی جهت شرکت در پژوهش و گرفتن رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت در پژوهش براساس مفاد بیانیه هلسینکی، آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی تخصیص شدند (در تخصیص تصادفی، برای تخصیص شرکت‌کنندگان به هر کدام از گروه‌ها از روش قرعه‌کشی براساس لیست افراد اقدام شد؛ بدین صورت که به صورت تصادفی عدد انتخاب‌شده اول به گروه آزمایش و عدد دوم به گروه کنترل اختصاص یافت و این فرایند تا انتخاب همه افراد ادامه یافت). سپس از آن‌ها خواسته شد تا پرسش‌نامه راهبردهای مواجهه با استرس، تنظیم هیجان و سلامت روان را تکمیل کنند. در مرحله بعد، از برنامه آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس استفاده شد (شرح جلسات به اختصار در جدول ۱ آمده است). مراحل مختلف آموزش این برنامه در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی انجام شد. سپس از تمام افراد گروه آزمایش خواسته شد که حتی‌الامکان در تمام جلسات حضور داشته باشند. در نهایت برنامه درمانی بر گروه آزمایش اجرا شد و

جدول ۱. خلاصه برنامه آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	معرفه اعضای گروه، آشنایی با برنامه و اهداف آن.
جلسه دوم	آشنایی با استرس و اثرات ناشی از نداشتن کنترل بر فرایند استرس و مفهوم تاب‌آوری.
جلسه سوم	سبک‌های اسناد و تفکر: آشنایی با نقش تفاوت‌های فردی در ادراک، و سبک‌های اسناد و تأکید بر اهمیت نقش آن‌ها بر احساسات، واکنش‌ها و تاب‌آوری.
جلسه چهارم	بازسازی شناختی ۱: چالش با خودگویی‌های منفی و جایگزینی آن‌ها با خودگویی‌های مثبت و سازنده.
جلسه پنجم	بازسازی شناختی ۲: چالش با خودگویی‌های منفی و جایگزینی آن‌ها با خودگویی‌های مثبت و سازنده.
جلسه ششم	فعالیت‌های هیجانی: هدف این فعالیت‌های هیجانی به طور کلی آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان است.
جلسه هفتم	ادامه فعالیت‌های شناختی (تصویرسازی ذهنی): مواجهه با شرایط استرس‌زا به صورت ذهنی و تمرین مدیریت بر هیجانات و واکنش‌های بدن.
جلسه هشتم	فعالیت‌های رفتاری: آموزش حل مسئله راهبردی.
جلسه نهم	معنایابی و معناخواهی: تأکید بر اهمیت معنا بخشیدن به مشکلات غیرقابل تغییر و هدفمندی و آینده‌نگری در زندگی.
جلسه دهم	جمع‌بندی، مرور و نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون.

### ۳. یافته‌ها

بودند. در گروه کنترل، ۹ نفر (۳۷/۵٪) زیرسیکل، ۱۰ نفر (۴۱/۷٪) دیپلم و زیردیپلم و ۴ نفر (۱۶/۷٪) دارای تحصیلات لیسانس بودند و ۱ نفر وضعیت تحصیلات خود را مشخص نکرده بود. از لحاظ وضعیت اشتغال در گروه آزمایش، ۸ نفر (۳۳/۴٪) شاغل و ۱۶ نفر (۶۶/۶۶٪) بیکار بودند و ۳ نفر وضعیت اشتغال را بیان نکرده بودند. در گروه کنترل، ۱ نفر (۴/۲٪) شاغل و ۲۰ نفر (۸۳/۳٪) بیکار بودند و ۳ نفر هم وضعیت اشتغال خود را گزارش نکرده بودند. میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش از لحاظ تعداد فرزندان  $0.62 \pm 1.56$  و گروه کنترل  $0.84 \pm 2$  بودند. میانگین و انحراف استاندارد

تعداد افراد گروه آزمایش ۲۷ نفر و تعداد افراد گروه کنترل ۲۴ نفر بودند. از لحاظ وضعیت تأهل در گروه آزمایش، ۲ نفر (۸/۳۳٪) مجرد، ۳ نفر (۱۲/۵٪) همسر فوت‌شده و ۱۹ نفر (۷۹/۱۶٪) مطلقه بودند و بقیه وضعیت خود را بیان نکرده بودند. در گروه کنترل، ۱ نفر (۴/۲٪) همسر فوت‌شده و ۲۳ نفر (۹۵/۸٪) مطلقه بودند. از لحاظ وضعیت تحصیلات در گروه آزمایش، ۱۰ نفر (۴۱/۶۶٪) زیر سیکل، ۱۰ نفر (۴۱/۶۶٪) دیپلم و زیردیپلم، ۲ نفر (۸/۳۳٪) فوق‌دیپلم و ۲ نفر (۸/۳۳٪) لیسانس بودند و ۳ نفر میزان تحصیلات را مشخص نکرده

مواجهه‌های (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار)، تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) و سلامت روان (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، عملکرد اجتماعی و افسردگی) در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیان شده است.

سنی گروه آزمایش  $37 \pm 6/22$  و گروه کنترل  $40/70 \pm 9/24$  بودند. میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش از لحاظ مدت سرپرستی به سال  $3/70 \pm 5/39$  و در گروه کنترل  $3/53 \pm 5/90$  بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	بالاترین	پایین‌ترین
گروه آزمایش	پیش‌آزمون	راهبرد مواجهه	۵۹/۸۳	۱۰/۰۶	۸۰	۴۵
		تنظیم هیجان	۶۹/۵۵	۱۳/۳۴	۹۰	۴۵
		تنظیم هیجان	۲۴/۸۵	۷/۷۶	۳۸	۱۰
		سلامت روان	۱۷/۴۳	۴/۵۱	۲۸	۱۳
		سلامت روان	۱۱/۹۵	۴/۶۴	۲۴	۵
	پس‌آزمون	راهبرد مواجهه	۱۱/۶۹	۴/۸۶	۲۲	۵
		تنظیم هیجان	۱۸/۳۶	۳/۹۳	۲۳	۱۰
		تنظیم هیجان	۱۰/۳۷	۶/۸۰	۳۰	۳
		تنظیم هیجان	۶۱/۴۲	۹/۵۷	۷۵	۴۰
		تنظیم هیجان	۵۹/۶۸	۹/۸۹	۷۸	۴۰
گروه کنترل	پیش‌آزمون	راهبرد مواجهه	۳۰/۱۶	۵/۷۹	۴۰	۲۲
		تنظیم هیجان	۱۱/۷۶	۴/۱۶	۲۰	۵
		سلامت روان	۴/۷۸	۴/۰۱	۱۸	۱
		سلامت روان	۶/۰۷	۴/۴۰	۱۵	۱
		سلامت روان	۱۰/۹۲	۳/۶۵	۱۶	۴
	پس‌آزمون	راهبرد مواجهه	۴/۳۸	۳/۸۳	۱۵	۲
		تنظیم هیجان	۵۷/۳۳	۱۲/۶۱	۸۶	۳۸
		تنظیم هیجان	۶۴/۰۵	۸/۷۷	۷۸	۴۹
		تنظیم هیجان	۱۹/۶۸	۵/۶۰	۳۵	۱۰
		تنظیم هیجان	۱۲/۶۳	۲/۸۸	۲۰	۱۰
گروه کنترل	پیش‌آزمون	تنظیم هیجان	۱۳/۰۷	۵/۰۱	۲۳	۶
		سلامت روان	۱۳/۱۵	۵/۵۵	۲۴	۴
		تنظیم هیجان	۱۶/۸۵	۲/۷۰	۲۲	۱۳
		تنظیم هیجان	۱۱/۶۳	۵/۸۲	۲۵	۵
		تنظیم هیجان	۵۱/۳۴	۹/۸۷	۷۵	۳۱
	پس‌آزمون	راهبرد مواجهه	۶۵/۲۳	۸/۵۳	۸۰	۴۸
		تنظیم هیجان	۲۱/۸۲	۶/۳۲	۳۳	۹
		تنظیم هیجان	۱۴/۷۰	۵/۴۰	۲۴	۴
		سلامت روان	۱۲/۳۳	۴/۳۰	۲۳	۷
		سلامت روان	۱۱/۰۴	۴/۴۱	۲۱	۴
		عملکرد اجتماعی	۱۷/۸۵	۷/۳۵	۴۷	۱۰
		افسردگی	۹/۹۵	۴/۲۲	۱۷	۳

مرحله پیش‌آزمون مربوط به مواجهه هیجان‌مدار بوده (۶۹/۵۵)

براساس نتایج جدول ۲، در گروه آزمایش بیشترین میانگین در



از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره یا مانکوا استفاده شد). از آنجا که استفاده از تحلیل چندمتغیره کوواریانس (مانکوا) نیازمند رعایت مفروضه‌هاست، مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. عدم معناداری آزمون لوین در راهبردهای مواجهه با استرس ( $F = 2/27$ )، تنظیم هیجان ( $F = 2/02$ ) و سلامت روان ( $F = 2/34$ )، نشان می‌دهد که مفروضه یکسانی واریانس‌ها برقرار است ( $p > 0/05$ ) و از سوی دیگر عدم معناداری مقدار  $M$  box برای متغیرهای راهبردهای مواجهه با استرس ( $M \text{ box} = 0/197$ )، تنظیم هیجان ( $M \text{ box} = 1/705$ ) و سلامت روان ( $M \text{ box} = 1/339$ ) هم نشان‌دهنده همسانی شیب رگرسیون است ( $p > 0/05$ ) و عدم معناداری مقدار نرمالیتی کلموگروف - اسمیرنوف برای راهبردهای مقابله با استرس ( $Z = 2/33$ )، تنظیم هیجان ( $Z = 1/47$ ) و سلامت روان ( $Z = 2/15$ ) هم نشانگر برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات است. بنابراین با توجه به رعایت مفروضه‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، برای تحلیل یافته‌ها از این آزمون استفاده شد. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره را برای متغیر راهبردهای مواجهه با استرس نشان می‌دهد.

که در پس‌آزمون این میزان کاهش یافته است ( $59/83$ ). در گروه کنترل هم، میانگین راهبرد هیجان‌مدار در پیش‌آزمون بالا بوده ( $64/05$ ) که در مرحله پس‌آزمون هم افزایش داشته است ( $65/23$ ). میانگین گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون در مؤلفه ارزیابی مجدد  $24/85$  بوده که این میزان در پس‌آزمون به  $30/16$  افزایش پیدا کرده؛ اما میانگین مؤلفه سرکوبی  $17/43$  بوده که در مرحله پس‌آزمون  $11/76$  کاهش یافته است. در گروه کنترل، میانگین ارزیابی مجدد در پیش‌آزمون  $19/67$  بوده که در پس‌آزمون به  $21/82$  رسیده و میانگین مؤلفه سرکوبی  $12/63$  بوده که به  $14/70$  افزایش یافته است. همچنین براساس نتایج جدول، میانگین گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون در مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی بوده ( $18/36$ ) که این میزان در پس‌آزمون به  $10/92$  کاهش یافته است. در گروه کنترل بالاترین میانگین در پیش‌آزمون در مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی بوده ( $16/85$ ) که در پس‌آزمون به  $17/85$  بیشتر شده است.

برای بررسی تأثیر مداخله بر متغیرهای وابسته پژوهش، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد (به دلیل اینکه مؤلفه‌های متغیرها در پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، برای تحلیل،

جدول ۳. آزمون اثرات بین‌گروهی و نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی نمرات پس‌آزمون راهبردهای مواجهه با استرس

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مقدار اتا
گروه	مسئله‌مدار	446/35	1	446/35	7/135	0/001	
	هیجان‌مدار	95/15	1	95/15	1/146	0/001	
خطا	مسئله‌مدار	1000/95	16	62/55			0/626
	هیجان‌مدار	1328/99	16	83/06			
کل	مسئله‌مدار	80107	20				
	هیجان‌مدار	59897	20				

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقادیر  $F$  در جدول معنادارند و نشان می‌دهند نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در راهبرد مواجهه با استرس مسئله‌مدار در مرحله پس-آزمون به‌طور معناداری بیشتر از آزمودنی‌های گروه کنترل شده و این بیانگر آن است که آزمودنی‌ها بعد از مداخله، بیشتر از راهبردهای مسئله‌مدار در سازگاری با موقعیت‌های استرس‌زا استفاده می‌کنند.

مقادیر اندازه اثر هم نشان‌دهنده میزان تغییرات مربوط به هر یک از راهبردهای مواجهه با استرس (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار) در آزمودنی‌های گروه آزمایش در نتیجه آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بوده است.

برای بررسی تأثیر مداخله بر راهبردهای تنظیم هیجان از تحلیل مانکوا استفاده شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون اثرات بین‌گروهی و نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی نمرات پس-آزمون راهبردهای تنظیم هیجان

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مقدار اتا
اثرات	ارزیابی	385/91	1	385/91	10/49	0/001	0/338

بین-گروهی	مجدد سرکوبی	۲۶/۱۲	۱	۲۶/۱۲	۸/۰۲	۰/۰۰۱
خطا	ارزیابی مجدد سرکوبی	۱۳۶۰/۰۵	۳۷	۳۶/۷۵		
کل	ارزیابی مجدد سرکوبی	۹۴۱/۶۲	۳۷	۲۵/۴۴		
		۲۹۰۶۶	۴۱			
		۸۴۲۷	۴۱			

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقادیر  $F$  در این جدول معنادارند و نشان می‌دهند نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در هر دو راهبرد تنظیم هیجان در مرحله پس-آزمون به‌طور معناداری بیشتر از آزمودنی‌های گروه کنترل شده است. مقادیر اندازه اثر نشان می‌دهد که

۵. جدول ۵. آزمون اثرات بین‌گروهی و نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی نمرات پس-آزمون مؤلفه‌های سلامت روان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مقدار اتا
علائم جسمانی اضطراب و اختلال خواب	۱۷۵/۷۸	۱	۱۷۵/۷۸	۱۷/۴۲	۰/۰۰۱	
عملکرد اجتماعی	۶۱/۳۲	۱	۶۱/۳۲	۴/۷۶	۰/۰۰۴	
افسردگی	۱۳۳/۶۸	۱	۱۳۳/۶۸	۱۲/۱۰	۰/۰۰۴	۰/۵۸۲
	۲۰/۱۳	۱	۲۰/۱۳	۲/۱۵	۰/۰۰۱	

مقابلۀ مسئله‌مدار و کاربرد کمتر راهبردهای کوتاه‌مدت مثل مواجهۀ هیجان‌مدار می‌شود. همچنین آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس می‌تواند باعث شود زنان سرپرست خانواده در مواقع استرس‌زا برای سازگاری با استرس بیشتر از راهبردهای مسئله‌مدار استفاده کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های میراب‌زاده و همکاران [۶]، مندل و همکاران [۴۰]، اسپیلبرگر و همکار [۴۱]، مالتبی و همکاران [۴۲]، سهرابی و همکاران [۴۳] و حسینی بهشتیان [۴۴] همسو است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقادیر  $F$  در این جدول معنادارند و نشان می‌دهند نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به‌طور معناداری کمتر از آزمودنی‌های گروه کنترل شده است. مقادیر اندازه اثر بیانگر آن است که از تغییرات مؤلفه‌های سلامت روان در آزمودنی‌های گروه آزمایش درنتیجۀ مداخله آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بوده است.

#### ۴. بحث و نتیجه گیری

توجه به منابع استرس و راهبردهای مواجهه با آن در گروه‌های مختلف بسیار مورد توجه قرار گرفته و نشان داده شده که به‌کار گرفتن راهبردهای مواجهه‌ای مؤثر، نقش مهمی در کاهش استرس و بهبود سلامت عمومی داشته است [۴۵]. دیدگاه‌های جدید درمورد استرس به‌جای تمرکز بر ماهیت استرس و اهمیت آن به نقش منابع روان‌شناختی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا یا تغییر و بهبودی در احساسات ناشی از این عوامل تأکید دارند و به همین دلیل چگونگی مواجهۀ افراد با استرس از شدت و فراوانی آن مهم‌تر است [۴۵]. سهرابی و همکاران [۴۳] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس می‌تواند باعث کاهش استرس و اضطراب در

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر راهبردهای مواجهه با استرس، تنظیم هیجان و سلامت روان در زنان سرپرست خانوادۀ تحت پوشش سازمان بهزیستی انجام شد. یافته اول پژوهش نشان داد که مداخله آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس به این افراد باعث بهبود راهبردهای مواجهه با استرس می‌شود. به‌عبارتی براساس نتایج پژوهش، آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس باعث استفاده بیشتر از راهبردهای مثبت مواجهه با استرس همانند



مارتینی و همکار [۱۵]، جنینگ و همکار [۱۹]، آرسی و همکاران [۲۰]، میلر و همکاران [۲۱]، گروس و همکار [۳۷] و عظیمی و همکاران [۴۹] سازگار است.

میلر در مطالعه خود نشان داد که تاب‌آوری با هیجانات مثبت هم‌بستگی مثبت و با هیجانات منفی مانند خشم و غم هم‌بستگی منفی دارد [۲۱]. گروس و همکار [۳۷] هم نشان دادند که ارزیابی مجدد و تاب‌آوری به‌طور مثبت و سرکوبی به‌طور منفی با بهزیستی روانی ارتباط دارند. تاب‌آوری در واقع مقاومت موفقیت‌آمیز فرد در برابر موقعیت‌های تهدیدآمیز و چالش‌زا معرفی می‌شود و افراد تاب‌آور، به‌رغم مواجهه با استرس‌های مزمن، سلامت روانی و بهزیستی خود را حفظ می‌کنند [۵۰]. والر [۵۱] تاب‌آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیب‌ها و تهدیدها) می‌داند که از فردی به فرد دیگر متفاوت است و می‌تواند به مرور زمان رشد کند یا از میزان آن کاسته شود. باینکه تاب‌آوری تاحدی یک ویژگی فردی و حاصل تجارب محیطی است، افراد می‌توانند ظرفیت تاب‌آوری خود را با آموختن برخی از مهارت‌ها افزایش دهند [۵۲]. بر این اساس، آموزش تاب‌آوری در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی، ارتقای رضایت از زندگی و درمان اختلال‌های روانی مانند پرخاشگری، افسردگی و غیره تدوین شده است [۵۳].

همسو با یافته‌های پیشین، در تبیین اثربخشی برنامه آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس بر راهبردهای تنظیم هیجان می‌توان گفت که در جلسه‌های آموزشی آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس با آموزش سبک‌های اسناد و تفکر، اهمیت نقش آن‌ها بر احساسات، واکنش‌ها و تاب‌آوری، بازسازی شناختی و چالش با خودگویی‌های منفی و جایگزینی با خودگویی‌های مثبت، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تصویرسازی ذهنی در مواجهه با شرایط استرس‌زا، آموزش حل مسئله و معنا بخشیدن به مشکلات تغییرناپذیر احتمالاً در مرحله اول باعث یادگیری و شناسایی تنظیم هیجان و در مرحله دوم باعث استفاده بیشتر از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان درمقابل راهبردهای منفی شده است. توگید و همکار [۵۴] و کارل و همکار [۵۵] در پژوهش‌های خود دریافتند که سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به‌منظور پشت سر نهادن تجارب نامطلوب و برگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. برخی از پژوهشگران معتقدند تاب‌آوری از طریق افزایش سطح عواطف مثبت، موجب تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجارب منفی می‌شود [۵۶].

تاب‌آوری معمولاً سه نوع پدیده را توصیف می‌کند: برخورداری از رشد مناسب به‌رغم وجود وضعیت پرخطر (مانند

زنان شود. نتایج مطالعه آبنیکی و همکاران [۴۶] گویای آن است که آموزش مدیریت استرس می‌تواند باعث افزایش سرسختی و خودکنترلی در زنان متأهل شود. به‌عبارتی برپایه نتایج این مطالعه، مداخله گروهی مدیریت استرس روش مؤثری برای ارتقای سرسختی و خودکنترلی زنان افسرده است.

مطالعات در زمینه تاب‌آوری هم نشان می‌دهد که تاب‌آوری فراتر از برخورد و انطباق با تجربیات آسیب‌زاست؛ بدین معنا که فرد قدرت بازگشت و رشد به شیوه مثبت در برابر شرایط نامناسب را دارد [۴۷]. مندل و همکاران [۴۰] تاب‌آوری را انعطاف‌پذیری مؤثر در برابر حوادث زندگی می‌دانند و بیان می‌کنند که تاب‌آوری باعث افزایش سازگاری مناسب در هنگام رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا و خطرناک می‌شود. به عبارت دیگر، آن‌ها تاب‌آوری را توانایی بهبود، جبران و انعطاف‌پذیری بعد از رویارویی با حوادث استرس‌زا می‌دانند.

همسو با یافته‌های پژوهش‌های قبلی، در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت آموزش افراد درباره ماهیت تعاملی استرس و مواجهه با آن و توجه به نقش شناخت‌ها و هیجانات در پیدایش و تداوم استرس و کنترل آن مؤثر است و مدیریت استرس توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌زا افزایش می‌دهد؛ به‌گونه‌ای که راهبردها و تکنیک‌های مدیریت استرس به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا از راهبردهای مؤثرتری استفاده کنند که به‌تبع بر بهبود کیفیت زندگی آن‌ها هم اثر می‌گذارد. تاب‌آوری هم از عواملی است که به فرد در سازگاری با موقعیت‌های دشوار و استرس‌زای زندگی کمک می‌کند و افراد را در برابر اختلالات آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی که زنان سرپرست خانواده با آن مواجه‌اند، در امان نگه می‌دارد. به‌عبارتی تاب‌آوری بر توانایی‌های فرد برای غلبه بر استرس، داشتن مهارت‌های مقابله‌ای مناسب، عزت‌نفس و حمایت اجتماعی تأثیر می‌گذارد و باعث کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی به‌صورت بهینه می‌شود. از سوی دیگر آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس می‌تواند در ارتباط بین استرس و بیماری‌ها نقش تعدیل‌کننده‌ای داشته باشد؛ چراکه ایمن‌سازی یک کیفیت درونی است که فرد را قادر می‌سازد تا در مقابله با شرایط ناگوار خود را حفظ کند [۴۸].

یافته دوم پژوهش نشان داد که برنامه آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس به زنان باعث بهبود راهبردهای تنظیم هیجان آن‌ها می‌شود. به عبارت دیگر، آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس باعث استفاده بیشتر از راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی همچون ارزیابی مجدد و استفاده کمتر از راهبردهای منفی همچون سرکوبی می‌شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های

آموزش تاب‌آوری، اضطراب، افسردگی، و احساس فشار روانی را پایین می‌آورد. همسو با یافته‌های پیشین، در تبیین این یافته می‌توان ادعان کرد که افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، به دلیل داشتن حس خاصی از کنترل، از راه‌های مقابله با استرس به نحو مطلوبی استفاده می‌کنند. وولف [۳۱] بیان می‌کند که تاب‌آوری با ویژگی‌هایی همچون توان اجتماعی، توانایی حل کارآمد مسئله، هدمندی و امید به آینده مشخص می‌گردد که این ویژگی‌ها خود با سلامت روان بالا رابطه مثبت دارند. به عبارتی آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس در زنان بی‌سرپرست می‌تواند با تأثیر بر علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، عملکرد اجتماعی و افسردگی، و نیز کاهش این علائم در زنان باعث ارتقای سطح سلامت روان آنان گردد. مطابق نتایج پژوهش بشارت [۶۰]، بین نمره سلامت روان و تاب‌آوری هم‌بستگی مثبت معنادار و بین نمره درماندگی روان‌شناختی، افسردگی، اضطراب و مشکلات سلامت عمومی با تاب‌آوری هم‌بستگی منفی معناداری وجود دارد. در پژوهش رحیمیان بوگر و همکار [۲۵]، بین سرسختی، سلامت روان و خودتاب‌آوری، رابطه مثبت و معناداری به دست آمد. افراد با سطح تاب‌آوری بالا به دلایل مختلفی مثل مقاومت در برابر استرس، غلبه بر مشکلات، واکنش سازگارانه درمقابل موقعیت‌های ناگوار [۵۱]، و توانمندی اجتماعی بالا [۴۸]، می‌توانند بر مسائل و مشکلات زندگی غلبه و سلامت روان خود را حفظ کنند و از این جهت رضایتمندی کافی از زندگی شخصی، شغلی و اجتماعی خود داشته باشند. در زمینه پیامدهای تاب‌آوری، شماری از پژوهش‌ها به افزایش سطح سلامت روان و رضایت از زندگی اشاره کرده‌اند [۶۱].

ارتقای سطح تاب‌آوری احتمالاً برای جلوگیری از مشکلات سلامت روان می‌تواند مفید باشد و این یعنی کاهش میزان تاب‌آوری در برابر رویدادهای زندگی، فرد را با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب و افسردگی مواجه می‌کند [۶۲]. پژوهش‌های بتانکورت و همکاران [۶۳] و سترازدینز و برووم [به نقل از ۶۴] بیانگر آن است که افراد دارای تاب‌آوری بالا در شرایط تنش‌زا و موقعیت ناگوار، سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌کنند و مشکلات کمتری در سلامت روان خود دارند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نداشتن دوره پیگیری برای بررسی میزان ماندگاری مداخله اشاره کرد که دلیل آن عدم دسترسی به افراد گروه آزمایش بعد از گذشت چند ماه از مداخله اصلی بود. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود تا با استفاده از روش‌های دیگری، مانند مصاحبه، در کنار ابزارهای خودگزارشی، همچون پرسش‌نامه، به سنجش میزان سلامت روان افراد بپردازند تا بتوانند میزان تأثیر استفاده از

وضعیت اجتماعی - اقتصادی نامطلوب، تحصیلات کم مادر و فقر)، حفظ شایستگی و صلاحیت در شرایط تهدیدآمیز و تنیدگی‌زا (مانند طلاق و بیماری یکی از اعضای خانواده) و برگشت به حالت اولیه پس از تجربه ضایعه‌ای روانی (مانند بدرفتاری و سوءاستفاده). راتر (۱۹۸۷) بر این باور است که تاب‌آوری نقش بسیار قوی برای سازگاری و انطباق با شرایط استرس‌زا دارد. از این رو آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری (معنایابی، هدمندی و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر) می‌تواند در این زمینه نقش برجسته‌ای را در کاهش استرس و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان افراد ایفا کند. اصلاح ارزیابی‌های شناختی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تمرین‌های ارائه‌شده جهت تن‌آرامی می‌تواند به کاهش هیجان‌ات منفی کمک کند و از سوی دیگر باعث می‌شود افراد بتوانند راهبردهای مثبتی مثل ارزیابی مجدد را برای مقابله با هیجان‌ات به کار گیرند و از راهبردهای منفی ناکارآمدی همچون سرکوبی اجتناب کنند. همچنین در برنامه آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس به آزمودنی‌ها در مورد تفکرات (بدبینی و خوش‌بینی، بدشانسی و خوش‌شانسی) و نقش هرکدام از آن‌ها در وضعیت روانی و همچنین تأثیر هر یک از این تفکرات در پیروزی یا شکست انسان‌ها آموزش داده شد؛ این امر باعث آگاهی آن‌ها از خطاهای فکری‌شان و همچنین موجب امید به آینده و انگیزه برای تلاش و نیز احساس کنترل بر محیط در آنان شد. بسیاری از محققان بین تاب‌آوری و مشکلات روان‌شناختی به رابطه منفی و معناداری دست یافته‌اند و معتقدند با ارتقای تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا، اضطراب‌آور و همچنین عوامل مسبب بسیاری از مشکلات روان‌شناختی از خود مقاومت نشان دهد و بر آن‌ها غلبه کند [۳۴]. نتایج مطالعه حسینی بهشتیان [۴۴] نشان داد که آموزش تاب‌آوری باعث تنظیم هیجان و افزایش رضایت از زندگی در زنان می‌شود. به عبارتی بر مبنای نتایج این پژوهش، آموزش تاب‌آوری با تنظیم هیجان‌های مثبت و منفی و استفاده از راهبردهای شناختی انطباقی باعث ارتقای رضایت از زندگی می‌شود.

یافته آخر پژوهش نشان داد که آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس به زنان بی‌سرپرست باعث بهبود سلامت روان آن‌ها می‌شود. به عبارتی نتایج پژوهش اثبات کرد که آموزش ایمن‌سازی درمقابل استرس می‌تواند با کاهش علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی باعث ارتقای سلامت روان در زنان سرپرست خانواده شود. این یافته‌ها همسو با یافته‌های پژوهش‌های کولمل و همکاران [۵۷]، لازروس [۵۸] و پورسردار و همکاران [۵۹] است که در آن‌ها

مواجهه‌ای، تنظیم هیجان و ارتقای سلامت روان افراد خواهد داشت.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب هسته پژوهشی مدیریت استرس و مداخله در بحران-های اجتماعی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علامه طباطبایی و با کد اخلاق ۲۹۴۶/ه/پ انجام شد. از همه کسانی که ما را در این پژوهش یاری نمودند، به ویژه رئیس اداره بهزیستی شهرستان خمین، و همچنین تمام شرکت‌کنندگان پژوهش سپاسگزاریم.

**تضاد منافع:** هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

### References

- [1]. Office of Social Damage Reduction. The role of professional and technical skills training in empowering female head of household as a social hazard. Deputy of Education Ministry of Labor and Social Affairs 2011. (Persian)
- [2]. Boldajir ALT, Foruzan A, Rafiei H. The quality of life of female headed households covered by the Welfare Organization and service women. Quarterly Journal of Social Welfare 2010; 11(40): 9-28. (Persian)
- [3]. Daghaghelle A, Kalhor S. Urban Damage in Tehran: Vandalism, Ferrari Girls, Female Heads of Households and Distributors. Tehran, Publications of Sociologists 2010. (Persian)
- [4]. Kim HW, Greenberg JS, Seltzer MM, Krauss MW. The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with intellectual disability and mental illness. Journal of Intellectual Disability Research 2003; 47(4-5): 313-27.
- [5]. Azad Marzabadi A, Aazami Y. Designing Religious Model of Islamic Resource-Based Stress Management. Approved Research Project of Behavioral Sciences Research Center of Baqiyatallah University of Medical Sciences (AS) 2016. (Persian)
- [6]. Mirabzadeh A, Baradaran Eftekhari M, Setareh Froozan A, Sajjadi H, Rafiei H, Karimloo, M. Methods of Coping with Stress in Married Women in Tehran 22nd District. Quarterly Journal of Social Welfare 2014; 14(54): 301-16. (Persian)
- [7]. Coyne G. An investigation of coping skills and quality of life among single sole supporting mothers. International journal of Anthropology 2003; 18(3): 127-38.
- [8]. Shabanzadeh A, Zare Bahramabadi M, Hatami HR, Zahrakar K. Investigating the relationship between styles of coping with stress and social support with quality of life of women headed by households in Tehran. Women and Society Quarterly 2013; 4(4): 1-20. (Persian)
- [9]. Ghasemi S, Khani F. An Analysis of the Issues and Needs of Female Heads of a Family to Empower them. Tehran: Proceedings of the second conference on empowerment and empowerment of women headed by households 2009; 367-90. (Persian)
- [10]. Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. Cognitive and Behavioral Practice 2007; 14(1): 18-25.
- [11]. Barmas H. Comparison of Depression and Cognitive Emotion Regulation in Subjects of Substance Abuse and Normal Individuals in High School Students in Tehran. Research Institute for Human Sciences and Cultural Studies 2009. (Persian)
- [12]. Borjali A, Aazami Y, Chopan H. The Effectiveness of Teaching Emotion Regulation Strategies on Emotional Reductions in Narcotics. Journal of Clinical Psychology 2016; 8(2): 33-42. (Persian)
- [13]. Haeri H, Shahnazari M. Investigating the Positive Thinking Role and Emotion Settlement in Satisfaction of the Life of the Housewives in Tehran. Journal of Applied Psychological Research 2015; 2(6): 133-46. (Persian)
- [14]. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences 2001; 30(8): 1311-27.
- [15]. Martini TS, Busseri MA. Emotion regulation strategies and goals as predictors of older mothers' and adult daughters' helping-related subjective well-being. Psychology and Aging 2010; 25(1): 48.
- [16]. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. Behaviour research and therapy 2006; 44(9): 1251-63.
- [17]. Najafi M, Farhoudian A, Alivandi-Vafa M, Ekhtiari H, Massah O. Comparing emotion regulation in methamphetamine abuser with and without risky behavior. Archives of Rehabilitation 2014; 14: 9-14.
- [18]. Gowdini R, Pourmohamdreza-Tajrishi M, Tahmasebi S, Biglarian A. Effect of Emotion Management Training to Mothers on the Behavioral Problems of Offspring: Parents' View. Archives of Rehabilitation 2017; 18(1): 13-24.
- [19]. Jennings PA, Greenberg MT. The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. Review of educational research 2009; 79(1): 491-525.
- [20]. Arce E, Simmons AN, Stein MB, Winkielman P, Hitchcock C, Paulus MP. Association between individual differences in self-reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. Journal of affective disorders 2009; 114(1): 286-93.
- [21]. Miller KL, Reeves S, Zwarenstein M, Beales JD, Kenaszchuk C, Conn LG. Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. Journal of Advanced Nursing 2008; 64(4): 332-43.
- [22]. Mahmoudi M, Mohammad Khani P, Ghojari Banab B, Bagheri F. The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on strategies for coping with Stress of family caregivers of patients with Alzheimer disease. Iranian Journal of Ageing 2016; 11(4): 190-201.

- [23]. Keves CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior* 2002; 207-22.
- [24]. Sabzeh Arrae Langroudi M, Mohammadi M, Mehri Y, Talie A. Mental health and test anxiety components among students of brilliant and ordinary talent schools. *Journal of Applied Psychological Research* 2014; 5(3): 1-17. (Persian)
- [25]. Rahimian Booger A, Asgharnejad Farid AS. Relationship between psychological hardiness and self-reflection with mental health in youth and adults surviving the earthquake in Bam. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14(1): 62-70. (Persian)
- [26]. Catherine Ann I. *Accountability for mental Health counseling in schools [Dissertation]*. Rochester Institute of Technology 2007. Accessed from: <http://scholarworks.rit.edu/theses/7127>
- [27]. Hartlev MT. Examining the relationships between resilience, mental health, and academic persistence in undergraduate college students. *Journal of American College Health* 2011; 59(7): 596-604.
- [28]. Karamipour M, Hejazi M, Yekta ZB. The role of resilience and hardiness in mental health of athletes and non-athletes. *Bull. Environ. Pharmacol. Life Sciences* 2015; 4(2): 37-43.
- [29]. Silliman B. Resiliency research review: Conceptual and research foundations. *National Network for family resiliency* 1994.
- [30]. Lazarus R. *Personality and adjustment prentice*. New Jersey: Hall Inc Englewood cliffs 2004.
- [31]. Wolff S, Wolff S. The concept of resilience. *Australian New Zealand Journal Psychiatry* 1995; 29(4): 565-74.
- [32]. Hasanvandi S, Valizade M, Honarmand MM, Mohammadesmael F. Effectiveness of stress management on mental health of divorced women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013; 84: 1559-64.
- [33]. Wood SK, Bhatnagar S. Resilience to the effects of social stress: evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiology of stress* 2015; 1: 164-73.
- [34]. Connor KM, Zhang W. Resilience: Determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS spectrums* 2006; 11(S12): 5-12.
- [35]. Biabangard, A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences. Volume I*, Tehran: Doran 2013. (Persian)
- [36]. Alipour A, Hashemi T, Babapour Khairaddin I, Tosi F. The Relationship Between Coping Strategies and Happiness of Students. *Quarterly Journal of Psychology, Tabriz University* 2010; 5(18): 71-86. (Persian)
- [37]. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology* 2003; 85(2): 348-62.
- [38]. Hosseini F, Khair M. Investigating the role of the teacher in mathematical excitement and emotional regulation of students. *Quarterly Journal of Psychology, Tabriz University* 2010; 5(20): 47-69. (Persian)
- [39]. Ahmadi R, Sharifi Daramadi P. a Study of the Effect of Resilience Training on Mental Health of People with Drug Dependency at Touska Camp in Tehran. *Quarterly of Clinical Psychology Studies* 2014; 4(16): 1-17. (Persian)
- [40]. Mandel G, Mullet E, Brown G. *Cultivating resiliency a guide for parent and school personnel*. published by scholastic press 2006. [www.scholastic.com](http://www.scholastic.com).
- [41]. Spielberger CD, Reheiser EC. *Occupational stress and health. In New Perspectives in Occupational Health Psychology* (Antoniou, A.G. & Cooper, C.L., eds). Edward Elgar, Cheltenham, Great Britain 2005; pp. 451-54.
- [42]. Maltby J, Day L, McCutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *British Journal of Psychology* 2004; 95(4): 411-28.
- [43]. Sohrabi F, Darini M, Davoudi H. The Effectiveness of Stress-Immunitization Training (SIT) on Stress, Anxiety, and Depression in Employed Women. *Quarterly Journal of Clinical Psychology* 2011; 2(5): 1-22. (Persian)
- [44]. Hosseini Beheshtian SM. The Effectiveness of Resiliency Training on Emotion Adjustment Strategies and Satisfaction with the Life of Female Heads of Households. *Cultural Research Society, Research Institute of Humanities and Cultural Studies* 2016; 7(3): 25-50. (Persian)
- [45]. Niknam M, Alahyari A, Rasoulzadeh Tabatabaei K, Hejazi A. Dental Dependent Treatment Effect on Perceived Stress According to Student Identity Styles. *Quarterly Journal of Clinical Psychology* 2011; 3(1): 105-23. (Persian)
- [46]. Abniki, A, Abolghasemi A, Abbasi M, Moazz R, Jalali R. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Intervention on Stress Management on Increasing Hardiness and Self-Control of Depressed Women. *Quarterly Journal of Clinical Psychology* 2005; 5(19): 99-118. (Persian)
- [47]. Cénat JM, Derivois D. Psychometric properties of the Creole Haitian version of the Resilience Scale amongst child and adolescent survivors of the 2010 earthquake. *Comprehensive psychiatry* 2014; 55(2): 388-95.
- [48]. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
- [49]. Azimi M, Moradi A, Hasani J. Effectiveness of cognitive behavioral therapy (Face to face and Internet-based) on Emotional Regulation Strategies of individuals with Comorbidity of insomnia and depression. *Journal of Research in Psychological Health (JRPH)* 2017; 11(1): 49-61. (Persian)
- [50]. Wilson JP, Drozdek B. *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war and torture victims*. Routledge 2004.
- [51]. Waller MA. Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry* 2001; 71(3): 290-97.
- [52]. Korhonen M. Resilience overcoming challenges and moving on positively. Ottawa: National Aboriginal Health Organization 2007.
- [53]. Hall DK, Pearson I. Resilience-giving children the skills to bounce back. *Voices for Children* 2003: 1-10.
- [54]. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology* 2004; 86(2): 320-33.
- [55]. Carle AC, Chassin L. Resilience in a community sample of children of alcoholics: Its prevalence and relation to internalizing symptomatology and positive affect. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2004; 25(5): 577-95.
- [56]. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist* 2004; 59(1): 20-28.
- [57]. Koelmel E, Hughes AJ, Alschuler KN, Ehde DM. Resilience Mediates the Longitudinal Relationships Between Social Support and Mental Health Outcomes in Multiple Sclerosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2017; 98(6): 1139-48.
- [58]. Lazarus A. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Journal of American Psychologist* 2001; 56: 227-38.
- [59]. Pour Sardar F, Abbaspour Z, Abdi Zarrin S, Sangari, AA. The effect of vibration on mental health and life satisfaction, a psychological pattern of well-being. *Quarterly Journal of Lorestan University of Medical Sciences* 2012; 14(1): 81-89. (Persian)
- [60]. Besharat MA. Resilience, Vulnerability and Mental Health. *Journal of Psychological Sciences* 2007; 6(24): 373-83. (Persian)
- [61]. Hamarat, Dennis Thompson, Karen M. Zabrocky, Don Steele, Kenneth B. Matheny, Ferda Avsan E. Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Experimental Aging Research* 2001; 27(2): 181-96.
- [62]. Shi M, Wang X, Bian Y, Wang L. The mediating role of resilience in the relationship between stress and life

- satisfaction among Chinese medical students: a cross-sectional study. BMC medical education 2015; 15(1): 16.
- [63]. Betancourt TS, Mevers-Ohki SE, Charrow A, Hansen N. Annual Research Review: Mental health and resilience in HIV/AIDS-affected children—a review of the literature and recommendations for future research. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2013; 54(4): 423-44.
- [64]. Askeland KG, Hysing M, Aarø LE, Tell GS, Sivertsen B. Mental health problems and resilience in international adoptees: Results from a population-based study of Norwegian adolescents aged 16–19 years. Journal of adolescence 2015; 44: 48-56.



## The Effectiveness of the Stress Immunization Program on Coping with Stress Strategies, Emotion Regulation Strategies and Mental Health in Female-Headed Households Covered by the Welfare Organization

Faramarz Sohrabi<sup>1</sup>, Mehdi Khanjani<sup>2</sup>, \*Yousef Aazami<sup>3</sup>, Esmail Khanjani<sup>4</sup>, Payman Mam Sharifi<sup>5</sup>, Elahe Froghi Neghad<sup>6</sup>

1. Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran.
2. Assistant Professor of Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University.
3. PhD of Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran.
4. Master of General Psychology, Director of the Department of Welfare of Khomein City.
5. Graduate of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran.
6. Graduate student of School Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran.

### Abstract

**Background** How to cope with life stressors affects the quality of life of female headed households. Therefore, this study aimed to evaluate the effectiveness of the Stress immunization program on coping with stress, emotion regulation and mental health in female-headed households were covered by welfare organization..

**Materials & Methods** This experimental research with pretest-posttest and control group design. 51 women covered city Khomeini Welfare Organization, were selected in available method and randomly into two experimental and control groups were replaced. Data collected using of coping strategies, emotion regulation and General Health (GHQ-28) questionnaires, and the results were analyzed using Multivariate and analysis of covariance.

**Results** The results showed that Stress immunization program makes greater use of positive coping strategies such as problem-focused coping and emotion-focused coping is used less as a short-term strategies. Also, reassessment strategy at posttest in the experimental group was significantly higher than the scores of the control group and the strategy of repression in the posttest in the experimental group showed negative, also, results showing reduce symptoms of somatic, anxiety and insomnia, social dysfunction and depression in household women.

**Conclusion** Based on the findings, it can be said that Stress immunization program is a multi-dimensional program and affect thoughts, emotions and behaviors in people and with factors such as cognitive restructuring, search for meaning, relaxation exercises and positive thinking, can have a significant impact on improving people mental health.

**Received:** 2018/05/14

**Accepted:** 2018/07/22

**Keywords:** Stress immunization program, emotional regulation, mental health, women, coping with stress.