

اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) بر صمیمیت و بهزیستی

هیجانی زنان سرپرست خانوار شهر اصفهان

سوسن نصیرزاده^۱

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور، واحد ساری، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره هجدهم، تابستان ۱۴۰۲، صفحات ۱۲۰-۱۰۹

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) بر صمیمیت و بهزیستی هیجانی زنان سرپرست خانوار شهر اصفهان انجام گرفت. روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه گروه کنترل است. در این پژوهش جامعه آماری شامل تمامی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر اصفهان بود؛ که از میان آن‌ها تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس در پژوهش شرکت کردند. سپس این گروه به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. پس از اجرای پرسشنامه صمیمیت زناشویی تامپسون و والکر (۱۹۹۶) و بهزیستی هیجانی کبیز (۲۰۰۵) روی هر دو گروه کنترل و آزمایش، اعضای گروه آزمایش در جلسات آموزشی مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) به مدت ۸ هفته، هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه شرکت کردند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. یافته‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که آموزش مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) صمیمیت (۰/۸۱۷) و بر بهزیستی هیجانی (۰/۷۵۱) زنان سرپرست خانوار شهر اصفهان تأثیر معنادار دارد. بنابراین نتیجه گرفته شد که از رویکرد مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) می‌توان به عنوان مداخله مؤثری بر افزایش صمیمیت و بهزیستی هیجانی زنان سرپرست خانوار استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: رویکرد سیستم خانواده درونی (IFS)، صمیمیت، بهزیستی هیجانی، زنان سرپرست خانوار.

مقدمه

عوامل متعددی از جمله جنگ، شهرنشینی، طلاق، اعتیاد و مرگ همسر و نظایر آن موجب تغییر ساختار خانواده و افزایش تعداد خانواده‌های تک والدی با سرپرستی زنان در سراسر جهان می‌شود. زنان به‌منزله یک گروه جمعیتی می‌توانند نقش سازنده و تأثیرگذار در روند پیشرفت، تکامل و توسعه جامعه داشته باشند؛ اما همواره، طی قرون متمادی، به‌رغم فعالیت در همه عرصه‌های مختلف تولید و خدمت، به آن‌ها کم‌توجهی شده و بیش از مردان در معرض تبعیض‌های اجتماعی و فشارهای روانی قرار گرفته‌اند. نقش‌های اجتماعی و سبک زندگی زنان باعث شده آن‌ها از نظر جسمی ضعیف‌تر از مردان باشند (احمدنیا و قالیباف، ۱۳۹۶). اصطلاح زنان سرپرست خانواده^۱ واژه جدیدی است که با حضور بیشتر زنان در عرصه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی کاربرد پیدا کرده است (هامارات، تامپسون و زابروسکی^۲، ۲۰۱۷). در مواردی که سرپرستی خانواده به‌صورت ناگهانی از مرد به زن منتقل می‌شود شرایط نامنی شامل از دست دادن درآمد، تربیت فرزند، ایفای نقش دوگانه پدر و مادری برای زنان به وجود می‌آید (دستجردی و همکاران، ۱۳۹۰). انتقال ناگهانی سرپرستی از شوهر به زن باعث به وجود آمدن رشته‌ای از نامنی‌ها و وظایف مضاعف شامل از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان و ایفای نقش دوگانه (پدرو مادر) برای زنان می‌شود (کگان و همکاران^۳، ۲۰۱۷). درنهایت این شرایط موجب شکل‌گیری استرس‌ها و فشارهای شخصی، روانی و اجتماعی می‌شود، که می‌تواند سلامت روانی و خانوادگی زنان را به خطر بیندازد (یان^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). مقابله با مسائل و مشکلات شخصی، روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، خانوادگی، تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده بر عهده سرپرست خانوار (مادر) است و اوست که باید کاری کند که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شود و از ایجاد حداقل تنش‌ها در خانواده جلوگیری نماید و از لحاظ مادی و معنوی فرزندان را حمایت کند. این گروه از زنان اغلب با عوامل آسیب‌زایی همچون ضعف دسترسی به فرصت‌های شغلی، بی‌سوادی یا کم‌سوادی، نداشتن درآمد مستمر و مشکلات روحی، مواجه می‌باشند که در صورت فقدان حمایت‌های همه‌جانبه هزینه‌های هنگفتی را به جامعه تحمیل خواهند کرد (جوادیان و همکاران، ۱۳۹۷)؛ بنابراین واضح است که زنان سرپرست خانوار به دلیل شرایط خاصی که دارند بیش از سایر زنان در مواجهه با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی قرار دارند. برای مقابله با این استرس‌های روانی و ایجاد امنیت خاطر برای این قشر، راهکارهای مؤثری از جانب دولت و مراکز حمایتی مورد انتظار است. از جمله این افزایش صمیمیت^۵ زنان سرپرست خانوار^۶ می‌باشد (کینگ^۷، ۲۰۱۹).

¹ female heads of household

² Hamarat, Thompson and Zabroski

³ Kagan

⁴ Yu

⁵ Intimacy

⁶ Female-headed households

⁷ King

صمیمیت که به‌عنوان یک فرایند مهم در توسعه روابط دوستانه شناخته‌شده است در حال حاضر نگرانی عمده متخصصان مشاوره و خانواده است (برگر و هانا، ۲۰۱۷). استرنبرگ^۲ عشق را به سه بخش تقسیم می‌کند. میل، صمیمیت، تعهد^۳، صمیمیت را رفتارهایی می‌داند که نزدیکی عاطفی را افزایش می‌دهد (مدرسی و همکاران، ۱۳۹۳). صمیمیت به شکل الگوهای رفتاری خیلی مهمی مفهوم سازی شده است که جنبه‌های هیجانی، عاطفی و اجتماعی نیرومند را داراست و بر اساس پذیرش، خشنودی خاطر (تجربه مثبت مشارکت) و عشق صورت می‌گیرد، روان‌شناسان، صمیمیت را قدرت ایجاد ارتباط (عدم کنترل) با دیگری و بیان احساسات و عواطف (عدم بازداری) توصیف می‌کنند و آن را حق قطعی ازحالات طبیعی فرد می‌دانند (تن‌هائین^۴، ۲۰۱۶). ارتباط صمیمانه و گرم تحت عنوان جنبه‌ای با اهمیت از زندگی زوجین دارای سابقه طولانی است که سعی برای دسته‌بندی آن به زمان ارسطو برمی‌گردد و امروزه قسمتی از دانش موجود در این زمینه، مشاهدات او را تأیید می‌نماید، اما تحقیق علمی درمورد آن از دهه ۱۹۹۰ شروع شده است. شناخت صمیمیت، بر پایه شناخت انواع مختلف در ساختارهای خانوادگی است (بارنز^۵، ۲۰۱۵).

ازجمله عوامل دیگری که سلامت عمومی زنان سرپرست خانوار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بهزیستی هیجانی^۶ است. بهزیستی هیجانی بعد ویژه‌ای از بهزیستی ذهنی یا شخصی است که شامل ادراکات و شادی حاصل از رضایت در زندگی می‌باشد. شادی بر پایه بازتاب‌های فوری و احساس‌های لذت و عدم لذت در حوزه تجارب فوری جای دارد درحالی‌که رضایت از زندگی بیانگر ارزیابی درازمدت از زندگی است (کییز، ۲۰۰۴). بهزیستی بر پایه کیفیت و کمیت ابعادی تعریف می‌شود که طبق آن افراد حاضر در زندگی خویش را لذت‌بخش مشاهده می‌کند. به‌بیان‌دیگر، اینکه اشخاص چگونه زندگی خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهند، به بهزیستی مرتبط می‌شود (دینر^۷، ۲۰۱۵). از دیدگاه راین^۸ و دسی^۹ (۲۰۰۱)، دو روی آورد اصلی در تعریف بهزیستی وجود دارد: لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی. برابر دانستن بهزیستی با خوشی لذت‌گرایانه یا شادکامی پیشینه‌ای طولانی دارد. دیدگاه غالب روانشناسان لذت‌گرا آن است که بهزیستی برابر با شادکامی فعالی و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است. می‌توان چنین برداشتی از بهزیستی را بهزیستی هیجانی نامید که شامل تعدادی از نشانه‌های بیانگر وجود یا فقدان احساسات مثبت نسبت به زندگی است. باوجود ماهیت جذاب لذت‌گرایی که بهزیستی را به معنای به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد تلقی می‌کند، جمع‌کنیری از متفکران شرق و غرب، مخالفت خود را با این برداشت از بهزیستی اعلام کرده‌اند (انگ، ۲۰۰۳). ازجمله ارسطو که صراحتاً با برداشت لذت‌گرایانه از بهزیستی مخالفت می‌کند و سبک زندگی پیشنهادی این سنت را برده وار و مشابه زندگی حیوانات می‌داند (واترمن^{۱۰}، ۱۹۹۳). بهزیستی هیجانی، رضایت از زندگی، خوش‌بینی و امیدواری، اعتمادبه‌نفس، تسلط و

1 Berger & Hanah

2 Sternberg

3 obligation

4 Ton Hain

5 Barnes

6 Emotional well-being

7 Diener

8 Rayan

9 Deci

10 Waterman

حس کنترل، داشتن هدف در زندگی، احساس تعلق و حمایت شخصی از مهم‌ترین جنبه‌های آن هستند. احساس بهزیستی هم مؤلفه‌های عاطفی و هم مؤلفه‌های شناختی دارد. افراد با احساس بهزیستی بالا به‌طور عمده‌ای هیجان‌ات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ درحالی‌که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجان‌ات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۶).

مفهوم دیگر، رویکرد مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS)^۱ می‌باشد که به‌عنوان یک مدل روان‌درمانی، یک مدل ذهن و تمرینی برای زندگی است. IFS شانس خوبی برای به چالش کشیدن وضع موجود در دنیای روان‌درمانی است. سیستم‌های خانواده درونی (IFS) از ایده‌ی نظریه‌ی سیستم‌های خانواده استفاده می‌کند. این ایده که افراد نمی‌توانند به‌طورکلی جدا از واحد خانواده درک شوند تا تکنیک‌ها و استراتژی‌هایی را برای پرداختن مؤثر به مسائل درون جامعه یا خانواده‌ی درونی خود ارائه دهد. این رویکرد معتبر بر این فرض استوار است که فرد دارای تنوعی از زیرشخصیت‌ها یا بخش‌هایی است و تلاش می‌کند تا هرکدام از این بخش‌ها را بهتر درک کند تا بتواند به درمان دست پیدا کند. با یادگیری این‌که بخش‌های مختلف به‌عنوان یک سیستم چه عملکردهایی دارند و چگونه کل سیستم به سیستم‌های دیگر و افراد دیگر واکنش نشان می‌دهند، افراد حاضر در درمان غالباً می‌توانند با کمک یک متخصص سلامت روانی آموزش‌دیده، بهتر قادر باشند تا ریشه‌های تعارضات را پیدا کنند، هر پیچیدگی و تناقضی که رخ می‌دهد را مدیریت کنند و به رفاه بیشتری دست پیدا کنند (شوارتز، ۱۹۹۵). مدل IFS بر شبکه‌ای از ارتباطات بین بخش‌ها تأکید می‌کند چراکه بخش‌ها ممکن است قادر به تجربه تغییر به‌طور مجزا و به‌خودی‌خود نباشند. فرض‌های پایه‌ای این مدل عبارت‌اند از: a) این ماهیت مغز است که به تعدادی نامشخص از بخش‌ها یا زیر بخش‌های شخصیتی مختلفی تقسیم شود. b) هرکسی یک خود دارد و این خود می‌تواند و باید سیستم درونی آن‌ها را مدیریت کند. c) تمایل غیر افراطی هر بخش چیزی مثبت برای فرد است. هیچ بخش “بدی” وجود ندارد و هدف از درمانگری حذف برخی بخش‌ها نیست بلکه بجای آن کمک به آن‌ها برای پیدا کردن نقش‌های غیر افراطی می‌باشد. d) زمانی که ما رشد می‌کنیم، بخش‌های ما رشد پیدا می‌کنند و یک سیستم پیچیده از تعاملات در میان خودشان را شکل می‌دهند؛ بنابراین، تئوری سیستم‌ها می‌تواند برای سیستم درونی به کار گرفته شود. زمانی که سیستم تشخیص داده می‌شود، بخش‌ها می‌توانند به سرعت تغییر پیدا کنند. e) تغییرات در سیستم درونی، تغییرات در سیستم بیرونی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به عکس. اجرای این فرض مستلزم این است که هر دوی سطوح درونی و بیرونی بایستی ارزیابی شوند. در IFS، مردم تلاش می‌کنند تا خود درونی‌شان را از طریق کاربست تمارین و تکنیک‌های ساده و درعین‌حال کافی بفهمند و درک کنند. اقدامات و تمارین زیادی در ارتباط با کنترل تنفس مؤثر وجود دارند که ریلکسیشن و شفافیت ذهنی را افزایش می‌دهند. تکنیک‌ها و تمارین متداول در IFS شامل موارد زیر هستند: ۱- استفاده از دیگرام‌ها برای روشن ساختن ارتباطات بین بخش‌ها ۲- تکنیک اتاق: در این تمرین یک بخش، زمانی که خود با دیگر بخش‌ها در تعامل است مشاهده گر است (که با این روش بخش مشاهده گر قطبی می‌شود). این تکنیک برای گرد هم آوردن بخش‌های قطبی شده است. ۳- تمرین کوه یا مسیر. در یک مجموعه‌ی ایمن، افراد در درمان خودشان

¹Internal family systems

را متصور می‌شوند که در یک مسیر دعوت‌کننده به‌تنهایی قدم می‌زنند. اگر فردی بتواند خود را در یک تصویر ببیند، درمانگر فردا را تشویق به حرکت در درون بدن. دیدن منظره از درون خواهد کرد و از او خواهد خواست تا با دقت زیاد به افکار، احساسات و خواسته‌هایی که بروز پیدا می‌کنند توجه نشان دهد. دانستن اینکه چه کسی در درون است. فرد تشویق می‌شود تا نفس‌های آرام و عمیق بکشد، آرامش خود را بازیابی کند و بر دنیای درونی خود متمرکز شود و بخش‌های کنونی حاضر در دنیای درون را بهتر بشناسد. ۴- حس کردن قلب. فرد مورد تشویق قرار می‌گیرد تا تنفس عمیق داشته باشد، آرامش داشته باشد و قلب را بهتر درک کند.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پژوهش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. متغیر مستقل گروه، آموزش سیستم خانواده درونی (IFS) است که فقط بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و اثرگذاری آن بر نتایج پس‌آزمون در گروه آزمایش بررسی و با گروه گواه مقایسه شد. در این پژوهش جامعه آماری شامل تمامی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ می‌باشند که تعداد این زنان حدوداً ۱۰۰ نفر بودند. نمونه آماری بر اساس طرح پژوهش ۲ گروه ۱۵ نفری و در مجموع ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به روش پژوهش، نمونه آماری به‌صورت در دسترس انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش جایگزین شدند. پس از انتخاب نمونه‌ها به‌صورت در دسترس پرسشنامه‌های صمیمیت، بهزیستی هیجانی بر روی گروه نمونه اجرا گردید. سپس جایگزینی نمونه‌های پژوهش به دو گروه آزمایش و گواه انجام شد و طی ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه، گروه آزمایش مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) آموزش دیدند و در طی این دوره زمانی هیچ‌گونه آموزشی گروه گواه دریافت نکردند. در پایان دوره پرسشنامه‌های صمیمیت، بهزیستی هیجانی به‌عنوان پس‌آزمون از گروه آزمایش گرفته شد. همین آزمون‌ها برای گروه گواه هم اجرا شد. سپس نتایج با تحلیل کواریانس در SPSS25 تحلیل گردید.

ابزارهای پژوهش

مقیاس صمیمیت تامپسون و والکر (MIS): این آزمون ۱۷ گویه دارد که برای سنجیدن و ارزیابی مهر و صمیمیت تنظیم گردیده است. توسط اعتمادی برای مشخص کردن درجه اعتبار موردسنجش قرار گرفت. این مقیاس را ثنائی (۱۳۷۹) ترجمه نمود. برای مشخص کردن روایی محتوا و صوری در آغاز آزمون توسط ۱۵ نفر از استادان مشاوره و ۱۵ زوج بررسی شده و روایی صوری و محتوایی آن تأیید شد (اعتمادی، ۱۳۸۴). خزاعی (۱۳۸۶) در رساله کارشناسی ارشد خود از شیوه اجرای همزمان و تعیین ضریب همبستگی آن‌ها ۸۲ درصد به دست آورد و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود که نشان‌دهنده روایی ملاکی برای این مقیاس است. اعتمادی در رساله دکتری خود روی ۱۰۰ زن و شوهر در شهر اصفهان که به شکل تصادفی انتخاب شده بودند اجرا کرد. ضریب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد و حاکی از پایایی قابل قبول پرسشنامه بود. خزاعی (۱۳۸۶) نیز پایایی کل را ۰/۸۵ به دست آورد. نمره آزمودنی در این پرسشنامه از طریق جمع نمرات سؤالات و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود. دامنه نمرات بین ۱ تا ۷ است که نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است. قبل از اجرای پژوهش، این پرسشنامه توسط پژوهشگر به مدت دو هفته

به ۳۰ زن و شوهر برای تعیین پایایی ارائه شد. پایایی این پرسش‌نامه توسط پژوهشگر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس جامع بهزیستی: برای سنجش بهزیستی شخصی از مقیاس بهزیستی کیز در پژوهش حاضر استفاده می‌گردد، این مقیاس توسط کیز (۲۰۰۵) در پژوهش‌های مختلف به کار گرفته شده و مشمول ۱۳ مؤلفه است که ابعاد فضیلت گرایانه (بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی) و لذت‌گرایانه (بهزیستی هیجانی) را ارزیابی می‌کند. برای ارزیابی بهزیستی هیجانی دو مقیاس به کار گرفته شد، مقیاس تک‌ماده‌ای رضایتمندی کلی از زندگی و مقیاس شش ماده‌ای عواطف مثبت، مقیاس رضایتمندی از زندگی با یک سؤال از پاسخ‌دهندگان می‌خواهد تا با انتخاب یکی از اعداد ۰ تا ۱۰ (اصلاً راضی نیستم و ۱۰ کاملاً رضایت دارم) مشخص کنند که این روزها به‌طورکلی چقدر از وضع زندگی خود راضی هستند. تمناپی فر و معتقدی فرد (۲۰۱۴) ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۶۳ و برای مقیاس‌های فرعی آن به ترتیب ۰/۲۵، ۰/۷۰ و ۰/۶۱ به دست آورد.

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا ویژگی‌های نمونه آماری بررسی می‌شود و سپس وضعیت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هریک از متغیرهای مورد مطالعه بررسی می‌شود که در زیر به این موارد پرداخته شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی سن پاسخ‌دهندگان

سن	فراوانی	درصد
۳۰ سال و کمتر	۵	۱۶/۶۷
۳۱-۴۰ سال	۱۸	۶۰/۰۰
بیشتر از ۴۰ سال	۷	۲۳/۳۳
کل	۳۰	۱۰۰/۰۰

همچنان که جدول ۱- نشان می‌دهد، سن ۵ نفر از پاسخ‌دهندگان در پژوهش حاضر (۱۶/۶۷ درصد) ۳۰ سال و کمتر، سن ۱۸ نفر (۶۰ درصد) ۳۱-۴۰ سال، سن ۷ نفر (۲۳/۳۳ درصد) بیشتر از ۴۰ سال بود.

جدول ۲. توزیع فراوانی تحصیلات پاسخ‌دهندگان

تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
دیپلم و زیر دیپلم	۱۰	۳۳/۳۳
فوق‌دیپلم و لیسانس	۱۴	۴۶/۶۷
فوق‌لیسانس و بالاتر	۶	۲۰/۰۰
کل	۳۰	۱۰۰/۰۰

همچنان که جدول ۲- نشان می‌دهد، تحصیلات ۱۰ نفر از پاسخ‌دهندگان در پژوهش حاضر (۳۳/۳۳ درصد) دیپلم و زیر دیپلم، تحصیلات ۱۴ نفر (۴۶/۶۷ درصد) فوق‌دیپلم و لیسانس، تحصیلات ۶ نفر (۲۰ درصد) فوق‌لیسانس و بالاتر بود.

در جدول ۳ شاخص توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمرات صمیمیت آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره صمیمیت گروه‌های آزمایش و کنترل

مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	گروه آزمایش	۳٫۹۰	۰٫۴۵۵
	گروه کنترل	۳٫۸۱	۰٫۴۷۸
پس‌آزمون	گروه آزمایش	۴٫۹۸	۰٫۵۷۲
	گروه کنترل	۳٫۸۳	۰٫۴۷۴

با توجه به نتایج بالا می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمرات مربوط به صمیمیت در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است. از طرف دیگر نمرات پیش‌آزمون هر دو گروه نزدیک به هم است بنابراین تغییرات حاصله در نتیجه مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی است؛ بنابراین می‌توان گفت که مداخله صورت گرفته در گروه آزمایش سبب افزایش نمرات پس‌آزمون آن‌ها به نسبت گروه کنترل شده است که معناداری این تفاوت در بخش آمار استنباطی بررسی شده و اثربخشی این روش مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

در جدول ۴- شاخص توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی هیجانی در دو گروه آزمایش و کنترل و در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار بهزیستی هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل

مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	گروه آزمایش	۳٫۶۹	۰٫۴۶۷
	گروه کنترل	۳٫۶۸	۰٫۳۴۲
پس‌آزمون	گروه آزمایش	۶٫۹۸	۰٫۸۶۷
	گروه کنترل	۳٫۸۶	۱٫۰۲۲

با توجه به نتایج بالا می‌توان مشاهده کرد که میانگین نمرات مربوط به بهزیستی هیجانی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است. از طرف دیگر نمرات پیش‌آزمون هر دو گروه نزدیک به هم است بنابراین تغییرات حاصله در نتیجه مداخله به روش سیستم خانواده درونی است؛ بنابراین می‌توان گفت که مداخله صورت گرفته در گروه آزمایش سبب افزایش نمرات پس‌آزمون آن‌ها به نسبت گروه کنترل شده است که معناداری این تفاوت در بخش آمار استنباطی بررسی شده و اثربخشی این روش مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

در این قسمت ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس که شامل آزمون کولموگروف اسمیرنوف و آزمون لوین است مورد بررسی قرار می‌گیرد سپس در قسمت دیگر دو فرضیه پژوهش مورد آزمون قرار می‌گیرند. همان‌گونه که در قسمت بالا دیده شد در هر دو متغیر صمیمیت و بهزیستی هیجانی نمرات پس‌آزمون در نتیجه مداخله صورت گرفته ارتقا یافته بود که در بخش بررسی فرضیات بررسی می‌شود که آیا اثرگذاری مداخله تأیید می‌شود یا خیر.

در جدول ۵- نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی طبیعی بودن داده‌ها و به‌عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون کلموگروف- اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	مرحله‌ی اجرا	گروه	سطح معناداری
صمیمیت	پیش‌آزمون	کنترل	۰,۱۹۸
	پیش‌آزمون	آزمایش	۰,۱۷۳
	پس‌آزمون	کنترل	۰,۱۸۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۰,۲۰۰
بهریستی	پیش‌آزمون	کنترل	۰,۲۰۰
	پیش‌آزمون	آزمایش	۰,۲۰۰
	پس‌آزمون	کنترل	۰,۲۰۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۰,۱۵۰

با توجه به نتایج جدول ۵- می‌توان مشاهده کرد که چون مقدار معناداری آزمون کلموگروف- اسمیرنوف در تمام موارد بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین می‌توان فهمید که مفروضه‌ی نرمال بودن برای انجام تحلیل نهایی برقرار می‌باشد؛ به‌عبارت‌دیگر نتایج جدول بالا نشان می‌دهد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است. همگنی واریانس توسط آزمون معناداری لوین محاسبه می‌شود که نتایج این آزمون به‌عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس و کوواریانس به کار می‌رود. نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر توسط آزمون لوین در جدول ۶- نشان داده شده است.

جدول ۶. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
صمیمیت	۰,۶۱۲	۱	۲۸	۰,۳۷۲
بهریستی	۰,۵۶۲	۱	۲۸	۰,۴۶۰

با توجه به جدول ۶- می‌توان مشاهده کرد که چون مقدار معناداری آزمون لوین بالاتر از ۰/۰۵ است، بنابراین می‌توان فهمید که مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها برای انجام تحلیل نهایی برقرار می‌باشد. بر این اساس مفروضه یا پیش‌فرض دوم در تحلیل کوواریانس که همان همگنی واریانس‌ها می‌باشد نیز برقرار است. برای بررسی متغیرهای پژوهش از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۷. آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی مشاوره گروهی بر صمیمیت

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	مقدار اتا
مدل صحیح	۱۵,۸۲۹	۲	۷,۹۱۵	۱۱۵,۲۷۲	۰,۰۰۰	۰,۸۹۵
اینترسپت	۰,۱۵۸	۱	۰,۱۵۸	۲,۲۹۶	۰,۱۴۱	۰,۰۷۸
پیش‌آزمون	۵,۸۸۷	۱	۵,۸۸۷	۸۵,۷۴۶	۰,۰۰۰	۰,۷۶۱
گروه	۸,۲۶۵	۱	۸,۲۶۵	۱۲۰,۳۷۱	۰,۰۰۰	۰,۸۱۷
خطا	۱,۸۵۴	۲۷	۰,۰۵۹			
کل	۶۰,۲۱۴	۳۰				

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۷- می‌توان مشاهده کرد که بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج مندرج در جدول میانگین و انحراف استاندارد که در بخش قبل ارائه شد نشان می‌دهد که مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد خانواده درونی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه موجب افزایش نمره میانگین صمیمیت در بین زنان سرپرست خانوار شده است و نتایج جدول بالا معناداری این تفاوت را تأیید می‌کند؛ به عبارت دیگر با توجه به مقادیر F، سطح معناداری و مقادیر اتا در جدول ۴-۷ مشخص می‌شود که میزان اثرگذاری مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی برابر با ۰,۸۱۷ می‌باشد که میزان بالایی است.

جدول ۸. آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی مشاوره گروهی بر بهزیستی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	SIG	مقدار اتا
مدل صحیح	۷۴,۰۸۵	۲	۳۷,۰۴۳	۴۱,۲۸۳	۰,۰۰۰	۰,۷۵۴
اینترسپت	۴,۷۸۶	۱	۴,۷۸۶	۵,۳۳۴	۰,۰۲۹	۰,۱۶۵
پیش‌آزمون	۰,۹۸۴	۱	۰,۹۸۴	۱,۰۹۶	۰,۳۰۴	۰,۰۳۹
گروه	۷۲,۸۹۶	۱	۷۲,۸۹۶	۸۱,۲۳۷	۰,۰۰۰	۰,۷۵۱
خطا	۲۴,۲۷۷	۲۷	۰,۸۹۷			
کل	۹۸,۰۷۹۷	۳۰				

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۸- می‌توان مشاهده کرد که بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج مندرج در جدول میانگین و انحراف استاندارد که در بخش قبل ارائه شد نشان می‌دهد که مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد خانواده درونی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه موجب افزایش نمره میانگین بهزیستی هیجانی در بین زنان سرپرست خانوار شده است و نتایج جدول بالا معناداری این تفاوت را تأیید می‌کند؛ به عبارت دیگر با توجه به مقادیر F، سطح

معناداری و مقدار اتا در جدول ۸- مشخص می‌شود که میزان اثرگذاری مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی برابر با ۰,۷۵۱ می‌باشد که میزان بالایی است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مقادیر میانگین نمرات مشخص شد که مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی باعث بهبود در صمیمیت شده است. این نتیجه با یافته پژوهش شهابی نژاد (۱۳۹۴) همسو است.

در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده بیان می‌شود که بسیاری از زنان سرپرست خانوار بر اثر تجربه مشکلات زیادی در محیط خانواده و جامعه، صمیمیت خود را برای تعامل سازنده با افراد پیرامون خود از جمله خانواده ازدست‌داده و به‌این ترتیب به آرامی در کنار مشکلات خانوادگی، نارضایتی از روابط را تجربه می‌کنند. این مجموعه رخدادها به شکلی کاملاً منطقی باعث تضعیف هرچه بیشتر صمیمیت شده و سطح کیفیت زندگی آن‌ها را تضعیف می‌کند اما وقتی که این زنان به‌طور نسبی و با شدت و ضعف متفاوت پی به مشکلات خود برده و احساس می‌کنند که لازم است برای مشکلات فردی و خانوادگی و در مجموع مشکلات مربوط به زندگی خود تدابیری ببینند. همچنین عدم وجود صمیمیت، سلامت ذهنی و روحی فرد را خدشه‌دار می‌کند و از وی به‌عنوان یک فرد افسرده، ناسازگار و دوری‌گزين از دیگران می‌سازد. درمان سیستم خانواده درونی این شرایط را برای افراد فراهم می‌آورد که به تغییر ارتباطات خود با تجربه‌های درونی‌شان، کم کردن اجتناب تجربی و افزایش صمیمیت و درنهایت، به کنار آمدن با شرایط بینجامد. قابل ذکر است که در مرحله بعد افزایش عمل در فرایندهایی که برای فرد ارزش دارند، را به او آموزش می‌دهد (گیلبرت، ۲۰۱۴). علاوه بر آن، این رویکرد باعث می‌شود که واکنش‌پذیری فرد را پایین بیاورد و او را در برخورد با دیگران منعطف سازد. هدف این رویکرد، تجربه اندیشه‌ها، احساسات به همان شکل طبیعی می‌باشد و به افراد کمک می‌کند که میان خود و دیگران یک رابطه احساس کنند و به‌واسطه همین احساس، بر عدم صمیمیت غلبه کنند. در نتیجه افرادی که دارای صمیمیت هستند در تجربه کردن مسائل و مشکلات خانوادگی که ممکن است پیامدهای خطرناکی در زمینه‌های مختلف زندگی زنان سرپرست خانوار شود و انتخاب‌های اشتباهی را رقم بزنند، بهتر تصمیم بگیرند. همچنین صمیمیت به‌عنوان یک نیاز اساسی انسان قابل آموزش می‌باشد. از آنجاکه صمیمیت یک عامل کلیدی در احساس اعتماد روانی است، احتمال می‌رود مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) ویژه زنان سرپرست خانوار از طریق بازسازی شناختی، اصلاح شناختی و کنترل هیجانی موجب تغییر مثبت در روابط اجتماعی صمیمانه یا صمیمیت زنان سرپرست خانوار مندرج در بسته مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) نیز می‌گردد. چون یکی از لوازم اساسی رشد و تکامل صمیمیت روش مهارت‌های اجتماعی است. از سوی دیگر، احساس تنهایی به معنای کاهش یا فقدان روابط با دیگران است و بیانگر کاهش یافتن سطح روابط اجتماعی و میان فردی با دیگران است و در تعارض با احساس صمیمیت است؛ و اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) ویژه زنان سرپرست خانوار بر کاهش احساس تنهایی آنان امری منطقی است و با مبانی نظری و اصول و فنون مندرج در این بسته آموزشی همخوانی دارد. چون هسته مرکزی احساس تنهایی برگرفته از فقدان عینی و کمی در حوزه روابط اجتماعی بخصوص بعد از طلاق یا فوت همسر است. طبیعی است که مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) از طریق آموزش راهبردهای حل مسئله، سبک مقابله‌ای و مهارت‌های

اجتماعی موجب افزایش روابط اجتماعی و میان فردی شود و در نهایت به کاهش احساس تنهایی و افزایش صمیمیت در زنان منجر می‌گردد.

مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) مداخله مناسب روان‌شناختی است که برای صمیمیت زنان سرپرست خانوار مؤثر واقع می‌شود زیرا همان‌طوری که عدم صمیمیت زنان سرپرست خانوار باعث عدم سازگاری فرد با دیگران می‌شود، مداخله مذکور فضای تعاملی را در بین افراد تقویت می‌کند و همواره یک سازگاری و تعامل گونه ایجاد می‌کند.

مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی باعث بهبود بهزیستی هیجانی شده است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش نریمانی و بخشایش (۱۳۹۳)، لی و همکاران (۲۰۰۶) و کارلسون و همکاران (۲۰۰۷) همسو است.

در توجیه این مسئله می‌توان گفت که چون رویکرد خانواده درونی (IFS)، به بررسی ارتباط شخص با بخش‌های درونی شخصیت است که می‌تواند بدون قضاوت به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند کمک می‌کند؛ بنابراین آموزش به زنان سرپرست خانوار باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های روانی خود را بپذیرند و قبول این احساسات و افکار باعث کاهش توجه و حساسیت بیش‌ازحد به مسائل می‌شود و در نتیجه سازگاری آن‌ها بهبود می‌یابد. تنظیم هیجان و مخصوصاً راهبرد مثبت با ارزیابی شناختی هیجان‌ها باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه زنان سرپرست خانوار است. در نتیجه آموزش رویکرد خانواده درونی (IFS) به زنان سرپرست خانوار باعث می‌شود که آن‌ها با استفاده از هیجان‌ها مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند. همچنین، در تبیین این یافته می‌توان گفت ماحصل مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS)، ارتقای خودباوری، خود ارزشمندی، خوداتکایی، هویت‌یابی و احساس قدرت است که موجب می‌شود زنان سرپرست خانوار، قدرت رویارویی بادشواری‌ها را به‌دست آورد و با آن‌ها مقابله کند. نتایج آموزش نشان می‌دهد که مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS) با پیامدهایی مانند بهبود کیفیت زندگی، تسهیل تصمیم‌گیری، مراقبت از خود، مدیریت مؤثر در مشکلات و تصمیم‌گیری مناسب مرتبط است. تمرین مهارت‌هایی سیستم خانواده درونی (IFS) دربرگیرنده مؤلفه‌های بهزیستی روانی از جمله اعتماد و عزت‌نفس، ارتباط مؤثر با دیگران، استقلال فکری و... به گروه آزمایش نشان داد، آموزش و تمرین مهارت‌ها می‌تواند در بالا بردن بهزیستی زنان سرپرست خانوار نقش داشته باشد. دلیل این امر را می‌توان این‌گونه بیان کرد که با تقویت ابعاد روان‌شناختی، ابعاد بهزیستی نیز ارتقا می‌یابد. به‌طور مثال شناخت خود زمینه‌ای فراهم می‌سازد تا افراد ضمن پذیرش خود و شرایط خود از توانمندی‌های خویش نیز آگاه شوند. نتایج پژوهش نشان داد مشاوره گروهی مبتنی بر سیستم خانواده درونی (IFS)، بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تأثیر دارد.

منابع

- احمدنیا، شیرین و قالیباف، آتنا. (۱۳۹۶). زنان سرپرست خانوار در تهران: مطالعه کیفی تجربیات، چالش‌ها و ظرفیت‌های آن‌ها، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۴(۶)، ۱-۱۰.
- دستجردی، رضا؛ فرزاد، ولی‌اله و کدیور، پروین. (۱۳۹۰). نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۸(۲)، ۱۵-۲۵.
- جوادیان، سید رضا؛ حیدرپور یزدی، مهرناز السادات و بهزادمنش، سیده مریم. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش هوش معنوی بر تابآوری زنان سرپرست خانوار در شهر یزد، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳، ۱۶۰-۱۷۸.
- مدرس، فریبا؛ زاهدیان، سید حسین و هاشمی‌محمدآباد، نذیر. (۱۳۹۳). میزان سازگاری زناشویی و کیفیت عشق در متقاضیان طلاق دارای سابقه خیانت زناشویی و فاقد سابقه خیانت زناشویی، ارمان دانش، ۱۹(۱)، ۸۸-۷۸.
- شهابی‌نژاد، زهرا. (۱۳۹۴). کارآمدی درمان پذیرش و تعهد بر ترس از صمیمیت و خودانتقادی زنان شاغل در سازمان بهزیستی استان کرمان، پایان‌نامه ارشد، دانشگاه الزهرا.
- نریمانی، محمد و بخشایش، رباب. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش پذیرش - تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی، هیجانی و رضایت زناشویی زوجین در معرض طلاق. پژوهش‌های مشاوره، ۱۳(۵۲)، ۱۰۸-۱۲۹.
- Bagarozzi, D. A. (2014). *Enhancing intimacy in marriage: a clinician's guide*. Routledge.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54 (1), 403-425.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Hamarat, E. R., Thompson, D. A., & Zabucky, K. M. (2017). Matheny KB. Perceived stress and coping resource: Availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Journal of Experimental Aging Research*, 27, 181-196
- Kagan, L., Psaros C., Alert, M., Styer, A., Shifren, J., Park, E. (2011). Improving resilience among infertile women: a pilot study. *Fertility and Sterility*, 96(3), S151.
- Keyes, C., Lee, M. (2004). Social well-being, *Social psychology Quarterly*, 61(2), 121-190.
- King, D.B. (2008). *Rethinking Claims of Spiritual Intelligence: A Definition, Model, and Measure*. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science, Peterborough.
- Ryan, RM., Deci, EL. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 65, 14-23.
- Yu, Y., Peng, L. Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: the mediating role of positive coping, *Psychiatry research*, 215(2), 401-5.