



The effectiveness of emotional therapy on life expectancy and self-efficacy in depressed women with suicidal thoughts

Zeinab Aghreparast^{1*}, Keyvan Nemati², Mona Shahin Nejad³

1. MA of Clinical Family Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran

2. MA of Family Counseling, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

3. MA of General Psychology, Bahar Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

Citation: Aghreparast, Z., Nemati, K., & Shahin Nejad, M. (2023). The effectiveness of emotional therapy on life expectancy and self-efficacy in depressed women with suicidal thoughts. *Clinical Psychology Achievements*, 8(4), -. 206-218

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of emotional therapy on life expectancy and self-efficacy in depressed women with suicidal thoughts. The method of the present research was an experimental object and of the pre-test and post-test type with a control group. The statistical population of the research included all female clients with depressive symptoms and suicidal thoughts who were referred to two counseling centers in Arak City in the fall and winter of 2022, and 30 of these people were selected by convenience sampling and by simple random sampling in two The experimental group (15 people) and the control group (15 people) were placed. Participants responded to Snyder et al.'s life expectancy scale (1991), Scherer et al.'s (1982) self-efficacy questionnaire, and Beck's suicidal ideation scale, and the experimental group underwent emotion-oriented intervention in 8 60-minute sessions. The data were analyzed using multivariate and univariate covariance analysis using SPSS-26 software. The results showed that emotional therapy increased life expectancy (path and agency) and self-efficacy in the participants in the post-test phase ($p < 0.05$). Therefore, this treatment method can be used in the treatment of depression symptoms and its effects such as reduced life expectancy and self-efficacy.

Keywords: Emotion-oriented treatment, Life expectancy, Self-efficacy, Major depression, Suicidal thoughts

* Corresponding Author: Zeinab Aghreparast

E-mail: zaghareparast@gmail.com



© 2022 The Author(s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



اثربخشی درمان هیجان مدار بر امید به زندگی و خودکارآمدی در زنان افسرده با افکار خودکشی

زینب آقارب پرست^{۱*}، کیوان نعمتی^۲، مونا شاهین نژاد^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی خانواده، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، مؤسسه آموزش عالی بهار، مشهد، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر امید به زندگی و خودکارآمدی در زنان افسرده با افکار خودکشی بود. روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعه‌کنندگان زن دارای نشانگان افسردگی و با افکار خودکشی بودند که در پاییز و زمستان سال ۱۴۰۱ به دو مرکز مشاوره شهر اراک مراجعه نمودند که تعداد ۳۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزاری شدند. شرکت‌کنندگان به مقیاس امید به زندگی اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) و مقیاس افکار خودکشی بک پاسخ دادند و گروه آزمایش تحت مداخله هیجان مدار، به صورت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند و تک متغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار باعث افزایش امید به زندگی (مسیر و عاملیت) و خودکارآمدی در شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون شد ($p < 0/05$). بنابراین از این روش درمانی می‌توان در درمان نشانگان افسردگی و تاثیرات ناشی از آن مانند کاهش امید به زندگی و خودکارآمدی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، امید به زندگی، خودکارآمدی، افسردگی اساسی، افکار خودکشی

مقدمه

خودکشی Suicide از جمله موضوعاتی است که همواره مورد اهمیت و توجه تمامی افراد مرتبط با این مسئله اعم از روانشناسان، مشاوران، جامعه‌شناسان و سازمان جهانی بهداشت بوده است (Homan et al., 2022). پژوهش‌های مختلف برآورد کرده‌اند که در سال ۲۰۲۳ تقریباً ۱/۵۳۰/۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند و ۱۰ تا ۲۰ برابر این تعداد اقدام به خودکشی می‌کنند. به عبارتی دیگر، به طور متوسط هر ۲۰ ثانیه یک نفر بر اثر خودکشی فوت می‌کند و هر یک تا دو ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند (Mournet et al., 2022). در نتیجه فکر خودکشی، تنها یک فکر است و با اقدام همراه نیست ولی اگر فرد برای این افکار برنامه و نقشه عملی داشته باشد در این صورت خطرناک خواهد بود (Kleiman & Nock, 2018). حشمتی جدا و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی شیوع افکار خودکشی در مردان را ۱۰/۲ درصد و در زنان ۳/۶ درصد گزارش کردند. در همین راستا افسردگی می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در شکل‌گیری افکار خودکشی و در نهایت خودکشی در انسان‌ها باشد (سالاری فر و همکاران، ۱۳۹۹؛ Kim et al., 2022; Lew et al., 2019). (Goldberg et al., 2019) در طی پژوهشی مطرح می‌کنند که از پیش‌بینی کننده‌های قوی اقدام به خودکشی می‌توان به افسردگی اساسی اشاره کرد.

افراد دارای اختلال افسردگی علاوه بر داشتن نشانه‌های افسردگی و افکار خودکشی، امکان دارد در موارد دیگری همچون خودکارآمدی (self-efficacy) نیز مشکل داشته باشند (طهماسیان و اناری، ۱۳۸۸؛ Liu et al., 2019; Chen et al., 2020). بندورا خودکارآمدی را یک مفهوم مرکزی می‌داند که به ادراک قابلیت‌ها برای انجام کارهای عملی که هم جهت با میل است، اشاره می‌کند. در این نظریه، نیروهای اجتماعی، عملکرد افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد اما با این حال چگونگی اثرگذاری بر نیروهای اجتماعی برعهده‌ی شخص است. بنابراین، می‌توان گفت که شرایط پیرامونی، روی انسان اثر می‌گذارد و در مقابل انسان نیز موقعیت‌ها را برمی‌گزیند و قادر است دیگران را تحت تأثیر قرار دهد و از دیگران تأثیر بپذیرد (کدیور، ۲۰۰۶). خودکارآمدی، به طور مستقیم با رفتارهای نرمال، هنجار و همچنین با چالش‌هایی که هر شخص در زندگی تجربه می‌کند، ارتباط دارد و بر آن‌ها اثر می‌گذارد. افرادی که از خودکارآمدی بالایی برخوردارند، مقصود و هدف‌های با سطح دشواری بیشتری را برمی‌گزینند و دقت آن‌ها به جای موانع، بر وضعیت و شرایط پیرامونی است (Schwarzer & Luszczynska, 2007). حجم کارایی هر شخص به استفاده کارآمد از عبرت از تجربیات دیگران و بازخوردهای زیستی، مهارت‌ها و قابلیت‌های او بستگی دارد (Bandura et al., 1994) به نقل از زهره‌وند و همکاران، (۱۳۹۹) و والدین، گروه همسالان و وضعیت‌های آموزشی، در رشد، توسعه و گسترش خودکارآمدی نقش بسیاری دارد (Bandura et al., 2001). موضوعی که می‌تواند در افراد افسرده کاهش پیدا کرده باشد.

یکی دیگر از این عوامل که می‌تواند با افسردگی رابطه داشته باشد، امید به زندگی (life expectancy) است. به طوری - که در اشخاص افسرده مقدار امید به زندگی کمتر می‌شود (جلالی ریگی و آزاد آبگرمی، ۱۴۰۰؛ Jia et al., 2015). در واقع امید به زندگی همان میانگین سال‌هایی است که انتظار می‌رود شخص در یک کشور عمر کند. به طور کلی یکی از مهم‌ترین شاخصه‌های نمایانگر سطح سلامت و بهداشت عمومی یک جامعه، امید به زندگی است. این شاخص بر مباحث مهمی مانند رشد اقتصادی و سرمایه انسانی نیز تأثیر به‌سزایی دارد (طاهری بازخانه، ۱۳۹۴). (Snyder et al., 2006) امید به زندگی را شاخصی ذهنی قلمداد می‌کنند که مبتنی بر حس متقابل اراده و طرح‌ریزی برای دستیابی به هدف است. بنابراین امید به زندگی یکی از ملاک‌های مهم تعیین سطح کیفیت زندگی در جامعه به حساب می‌آید؛ به‌صورتی که هر چقدر طول عمر مردم هر کشور بالاتر باشد، آن جامعه پیشرفته‌تر است. بالاترین نرخ امید به زندگی به کشور ژاپن اختصاص دارد که میانگین سن مردم آن به بیش از ۸۰ سال می‌رسد و پس از آن کشورهایی مانند کانادا، سنگاپور و استرالیا با تفاوت بسیار اندک باهم قرار دارند و پایین‌ترین نرخ امید به زندگی مربوط به کشورهای همچون افغانستان و زیمبابوه با میانگین سن کمتر از ۴۰ سال است (Mandal et al., 2018).

در نتیجه با توجه به مسائلی که اختلال افسردگی در انسان‌ها در پی دارد، اهمیت انجام مداخلات روان‌شناختی مشخص می‌شود. از جمله این درمان‌ها، درمان هیجان مدار (Emotion-Focused Therapy) است. به طور کلی، درمان مبتنی بر هیجان درمانی نوین، انسان‌گرا و تجربی است که تمرکز درمانگر نه تنها بر آگاهی دادن از طریق محتوای ذهنی

است که از طرف درمان‌جو انکار یا تحریف شده است، بلکه ایجاد مفهوم جدید متأثر از تجربه‌ی جسمی درمان‌جو را نیز در نظر دارد (Greenberg, 2010). گرینبرگ بر این باور است که رویکرد مبتنی بر هیجان‌بیشترین تأکید را بر روی تجربیات هیجانی و شناخت افراد دارد. هدف اصلی درمان مبتنی بر هیجان، ایجاد تغییر در هیجانات غیر انطباقی، با آگاهی زیاد و بیان هیجانات، یادگیری نظم‌جویی هیجانات و فعال‌سازی هیجانات انطباقی است (ناظمی مهر و همکاران، ۲۰۱۸). این درمان در نخستین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی می‌پردازد و بعد از اینکه دفاع‌ها مشخص شدند، این سبک را برای شخص آشکار کرده و پیامدهای آن را تعیین می‌کند (Bodenmann et al., 2020). در همین زمینه خانجانی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین گروه آزمایش و گواه در متغیر خودکارآمدی علی‌رغم افزایش آن در گروه آزمایش، تفاوت معناداری یافت نشد. اما، درمان هیجان‌محور به‌طور معناداری در کاهش احساس گناه مادران کودکان دچار آسیب سوختگی مؤثر بود. سید شریفی و همکاران (۱۳۹۸) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هر دو درمان هیجان‌مدار و طرح‌واره درمانگری بر افزایش خودکارآمدی والدگری زنان سرپرست خانواده اثربخش بود. همین‌طور، پاینده و برجعلی (۱۳۹۷) در پژوهشی که بر روی ۳۰ زن مبتلا به دیابت انجام دادند، دریافتند زنانی که تحت درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند، در مقایسه با زنانی که این نوع درمان را دریافت نکردند از لحاظ آماری افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی بیشتری در مقابله با مشکلات نشان دادند. انصار و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی دریافتند که آموزش مهارت‌های هیجان‌محور باعث ایجاد تفاوت معناداری در سلامت روان والدین، تنظیم هیجان و خودکارآمدی بین دو گروه آزمایش و کنترل شد. همچنین تنها دوست و فرجی (۱۴۰۰) و گرایلی و همکاران (۲۰۲۰) نیز هر یک در پژوهش‌های مختلف بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افزایش امید به زندگی در گروه‌های مختلف ادعان داشتند.

در باب اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر نیز می‌توان این‌گونه بیان داشت که در کشور ایران هر سال به ازای هر صد هزار نفر در جمعیت عمومی ۶ نفر اقدام به خودکشی کامل کرده و به زندگی خود پایان می‌دهند. همچنین کشور ایران در دنیا در این زمینه در رتبه ۵۸ جهانی قرار دارد و در بین کشورهای مسلمان نیز در رتبه سوم قرار دارد (حبیبی و همکاران، ۱۳۹۹). بنابراین انجام چنین مداخله‌ای برای حل مشکلات این افراد (به خصوص در حوزه خودکارآمدی و میزان امید به زندگی) می‌تواند اثربخش باشد. بنابراین انتظار می‌رود نتایج این درمان بتواند برای متخصصین سلامت روان مفید واقع شود. در نتیجه پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر امید به زندگی و خودکارآمدی در زنان افسرده با افکار خودکشی صورت گرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعه‌کنندگان زن دارای نشانگان افسردگی و با افکار خودکشی بودند که در پاییز و زمستان سال ۱۴۰۱ به دو مرکز مشاوره شهر اراک مراجعه نمودند که تعداد ۳۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی، تحت مداخله مبتنی بر درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند. گروه کنترل نیز هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. به منظور هم‌تاسازی بهتر، گروه‌ها هیچ‌گونه تعاملی با یکدیگر نداشتند.

معیارهای ورود شامل عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی حاد یا مزمن دیگر، دارا بودن نشانگان افسردگی و داشتن افکار خودکشی (ارزیابی توسط پرسشنامه افکار خودکشی بک)، عدم مصرف داروهایی که می‌تواند مداخله را مختل کند و داشتن حداقل مدرک دیپلم دبیرستان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و عدم حضور بیش از دو جلسه در طی انجام مداخله در گروه آزمایش بود. لازم به ذکر است که جهت گردآوری داده‌ها، شرکت‌کنندگان ابتدا افراد دارای نشانگان اختلال افسردگی شناسایی و پرسشنامه افکار خودکشی بک به آن‌ها داده شد. سپس از بین تمام کسانی که

نمراتی بالاتر از نمره برش (نمره ۲۰) در این پرسشنامه کسب کرده بودند، وارد پژوهش شدند و به صورت تصادفی ساده در گروه‌های مورد نظر قرار گرفتند. داده‌ها نیز با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

مقیاس امید به زندگی اسنایدر (AHS) Compassion-focused therapy: این مقیاس توسط (Snyder et al., 1991) ساخته شد که شامل ۱۲ سؤال می‌باشد و در یک لیکرت هشت درجه‌ای (۱- کاملاً مخالف تا ۸- کاملاً موافق) قرار دارد. مؤلفه‌های این پرسشنامه شامل مؤلفه تفکر عامل (سؤالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲) و مؤلفه مسیرها (سؤالات ۱، ۴، ۷ و ۸ و ۴) است. همین‌طور سؤالات ۳، ۵، ۶ و ۱۱ به عنوان سؤالات انحرافی است (Grewal & Porter, 2007; Pedrotti et al., 2008). در این مقیاس نمره‌گذاری سؤال‌های ۱، ۵، ۷ و ۱۱ به عنوان سؤال‌های انحرافی جهت افزایش دقت آزمون است، حذف می‌شود (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷) در نتیجه دامنه نمره کل بین ۸ تا ۶۴ است. اسنایدر و همکاران (۲۰۰۰) اعتبار بازآزمایی این مقیاس را ۰/۸۵ و برای مؤلفه‌های تفکر عامل ۰/۸۱ و برای مسیرها ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند (خلجی، ۱۳۸۶). لوپز و اسنایدر (۲۰۰۷) نیز آلفای کرونباخ نمره کل را ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و میزان اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کردند (به نقل از کوهساریان، ۱۳۸۷). خلجی (۱۳۸۶) در پژوهشی میزان آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۰ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۷۴ به دست آورد. نصیری و جوکار (۱۳۸۷) نیز همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های مسیر را ۰/۶۲ و برای مؤلفه تفکر عامل ۰/۷۴ به دست آمده است. میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۸ بود.

پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (GSE-17) General self-efficacy: این پرسشنامه توسط (Sherer & et al., 1982) ساخته شد و دارای ۱۷ گویه است. شرر و همکاران، بدون مشخص کردن عوامل و گویه‌های آن‌ها معتقدند که این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه در یک طیف ۵ درجه‌ای (شامل: کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) قرار دارد. آیتم‌های ۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند بنابراین نمرات بین ۱۷ تا ۸۵ قرار می‌گیرد. نمره بالا به معنای خودکارآمدی بیشتر است (Woodruff & Cashman, 1993). در بررسی مقیاس خود کارآمدی عمومی شرر و همکاران پایایی این مقیاس را تأیید کردند (به نقل از اصغرنژاد احمدی ده قطب الدینی و خداپناهی، ۱۳۸۵). در مطالعات شرر و همکاران (۱۹۸۲) ۰/۸۶، در پژوهش وودورف و کاشمر (۱۹۹۳) ۰/۸۴ گزارش شده است (Shere, 1982). همبستگی پیرسون بین مقیاس خود کارآمدی عمومی شرر با مقیاس مسند مهار گذاری، ۰/۲۸۷- را به دست آوردند. (Woodruff & Cashman, 1993)، در بررسی مقیاس خود کارآمدی عمومی شرر روایی این مقیاس را تأیید کردند (به نقل از اصغرنژاد احمدی ده قطب الدینی و خداپناهی، ۱۳۸۵). در پژوهش دلاور و نجفی (۱۳۹۲) پایایی این پرسشنامه مقیاس با روش همسانی درونی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۷، برای مردان ۰/۸۵ و برای زنان ۰/۸۸ گزارش شد که قابل قبول و رضایت بخش است. میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۵ بود.

مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) Ideation Suicidal for Scale Beck: این مقیاس یک ابزار ۱۹ سؤالی است که در یک طیف لیکرت سه درجه‌ای (صفر، یک، دو) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه ۰ تا ۳۸ است. در این مقیاس نمره ۵-۰ عدم وجود افکار خودکشی، نمره ۱۹-۶ آمادگی برای خودکشی و نمره ۳۸-۲۰ قصد اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ (همسانی درونی) و پایایی هم‌زمان این مقیاس به ترتیب بین بوده است و همبستگی معناداری با مقیاس‌های افسردگی و ناامیدی بک دارد (Beck, 1991). در مطالعه دانیتز (Donitz et al., 2001)، همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ و پایایی بین آزماینده‌ها ۰/۸۳ گزارش شده است (Cited in Lee et al., 2008) این مقیاس در ایران توسط انیسی و همکاران (۲۰۰۶) بر روی سربازان ایرانی اعتباریابی شده است. پایایی آن از روایی هم‌زمان آن با و طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است. میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۱ بود.

پروتکل درمان هیجان مدار Emotion-Oriented Intervention

جلسات	محتوا
۱	انجام پیش‌آزمون، آشنایی با قوانین در طول درمان، معرفی مفروضه‌های بنیادی درمان هیجان مدار، ارزیابی چرخه تعاملی احساسات و هیجانات شناسایی نشده (ترس‌ها و خواسته‌های) زیربنای افسردگی و نامگذاری آن‌ها، ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی مراجعان، آشنایی مراجعان با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری مراجعان و ارائه تکالیف خانگی است.
۲	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تحلیل و درک هیجانات بیماران برای غلبه بر موانع ابراز هیجان سالم (شیوه‌های مقابله سالم تخلیه هیجانی مطلوب و تأکید بر بیان هیجانات)، آموزش تکنیک نقش بازی کردن به منظور ابراز هیجانات، معرفی سبک‌های تفکر توأم با خطا، همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی و ارائه تکلیف خانگی است
۳	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر درک و چارچوب‌بندی مجدد افکار آسیب‌پذیر، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به مراجع، آگاهی دادن به مراجعان در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی و تکلیف خانگی است.
۴	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تاگشایی هیجان اصلی مراجع از طریق بازنمایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با دلبستگی با هویت و کشف و شناسایی هیجانات اولیه، ثانویه و یا ابزاری و استفاده از فنون کار با صندلی، جلب توجه مراجعان به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی و ارائه تکلیف خانگی است.
۵	جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه گذشته، آموزش بررسی و درک عمیق آسیب‌های رفتاری حاصله از طریق ارائه تکنیک یادداشت برداری، ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجانات اصلی زیربنایی، سازگار/ناسازگار و یا سالم/ناسالم و ارائه تکلیف خانگی است
۶	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی موانع رویارویی و اصلاح مشکلات رفتاری، شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و ثانویه و تجربه، بررسی تأثیر افسردگی بر ابعاد مختلف زندگی و به خصوص در زمینه خودکارآمدی و امید به زندگی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین مراجعان ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین بیماران و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی و ارائه تکلیف خانگی است.
۷	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی تأثیر هیجان و احساسات منفی و مثبت بر افسردگی، راهبردهای مثبت هیجانی برای افزایش خودکارآمدی و امید به زندگی، تکنیک، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌های از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی و ارائه تکلیف خانگی
۸	بررسی تکلیف جلسه گذشته، تغییر خاطرات گذشته، افکار و احساسات ناامیدی با تکنیک خودگویی مثبت، ادامه شناسایی و کار بر روی نشانگرهای نمودار شده و کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از هنرهای بیانگر مثل کار با بدن، کار با تریان، موسیقی، حرکت و غیره، ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شود، تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نفر و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل شرکت داشتند که همگی زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۲۶/۶۰ سال و با انحراف استاندارد ۴/۰۶ و در گروه کنترل ۲۵/۷۳ سال و با انحراف استاندارد ۳/۰۵ بود. در ابتدا به بررسی شاخص‌های توصیفی متغیر مورد بررسی اشاره شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای وابسته

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
عامل	آزمایش	۱۴/۲۰	۱/۹۷	۲۲/۱۳	۳/۴۸
	کنترل	۱۶/۵۳	۲/۱۹	۱۶/۲۶	۲/۵۴
مسیر	آزمایش	۱۵/۸۶	۲/۰۹	۲۲/۰۰	۳/۷۲
	کنترل	۱۵/۶۶	۱/۸۳	۱۵/۲۰	۱/۸۹
خودکارآمدی	آزمایش	۴۱/۸۶	۶/۴۷	۵۴/۰۰	۸/۳۴
	کنترل	۴۴/۴۶	۶/۶۲	۴۴/۸۶	۶/۶۶

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرها و مؤلفه‌های آن‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل مورد سنجش قرار گرفته است.

برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون تک نمونه‌ای کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد (جدول ۲) و نتایج نشان داد که تنها در پیش‌آزمون مؤلفه عامل و پس‌آزمون مؤلفه خودکارآمدی توزیع داده‌ها رعایت نشده ولی در مابقی مؤلفه‌ها این توزیع نرمال بوده است. بنابراین می‌توان از آزمون‌های پارامتریک برای تحلیل استفاده کرد.

جدول ۲. نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میزان کلموگروف - اسمیرنوف	سطح معناداری	میزان کلموگروف - اسمیرنوف	سطح معناداری
عامل	۱/۴۶۱	۰/۰۲۸	۰/۷۵۰	۰/۲۱۵
مسیر	۰/۳۶۵	۰/۹۹۹	۰/۸۵۳	۰/۴۰۳
خودکارآمدی	۰/۹۵۶	۰/۳۵۶	۱/۳۹۲	۰/۰۳۱

همچنین برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج برآمده از آزمون لون نشان‌دهنده معنادار نبودن مقدار F در سطح ۰/۰۵، در مرحله پس‌آزمون در مؤلفه‌های عامل ($F=۲/۴۸۵$; $P=۰/۱۲۶$) و مسیر ($F=۲/۴۳۶$; $p=۰/۱۳۰$)، رعایت ولی در مؤلفه خودکارآمدی ($F=۱۱/۴۰۹$; $p=۰/۰۰۲$) رعایت نشده بود؛ لذا پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها به صورت کلی برقرار بود.

همچنین پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد، مقدار تعامل متغیر مستقل و متغیر همپراش هر دو متغیر امید به زندگی و خودکارآمدی در مرحله پس‌آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار نبوده است. بنابراین پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز در مرحله پس‌آزمون برقرار بود. همچنین بر اساس آزمون ام باکس، برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. با توجه به برقرار بودن پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، از این آزمون برای پاسخ‌دهی به فرضیات پژوهش استفاده شد. نتایج در جدول ۳ است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز در مرحله پس‌آزمون نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل با کنترل اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود داشت و این بدین معنا بود که اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر اثرگذاری حداقل یکی از متغیرهای وابسته موفق بود ($P=۰/۰۰۰۱$; $F=۷۹/۶۴۳$; Wilks Lambda: $۰/۰۸۸$).

برای بررسی الگوهای تفاوت، از تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. آماره F برای مؤلفه‌های عامل ($۸۰/۵۰۱$)، مسیر ($۶۴/۶۴۱$) و خودکارآمدی ($۵۲/۱۲۲$) در مرحله پس‌آزمون معنادار بود (جدول ۳). این نتیجه نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در این مؤلفه‌ها تفاوت وجود دارد. با مشاهده میانگین نمرات گروه‌ها در جدول توصیفی (جدول ۱) در هر یک از متغیرهای وابسته مشخص می‌شود که نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در مؤلفه‌های عامل و خودکارآمدی افزایش معناداری داشته است. به عبارتی دیگر درمان هیجان‌مدار باعث شد گروه آزمایش که تحت مداخله این درمان قرار گرفتند، امید به زندگی و خودکارآمدی بیشتری نسبت به گروه کنترل که تحت چنین مداخله‌ای قرار نداشتند، داشته باشند.

جدول ۳. آزمون‌های اثرات بین گروهی برای مؤلفه‌های عامل، مسیر و خودکارآمدی

منبع	متغیرهای وابسته	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور ایتای تفکیکی	توان آماری
عامل	۳۸۳/۷۴۰	۸۰/۵۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۳	۱/۰۰۰	
مسیر	۲۳۴/۱۳۵	۶۴/۶۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۱	۱/۰۰۰	
خودکارآمدی	۷۶۴/۶۲۰	۵۲/۱۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۶	۱/۰۰۰	

همین‌طور برای بررسی میزان اثربخشی مداخله حاضر بر روی هر یک مؤلفه‌ها مورد نظر، به صورت جداگانه، از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، آزمون‌های مربوط به همگنی شیب خط رگرسیون و همسانی واریانس‌ها نیز انجام شده است. بر اساس نتایج این آزمون‌ها، شیب خط رگرسیون برای هر دو شرایط آزمایشی در هر یک از متغیرهای مورد بررسی در سطح $p < 0/05$ یکسان بود. همچنین واریانس هر یک از این متغیرها برای هر دو گروه یکسان بود. بنابراین پیش‌شرط‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس تک متغیره برقرار بود. بدین ترتیب، نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های عامل، مسیر و خودکارآمدی در جدول (۴) آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به مقایسه دو گروه در مؤلفه‌های عامل، مسیر و خودکارآمدی

شاخص متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	نسبت F	سطح معناداری	ضریب سهمی اتا
مسیر	پیش‌آزمون	۱۵۰/۲۲۰	۱	۱۵۰/۲۲۰	۴۳/۰۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۵
	گروه‌ها	۳۲۲/۳۸۵	۱	۳۲۲/۳۸۵	۹۲/۴۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۴
	خطا	۹۴/۱۸۰	۲۷	۳/۴۸۸			
	جمع	۱۰۹۷۰/۰۰۰	۳۰				
عامل	پیش‌آزمون	۱۳۹/۳۶۹	۱	۱۳۹/۳۶۹	۳۱/۰۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۵
	گروه‌ها	۳۹۲/۷۶۰	۱	۳۹۲/۷۶۰	۸۷/۴۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۴
	خطا	۱۲۱/۲۹۸	۲۷	۴/۴۹۳			
	جمع	۱۱۵۷۸/۰۰۰	۳۰				
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۱۲۲۴/۵۰۹	۱	۱۲۲۴/۵۰۹	۸۸/۵۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۶
	گروه‌ها	۹۹۴/۹۲۱	۱	۹۹۴/۹۲۱	۷۱/۹۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۷
	خطا	۳۷۳/۲۲۴	۲۷	۱۲/۸۲۳			
	جمع	۷۵۵۳۳/۰۰۰	۳۰				

بر اساس آنچه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس برای پیش‌آزمون‌های دو گروه نشان می‌دهد که F محاسبه شده برای مؤلفه‌های عامل، مسیر و خودکارآمدی معنادار بوده که بیانگر اثر پیش‌آزمون است. با این حال، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر درمان هیجان‌مدار بر نمرات پس‌آزمون دو گروه در مؤلفه‌های عامل، مسیر و خودکارآمدی معنادار و دو گروه در پس‌آزمون متفاوت هستند و این درمان باعث شد گروه آزمایش که تحت مداخله قرار گرفتند، امید به زندگی و خودکارآمدی بیشتری نسبت به گروه کنترل که تحت چنین مداخله‌ای قرار نداشتند، داشته باشند.

در همین راستا جهت مقایسه دو به دوی میانگین‌های مؤلفه‌ها از آزمون تعقیبی بنفرونی (جدول ۵) استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه دو به دوی میانگین‌های مؤلفه‌های عامل، مسیر و خودکارآمدی

مرحله	گروه (I)	گروه (J)	میانگین تفاوت (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون عامل	آزمایش	کنترل	۸/۳۳۰	۰/۹۲۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	آزمایش	-۸/۳۳۰	۰/۹۲۸	۰/۰۰۰۱
پس‌آزمون مسیر	آزمایش	کنترل	۶/۵۰۷	۰/۸۰۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	آزمایش	-۶/۵۰۷	۰/۸۰۹	۰/۰۰۰۱
پس‌آزمون خودکارآمدی	آزمایش	کنترل	۱۱/۷۵۹	۰/۶۲۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	آزمایش	-۱۱/۷۵۹	۰/۶۲۹	۰/۰۰۰۱

بر اساس نتایج جدول (۵)، در هر سه مؤلفه عامل، مسیر و خودکارآمدی، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش میانگین نمرات بیشتری کسب کرده بودند. به طوری که میزان تفاوت مؤلفه عامل در بین دو گروه آزمایش و کنترل ۸/۳۳۰، در مؤلفه مسیر ۶/۵۰۷ و در مؤلفه خودکارآمدی ۱۱/۷۵۹ بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر امید به زندگی و خودکارآمدی در زنان افسرده با افکار خودکشی بود. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار باعث افزایش خودکارآمدی در شرکت‌کنندگان شد که این یافته با پژوهش خانجانی و همکاران (۱۴۰۰) ناهمسو و با پژوهش‌های سید شریفی و همکاران (۱۳۹۸)، پاینده و برجعلی (۱۳۹۷)، انصار و همکاران (۲۰۲۳) و ادجکومب و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. گرنبرگ (۲۰۱۰) نیز همسو با نتایج به دست آمده بیان داشت که رویکرد هیجان‌مدار بیشترین تأثیر را بر روی شناخت و تجربیات هیجانی افراد می‌گذارد. در واقع فرض اساسی این درمان بر انطباقی بودن ذاتی هیجان‌ها استوار است. در واقع هدف اصلی درمان متمرکز بر هیجان، تغییر شکل دادن هیجان‌ها غیر انطباقی، با زیاد شدن آگاهی و مطرح کردن هیجان‌ها، آموزش نظم جویی هیجان‌ها و فعال کردن هیجان‌ها انطباقی است. در همین راستا، انصار و همکاران (۲۰۲۳) بیان داشتند که آموزش مهارت‌های هیجان‌مدار باعث افزایش سلامت روان، تنظیم هیجان و خودکارآمدی می‌شود. به عبارتی، در فرایند آموزش‌های این پژوهش شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که با تمرکز بر راهبردهای هیجانی مثبت و سازگار از یک طرف و تمرین برای کنار گذاشتن میزان استفاده از راهبردهای ناسازگار بر افکار ناکارآمد خود غلبه کنند و متعاقباً خودکارآمدی خود را ارتقا دهند، زیرا همانند هر رفتاری تنظیم هیجانی سازگار به شرکت‌کنندگان اجازه داده است که کارکردشان در محیط موفقیت‌آمیز باشد و هنگام مواجه شدن با تجربه هیجانی مشکل‌زا، بتوانند رفتارهای متناسب با هدفشان را به کار گیرند. تنظیم هیجانی سازگار، نیازمند مهارت‌هایی از جمله آگاهی و پذیرش هیجانی است که در طول دوره آموزش، این امر به خوبی برای شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. همچنین از نظر بک، عقیده و نگرش‌های منفی در مورد خود بخش اصلی تغییرات تغییر خلق، به شمار می‌رود (Yu et al., 2014). از طرفی دیگر، در هر کدام از بخش‌های مختلف عملکرد سیستم‌های شناختی از قبیل حافظه، توجه و هوشیاری، موجب تغییر خلق می‌شود. بنابراین نمی‌توان نقش تنظیم هیجان را در سازگاری افراد با وقایع استرس‌زا و افسرده‌وار را نادیده گرفت (Mouton et al., 2013). در واقع تنظیم هیجان به عنوان یک توانایی رفتاری و شناختی می‌تواند با هماهنگ کردن فرآیندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب تثبیت ارتباط فرد با محیط شود، او را به پاسخ‌های کارآمد و مناسب در برخورد با موقعیت‌ها تجهیز کند و در نتیجه حس خودکارآمدی فرد را بهبود بخشد. در واقع تنظیم هیجان احساس کنترل فرد بر امور را افزایش می‌دهد و باور فرد به اثرگذاری بر موقعیت‌ها را تقویت می‌کند و احساس کارآمدی او را ارتقا می‌دهد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر، تأثیر این روش درمانی بر افزایش امید به زندگی بود که با پژوهش‌های تنها دوست و فرجی (۱۴۰۰) و گرایلی و همکاران، (Gerayeli et al., 2020) همسو است. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار فرصتی برای آگاه‌شدن از هیجان‌ها نخستین و برقراری رابطه مجدد با هیجان‌ها به نحو متعادل و همدلانه را برای افراد به وجود می‌آورد. در واقع خودآگاهی و خودشناسی شناختی و هیجانی، به ادراک خوب از نیازها، هیجان‌ها، قابلیت‌ها و راه‌حل‌های پاسخگویی مناسب کمک می‌کند و با شکل‌گیری احساس رضایت نسبت به خود و دیگران و همچنین باور به قابلیت‌های خود، به برخورد بهتر با وضعیت‌های نامطلوب کمک می‌کند. از این رو درمان هیجان‌مدار با ایجاد هیجان‌های سالم و مطلوب به کاهش ناکامی، خشم و کرحتی، در افکار ناکارآمد می‌پردازد و از سوئی، پذیرفتن احساسات خود و افزایش تصویر ذهنی مثبت از خود به راه‌اندازی سیستم فعال‌ساز رفتاری و بهبود نسبی افسردگی و نشانه‌های نشست گرفته از آن در این انسان‌ها منجر شد. این اصول به‌عنوان یک راهنمای کلی در درمان به کار می‌روند و کمک می‌کنند اهداف متفاوت در اقدامات درمانی را متوجه شوند و برای هیجان‌های گوناگون استفاده می‌شود. در واقع درمان متمرکز بر هیجان، درمانی نوین، انسان‌گرا و تجربی است که توجه درمانگر نه تنها به آگاهی‌رساندن مفاهیم ذهنی است که از سمت درمان‌جو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، بلکه شکل‌گیری معنایی جدید متأثر از تجربه جسمی و هیجانی مراجع را نیز در بر دارد. همچنین تأکید درمان هیجان‌مدار بر شیوه‌ی دلبستگی ایمن و سازگارانه، از راه مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود و دیگران است (غزنوی خضرابادی و نیکنام، ۱۳۹۸) که همین امر موجب شکل‌گیری معنا و فزونی امیدواری در انسان‌ها خواهد شد. در همین زمینه، تنها دوست و فرجی (۱۴۰۰) در

پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر امید به زندگی زنان سرپرست خانوار دریافتند که درمان هیجان‌مدار بر امید به زندگی زنان سرپرست خانوار اثربخش بود. (Gerayeli et al., 2020) در پژوهشی با عنوان اثربخشی گروه درمانی متمرکز بر هیجان در افزایش امید و بخشش بین فردی در سندرم ترومای عشقی انجام دادند. نتایج نشان داد که میانگین هر دو مؤلفه امید و بخشش بین فردی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافت و در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. بنابراین این مداخله نیز باعث شد که شرکت‌کنندگان نسبت به آینده، دیگران و زندگی‌شان دیدگاه مطلوب‌تری را کسب بکنند و خود و دنیا را دوست داشته باشند که همین امر باعث شد میزان امید به زندگی این افراد افزایش پیدا بکند.

بنابراین در قالب یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار با توجه به اصول و پروتکلی که در خود دارد، می‌تواند در حوزه افسردگی (به خصوص در افزایش امید به زندگی و خودکارآمدی) مفید واقع شود و درمانگران از این شیوه درمانگری می‌توانند بهره مناسبی ببرند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تعداد محدود نمونه پژوهشی اشاره کرد که تعمیم را با احتیاط امکان‌پذیر کرده است. همچنین عدم اجرای آزمون پیگیری به دلیل کم شدن تعداد شرکت‌کنندگان برای ادامه آزمون، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین توصیه می‌شود چنین پژوهشی بر روی دیگر جوامع و سایر اختلالات انجام شود و نتایج بر اساس سایر اختلالات مانند اختلالات اضطرابی مقایسه شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی چنین پژوهشی را با آزمون پیگیری انجام دهند تا میزان پایداری درمان مشخص شود. در انتها پیشنهاد می‌شود که چنین پژوهشی بر روی مردان نیز انجام شود که از نظر جنسیتی نیز نتایج با یکدیگر مقایسه شوند. همچنین با توجه اثربخشی همین‌طور پیشنهاد می‌شود این مداخله در مورد کسانی که میزان امید به زندگی و خودکارآمدی آن‌ها به هر دلیلی کاهش پیدا کرده است نیز استفاده شود.

تعارض منافع

بر این اساس اعلام می‌گردد که نویسندگان پژوهش حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی ندارند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر از تمامی کسانی که صمیمانه در پژوهش شرکت داشتند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

- اصغرنژاد، طاهره، احمدی ده قطب‌الدینی، احمد، فرزاد، ولی‌الله؛ خداپناهی، محمد کریم (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر. مجله روان‌شناسی، ۱۰(۳)، ۲۶۲-۲۷۴. magiran.com/p637621
- پاینده، قریبا؛ برجعلی، محمود (۱۳۹۷). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و خودکارآمدی مقابله‌ای با مشکلات در زنان مبتلا به دیابت. دومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد، ایران. [/https://civilica.com/doc/843389](https://civilica.com/doc/843389)
- تنه‌دوست، کتابون؛ فرجی، مریم (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر امید به زندگی زنان سرپرست خانوار. اولین همایش ملی روان‌درمانی ایران، اردبیل، ایران. [/ https://civilica.com/doc/1347212](https://civilica.com/doc/1347212)
- جلالی ریگی، مهری؛ آزادآبگری، فرشته (۱۴۰۰). بررسی رابطه امید به زندگی، تنهایی و علایم افسردگی در افراد مسن. اولین کنفرانس بین‌المللی علوم تربیتی، روانشناسی و علوم انسانی، بروکسل، بلژیک. [/ https://civilica.com/doc/1218305](https://civilica.com/doc/1218305)
- حشمتی، آرزو؛ خاکپور، ساحل، کوثری، زهرا؛ محمدی، مجید؛ نوزبان، سعیده (۱۳۹۸). شیوع خودکشی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۷(۱)، ۳۵-۴۳. doi. 10.52547/rbs.17.1.35

- خانجانی، مهدی، صالحی، ترنم؛ برجعلی، احمد (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان‌محور بر خودکارآمدی والدگری و احساس گناه مادران کودکان دچار آسیب سوختگی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۳)، ۱۰۹-۱۳۶. doi:10.22054/jcps.2021.58384.2499
- خلجی، طیبه (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین امید، منبع مهار تحصیلی و موفقیت تحصیلی دوره پیش دانشگاهی شهر تهران درسال تحصیلی ۸۵-۸۶. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه الزهرا. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/85a34a22f2dcaee43a1f9932f95ea703>
- دلاور، علی؛ نجفی، محمود (۱۳۹۲). خصوصیات روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی در کارکنان دانشگاه. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۳(۱۲)، ۸۷-۱۰۴.
- زهره‌وند، مهدی، صباحی، پرویز؛ رفیعی نیا، پروین (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر طرح‌واره درمانی کودک و نوجوان بر خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و تمایل به کنترل در کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست. دستاوردهای روانشناسی بالینی، ۶(۴)، ۱-۱۰. doi: 10.22055/jacp.2022.40707.1233
- سالاری فر، محمد حسین، صالحی، منصور؛ سیار فرد، زینب (۱۳۹۹). مطالعه‌ای اکتشافی درباره رابطه فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱(۴۲)، ۹۷-۱۲۰. doi: 10.22054/qccpc.2020.50183.2323
- سید شریفی، منصوره، نوایی نژاد، شکوه؛ فرزاد، ولی‌اله (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار و طرح‌واره درمانگری بر خودکارآمدی والدگری مادران سرپرست خانواده. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۸(۷۶)، ۴۰۷-۴۱۵. doi: 20.1001.1.17357462.1398.18.76.8.9
- طاهری بازخانه، صالح (۱۳۹۴). بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر امید به زندگی در ایران. *مجله اقتصادی*، ۱۵(۲)، ۷۷-۹۴. <https://ejip.ir/article-1-735-fa.pdf>
- طهماسبیان، کارینه؛ اناری، آسیه (۱۳۸۸). رابطه بین ابعاد خودکارآمدی و افسردگی در نوجوانان. *روانشناسی کاربردی*، ۳(۱)، ۸۳-۹۳. doi:D-2-2-92-4-7
- میری، مینو، رضائیان، محسن؛ قاسمی، سید علیرضا (۱۴۰۱). مروری نظام‌مند بر میزان شیوع و علل خودکشی (افکار و اقدام) در دانش‌آموزان و دانشجویان ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۱(۵)، ۵۵۱-۵۷۴. doi: 20.1001.1.17353165.1401.21.5.1.6.574-551
- Ansar, N., Nissen Lie, H. A., & Stiegler, J. R. (2023). The effects of emotion-focused skills training on parental mental health, emotion regulation and self-efficacy: Mediating processes between parents and children. *Psychotherapy Research*, 1-20. doi.org/10.1080/10503307.2023.2218539
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26. doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1
- Beck, A., & Steer, R. (1991). Manual for the beck scale for suicide ideation 5th ed. San Antonio psychological publication, 5, 230-9. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2594738](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2594738)
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118. doi: 10.1016/j.adolescence.2017.04.001.
- Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., & Randall, A. K. (2020). Cognitive-Behavioral and Emotion-Focused Couple Therapy: Similarities and Differences. *Clinical Psychology in Europe*, 2(3), 1-12. doi.org/10.32872/cpe.v2i3.2741
- Chen, X., Qiu, N., Chen, C., Wang, D., Zhang, G., & Zhai, L. (2020). Self-Efficacy and depression in boxers: a mediation model. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 00791. doi.org/10.3389/fpsy.2020.00791
- Compare, G. (2019). Viz Hub. Institute for Health Metrics and Evaluation [Website]. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13485-000>

- Gerayeli, M., Aghamohammadian Sharbaaf, H., & Asghari Ebrahim Abad, M. J. (2020). Effectiveness of emotion-focused group therapy in increasing hope and interpersonal forgiveness in the love Trauma Syndrome. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 9(2), 87-100. doi.org/10.22067/IJAP.V9I2.68223
- Goldberg, X., Serra-Blasco, M., Vicent-Gil, M., Aguilar, E., Ros, L., Arias, B., ... & Cardoner, N. (2019). Childhood maltreatment and risk for suicide attempts in major depression: a sex-specific approach. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1603557. doi.org/10.1080/20008198.2019.1603557
- Grewal, P. K., & Porter, J. (2007). *Hope theory: a framework for understanding Death studies*. Washington, 31(2), 131-154. doi.org/10.1080/07481180601100491
- Jia, H., Zack, M. M., Thompson, W. W., Crosby, A. E., & Gottesman, I. I. (2015). Impact of depression on quality-adjusted life expectancy (QALE) directly as well as indirectly through suicide. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50, 939-949. doi.org/10.1007/s00127-015-1019-0. Epub 2015 Feb 7.
- Kim, S., Son, H. G., Lee, S., Park, H., & Jeong, K. H. (2022, August). A Study on the Relationship between Depression Change Types and Suicide Ideation before and after COVID-19. In *Healthcare*, 10(9), 1610. MDPI. doi.org/10.3390/healthcare10091610
- Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Real-time assessment of suicidal thoughts and behaviors. *Current Opinion in Psychology*, 22, 33-37. doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.026
- Lee, H. S., Kim, S., Choi, I., & Lee, K. U. (2008). Prevalence and risk factors associated with suicide ideation and attempts in Korean college students. *Psychiatry investigation*, 5(2), 86. Doi: 10.4306/pi.2008.5.2.86
- Lew, B., Huen, J., Yu, P., Yuan, L., Wang, D. F., Ping, F., ... & Jia, C. X. (2019). Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students. *PloS one*, 14(7), e0217372. doi.org/10.1371/journal.pone.0217372
- Liu, C., Wang, L., Qi, R., Wang, W., Jia, S., Shang, D., ... & Zhao, Y. (2019). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among doctoral students: the mediating effect of mentoring relationships on the association between research self-efficacy and depression/anxiety. *Psychology research and behavior management*, 195-208. doi: 10.2147/PRBM.S195131.
- Mournet, A. M., Wilkinson, E., Bal, V. H., & Kleiman, E. M. (2022). A systematic review of predictors of suicidal thoughts and behaviors among autistic adults: Making the case for the role of social connection as a protective factor. *Clinical psychology review*, 102235. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102235.
- Mouton, A., Hansenne, M., Delcour, R., & Cloes, M. (2013). Emotional intelligence and self-efficacy among physical education teachers. *Journal of Teaching in Physical Education*, 32(4), 342-354. DOI:10.1123/jtpe.32.4.342.
- Pedrotti J. T., Edwards, L. M., & Lopez, S. H. J. (2008). Promoting hope suggestions for school counselors. *Professional school counseling*, 12(2), 100- 108. <https://www.jstor.org/stable/23801061>
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). Health behavior constructs: Theory, measurement, and research. National Cancer Institute Website. Retrieved from <http://dccps.cancer.gov/brp/constructs/selfefficacy/index.html>
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51(2), 663-671. doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663
- Snyder, C. R., Ritschel, L. A., Rand, K. L., & Berg, C. J. (2006). Balancing psychological assessments: Including strengths and hope in client reports. *Journal of clinical psychology*, 62(1), 33-46. <https://www.semanticscholar.org/paper/Balancing-psychological-assessments%3A-including-and-Snyder-Ritschel/35dc95b61133dd43273ea3411d90260c71fe66eb>
- Van Heeringen, K., Hawton, K., & Williams, J. M. G. (2000). Pathways to suicide: an integrative approach. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 223-234. doi.org/10.1002/jclp.20198.
- WHO Suicide prevention. (2019). Geneva: The Organization; Available from <https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=overview>. Accessed sep 2.
- Yu, Y., Peng, L., Tang, T., Chen, L., Li, M., & Wang, T. (2014). Effects of emotion regulation and general self-efficacy on posttraumatic growth in Chinese cancer survivors: assessing the mediating effect of positive affect. *Psycho-Oncology*, 23(4), 473-478. DOI:10.1002/pon.3434.