رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۰، شماره پیاپی ۹۱، دی ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(10), 2024

مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی هیجان‌مدار و آموزش شادی‌بخش لیوبومیرسکی بر امید به زندگی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی

Comparison of the effectiveness of emotion-oriented group counseling and Lyubomirsky's happiness training on life expectancy in adolescents with a history of suicide

رضا خالقیان
دانشجوی دکتری مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
دکترحسین ابراهیمی مقدم (نویسنده مسئول)
دانشیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
دکتر تقی پور ابراهیم
استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده
هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی هیجان‌مدار و آموزش شادی‌بخش لیوبومیرسکی بر امید به زندگی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری مدت دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر دوره اول و دوم متوسطه منطقه ۲۰ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ که دارای سابقه اقدام به خودکشی بوده و به مرکز مشاوره آموزش‌وپرورش ارجاع داده شده بودند، بود. تعداد ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه امید به زندگی میلر (MHS، ۱۹۸۸) بود. مداخله مشاوره گروهی هیجان‌مدار و آموزش شادی‌بخشی لیوبومیرسکی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دوبار به‌صورت گروهی برای گروه آزمایش اول و دوم اجرا شد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری امید به زندگی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵) و آموزش شادی‌بخشی لیوبومیرسکی نسبت به مشاوره گروهی هیجان‌مدار به‌طور معناداری بر امید به زندگی نوجوانان دارای سابقه خودکشی اثربخش‌تر بود و بین دو درمان تفاوت معنادار مشاهده شد (P<۰/۰۵). بنابراین می‌توان گفت که بین دو درمان آموزش شادی‌بخشی لیوبومیرسکی و مشاوره گروهی هیجان‌مدار تفاوت معنادار وجود داشت.

واژه‌های کلیدی: *آموزش شادی‌بخشی لیوبومیرسکی، امید به زندگی، درمان هیجان‌مدار، خودکشی.*

Reza Khaleghian
PhD student in Counseling, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Dr. Hossein Ebrahimi Moghadam*
Associate Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran. *hem_psy@yahoo.com*
Dr. Taghi Pourebrahim
Assistant Professor of Counseling Department, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Abstract
The purpose of the present study was to compare the effectiveness of emotion-oriented group counseling and Lyubomirsky's happiness education on life expectancy in adolescents with a history of suicide. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a follow-up period of two months period. The statistical population of the study consisted of all male students in the first and second year of high school in the 20th district of Tehran in the academic year of 2022-2023 who had a history of suicide attempts and were referred to the education counseling center. 45 people were selected purposefully and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The tool of research was Miller's Life Expectancy Questionnaire (MHS, 1988). The intervention of emotion-oriented group counseling and Lyubomirski's happiness training was implemented in 8 sessions of 120 minutes twice a week as a group for the first and second experimental groups. The data were analyzed using mixed analysis of variance. The results showed that there is a significant difference between the groups in the post-test and follow-up of life expectancy (P<0.05) and Lyubomirski's happiness education significantly affects the life expectancy of adolescents with a history of Suicide was more effective and a significant difference was observed between the two treatments (P<0.05). Therefore, it can be said that there is a significant difference between Lyubomirski's happiness training and emotion-oriented group counseling.

Keywords: *Lyubomirsky's happiness training, Life Expectancy, Emotionally Focused Therapy, Suicide.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : تیر ۱۴۰۲** | **پذیرش: مرداد ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

مقدمه

نوجوانی دوره پرکشمکش و دشوار زندگی است. فشار و نگرانی در این دوره فراوان است، چراکه نوجوان با تغییرات جسمی، روانی و شناختی زیادی روبرو شده و نسبت به این تغییر و تحولات طبیعی از خود واکنش نشان می‌دهد (اوربن[1] و همکاران، ۲۰۲۰). گاهی این تنش و استرس‌ها باعث می‌شود آنها به سمت رفتارهای آسیب‌رسان همچون اقدام به خودکشی کشیده شوند (فدایی و همکاران، ۱۴۰۰). مطالعات نشان می‌دهد که ۱۷ درصد از نوجوانان، ۱۳ درصد از بزرگسالان و ۶ درصد از بزرگسالان بالای ۲۵ سال حداقل دارای سابقه یک‌بار خودکشی هستند (آگاروال[2] و همکاران، ۲۰۲۱). اصطلاح خودکشی به معنی آسیب رساندن به خود با هدف از بین بردن خویش است. مرگ در اثر خودکشی ممکن است بیشتر از یک دلیل داشته باشد (ولوسو-بیسو[3] و همکاران، ۲۰۲۲). خودکشی یکی از عمده‌ترین نگرانی‌های سلامت عمومی در بسیاری از جوامع است. نتایج پژوهش‌ها میزان خودکشی در ایران را، ۹ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش کرده‌اند که از این بین نوجوانان حدود ۱۰ درصد از آمار خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند (میری و همکاران، ۱۴۰۱).

ناامیدی یکی از مهم‌ترین این عوامل است که با اقدام به خودکشی در ارتباط است (لیو[4] و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس نظر بک[5]، ناامیدی یک خصوصیت افسردگی است (سولبرگ[6] و همکاران، ۲۰۲۰) و در واقع اتصالی بین افسردگی و خودکشی می‌باشد. عوامل شناختی همچون منفی‌گرایی و ناامیدی به همراه دیدگاهی بدبینانه درباره آینده، باور به نقص و ناکارآمدی خود و انزوای اجتماعی می‌توانند آسیب‌پذیری فرد را در برابر خودکشی افزایش دهند (فرحی و خلعتبری، ۲۰۱۹). ناامیدی، زندگی نوجوانان را با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی متعددی همچون بالا رفتن سطح اضطراب (هالد[7] و همکاران، ۲۰۲۰)، افزایش تحریک‌پذیری (تی سنگ[8] و همکاران، ۲۰۱۹) و شدت افسردگی (ناهار[9] و همکاران، ۲۰۲۰) مواجه می‌کند. این مشکلات، لزوم به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی را برای بهبود وضعیت نوجوانان، نشان می‌دهد. از این رو درمان متمرکز بر هیجان[10] به صورت مشاوره گروهی انتخاب شد، زیرا به صورت عمیقی بر نقش هیجانات در عملکرد و تغییر تأکید می‌کند (گرینبرگ و گلدمن[11]، ۲۰۱۹). مسئله اصلی درمان متمرکز بر هیجان، این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازمان‌دهی خود می‌باشد، اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (معینی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان متمرکز بر هیجان یکی از معدود مدل‌های درمانی است که ماهیتاً تلفیقی از رویکردهای درمانی مراجع‌محور، گشتالت‌درمانی و اصول شناختی را شامل می‌شود (ایمانی راد و همکاران، ۱۴۰۰).

همچنین در سال‌های اخیر در روانشناسی، جنبشی به‌عنوان روانشناسی مثبت ایجاد شده است که در آن مباحثی مانند شادکامی، امید، سرزندگی، خوش‌بینی، سلامت عمومی و ... مورد بحث قرار می‌گیرد (ریف[12]، ۲۰۲۲). لیوبومیرسکی[13] و همکاران (۲۰۱۱) شادی را تعادل بین تجربه‌های هیجانی مثبت و منفی در طول یک دوره زمانی می‌دانند، و شادی را تجربه احساس نشاط خوش‌بینی و خوشی و نیز دارا بودن این احساس که فرد زندگی خود را خوب، باارزش و بامعنا بداند، در نظر گرفته‌اند. طبق این تعریف مشخص می‌شود که شادی یک پدیده ذهنی و درونی است (المدانی و الوسمی[14]، ۲۰۲۳). عاطفه مثبت که اجزای اصلی شادکامی هستند باعث افزایش خزانه رفتاری شناختی و توجه فرد می‌شود و برعکس افسردگی باعث محدودیت خزانه رفتاری و کاهش توجه فرد می‌شود (نیکراهان و قاسمی، ۱۳۹۸).

علت مقایسه درمان های هیجان مدار و آموزش شادی بخشی بدین دلیل بود که تفاوت های نسبتا زیادی بین اثربخشی این دو درمان مشاهده شد در مقایسه نقاط ضعف و قوت این دو رویکرد می توان اینگونه بیان کرد که رویکرد هیجان مدار یکی از موثرترین روش ها

1. Orben
2. Aggarwal
3. Veloso-Besio
4. Liou
5. Beck
6. Sohlberg
7. Hald
8. Tseng
9. Nahar
10. EFT
11. Greenberg & Goldman
12. Ryff
13. Lyubomirsky
14. Almadani & Alwesmi

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

برای بهبود هیجانات معرفی شده است هدف نهایی این رویکرد این است که اطمینان حاصل شود که افراد به طور کامل هیجانات خودرا بشناسند و مدیریت کنند ولی آموزش شادی بخشی لیوبو میرسکی یک رویکرد جدید می باشد که در آن با استفاده از لذت جویی و پیدا کردن ارزش و معنای زندگی، عواطف مثبت را بر کاهش افسردگی و اضطراب القا می کند.و از نظر اقتصادی از رویکرد هیجان مدار، اقتصادی تر است، همچنین مرور پژوه های پیشین به تاثیر بیشتر آموزش شادی بخشی با رویکرد های دیگر تاکید کردند و تاکنون مقایسه ای بین این دورویکرد در هیچ جامعه آماری انجام نشده است و همچنین، پژوهشگر به این دلیل دو درمان مذکور را جهت مداخله و مقایسه انتخاب نموده است که هر دو درمان بر اساس نظریه‌های یادگیری بنا شده‌اند. درمان‌هایی که بر اساس یادگیری بنا شده‌اند در کمترین سطح پیامدهای منفی قرار دارند و در صورت به موفقیت نرسیدن عارضه زیادی را متوجه شرکت‌کنندگان نخواهند کرد. بر اساس پیشینه پژوهش نتایج نشان داد آموزش مثبت‌نگری شادی باعث افزایش سلامت روانی (معینی و همکاران، ۱۳۹۵)، خودکارآمدی (کوربو[1] و همکاران، ۲۰۲۱) و کاهش افسردگی (هانگ[2] و همکاران، ۲۰۱۸) می‌شود. همچنین درمان هیجان‌مدار موجب کاهش ناامیدی و افکار خودآیند منفی (محمودوندی باهر و همکاران، ۱۳۹۶)، افزایش امید به آینده (متقی و همکاران، ۱۳۹۷) و افزایش امید و بخشودگی بین‌فردی (نامنی و همکاران، ۱۳۹۶) می‌شود.

خودکشی خطرناک‌ترین پیامدی است که در افرادی که از بیماری افسردگی رنج می‌برند بیشتر بروز می‌کند. بیشتر افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند از بیماری افسردگی و یا اختلال افسردگی رنج می‌برند وی با بیان این‌که این افراد به دلیل احساس گناهی که می‌کنند و تغییرات خلقی که در آن‌ها ایجاد می‌شود دست به این عمل می‌زنند. بنابراین این گروه از افراد بیشتر از سایر افراد در معرض خطر خودکشی قرار دارند عوامل گوناگونی می‌تواند در خودکشی دخیل باشند برخی از مهم‌ترین فاکتورهای خطرساز خودکشی عبارت‌اند از : سن بالا، طلاق و جدایی، سابقه خانوادگی، افزایش استرس، بیماری‌های روانی خصوصاً اختلالات دوقطبی، اختلال انطباق، عدم اشتغال، عدم اعتقادات مذهبی و مصرف مواد مخدر است(زارع ، ناظر و سیدی ،۲۰۱۰).ازنقطه‌نظر روان‌شناختی امید به زندگی و حالات هیجانی میزان قابل‌توجهی با خطر خودکشی در جوانان مرتبط است (پالمیر-کلاس[3] و همکاران ،۲۰۲۱). درنهایت با توجه به آنچه بیان شد و نیز با توجه به شیوع روزافزون معضل اقدام به خودکشی به‌خصوص در نوجوانان، همچنین مطالعات صورت‌گرفته اندک در این خصوص و خلأ پژوهشی مبنی بر مقایسه اثربخشی این دو درمان بر امید به زندگی نوجوانان دارای سابقه خودکشی این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی هیجان‌مدار و آموزش شادی‌بخش لیوبومیرسکی بر امید به زندگی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان پسر دوره اول و دوم متوسطه منطقه ۲۰ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ که دارای سابقه اقدام به خودکشی بوده و به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ارجاع داده شده بودند، بود. ابتدا با توجه به ملاک‌های ورود پژوهش یعنی ۱) دامنه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال، ۲) حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی، ۳) تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط والدین و خودشان ، ۴) تمایل به شرکت در جلسات درمان، ۵) نداشتن مشکل جسمانی و روانی شدید بر اساس خوداظهاری فرد، ۶) عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در یک سال اخیر بر اساس خوداظهاری فرد بود و همچنین ملاک‌های خروج یعنی: ۱) غیبت بیش از دو جلسه ۲) عدم تمایل آزمودنی به ادامه ی شرکت در پژوهش، ۳) شرکت همزمان در برنامه های مشاوره یا رواندرمانی دیگر، ۴) غیبت بیش از دو جلسه و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه ها در دو مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون۵.) ابتلای هم‌زمان به اختلالات همبود نظیر اختلالات روان‌پریشی (حداقل از یک ماه از ورود به پژوهش)، بود.، تعداد ۴۵ نفر به‌طور هدفمند انتخاب شده و به تصادف در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. در این پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین برای بررسی مقایسه مشاوره گروهی هیجان‌مدار و آموزش شادی‌بخش لیوبومیرسکی از آزمون تعقیبی بنفرونی و نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ استفاده شد.

1. Corbu
2. Huang
3. Palmier-Claus

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

ابزار سنجش

مقیاس امید به زندگی میلر (MHS)[1]: این پرسشنامه توسط میلر و پاورز[2] (۱۹۸۸) ساخته شد. این پرسشنامه از نوع آزمون‌های تشخیصی است که اولین بار برای سنجش امیدواری بیماران قلبی در آمریکا مورد استفاده قرار گرفت تا میزان امیدواری را در آنها نشان دهد. پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ سؤال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. هدف این پرسشنامه، سنجش میزان امیدواری در افراد است. این آزمون شامل ۱۱ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی است که ماده‌های قیدشده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا نهان رفتاری در افراد امیدواری یا ناامید برگزیده شده‌اند (میلر و پاورز، ۱۹۸۸). در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است، گزینه‌های (۱) بسیار مخالف، (۲) مخالف، (۳) بی‌تفاوت، (۴) موافق و (۵) بسیار موافق قرار دارد. هر فرد با انتخاب یک گزینه که در رابطه با او صدق می‌کند، از ۱ تا ۵ امتیاز کسب می‌نماید. نمره‌گذاری پرسشنامه امید میلر (MHS) به این صورت است که ابتدا باید در هر ماده به پاسخ بسیار مخالف ۱، مخالف ۲، بی‌تفاوت ۳، موافق ۴ و بسیار موافق نمره ۵ بدهید. سؤالات ۱۱- ۱۳- ۱۶- ۱۸- ۲۵- ۲۷- ۲۸- ۳۱- ۳۳- ۳۴- ۳۸- ۳۹- ۴۷- ۴۸ به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. جمع امتیازهای کسب‌شده بیانگر امیدواری فرد است. دامنه‌ی امتیازات از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است. چنانچه فردی امتیاز ۴۸ را کسب نماید، کاملاً درمانده تلقی می‌شود و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. میزان پایایی آزمون امیدواری میلر به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد و در محاسبه روایی آزمون از طریق آزمون تحلیل عامل تأییدی، نیز ضریب روایی ۰/۶۲ به دست آمد (میلر و پاورز، ۱۹۸۸). این آزمون برای اولین بار در ایران توسط سمیعی (۱۳۶۸) بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان پسر رشته پرستاری اجرا شد و به‌منظور تعیین پایایی[3] آن از روش بازآزمایی[4] با فاصله یک هفته استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون بین دوسری از نمرات آزمون R=٪۷۵ برآورده شد و میانگین ۱۵۱/۳ بوده است. در پژوهش سمیعی (۱۳۶۸) روایی با استفاده از روش تحلیل عامل تأییدی ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش جعفریان یسار و شهیدی (۱۴۰۱) پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ در جامعه مذکور ۰/۷۷ محاسبه شد.

جلسات مداخله آموزش مشاوره گروهی هیجان‌مدار: مشاوره گروهی هیجان‌مدار بر اساس رویکرد متمرکز بر هیجان (جانسون و گرینبرگ[5]، ۲۰۰۷) در ۸ جلسه دوساعتی و به صورت هفتگی به گروه آزمایش آموزش داده شد و خلاصه این بسته آموزشی در جدول ۱ آورده شده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات بر اساس رویکرد متمرکز بر هیجان (جانسون و گرینبرگ، ۲۰۰۷)

	رئوس محتوا (سرفصل مطالب)	اهداف	روش‌های تدریس	وسایل کمک‌آموزشی
۱	معارفه، شرح ساختار و اهداف جلسات، اجرای پیش‌آزمون، ایجاد انگیزه مشارکت میان اعضا، آشنایی و معرفی کلی از رویکردهای تجربه‌نگر، آشنایی با مبانی رویکرد متمرکز بر هیجان	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان هیجان‌مدار	سخنرانی پرسش و پاسخ	Power point
۲	اجرای رویکرد مربیگری هیجانی یا کوچینگ انجام فنون آموزشی متمرکز بر هیجان، آشنایی با کوچینگ (ترک کردن موقعیت هیجانی، رسیدن و دسترسی به هیجانات)	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی هیجان‌مدار	سخنرانی بحث گروهی ایفای نقش	Power point
۳	کشف هیجانات کلیدی مشارکت‌کنندگان، ردیابی دردناک‌ترین و ناگوارترین هیجان اعضا، برجسته‌سازی اهمیت فرایند محتوا	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقه‌مندی به جای فرار از آنچه که هم‌اکنون در جریان است. کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	سخنرانی ایفای نقش	Power point

1. Miler Hope Scale
2. Miller & Powers
3. Relaibility
4. Test- re -test
5. Johnson & Greenberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

۴	بررسی نشانگرهای مرتبط با مقوله هسته اصلی هیجانات، ظهور معانی جدید از هیجانات	تمرکز بر تمام حالت روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی به‌طوری‌که به هیجانات مثبت منجر شود	سخنرانی ایفای نقش	Power point
۵	کمک در آشکارسازی و برملا کردن هیجانات ثانویه، اعتباردهی و شدت‌بخشی به تجارب هیجانی، کار بر روی هیجانات ثانویه و نام‌گذاری آنها	تلاش در جهت کسب حس تعالی و پذیرش هیجان‌های منفی با استفاده از فنون آموزش‌دیده	سخنرانی ایفای نقش	Power point وسایل سمعی بصری
۶	کمک در شناسایی و آشکارسازی هیجانات اولیه، اعتباربخشی و شدت‌بخشی به تجربه هیجانی زیر بنایی و بنیادی، به مالکیت درآوردن تجربه پایه‌ای	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف بر اساس ارزش‌ها. تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت	سخنرانی ایفای نقش	Power point وسایل سمعی بصری
۷	تشریح ساختار و فرآیند الگوها و چرخه‌های ارتباطی و تعاملی، ابراز نیازها و خواسته‌های دلبستگی مدارانه با تمرکز بر هیجانات اولیه	به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی	سخنرانی ایفای نقش	Power point وسایل سمعی بصری
۸	اجرای پس‌آزمون، مرور کلی و اخذ بازخورد از اعضا نسبت به مباحث دوره و انجام فنون و تکنیک‌های رویکرد متمرکز بر هیجان، اختتام جلسات	درخواست از درمان‌جویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در زندگی به‌منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در ۴ ماه آینده	بحث گروهی پرسش و پاسخ	Power point

جلسات مداخله آموزش شادی‌بخشی: آموزش شادی‌بخشی لیوبومیرسکی (۲۰۰۸) در ۸ جلسه دوساعتی و به صورت هفتگی به گروه آزمایش آموزش داده شد و خلاصه این بسته آموزشی در جدول ۲ آورده شده است:

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش شادی لیوبومیرسکی (۲۰۰۸)

ردیف	رئوس محتوا (سرفصل مطالب)	اهداف	روش‌های تدریس	وسایل کمک‌آموزشی
۱	معارفه، شرح ساختار و اهداف جلسات، اجرای پیش‌آزمون، ایجاد انگیزه مشارکت میان اعضا، آشنایی و معرفی کلی از رویکردهای تجربه‌نگر، آشنایی با مبانی آموزش شادی‌بخشی	آشنایی با قوانین و کلیاتی از آموزش شادی‌بخشی	سخنرانی پرسش و پاسخ	Power point
۲	روند جلسه تعریف شادی و بررسی تأثیرات شادی بر زندگی	آشنایی با برخی از مفاهیم آموزش شادی	سخنرانی بحث گروهی ایفای نقش	Power point
۳	ایجاد هیجان مثبت از گذشته تا آینده - به‌طورکلی فکر می‌کنید تا چه اندازه شاد هستید	ایجاد احساس مثبت	سخنرانی ایفای نقش	Power point
۴	آموزش مشارکت - آموختن	آموزش مشارکت	سخنرانی ایفای نقش	Power point
۵	آموزش تأثیر روابط مثبت بر زندگی (افرادی در زندگی ما وجود دارند که واقعاً برای من اهمیت قائل هستند.)	تلاش در جهت کسب حس تعالی و تقویت روابط مثبت با استفاده از فنون آموزش‌دیده	سخنرانی ایفای نقش	Power point وسایل سمعی بصری
۶	آموزش تأثیر درک مفهوم زندگی - به‌طورکلی فکر می‌کنم هر آنچه در زندگی انجام می‌دهم، ارزشمند و مهم است.	شناسایی ارزش‌های شخصی و طرح‌ریزی اهداف بر اساس آن، تهیه فهرستی از موانع پیش رو و ایجاد معنا در زندگی	سخنرانی ایفای نقش	Power point وسایل سمعی بصری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

۷	روند جلسه آموزش معنای واقعی موفقیت (برنده شدن همیشه موفقیت نیست، لذت بردن از روند انجام کاری و با انرژی بیشتر به دنبال رفع کاستی‌ها بودن، اهمیت ارجح دارد).	برنامه‌ریزی برای دستاوردها و نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی	سخنرانی ایفای نقش	Power point وسایل سمعی بصری
۸	اجرای پس‌آزمون، روند جلسه؛ مرور مطالب جلسات گذشته- نظرخواهی گروهی	درخواست از درمان‌جویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در زندگی به‌منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد شادمانی، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در ۴ ماه آینده	بحث گروهی پرسش و پاسخ	Power point

یافته ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه آموزش شادی‌بخشی، ۱۵ نفر درمان رویکرد هیجان‌مدار و ۱۵ نفر گروه گواه) حضور داشتند که میانگین و انحراف استاندارد معیار سن برای گروه آموزش شادی‌بخشی به ترتیب ۱۶/۵۱ و ۲/۲۹ سال، برای گروه رویکرد هیجان‌مدار ۱۶/۷۵ و ۲/۶۱ سال و برای گروه گواه ۱۶/۳۸و ۲/۴۸ بود. همچنین جنسیت همه افراد شرکت‌کننده پسر بود و همه آنها دارای سابقه‌ی یک‌بار خودکشی در پرونده خود داشتند . در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر امید به زندگی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
امید به زندگی	گواه	۲۹/۱۳	۴/۹۳	۲۸/۴۷	۴/۷۲	۲۸/۸۷	۴/۲۸
	رویکرد هیجان‌مدار	۳۰/۴۰	۶/۲۱	۳۴/۳۳	۵/۸۰	۳۴/۱۳	۵/۷۰
	آموزش شادی‌بخشی	۲۹/۲۷	۳/۴۵	۴۶/۹۳	۹/۳۴	۴۷/۸۷	۹/۷۸

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، در گروه گواه میانگین نمره کل امید به زندگی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های آموزش شادی‌بخشی و رویکرد هیجان‌مدار افزایش قابل‌توجهی در امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون دیده می‌شود.

بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات امید به زندگی در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری (p>۰/۰۵) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های امید به زندگی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۰/۱۸۶)، (P=۰/۲۰)، پس‌آزمون (F= ۱/۱۰۵، P=۰/۱۲۳) و پیگیری (F=۱/۳۳، P=۰/۲۶۳) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر امید به زندگی (MBOX =۲۹/۷۳، F =۱/۰۴، P=۰/۳۲) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای متغیر امید به زندگی رعایت نشده است. بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاوس - گیسر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
امید به زندگی	درون‌گروهی	زمان	۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱
		زمان × گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	-	-	-

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیر امید به زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه گواه در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیر امید به زندگی بین دو گروه آموزش شادی‌بخشی و رویکرد هیجان‌مدار و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دوبه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بنفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیر امید به زندگی

			پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
امید به زندگی	رویکرد هیجان‌مدار	گواه	۵/۲۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۳۸/۰۶۷*	۴/۳۲۳	۱/۰۰۰	-۳۸/۷۳۳*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰۱
		آموزش شادی‌بخشی	۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۱/۰۰۰	۲۱/۲۶۷*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰۱
	آموزش شادی‌بخشی	گواه	۱/۸۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۵۹/۲۰۰*	۴/۳۲۳	۱/۰۰۰	-۶۰/۰۰۰*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰۱
		رویکرد هیجان‌مدار	-۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۱/۰۰۰	-۲۱/۲۶۷*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰۱

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های رویکرد هیجان‌مدار و گواه در متغیر امید به زندگی (P<۰/۰۵) و آموزش شادی‌بخشی و گواه در متغیر امید به زندگی (P<۰/۰۵) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین روش رویکرد هیجان‌مدار و آموزش شادی‌بخشی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ اختلاف معنادار وجود دارد. مطابق با جدول ۵ اختلاف میانگین روش آموزش شادی‌بخشی و رویکرد هیجان‌مدار برای متغیر امید به زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت مثبت معنادار شده است. درنتیجه روش آموزش شادی‌بخشی در افزایش امید به زندگی اثربخشی بیشتری نسبت به رویکرد هیجان‌مدار داشته است (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی هیجان‌مدار و آموزش شادی‌بخش لیوبومیرسکی بر امید به زندگی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی انجام شد. در مرحله اول یافته‌های پژوهش نشان داد مداخله مشاوره گروهی هیجان‌مدار بر امید به زندگی نوجوانان دارای سابقه خودکشی مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش متقی و همکاران (۱۳۹۷)، نامنی و همکاران (۱۳۹۶) و محمودوند باهر و همکاران (۱۳۹۶) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت رویکرد متمرکز بر هیجان این قابلیت را به فرد می‌دهد تا با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها، بتواند هیجانات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و ناامیدی و وضعیت‌های نیمه‌تمام در گذشته را کنترل نموده و میزان سازگاری روان‌شناختی خود را بالا ببرد. در روش‌های درمانی متمرکز بر هیجان تلاش می‌شود تا در جریان درمان مراجع تشویق شود تا افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی و درنهایت اقدام به خودکشی می‌شود را برطرف نماید. در رویکرد هیجان‌مدار توانایی تنظیم هیجانات نه‌تنها مهارت‌های اجتماعی بلکه کیفیت روابط بین شخصی و بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی فرد را بهبود می‌بخشد (اسلون و دنیس[1]، ۲۰۰۸، به نقل از نامنی و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین فرایند تغییر در EFT نشان می‌دهد که این درمان کمک می‌کند تا نوجوانان دارای سابقه خودکشی به هیجانات زیربنایی و آسیب‌دیده اولیه دسترسی پیدا کرده و بتوانند آن را ابراز کنند. آشکارسازی هیجانات آسیب‌پذیر زیربنایی در شکستن چرخه معیوب تعاملات تأثیر دارد و باعث عمیق شدن صمیمیت و پیوند دلبستگی ایمن می‌شود (غفاری و همکاران، ۱۴۰۱). پرداختن به این موضوعات در این پژوهش منجر به بهبود سطح امید به زندگی نوجوانان دارای سابقه خودکشی در ابعاد تحمل رنجش و درک واقع‌بینانه گردید.

1. Sloan & Denise

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد مداخله آموزش شادی‌بخشی بر امید به زندگی نوجوانان دارای سابقه خودکشی مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش معینی و همکاران (۱۳۹۵)، هانگ و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان این‌گونه بیان کرد که در میان روانشناسان مثبت‌نگر، لیوبومیرسکی و همکاران (۲۰۱۱) شادکامی را تعادل بین تجربه‌های هیجانی مثبت و منفی در طول یک دوره زمانی می‌دانند به این صورت که آنان شادکامی را تجربه احساس نشاط خوش‌بینی و خوشی و نیز دارا بودن این احساس که فرد زندگی خود را خوب، بانشاط و باارزش می‌دانند در نظر گرفته‌اند. بنابراین می‌توان گفت که شادی یک پدیده ذهنی و درونی است. عاطفه مثبت که اجزای اصلی شادی هستند، باعث افزایش خزانه رفتاری شناختی و توجه فرد می‌شود و فرد احساس شادکامی و نشاط بیشتری را تجربه خواهد کرد. برعکس، درصورتی‌که فرد به جای تلاش برای مثبت‌اندیشی به افکار منفی روی بیاورد در صورت تداوم این حالات دچار افسردگی می‌شود؛ که این درنهایت منجر به محدود شدن خزانه رفتاری و کاهش توجه و درنتیجه عدم پیشرفت او می‌شود (لیوبومیرسکی و همکاران، ۲۰۱۱). احساس نشاط و شادکامی و سرزندگی در برخورد با رویدادهای مختلف در بسیاری از موارد به نوع نگرش و احساس فرد برمی‌گردد که این افراد چقدر بتوانند در مسیر زندگی لذت و شادی، قدرت تصمیم‌گیری علاقه‌مندی به دیگران احساس دلگرمی و توانایی برقراری ارتباط با دنیای اطراف را داشته باشند. آنچه که می‌تواند در ایجاد روحیه شادی و نشاط و بالا بردن امید به زندگی در زندگی افراد نقش فعالی را ایفا نماید، به عقیده پژوهشگر مثبت‌نگری و توانایی مقابله با شرایطی است که همواره ممکن است تحت عنوان مشکلات روحیه شادکامی و امید به زندگی را به مخاطره بیندازد. افراد مثبت‌نگر یا امیدوار به زندگی سالم‌تر و شادتر هستند و دستگاه‌های ایمنی آنان بهتر کار می‌کنند (هانگ و همکاران، ۲۰۱۸). آنها با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با تنیدگی‌های روانی بهتر کنار می‌آیند. همچنین بر نحوه فعال از رویدادهای تنیدگی‌زدایی زندگی پرهیز کنند و شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازد سبک‌های زیستی سالم‌تری دارند که آنها را از ابتلا به بیماری حفظ می‌کنند (نیکراهان و قاسمی، ۱۳۹۸). همچنین نتایج پژوهش نشان داد دانش‌آموزانی که دارای تجربه احساس شادکامی و هیجان مثبت بیشتری هستند، احساس امید بیشتری را تجربه می‌کنند. افرادی که امید بیشتری دارند، تلاششان را صرف کسب اهداف بیشتر می‌کنند، اهدافشان را با اطمینان بیشتری به دست آورده و آنها را با اهداف سخت‌تر دیگری مقایسه می‌کنند؛ اما افرادی که امید کمتری دارند این‌گونه نیستند. امید باعث می‌شود که افراد احساس کنند که با تلاش و کوشش بیشتر به نتیجه می‌رسند و همین منجر به افزایش تلاش آنان در دستیابی به اهدافشان می‌شود (ریس[1]، ۲۰۰۶، به نقل از نیکراهان و قاسمی، ۱۳۹۸).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شادی‌بخشی لیوبومیرسکی نسبت به مشاوره گروهی هیجان‌مدار به‌طور معناداری بر امید به زندگی نوجوانان دارای سابقه خودکشی اثربخش‌تر بود و این تغییر در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شد. برای بررسی نتایج این یافته، پژوهشی مبنی بر مقایسه همسویی و ناهمسویی یافت نگردید. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به نظریات روانشناسی مثبت‌گرا اشاره نمود. طبق این دیدگاه مکانیزم تغییر به‌واسطه افزایش افکار هیجانات و رفتارهای مثبت و همچنین ارضای نیازهای اساسی صورت گرفته و منجر به افزایش احساس بهزیستی ذهنی و شادکامی در افراد می‌شود (سلیگمن[2]، ۲۰۱۹). به‌عنوان‌مثال، برخی فعالیت‌های هدفمند در آموزش شادی لیوبومیرسکی همچون مراقبه، هیجان‌های مثبتی در فرد ایجاد می‌کند که باعث افزایش منابع فردی همچون سلامت روانی و بهبود تعاملات اجتماعی می‌شود (الم[3]، ۲۰۲۲). افزایش چنین منابعی افزایش رضایت از زندگی امید به زندگی و درنهایت شادی را موجب خواهد شد. از سوی دیگر مداخلات روانشناسی مثبت افراد را به سمت رضایت داشتن و لذت بردن از فعالیت‌های روزانه زندگی مانند تحصیل و مشارکت در یادگیری سوق می‌دهد که این موارد نیز خود شادی و بهزیستی ذهنی بیشتری در فرد را موجب می‌گردد (نیکراهان و قاسمی، ۱۳۹۸). یکی دیگر از تأثیرات فعالیت‌های مثبت صرف‌نظر از ایجاد هیجان‌های مثبت، افزایش افکار مثبت می‌باشد. فعالیت‌های مثبت افراد را بر آن می‌دارد تا اعمال مثبتی انجام دهند. از طرفی نیز چنین فعالیت‌های مثبتی نظیر خوش‌بینی و قدردانی می‌تواند از طریق ارضای نیازهای روانی اساسی همچون ارتباط کارآمدی و کنترل افزایش امید به زندگی، رضایت از زندگی و درنتیجه شادی را در پی داشته باشند (الفلاح و الغانم[4]، ۲۰۲۰). ازاین‌رو به نظر می‌رسد که فعالیت‌های هدفمند موجود در برنامه آموزش شادی لیوبومیرسکی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی می‌تواند از طریق افزایش هیجان مثبت، رفتار مثبت، افکار مثبت و ارضای نیازهای اساسی هیجانات مثبت یادگیری را نیز در آنان افزایش دهد.

1. Ries
2. Seligman
3. Alam
4. Alfalah & Alganem

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

بنابراین می‌توان گفت خودکشی یکی از معضلات بهداشت روان است که در کشورهای توسعه‌یافته توجه بیشتری به آن شده است. اگرچه خودکشی در بین تمامی گروه‌های سنی دیده می‌شود، اما در قشر نوجوان موجب از دست دادن سال‌های مفید عمر آنها می‌شود که این امر از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. به نظر می‌رسد نوجوانان در لحظه‌هایی از زندگی که با مشکلات شخصی روبه‌رو می‌شوند، بیشتر احساس ضعف می‌کنند و این در حالی است که گمان می‌کنند راه برگشت ندارند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی هیجان‌مدار و آموزش شادی‌بخش لیوبومیرسکی بر امید به زندگی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی بود و این‌گونه نتیجه گرفته شد که هر دو مداخله مشاوره گروهی هیجان‌مدار و آموزش شادی‌بخشی لیوبومیرسکی بر بهبود امید به زندگی نوجوانان دارای سابقه خودکشی تأثیر داشته اما مداخله آموزش شادی‌بخشی لیوبومیرسکی اثر بیشتری بر امید به زندگی نسبت به مشاوره گروهی هیجان‌مدار داشته است. درنهایت نتایج از تأثیر دو روش مداخله حمایت می‌کند و توجه به این دو روش درمانی برای نوجوانان دارای سابقه خودکشی از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز مداخلاتی برای کمک به نوجوانان دارای سابقه خودکشی شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه‌گیری هدفمند از میان نوجوانان دارای سابقه خودکشی یک شهر خاص اشاره کرد که از اعتبار بیرونی پژوهش کاست و همین‌طور عدم توجه به برخی از متغیرهای روان‌شناختی (مثل ذهنیت روان‌شناختی و بینش مراجعین انگیزه‌ی مراجع حوادث متقارن با پژوهش و استرس‌های هم‌زمان با اجرای پژوهش) که اعتبار درونی را به مخاطره می‌اندازد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده برای کاهش سوگیری احتمالی و کنترل متغیرهای مداخله‌گر نمونه از شهرها و گروه‌های مختلف و با حجم بیشتر انجام شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج را تعمیم داد.

منابع

ایمانی راد، ا.، گل‌محمدیان، م.، مرادی، ا.، و گودرزی، م. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر بخشودگی و باورهای ارتباطی زوجین درگیر در پیمان‌شکنی زناشویی. *علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۰)، ۶۶۵-۶۵۳. http://psychologicalscience.ir/article-1-966-fa.html

جعفریان یسار، ح.، و شهیدی، م. (۱۴۰۱). تأثیر درمان وجودگرا و مذهب‌محور در افزایش امید به زندگی افراد معلول ناشی از حوادث. *پژوهش در آموزش معارف و تربیت اسلامی*، ۳(۱)، ۸۲-۶۷. https://tarbiatmaaref.cfu.ac.ir/article_2547.html

سمیعی، م.، و عشایری، ح. (۱۳۶۸). *بررسی امید و احساس درماندگی در بیمارانی که قطع نخاع شده‌اند و مقایسه آنها با سایر معلولین و افراد سالم*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه.

غفاری، ح.، میکائیلی منیع، ف.، و مسعودی، ش. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان مدار بر احساس حقارت، هیجان خواهی و سبک های دلبستگی زنان متأهل دارای تجربه روابط فرا زناشویی. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۹(۲)، ۶۲-۷۶. http://ijrn.ir/article-1-717-fa.html

فدائی، ن.، جعفری نیا، غ.، و کیخسروانی، م. (۱۴۰۰). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بر کاهش خودکشی نوجوانان (مطالعه موردی : نوجوانان پسر کانون اصلاح و تربیت شهر کرمان). *پاسداری فرهنگی انقلاب اسلامی*، ۱۱(۲۳)، ۳۲۴-۲۹۹. https://cgirj.ihuo.ac.ir/article_205849.html

متقی، ش.، شاملی، ل.، و هنرکار، ر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی، امید به آینده و اعتماد بین فردی در زنان مطلقه. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۴)، ۱۲۲-۱۰۷. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3773.html

محمودوندی باهر، ا.، فلسفی نژاد، م.، و خدابخشی کولایی، آ. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی هیجان‌مدار بر امید و افکار خودآیند منفی زنان مطلقه. *سلامت اجتماعی*، ۵(۱)، ۷۶-۶۷. https://journals.sbmu.ac.ir/ch/index.php/ch/article/view/19218

معینی، ب، بابامیری، م.، محمدی، ی.، براتی، م.، و رشیدی، س. (۱۳۹۵). بررسی رابطه شادکامی و سلامت روان در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی؛ یک مطالعه توصیفی- تحلیلی. *پرستاری و مامایی*، ۱۴(۱۱)، ۹۵۱-۹۴۲. http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3063-fa.html

معینی، ف.، حسینی آرین، ن.، کرباسی، ت.، توزنده جانی، ح.، راه نجات، ا.، و دنیوی، و. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر احساس طردشدگی، سازگاری زناشویی و تنظیم هیجانی در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی. *پرستار و پزشک در رزم*، ۱۰(۳۶)، ۱۵-۶. http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-899-fa.html

میری، م.، رضائیان، م.، و قاسمی، س. (۱۴۰۱). مروری نظام‌مند بر میزان شیوع و علل خودکشی (افکار و اقدام) در دانش آموزان و دانشجویان ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۱(۵)، ۵۷۴-۵۵۱. http://journal.rums.ac.ir/article-1-6454-fa.html

نامنی، ا.، محمدی‌پور، م.، و نوری، ج. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر بخشودگی بین فردی و امید در زنان مطلقه. *مشاوره و روان درمانی*، ۸(۲۶)، ۷۸-۵۷. https://qccpc.atu.ac.ir/article_7356.html

نیکراهان، غ.، و قاسمی، ط. (۱۳۹۸). تعیین اثربخشی آموزش برنامه شادی لیوبو میرسکی بر شادکامی، امید، سلامت عمومی و رضایت از زندگی دانش‌آموزان دختر رشته تربیت کودک مقطع متوسطه. *آموزش و ارزشیابی*، ۱۲(۴۶)، ۴۵-۲۹. https://jinev.tabriz.iau.ir/article_668227.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

Aggarwal, S., Borschmann, R., & Patton, G. C. (2021). Tackling stigma in self-harm and suicide in the young. *The Lancet. Public health*, *6*(1), e6–e7. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30259-0

Alam, A. (2022). Positive psychology goes to school: conceptualizing students' happiness in 21st century schools while 'minding the mind!'are we there yet? Evidence-backed, school-based positive psychology interventions. *ECS Transactions*, 107(1) , 11199. https://doi.org/10.1149/10701.11199ecst

Alfalah, A. A., & Alganem, S. A. (2020). The impact of construal level on happiness, hope, optimism, life satisfaction, and love of life: A longitudinal and experimental study. *Australian Journal of Psychology*, *72*(4), 359-367. https://doi.org/10.1111/ajpy.12297

Almadani, N.A., & Alwesmi, M.B. (2023). The Relationship between Happiness and Mental Health among Saudi Women. *Brain Sci*, *13*, 526. https://doi.org/10.3390/brainsci13040526

Corbu, A., Peláez Zuberbühler, M. J., & Salanova, M. (2021). Positive Psychology Micro-Coaching Intervention: Effects on Psychological Capital and Goal-Related Self-Efficacy. *Frontiers in psychology*, *12*, 566293. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.566293

Farahi, S., & Khalatbari, J. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Life Expectancy, Resilience and Death Anxiety in Women with Cancer. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, *6*(3), 9-19. https://doi.org/10.22037/ijabs.v6i3.21470

Greenberg, L, S. & Goldman, N. (2019). *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association, Washington, DC.

Hald, G. M., Ciprić, A., Øverup, C. S., Štulhofer, A., Lange, T., Sander, S., & Strizzi, J. M. (2020). Randomized controlled trial study of the effects of an online divorce platform on anxiety, depression, and somatization. *Journal of Family Psychology*, *34*(6), 740-751. https://doi.org/10.1037/fam0000635

Huang, K. L., Wei, H. T., Hsu, J. W., Bai, Y. M., Su, T. P., Li, C. T., Lin, W. C., Tsai, S. J., Chang, W. H., Chen, T. J., & Chen, M. H. (2018). Risk of suicide attempts in adolescents and young adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a nationwide longitudinal study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *212*(4), 234–238. https://doi.org/10.1192/bjp.2018.8

Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (2005). Emotionally focused couple's therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, *11*(3), 313-317. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00624.x

Liou, L., Joe, W., Kumar, A., & Subramanian, S. V. (2020). Inequalities in life expectancy: An analysis of 201 countries, 1950–2015. *Social Science & Medicine*, *253*, 1129-64. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112964

Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.

Lyubomirsky, S., Boehm, J. K., Kasri, F., & Zehm, K.(2011). The cognitive and hedonic costs of dwelling on achievement-related negative experiences: implications for enduring happiness and unhappiness. *Emotion*, *11*(5), 1152-1167. https://doi.org/10.1037/a0025479

Miller, J. F., & Powers, M. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37(1), 35- 56.

Nahar, J. S., Algin, S., Sajib, M. W. H., Ahmed, S., & Arafat, S. M. Y. (2020). Depressive and anxiety disorders among single mothers in Dhaka. *The International journal of social psychiatry*, *66*(5), 485–488. https://doi.org/10.1177/0020764020920671

Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S. J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *4*(8), 634-640. https://doi.org/10.1177/1754073916669596

Ryff, C. D. (2022). Positive Psychology: Looking Back and Looking Forward. *Frontiers in psychology*, *13*, 840062. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.840062

Seligman M. E. P. (2019). Positive Psychology: A Personal History. *Annual review of clinical psychology*, *15*, 1–23. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653

Sohlberg, E. M., Thomas, I. C., Yang, J., Kapphahn, K., Daskivich, T. J., Skolarus, T. A., ... & Goldstein, M. K. (2020). Life expectancy estimates for patients diagnosed with prostate cancer in the Veterans Health Administration. *Urologic oncology*, *38*(9), 734.e1–734.e10. https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2020.05.015

Tseng, W. L., Deveney, C. M., Stoddard, J., Kircanski, K., Frackman, A. E., Yi, J. Y., Hsu, D., Moroney, E., Machlin, L., Donahue, L., Roule, A., Perhamus, G., Reynolds, R. C., Roberson-Nay, R., Hettema, J. M., Towbin, K. E., Stringaris, A., Pine, D. S., Brotman, M. A., & Leibenluft, E. (2019). Brain Mechanisms of Attention Orienting Following Frustration: Associations With Irritability and Age in Youths. *The American journal of psychiatry*, *176*(1), 67–76. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18040491

Veloso-Besio, C., Cuadra-Peralta, A., Gallardo-Peralta, L., Cuadra-Fernandez, P., Quiroz, P. T., & Troncoso, N. V. (2023). The prevalence of suicide attempt and suicidal ideation and its relationship with aggression and bullying in Chilean adolescents. *Frontiers in psychology*, *14*, 1133916. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1133916

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]