

تأثیر آموزش مدیریت هیجان بر افکار خودکشی و احساس ناامیدی نوجوانان

فرحناز خزایی^۱، فریبا چراغیان^۲، مهناز چراغیان^۳

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه

^۳ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آشتیان

چکیده

هدف از این پژوهش، مقایسه تأثیر آموزش مدیریت هیجان بر افکار خودکشی و احساس ناامیدی نوجوانان بود. روش پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر شهر نورآباد بود که تعداد آنها در سال ۱۴۰۳ بودند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر (دانش آموزان دختر متوسطه دوم) شهر نورآباد بود. از بین جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر بطور خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفر (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) گمارده شدند. پرسشنامه های مورد استفاده افکار خودکشی بک (۱۹۹۶) و احساس ناامیدی بک (۱۹۹۶) بودند. نتایج سطوح معناداری همه آزمون ها بیانگر آن است که بین افکار خودکشی و احساس ناامیدی در مرحله پس آزمون در بین دو گروه های مورد مقایسه تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین نمرات گروه آزمایشی در پس آزمون در متغیر افکار خودکشی و احساس ناامیدی (به ترتیب ۱۸/۶۳ و ۶۵/۸۵) نسبت به گروه گواه (به ترتیب ۱۵/۵۵ و ۵۹/۸۳) به طور معناداری کاهش یافته است. آموزش مدیریت هیجان به عنوان روش مؤثر در کاهش احساس ناامیدی نوجوانان تأثیر بسزایی داشته است. لذا داشتن توان هایی در تنظیم هیجان در زندگی نقش مهم و غیرقابل انکاری در کاهش احساس ناامیدی و مقابله مؤثر با حوادث و رویدادهای زندگی دارد. آموزش مدیریت هیجان تلاش دارد با گسترش پردازش هیجانی افراد، تغییرات درمانی را در آنها ایجاد کند.

واژه های کلیدی: آموزش مدیریت هیجان، افکار خودکشی، احساس ناامیدی، نوجوانان

۱. مقدمه

مقدمه

دوره نوجوانی را می‌توان یکی از مهمترین دوره‌های زندگی یک فرد دانست. این دوره یک زمان بحرانی رشد و نمو است که از نظر جسمی و روانی تحولات بسیار عمیقی در فرد ایجاد می‌کند و باعث می‌شود نظم جسمانی و روانی نوجوان بهم بخورد. نوجوانان در این دوره از لحاظ عاطفی نارس، از نظر تجربه محدود و از نظر اجتماعی بسیار شکننده و تاثیرپذیری هستند (نمازی، ۱۴۰۰). یکی از مشخصه‌های نوجوانی تغییرات سریع و فراگیر، تقریباً در تمام ابعاد زندگی است که احتمالاً به فشارهای روانی زیادی منجر می‌شود. یک نوجوان مانند یک بزرگسال تجربه کافی برای رویارویی مقابله با احساسات ناشی از استرس‌ها و فشارهای روانی را ندارد به همین دلیل مواد روانگردان را به عنوان دارویی خود تجویزی در این شرایط فشارزا مصرف می‌کند. نظریه‌های شناختی-رفتاری، وابستگی به مواد روانگردان را احتمالاً به طور غیر مستقیم پاسخی است در مقابل ناتوانی در برخورد با موانع ناکامی‌های زندگی که بر فرد وارد می‌آید. افراد از این طریق سعی می‌کنند که دردها و مسائل درونی خود را کم کنند (مهرافروز، ۱۳۹۵).

نوجوانی غالباً به عنوان یک دوره مهم غیر جسمی و روانشناختی توصیف شده است. در طول نوجوانی افراد، نوعاً با دامنه گسترده‌ای از رفتارها و الگوهای سبک زندگی آزمایش می‌شوند. این به عنوان بخشی از فرایند طبیعی جدایی از والدین، رشد احساس خود مختاری و استقلال، ایجاد هویت شخصی و اکتساب مهارت‌های ضروری برای عملکرد سودمند در جهان بزرگسالی رخ می‌دهد. تعدادی از تغییرات رشدی که پیش نیازهای ضروری برای بزرگسالی رخ می‌دهد. خطرات گرایش نوجوان به سیگار کشیدن، مصرف مشروبات و مصرف مواد را افزایش می‌دهند، همچنین نوجوان ممکن است به مصرف مواد مشغول شوند زیرا مواد برای آنها معانی از ایجاد مسولیت مشترک با گروه مرجع خاص، طغیان در برابر اقتدار والدینی یا ایجاد هویت فردی‌شان، فراهم می‌کنند (هاشمی، ۱۳۹۹). در دنیای امروز، والدین برای تربیت فرزندان خود با چالش‌های بی‌شمار و دشواری روبرو هستند. امکانات عصر فناوری که دسترسی همگان را به اطلاعات و قدرت ناشی از آن افزایش داده، مدیریت سنتی والدینی را که مبتنی بر کنترل اطلاعات و قدرت ناشی از آن است، با دشواری روبرو ساخته است. گذر از دوران سنت به مدرنیته سبب شده که کودکان و نوجوانان در معرض انواع آسیب‌های روانی باشند، به طوری که آخرین تحقیقات نشان می‌دهد که ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان ایرانی به نوعی از اختلالات روانی رنج می‌برند. منطبق نشدن والدین با شرایط جدید، باعث ایجاد احساس درماندگی در آنها و در کودکان و نوجوانان شده است (امیرآبادی، ۱۳۹۸).

خودکشی^۱ یکی از پدیده‌هایی است که همواره مورد بحث در علوم مختلف به خصوص علوم اجتماعی و روان‌شناسی و روان پزشکی می‌باشد. براساس گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت^۲ در سال ۱۹۹۶ هر ساله حداقل ۵۰۰ هزار نفر در جهان از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند. این در حالی است که برآورد واقعی سالانه خودکشی در حدود یک میلیون نفر می‌باشد که این میزان بسیار بیشتر از تعداد کشته‌شدگان جنگ و مقتولان نزاع‌های بین فردی است. همچنین تخمین زده می‌شود که تعداد موارد اقدام به خودکشی ۸ تا ۱۰ برابر خودکشی‌های موفق می‌باشد و احتمالاً هیچ کشوری نسبت به آمارهای داخلی قابل اعتمادی درباره تعداد موارد اقدام به خودکشی نداشته باشد. براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در ایران نسبت به سایر کشورهای جهان پایین‌تر است ولی روند رو به رشد اختلالات روانی در جامعه و برخوردهای غیر اصولی و سنتی با این مسأله زمینه افزایش بروز این معضل اجتماعی را فراهم می‌کند. میزان بروز خودکشی در ایران ۶/۲ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت استف در حالی که این آمار در کشورهای غربی بالای ۱۲ نفر در صد هزار نفر جمعیت است. همچنین میانگین سن خودکشی در ایران ۲۹ سال و نسبت به کشورهای غربی بسیار پایین‌تر است (امینی، ۱۳۹۹).

^۱ Suicide^۲ world health organization

در سال های اخیر خودکشی در افراد نوجوان و جوان در کشورهای مختلف افزایش نگران کننده ای نشان داده است. تغییر ساختار جمعیتی کشور و جوان تر شدن آن که مساوی است با افزایش افراد اقدام کننده به خودکشی نیز بر ابعاد مشکل افزوده است. تمایل به خودکشی به دوره ای خاص از زندگی تعلق ندارد، اما به نظر می رسد که نوجوانان و جوانان در لحظه هایی از زندگی که با مشکلات شخصی روبه رو می شوند، شکنندگی بیشتری نشان می دهند. از سال ۱۹۶۰، میزان خودکشی در میان نوجوانان به طور تقریب ۲۰۰ درصد افزایش پیدا کرده است و به عنوان پنجمین علت مرگ در بین نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله شناخته شده است (مشیری، ۱۴۰۰).

نظریه های بین شخصی احساس ناامیدی رفتار مشکل زای بین شخصی افراد افسرده را به عنوان ظهور نشانگان احساس ناامیدی (مانند عدم لذت، خستگی) و نقص در مهارت اجتماعی قلمداد می کنند. بسیاری از یافته ها نشان داده اند که متغیرهای بین شخصی نقش سبب شناختی در شروع احساس ناامیدی دارند بطور مثال یک بین دو نوع احساس ناامیدی وابسته اجتماعی و احساس ناامیدی خود انگیزه تمایز قائل شد. از نظر او افراد مبتلا به احساس ناامیدی وابسته اجتماعی، روابط بین شخصی دوستانه ای را در تعاملات جستجو می کنند و احساس ناامیدی آنان به دلیل فقدان روابط بین شخصی است (حشمتی، ۱۳۹۸). احساس ناامیدی خود انگیزه در افرادی روی می دهد که به دنبال شایستگی و خودارزشمندی هستند. بلات نیز دونه احساس ناامیدی انگل وار و احساس ناامیدی درون فکنی را مشخص کرد. او معتقد بود که احساس ناامیدی انگل وار به دلیل عدم دغدغه فرد در روابط بین شخصی است در حالیکه این قبیل افراد نیاز قوی به دغدغه روابط بین شخصی دارند اما احساس ناامیدی درون فکنی به سبب انتقاد از خود و احساس بی ارزشی به وجود می آید. در نتیجه افراد افسرده انگل وار بشدت افسرده و افراد افسرده درون فکنی به شدت خود انتقادی هستند. یافته ها نشان می دهد اشخاصی که به دلیل مشکلات بین شخصی افسرده می شوند در روان درمانی پویایی کوتاه مدت ۳ موفق تر هستند. هرویتز و همکاران دریافتند شکایت هایی که منجر به مراجعه افراد به روان درمانگران می شوند در طبقه های متفاوت مفهومی بیان می شوند. یک بخش شامل نشانگان است که اغلب در قالب صفات و اسامی بیان می گردد مانند «احساس ناامیدی، تنهایی و اضطراب». دومین بخش مربوط به افکار خودکامبودی است مانند «برخی چیزها برای من اشتباه است، من شکست خورده ام». سومین بخش ناتوانی های رفتاری خاص است مثلاً «برای من سخت است به دوستم نه بگویم». هرویتز و همکاران توانستند مجموعه گسترده ای از مشکلات گزارش شده در زمینه روابط بین شخصی جمع آوری و طبقه بندی کنند عبارتهایی مانند «من نمی توانم کاری را انجام دهم» «من نمی توانم به دوستم نه بگویم» «این کار برای من سخت است» بیانگر مشکلاتی هستند که در زمینه های مردم آمیزی، قاطعیت، صمیمیت، مهارگری، مسئولیت پذیری و امثال آن وجود دارد (اکبری، ۱۴۰۰).

یکی از نوآوری ها در درمان های روان شناختی به ویژه در نوجوانان که به مهارت های تنظیم هیجان توجه خاصی داشته است، درمان مبتنی بر هیجان می باشد. مسئله اصلی آموزش مدیریت هیجان این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد و عامل کلیدی برای سازمان دهی خود می باشد (کوپر، ۲۰۲۱). اساسی ترین کارکرد هیجان به صورت یک شکل انطباقی و سازگاران از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار او جهت داده و موجب بهزیستی روان شناختی وی می شود. در این رویکرد سعی می شود هیجانات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. فقدان توانایی برای تفسیر موقعیت های هیجانی ممکن است مشکلاتی را در روابط بین فردی ایجاد کند در پایان میتوان نتیجه گرفت مداخلات آموزش مدیریت هیجان به عنوان روش مؤثر در کاهش احساس ناامیدی نوجوانان تأثیر بسزایی داشته است. لذا داشتن توان هایی در تنظیم هیجان در زندگی نقش مهم و غیرقابل انکاری در کاهش احساس ناامیدی و مقابله مؤثر با حوادث و رویدادهای زندگی دارد. آموزش مدیریت هیجان تلاش دارد با گسترش پردازش هیجانی افراد، تغییرات درمانی را در آنها ایجاد کند. این درمان برای گسترش پردازش هیجانی و تغییر فرآیند احساس ناامیدی، بر چهار اصل اساسی استوار است. این اصول در متن محتوای بسته درمانی قرار دارند و بر حمایت هیجانی و محیطی تکیه میکنند (پایویو، ۲۰۲۰). این

^۲Cooper

چهار اصل اساسی پردازش هیجانی عبارتند از: افزایش آگاهی هیجانی ۱، ۲. گسترش تنظیم هیجان، ۲. تعمق در مورد هیجان ۳، ۴. دگرگونی هیجان ۴. این چهار اصل راهنمای عمومی کار با هیجانها هستند. در مجموع با توجه به ماهیت مداخله مبتنی بر هیجان و اثربخشی آن در درمان و بهبود اختلالات شدید هیجانی، نظیر اختلال شخصیت مرزی و اختلال احساس ناامیدی اساسی، تاکید این رویکرد درمانی بر تنظیم هیجان در طی درمان، و هم چنین نقش مهم هیجانها اعم از هیجانها مثبت و منفی در مشکلات روانشناختی دوران نوجوانی، این پژوهش با هدف بررسی این سوال انجام می‌شود که آموزش مدیریت هیجان بر افکار خودکشی و احساس ناامیدی نوجوانان چه تاثیری دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از لحاظ ماهیت جز تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا جز تحقیقات نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر (دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم) شهر نورآباد بود. از بین جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر بطور خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفر (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) گمارده شدند. پس از اتمام پیش آزمون آموزش مدیریت هیجان به گروه دو آزمایشی که شامل هر گروه ۱۵ نفر هستند داده شد و بعد از پایان جلسات از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. در این پژوهش طی چند مرحله آموزش مدیریت هیجان به صورت گروهی برگزار شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از دو پرسشنامه استاندارد شده استفاده شده است

۱) **مقیاس افکار خودکشی بک (۱۹۹۶)** یک ابزار خودسنجی ۱۹ پرسشی است. این پرسشنامه برای آشکارسازی و اندازه گیری شدت نگرشها، رفتارها و طرحریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته ی گذشته، تهیه شده است. مقیاس بر اساس ۳ درجه نقطه ای تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود. پرسشهای مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافع، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد برای اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد.

۲) **پرسشنامه احساس ناامیدی بک:** این پرسشنامه فرم بازنگری شده پرسشنامه احساس ناامیدی بک است که در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی شدت علائم احساس ناامیدی تدوین شده بود. پرسشنامه احساس ناامیدی بک یکی از پراستفاده ترین ابزارهای تشخیصی روانپزشکی است. پرسشنامه احساس ناامیدی بک ۲۱ سال دارد و برای سنجش شدت احساس ناامیدی در نوجوانان و بزرگسالان، طراحی شده است. سئوالات شامل: خلق، بدبینی، احساس شکست، خود شناسی، گناه، تنبیه، از خود بیخاری، خود مقصر بینی، افکار خودکشی، گریه، تحریک پذیری، کناره گیری، تهدید، تفسیر و پنداشت تن، دشواری کار، بی خوابی، خستگی ناپذیری، فقدان اشتها، کاهش وزن، اشتغال ذهنی نسبت به تن و کاهش میل جنسی می باشد. اعتبار و روایی پرسشنامه: پولیت (۱۸۶۵) و کوپن (۱۹۷۱) نتایج مطالعات خود درباره احساس ناامیدی را تشریح کردند و تشریح آنها از احساس ناامیدی کاملاً قابل مقایسه با ۲۱ علامت یا نشانه ای بود که در پرسشنامه بک مشخص شده بود. متکاف و کلومن (۱۹۶۵) با بررسی پرسشنامه بک و ارزیابی بالینی آن دریافتند که مزیت پرسشنامه بک بر آزمون هنیلته (۱۹۶۰) این است که به مهارت یا دانش آزمونگر بستگی ندارد. زیلی و همکاران (۱۹۷۰) پرسشنامه بک را از بهترین ابزار های سنجشی افسردگی دانستند. این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ بر روی جمعیت آمریکا و سپس بر روی جمعیت انگلیس و در سال ۱۹۷۲ نیز بر روی جمعیت ایران مورد مطالعه قرار گرفت و اجرا کنندگان این پرسشنامه را دارای اعتبار کافی به منظور تشخیص و پیش بینی احساس ناامیدی دانستند. منصور و دادستان (۱۳۶۸) فرم کوتاه آزمون احساس ناامیدی بک را بروی جمعیت ایران هنجار گزینی کردند. در این فرم، ۱۳ ماده وجود داشت و مجموع نمرات ۳۹ می شد. در سال ۱۹۶۳ متکاف، پرسشنامه بک را در مورد افرادی که افسرده شدید شناخته شده بودند اجرا کرد و نمرات به دست آمده را با نمراتی که بر اساس ارزیابی یک روانپزشک به دست آمده بود، مقایسه کرد. نتیجه این مطالعه آن بود که پرسشنامه بک وسیله مناسبی برای تفکیک افراد مشکوک به احساس ناامیدی از

افراد سالم است. از نظر بک (۱۹۶۳)، در این پرسشنامه افراد با حالات احساس ناامیدی بسیار ضعیف یا غیر افسرده نمرات بین صفر تا ۱۳، افراد افسرده خفیف از عدد ۱۴ تا ۲۴ و بیماران افسرده شدید نمره ۲۵ به بالا می گیرد. نتایج مطالعات وهاب زاده که در سال ۱۳۵۲ وبه منظور چگونگی ارزش تشخیصی پرسشنامه احساس ناامیدی بک در تفکیک بیماران افسرده از افراد سالم انجام گرفت نشان داد که این ابزار سنجشی دارای ارزش تشخیصی است وقادر به تشخیص افراد سالم از بیمار می باشد. نتایج بررسی پرتویی در سال ۱۳۵۳ ودر رابطه با شیوع احساس ناامیدی در دانشجویان دانشکده های مختلف دانشگاه تهران نشان داد که پرسشنامه بک از ثبات اعتبار بر خوردار است. وی همچنین این پرسشنامه را در سال ۱۳۵۴ بر روی جمعیت ایران استاندارد نمود. ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) این پرسشنامه بین ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ و پایایی ارزیابی ها بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (مارنات، ۱۹۹۰؛ به نقل از اندوز، ۱۳۹۸). ویژگی های روانسنجی فرم بازنگری شده این پرسشنامه توسط قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵) بدست آمده است، نتایج حاکی از روایی و پایایی بالای این پرسشنامه است.

روش اجرای پژوهش

بعد از مشخص کردن نمونه به روشی که ذکر شد به تعداد آزمودنی های گروه آزمایشی و گروه کنترل برگه سؤال و پاسخ نامه آماده گردید و با هماهنگی به عمل آمده در موعد مقرر در یک از مدارس دبیرستان دخترانه شهر نورآباد، با تشریح کلی کار و توجیه افراد جهت شرکت در این آزمون و تحقیق، از آنها خواسته شد که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشته باشند و سپس به تعداد آنها که ۳۰ نفر بودند برگه سؤالات پیش آزمون افکار خودکشی و احساس ناامیدی توزیع گردید. پس از اتمام پیش آزمون آموزش مدیریت هیجان به گروه یک آزمایشی که شامل هر گروه ۱۵ نفر هستند داده شد و بعد از پایان جلسات از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. بعد از دوماه دوباره همین سه پرسشنامه به آزمودنی های گروه آزمایش داده شد تا اثر پیگیری بر اثر پس آزمون نیز سنجیده شد. در این پژوهش طی هشت جلسه آموزش مدیریت هیجان به صورت گروهی برگزار شد.

جدول ۱ خلاصه جلسات آموزش مدیریت هیجان

جلسه	عنوان
اول	- آشنایی اعضاء گروه از همدیگر - اهمیت هیجان و آشنایی با متغیرهای افکار خودکشی و احساس ناامیدی
دوم	- شناخت و بیان هیجان
سوم	- درک علل و پیامدهای هیجان
چهارم	- سودمندی تنظیم و کنترل هیجان
پنجم	- شیوه های تنظیم هیجان
ششم	- مدیریت هیجان
هفتم	- تنظیم هیجان دیگران
هشتم	- نگاهی دوباره به شیوه های درست برخورد با هیجان و پیامدهای آن
نهم	- گفتگوی پایانی

دهم	- جمع بندی
-----	------------

یافته ها

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه ها	آموزش مدیریت هیجان	گواه
		میانگین	انحراف معیار
افکار خودکشی	پیش آزمون	۲۸/۹	۶/۴۴
	پس آزمون	۲۶/۹۷	۶/۰۲
احساس ناامیدی	پیش آزمون	۳۹/۲	۹/۴۶
	پس آزمون	۳۶/۵	۸/۰۹
		میانگین	انحراف معیار
		۳۳/۵	۸/۱۲
		۳۴/۰۵	۸/۴۵
		۴۳/۹	۹/۷۲
		۴۴/۳	۱۰/۹۲

جدول ۳: احساس ناامیدی بین گروه ها و پیش آزمون متغیرها

منبع	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P
احساس ناامیدی گروه و پیش آزمون افکار خودکشی	پس آزمون افکار خودکشی	۲۱/۱۴	۳	۷/۰۴	۲/۵۵	۰/۰۶
احساس ناامیدی گروه و پیش آزمون احساس ناامیدی	پس آزمون احساس ناامیدی	۸۴/۵۱	۳	۲۸/۱۷	۱/۱۲	۰/۳۴

نتایج جدول ۴-۵ نشان می دهد سطح معناداری F بیشتر از مقدار بحرانی ۰/۰۵ می باشد. بنابراین پیش فرض همگنی واریانس ها برقرار است و می توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها: قبل از وارد شدن به مرحله آزمون فرض ها، لازم است تا از وضعیت نرمال بودن داده ها اطلاع حاصل شود تا بر اساس نرمال بودن یا نبودن آنها، آزمون ها استفاده شود. نتایج آزمون کلموگراف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها در جداول زیر آمده است.

جدول ۴: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر	مرحل اجرا	شاخص Z	
		K-S	
افکار خودکشی	پیش آزمون	۱/۰۹	۰/۱۸
	پس آزمون	۰/۹۸	۰/۲۹
احساس ناامیدی	پیش آزمون	۱/۴۷	۰/۰۷

۰/۲۸	۰/۹۹	پس آزمون	
------	------	----------	--

جدول ۵ نتایج تحلیل مانکو بر روی میانگین متغیرهای مورد پژوهش در مرحله پس آزمون

نام آزمون	مقدر	F	فرضیه df	خطا df	P	η^2
ردیابی پیلای	۰/۹۱	۲/۳۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱
لامبدای ویلکس	۰/۰۸	۲/۳۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱
ردیابی هاتلینگ	۱۰/۶۱	۲/۳۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱
بزرگترین ریشه روی	۱۰/۶۱	۲/۳۵	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱

همانطور که در جدول فوق نشان داده شد، سطوح معناداری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که بین افکار خودکشی و احساس ناامیدی در مرحله پس آزمون در بین دو گروه‌های مورد مقایسه در حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه برای مشخص نمودن اینکه آموزش بر کدام یک از متغیرهای افکار خودکشی و احساس ناامیدی نوجوانان موثر بوده است از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد تا بدین ترتیب بتوان اثر پیش آزمون را کنترل کرد. نتایج در جدول زیر آمده است.

جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر آموزش مدیریت هیجان بر افکار خودکشی و احساس ناامیدی و دغدغه شخصی

منبع واریانس	متغیرها	SS	DF	MS	F	P	η^2
گروه (متغیر مستقل)	افکار خودکشی	۱۹۹/۲۳	۱	۱۹۹/۲۳	۱۹/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	احساس ناامیدی	۱۹۳/۷۳	۱	۱۹۳/۷۳	۱۹/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹

نتایج نشان می‌دهد که تأثیر آموزش مدیریت هیجان بر افکار خودکشی و احساس ناامیدی در نوجوانان معنادار است [$F = ۴۴/۵۲$, $P = ۰/۰۰۱$]. نگاهی به جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه آزمایشی در پس آزمون در متغیر در متغیر افکار خودکشی و احساس ناامیدی (به ترتیب ۱۸/۶۳ و ۶۵/۸۵) نسبت به گروه گواه (به ترتیب ۱۵/۵۵ و ۵۹/۸۳) به طور معناداری کاهش یافته است. همچنین بررسی مجذور اتای تفکیکی (اندازه‌ی اثر) حاکی از آن است که آموزش مدیریت هیجان به ترتیب ۳۲، ۲۹ و ۳۲ درصد از واریانس افکار خودکشی و احساس ناامیدی را در نوجوانان تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که تأثیر آموزش مدیریت هیجان بر افکار خودکشی و احساس ناامیدی در نوجوانان معنادار است. همچنین میانگین‌ها نشان داد که میانگین نمرات گروه آزمایشی در پس آزمون در متغیر افکار خودکشی و احساس ناامیدی (به ترتیب ۲۰/۹۷ و ۷۰/۵) نسبت به گروه گواه (به ترتیب ۱۷/۰۵، ۶۱/۲۵ و ۲۸/۹) به طور معناداری کاهش یافته است. بررسی مجذور اتای تفکیکی (اندازه‌ی اثر) حاکی از آن است که آموزش مدیریت هیجان به ترتیب ۳۲، ۲۹ و ۳۲ درصد از واریانس افکار خودکشی و احساس ناامیدی را در نوجوانان تبیین می‌کند. در تبیین این نتیجه می‌توان اظهار داشت که خودکشی برای برخی افراد پیامد دوره‌ای از نگرانی از سلامتی است، درحالی که برای برخی دیگر عملی تدافعی است که ممکن است در برابر

تجربه ای تلخ، مانند از دست دادن یکی از اطرافیان یا حتی حادثه ای نسبتاً بی اهمیت، از خود نشان دهند. عواملی که می توانند به ایجاد حس خودکشی در افراد کمک کنند: یکی تنهایی است، این حالت به تدریج این احساس را در شخص ایجاد می کند که کسی را ندارد و هیچ کس حقیقتاً به زنده بودن یا مردن او اهمیت نمی دهد. فرد خودکشی گرا ممکن است به شدت احساس تنهایی و انزوا کند (شهریاری، زارع، علی اکبری دهکردی، ۱۳۹۷). حس ناامیدی و بی پناهی، در این شرایط فرد احساس می کند که شرایط از آنچه هست بهتر نخواهد شد و کسی نیز نمی تواند به وی کمک کند. افسردگی، کسانی که افسرده اند، معمولاً از خود، دیگران یا شرایط موجود برداشتی منفی دارند. نه تنها بسیاری از احساسات ذکر شده در بالا در میان افراد افسرده شایع است بلکه از نظر آنها این احساسات کاملاً درست و منطقی است. بنابراین اگرچه ممکن است ناظران و کسانی که نگران این افراد هستند، از استعدادها و پیشرفت های آنها آگاه باشند، لازم است برداشت های درونی آنها نیز به دقت مورد توجه قرار گیرند. شکست در اجرای طرح ها، این حالت به ویژه، در شرایطی صدق می کند که اهداف از اهمیت شخصی برخوردارند؛ به عنوان نمونه، ناموفق بودن در دانشگاه، پایان یافتن یک رابطه مهم یا دست نیافتن به اهداف تحصیلی. در این صورت ممکن است فرد احساس شکست، شرمندگی یا بی کفایتی کند و تصور کند که دیگران او را دوست ندارند (اشجع، فرح بخش و سدر پوشان، ۱۳۹۸).

یافته ها نشان می دهد اشخاصی که به دلیل دغدغه شخصی افسرده می شوند در روان درمانی پویایی کوتاه مدت موفق تر هستند. هرویتز و همکاران دریافتند شکایت هایی که منجر به مراجعه افراد به روان درمانگران می شوند در طبقه های متفاوت مفهومی بیان می شوند. یک بخش شامل نشانگان است که اغلب در قالب صفات و اسامی بیان می گردد مانند «افسردگی، تنهایی و اضطراب». دومین بخش مربوط به افکار خودکامبودی است مانند «برخی چیزها برای من اشتباه است، من شکست خورده ام.» سومین بخش ناتوانی های رفتاری خاص است مثلاً «برای من سخت است به دوستم نه بگویم». هرویتز و همکاران توانستند مجموعه گسترده ای از مشکلات گزارش شده در زمینه روابط بین شخصی جمع آوری و طبقه بندی کنند عبارتهایی مانند «من نمی توانم کاری را انجام دهم» «من نمی توانم به دوستم نه بگویم» «این کار برای من سخت است» بیانگر مشکلاتی هستند که در زمینه های مردم آمیزی، قاطعیت، صمیمیت، مهارگری، مسؤولیت پذیری و امثال آن وجود دارد (بشارت، ۱۳۹۴). دغدغه شخصی ریشه در تاریخچه یادگیری بین شخصی دارند برای مثال افرادی که تجارب اولیه شان با افراد دیگر مایوس کننده بوده ممکن است به افراد دیگر اعتماد نداشته باشند و از تماس توأم با صمیمیت با افراد دیگر اجتناب کنند در نتیجه ممکن است آنها مشکلاتی از سلطه طلبی و خصومت آمیزی را گزارش کنند از طرف دیگر افرادی که تجارب اولیه شان باعث شده تا شایستگی خویش را کم ببندارند و به دیگران وابسته باشند ممکن است مشکلاتی همچون سلطه پذیری را در روابط بین شخصی گزارش کنند (شاهقلیان، ۱۳۹۶). در مقابل، نگرانی به پیش بینی خطر و برنامه ریزی راههایی برای اجتناب یا مقابله با آن معطوف است این افراد نیاز به درمان سریع و حتی پیشگیرانه مانند آموزش مدیریت هیجان دارند. درمان آموزش مدیریت هیجان نقش اساسی را در بهداشت روانی نوجوانان ایفا می کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته تری خواهد داشت. از این رو آموزش مدیریت هیجان به افراد کمک نمود که احساس شایستگی و کارآمدی بیشتری در مسئولیت های روزانه و چالش های زندگی داشته باشند و موجب پیشرفت افراد در مهارت های مدیریت فشار روانی، حل مساله و تصمیم گیری، حل تعارض ها، خودگردانی، رهبری، وظیفه شناسی و رشد رفتارهای پسندیده شود. آموزش مدیریت هیجان موجب افزایش ظرفیت و توان روان شناختی اشخاص می شود. قدرت سازگاری اشخاص در مقابل فشارها و مشکلات زندگی و اجتماع برابر نیست. در یک محیط مشابه اجتماعی بعضی از اشخاص توانایی مقابله با مشکلات و

موقعیت های چالش انگیز را خیلی زود از دست می دهند و در دام انزوا، احساس ناامیدی، رفتارهای ضد یا غیر اجتماعی و به ویژه وابستگی دارویی گرفتار می شوند. در حالی که عده ای دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیتها بر آیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف نمایند و یا آن را پشت سر بگذارند. این تفاوت در واکنش های مقابله ای و دفاعی افراد به تفاوت در ظرفیت روان شناختی آنها نسبت داده می شود. هر قدر مداخله هیجان مدار بیشتر مورد توجه باشد به همان اندازه شخص قادر خواهد بود سلامت روانی - رفتاری خود را در سطح بهتری نگه دارد و به شیوه ای مثبت سازگارانه و کار آمد به حل و فصل مشکلات بپردازد. ظرفیت روان شناختی افراد در ارتقای بهداشت روان و هر سه جنبه جسمانی، روانی و اجتماعی از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است. به ویژه زمانی که مشکلات شکل روانی - اجتماعی به خود بگیرد یعنی زمانی که شخص در مواجهه با فشارهای روانی - اجتماعی و چالش های زندگی به الگوهایی از رفتار (غیر انطباقی) روی می آورد که حاصل آن فراهم کردن مشکلات برای خود شخص از یک طرف و جامعه از طرف دیگر می باشد. روش آموزش مدیریت هیجان، روشی بسیار مؤثر در کاهش ناامیدی و آرام ساختن بدن و ذهن می باشد. کارایی این شیوه بخاطر وجود ارتباط بین تنش و تنش روانی است. وقتی از نظر روانی احساس فشار می کنیم، بطور خودکار عضلاتمان هم دچار تنش شده و منقبض می گردند. عکس این مسأله هم صادق است. از اینرو فراگیری شیوه ای که بتوانیم از طریق آن عضلاتمان را از تنش رها سازیم می تواند به آرامش روانی ما نیز کمک کند.

منابع

- آقا یوسفی، علی رضا. (۱۳۹۷). معرفی جدید ترین روی آوردهای درمانگری، قم: انتشارات شهریار.
- آزاد، حسین. (۱۳۹۷). آسیب شناسی روانی، (جلد اول) چاپ دوازدهم. تهران: انتشارات بعثت.
- اسدی مجره، شهین؛ عابدینی، ماهان؛ پورشریفی، حسین؛ نیکوکار، مهسا. (۱۳۹۷). رابطه ی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و دغدغه فکری با نگرانی در جمعیت دانشجویی، مجله روان شناسی بالینی، ۴: ۹۱ - ۸۴.
- اکبری، ابوالقاسم. (۱۴۰۰). مشکلات نوجوانان و جوانان، چاپ دوم، تهران: نشر ساوالان
- امیرآبادی، زهرا. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر باورهای فراشناخت، افسردگی و ارتقاءهوش هیجانی دانش آموزان راهنمایی محروم از پدر، پایان نامه کارشناسی ارشد، منتشر شده، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
- امینی، شهریار، (۱۳۹۹)، اصول بهداشت روان، ماهنامه تربیت، معاونت آموزش و پرورش نظری و مهارتی وزارت آموزش و پرورش.
- حشمتی، رحیم، (۱۳۸۸)، بررسی ناگویی خلقی و خود شناسی انسجامی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک و غیر سایکوتیک و افراد بهنجار. رساله کارشناسی/ارشد، دانشگاه تهران، تهران.
- تنومند، اصغر. اوجاق، نسرين. (۱۳۹۹). بررسی ۱۷۳ مورد اقدام به خودکشی در شهرستان مراغه. دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ارائه در همایش اختلالات خلقی از پیشگیری تا ناتوانی ۱۹ - ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹
- جوانمرد، غلامحسین. (۱۴۰۱) آسیب شناسی روانی، جلد دوم، چاپ دوم، انتشارات پیام نور.

جعفری، داود؛ صالحی، مهدیه؛ محمدخانی، پروانه. (۱۳۹۸). مقایسه ی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن با درمان گروهی فعال سازی رفتاری در میزان افسردگی و کیفیت زندگی افراد افسرده، مجله اندیشه و رفتار: دوره ی هشتم، شماره ی ۲۹.

عطاری، محمدرضا. حیدرلو، فریده. (۱۳۹۷) بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی در استان آذربایجان شرقی، ارائه در اولین کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری ۳-۱ آذر ماه.

شاهقلیان، مصطفی، مرادی، علی، کافی، سارا. (۱۳۹۶). رابطه آلکسی تیمیا با سبک های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی/ایران، سال سیزدهم، شماره ۳، صفحه ۲۳۸-۲۴۸.

صانعی، یاسمن. افشار، هنرمند. (۱۳۹۸) بررسی همه گیری اقدام به خودکشی در شهر کرمان. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷، سال سوم. شماره ۴.

لطف آبادی، حسین. (۱۴۰۱). نوجوان جوان و خانواده آنان، انتشارات نسل سوم، سازمان ملی جوانان.

نمازی، شعله. (۱۴۰۰). رابطه کاربران اینترنت و خلق افسرده نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان.

مهرافروز، اسماعیل. (۱۳۹۵). روشهای پیشگیری/از افت تحصیلی، تهران: نشر انجمن اولیاء و مربیان.

هاشمی، محمدرضا. (۱۳۹۹). بررسی وابستگی اینترنتی و تاثیر آن بر رفتار نوجوانان. مجموعه مقالات برگزیده همایش منطقه ای آسیب های اجتماعی نوپدید. دفتر تحقیقات کاربردی و معاونت اجتماعی نیروی انتظامی استان مازندران.

مشیری، زهرا. (۱۴۰۰). بررسی مشخصات دموگرافیک، وضعیت اجتماعی و روانی اقدام کنندگان به خودکشی بستری شده در مهاباد. دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. دانشکده پرستاری و مامایی.

هاوتون، کیت؛ م. سالکوس کیس، پال؛ کرک، جوان؛ و کلارک، دیوید. (۱۹۹۹). رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلالهای روانی (چاپ نهم)، ترجمه حبیب اله قاسم زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

منصوری، امیر، فرنام، علی رضا. بخشی پور رودسری، علی، محمودعلیلو، محمود؛ فخاری، علی. (۱۴۰۱). مقایسه نگرانی، وسواس فکری و دغدغه فکری در افراد مبتلا به اختلال هراس فراگیر، اختلال وسواس - اجبار، اختلال احساس ناامیدی و افراد بهنجار، مجله مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهرا، ۴: ۷۴-۵۶.

منصوری، امیر، فرنام، علی رضا. بخشی پور رودسری، علی، محمودعلیلو، محمود؛ فخاری، علی. (۱۳۹۷). مقایسه دغدغه فکری در بیماران مبتلا به اختلال احساس ناامیدی عمده، اختلال وسواس - اجبار، اختلال هراس فراگیر و افراد بهنجار، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۳: ۱۹۵ - ۱۸۹.

گنجی، مهدی، گنجی، حمزه. (۱۳۹۷). آسیب شناسی روانی، جلد اول، چاپ اول، نشر ساولان

جوانمرد، غلامحسین. (۱۴۰۱). آسیب شناسی روانی، جلد دوم، چاپ دوم، انتشارات پیام نور.

Hayes, S. S. C., Levin. M. E., Plumb-Villardaga. J., Villatte, J. L., & Pistorello, j. (2021). Acceptance and commitment therapy and Contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior therapy. ۴۴(۲). ۱۸۸-۱۹۸.

Bricker, J. J., & Tollison, s. (2021). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A Conceptual and clinical review. Behavioural and cognitive psychotherapy. 39(05), 541-559.

- Deyo, M. (2015). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? Dissertation abstracts in ternational; Section B: Sciences and Engineering vol, 68(8-B):5564.
- Folk, F. (2020) Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed om long-term sick leave. *Journal Cognitive and Behavioral practice*, 19, 583-594,
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L. (2017). In search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change. *Journal Positive Psychology*, 5 (5), 355–366. Doi: 10.1080/17439760.2019.508883
- Dawood, R. (2016).Positive psychology and child mental health; a premature application in school-based psychological intervention?. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 113, ۴۴ – ۵۳.
- Banos, R. M., Etchemendy, E., Farfallini, L., Palaciosbd, A. G., Querobd, S., & Botella, C. (2017). EARTH of Well-Being System: A pilot study of an Information and Communication Technology-based positive psychology intervention. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 9(6):482-488.
- Reiter, Ch., Wilz, G. (2015). Resource diary: A positive writing intervention for promoting well-being and preventing depression in adolescence. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 11(1), 99-108.
- Jenifer, L.T., Lynn, E.A. (2011). Predicting anger in social anxiety: The mediating role of rumination. *Behavior Reserch and Therapy*, 47: 1079-1084.
- Cooper, E. (2021). Acceptance and Commitment Therapy and Depression – the development of a depression specific process measure. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the award of the degree Doctorate of Psychology (Clinical Psychology).