

## اثربخشی مهارت‌آموزی مبتنی بر امید درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شفقت به خود در زنان میانسال متأهل افسرده

لیدا لیل آبادی<sup>۱\*</sup>

سید محمد طباطبایی<sup>۲</sup>

توران نورانی قره تپه<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف از این پژوهش، تعیین اثربخشی مهارت‌آموزی مبتنی بر امید درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شفقت به خود در زنان میانسال متأهل ۳۵ تا ۵۰ سال افسرده بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل طی یک دوره دو ماهه در سال ۱۳۹۹ در بین زنان افسرده مراجعه‌کننده به خانه سلامت منطقه ۱ تهران بودند که ۳۰ نفر به روش در دسترس به دو گروه آموزش و کنترل به صورت تصادفی انتخاب شدند. آموزش امید درمانی با اقتباس از کتاب اسنایدر (۲۰۰۲) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی به گروه آزمایش، آموزش داده شد. تحلیل یافته‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر امید درمانی باعث افزایش شفقت به خود و کاهش دشواری در تنظیم هیجان افراد گروه نمونه شود. نتایج پژوهش حاکی از این است. زنانی که از شفقت به خود و مهارت دشواری در تنظیم هیجان برخوردارند بر روی امور کنترل بیشتری دارند و هر چه مشکلات روان‌شناختی و هیجانی زنان کمتر باشد احساس رضایت بیشتری از خود می‌کنند.

**واژگان کلیدی:** آموزش گروهی، امید درمانی، دشواری در تنظیم هیجان، شفقت به خود، زنان افسرده.

---

۱. استادیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران مرکزی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

Lida.leilabadi@gmail.com

۲. دانشیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران مرکزی، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران مرکزی، تهران، ایران.

## ۱. مقدمه

اختلال افسردگی<sup>۱</sup>، از شاخص های بسیار مهم در سلامت روان می باشد، از آنجایی که زنان میانسال، ویژگی های والدگری و تربیت کودکان را عهده دار می باشند، و از دارا بودن زندگی زوجی برخوردارند، باید توانمندی این گروه زنان، که نقش تعیین کننده ای بر رشد و ارتقاء سلامت خانواده و به تبع آن در جامعه خواهند بود. توجه فراوانی داشت، چراکه آسیب به این گروه باعث آسیب اجتماعی بسیار کلان و مختل شدن، جامعه خواهد گردید. به تازگی توجهی روز افزون به تحول در مدل های روان درمانی و پرداختن به جنبه های روانشناسی مثبت انسان شده است. بنابراین ارائه مداخلات روانشناختی برای مدیریت هیجان، تقویت هیجان مثبت و کاهش رفتار آسیب زا به خود و دیگران ضروری است و از این درمان و آموزش های مختلف برای ایجاد این تغییرات مثبت از آموزش، امید درمانی کمک گرفته می شود سلیگمن (۲۰۱۹). وقتی هیچ رویداد یا مشکل مشخصی در خلق بیمار افسرده وجود ندارد، رفتار مقابله ای، مبتنی بر رهاسازی خلق افسرده کاملاً مناسب جلوه گر می شود. نادر صاحب و شهنام ابوالقاسمی (۱۳۹۵) بر اساس نتایج حاصل از مطالعه گروه درمانی با رویکرد امید درمانی بیشترین تاثیر خود را به ترتیب روی افزایش میزان انگیزه پیشرفت کاهش میزان افسردگی و کاهش میزان اضطراب دانش آموزان داشته است. بک<sup>۲</sup> (۱۹۶۷) افسردگی را چنین تعریف کرده افسردگی اصطلاحی است که به مجموعه رفتارهای اطلاق می شود که عناصر مشخص آن کندی در حرکت و کلام است. گریستن، غمگینی، فقدان پاسخ های فعال، فقدان علاقه، کم انرژی، بی خوابی و بی اشتها از دیگر علائم آن است (موسوی، ۱۴۰۰). کیس و لویز (۲۰۰۲) یک تیپ شناسی ارائه کردند که افراد با سطح بالایی از بیمار روانی، اختلال افسردگی عمده یا اساسی تشخیص داده شد و سطح پایین این سلامت روانی یا بهزیستی عاطفی را به صورت افرادی که دست و پا می زنند و تقلا می کنند توصیف می کند.

بک (۱۹۷۶). افسردگی بالینی را می توان نوعی اختلال مرضی تعریف کرد که شامل تغییراتی در پنج حوزه رفتاری عمده می شود، که علائم مرضی تغییرات، ممکن است، همه یا هر یکی از تظاهرات را نشان دهد، از جمله، عواطف منفی، شناخت منفی، انگیزه منفی، تغییرات در رفتاری و تغییرات بالینی (مهریاری، ۱۳۸۷). فرد افسرد از تلاش برای تأثیر گذاری بر محیط زیست خود دست می کشد، زیرا به عنوان یک نتیجه منطقی می آموزد که او هیچ کنترلی بر رویدادهای ندارد و از خود رفتارهای انفعالی نشان می دهند و غمگین هستند. امید در مانی طرح ریزی در استراتژی عمق باعث کاهش افسردگی به فرد شد، و به وی یاری می دهد، روز آینده خود را تعریف کند (سلیگمن، ۲۰۰۲،<sup>۳</sup>) طبیعی است که هر چه میزان مشکلات رفتاری، شناختی هیجانی انسان بیشتر باشد، فرد احساس رضایتی کمتر خواهد داشت، بنابراین لازم است برای کاهش این مشکلات و پیشگیری از وخیمتر شدن آنها مداخلاتی انجام شود. (موید قاعدی، ۱۳۹۵) مداخله های بسیار برای پیشگیری و کاهش مشکلات هیجانی افراد معرفی شده است که از میان آنها می توان به آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا اشاره کرد که امید و امید درمانی یکی از سازه های روانشناسی مثبت نگر است (شهیدی، ۱۳۹۵).

در بین درمانهای روانشناختی، امید درمانی، اسنایدر تنها درمانی است که «امید» را به عنوان هدف اصلی درمان مد نظر قرار داده است. این نوع درمان روانی از نظر اسنایدر و اندیشه های برگرفته شده از درمان شناختی- رفتاری، درمان راه حل محور و داستانی یا روایتی است، و بر این هدف استوار است که به درمانجو کمک کند تا اهداف را فرمول بندی کند

1. Depressive Disorder

2. Beck

3. Seligman

و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن آن بسازد و خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزد و موانع را به صورت چالش‌های برای غلبه از نو تعریف کنند، نظریه اسنایدر، سه مؤلفه اصلی را در بر اصلی که شامل اهداف، گذرگاهها، تفکر گذرگاهی و تفکر عامل است. اهداف جزئی سنگ بنای نظریه امید اسنایدر است. اهداف می‌تواند کوتاه مدت، میان مدت، و بلند مدت باشد و همچنین اهداف می‌توانند به صورت تصورات دیداری یا توضیحات کلامی یا بازنمایی‌های ذهنی باشد. آموزش امید نشان می‌دهد که بهترین اهداف، هدفی است که رسیدن به آن برای فرد دارای ارزش باشد و با داشتن موانع چالش‌انگیز ولی نه بر طرف نشود، احتمال دستیابی به آنها در میان مدت وجود داشته باشد، تفکر گذرگاه به تصورات افراد دایر بر اینکه آنها قادر خواهند بود مسیرهایی مؤثر برای اهداف مورد نظر شان خلق کنند اشاره دارد. گذرگاه‌ها توانایی موجود افراد را در راه‌های عملی معطوف به هدف نشان می‌دهد. علاوه بر آن انگیزش برای شروع و ادامه این گذرگاه‌ها تحت عنوان تفکر عامل خوانده شده است (اسنایدر، ۲۰۰۲).

بسیاری از شاخص‌های ناسازگاری روان‌شناختی همچون دشواری در تنظیم هیجانی در بزرگسالان از جمله با اضطراب، افسردگی و وسواس مرتبط است (کورپیتا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷ نقل از کراتز و وودرف باردن). دشواری در تنظیم هیجان<sup>۲</sup> اغلب به عنوان ناتوانی ادراک شده و خود گزارشی از یک فرد برای تجربه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی مناسب در موقعیت‌های مناسب یا عدم تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا عدم توانایی رفتار در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف شده است. به باور گارنفسنکی و کرایچ (۲۰۰۶)، تنظیم هیجان واکنش‌هایی در رابطه با روش‌های کنار آمدن شخص با شرایط استرس‌زا و یا حوادث ناگوارند.

به عقیده کارل، گالاگر و بارلو (۲۰۱۸)، ناتوانی در تنظیم هیجان زمینه‌های مختلف اختلالات روانی را فراهم می‌آورد و وجود توانایی در این زمینه رابطه معکوس با نشانه‌های علائم اختلال روانی همچون افسردگی و اضطراب دارد. تفاوت‌های فردی احتمالی در دشواری در تنظیم هیجان، میزان آزارنده تجربه کردن آن را نشان می‌دهد. ویژگی‌های شخصیتی در افراد باعث ایجاد تفاوت‌های فردی می‌شود لذا تصور شده است که ممکن است ویژگی‌های شخصیتی با دشواری در تنظیم هیجان در افراد مرتبط بوده و بر اساس ویژگی‌های شخصیتی مختلف بتوان به پیش‌بینی دشواری در تنظیم هیجان پرداخت. الگوی دشواری در تنظیم هیجان در یک مفهوم گسترده، از جمله دشواری در شناسایی و توصیف احساسات، تنظیم هیجان و رفتار استفاده می‌شود (اسپنسی و کور باسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد افرادی که دشواری در تنظیم هیجان دارند، توانایی تنظیم هیجانات متفاوت خود را ندارند و با سطح بالاتری از رفتارهای نامناسب از جمله مصرف داروهای ضد افسردگی برای کاهش هیجان‌ها می‌پردازند. دشواری در تنظیم هیجان یکی از مشخصه‌های عاطفی در هر فرد است. اگر فرد نقصی و مشکلی در تنظیم هیجانات داشته باشد می‌تواند آمادگی ابتلا به مشکلات روان‌شناختی را پیدا کند. محسن سعیدی منش، فرزند میرشاهی و معصومه نصیری نصرآبادی (۱۴۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش پذیرش و تعهد موجب می‌شود که نوجوانان پذیرش واقع بینانه‌ای نسبت به ویژگی‌های والدین خود کسب کنند، شیوه‌های مناسب‌تر و انعطاف پذیر تری را برای افزایش امیدواری به آینده زندگی خود به دست آورند، می‌توان گفت با آموزش امید، تنظیم هیجان تحقق می‌یابد. گراتنز و رومئر<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) بیان می‌کنند تنظیم هیجان در برگیرنده چهار مولفه آگاهی از هیجانات، فهمیدن آن‌ها، پذیرش هیجان و رفتار کردن متقابل با اهداف مطلوب است. از آنجایی که امید درمانی باعث

1. Corpita

2. Difficulty regulating excitement

3. Spence & Core Basson

4. Gratens & Romer

ایجاد اهداف هدفمند و در نتیجه کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش توانایی کنترل رفتار تکانشی در فرد می شود آموزش امید درمانی باعث تثبیت عملکرد فرد در فعالیت هایش می شود. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که شفقت به خود پیش‌بینی قدرتمند سلامت روان است. شفقت به خود با انتقاد از خود، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب اندیشه، رابطه منفی دارد. درحالی‌که با رضایت از زندگی و مهارت‌های اجتماعی همبستگی مثبت دارد (نف، ۲۰۰۳). شفقت به خود، تلاش سازمان‌یافته در جهت تنظیم افکار و احساسات و اعمال به‌منظور دستیابی به اهداف خاص است (مایبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱).

همچنین شفقت به خود را می‌توان به‌عنوان یک موضوع مثبت نسبت به خود در زمانی که همه‌چیز بد پیش می‌رود تعریف کرد. شفقت به خود به‌عنوان یک صفت و عامل محافظت‌کننده در برابر مشکلات و ایجاد انعطاف و رضایت فردی محسوب می‌شود و فردی که به‌درستی به خود شفقت ورزد از سلامت و بهزیستی روانی بیشتری برخوردار است. می‌توان این احتمال را داد که هر چقدر افراد رفتارهایشان به دلیل خودمختاری صورت می‌گیرد، و به طبع حرمت، خودشان وابسته و منوط به انجام رفتارهای کنترل شده نیست، به هنگام رخ دادن پیام‌های منفی یا در برخورد با نقایص، خود با شفقت بیشتری نسبت به خود رفتار خواهد کرد. مطالعات صورت گرفته میزان ارتباط مثبتی را میان شفقت به خود و ارضا نیازهای بنیادی روانشناختی را نشان داده است (نف، ۲۰۰۳). این امر به این معناست که فرد با ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند؛ بنابراین، شفقت به خود می‌تواند از راه‌های مختلف به‌عنوان یک راهبرد "تنظیم هیجان" در نظر گرفته شود که در آن از تجربه هیجان پای‌آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود، بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه موردپذیرش واقع شوند. بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر جهت می‌دهند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (نف، ۲۰۰۸). یکی دیگر از متغیرهایی که در روانشناسی مثبت گرا مورد توجه قرار گرفته است امید می‌باشد. امید سازه‌ای نزدیک به خوش‌بینی است. اسنایدر<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) امید را به‌عنوان سازه‌ای با دو مؤلفه مفهوم‌سازی کرده است. افراد دارای سطح بالا از امیدواری در دوره زندگی میان‌سالی با مسائلی مواجه می‌شوند که تمایل پیدا می‌کنند که مسائل مهم و بزرگ را به مسائل کوچک، روشن و قابل‌اداره تجزیه کنند. رابرتسون<sup>۴</sup> (۱۹۸۳) معتقد است امید یکی از پایه‌های اصلی توازن و قدرت روانی است که مشخص‌کننده دستاوردهای زندگی می‌باشد و انسان را به تلاش و کوشش وامی‌دارد و او را به سطح بالایی از عملکرد روانی و رفتاری نزدیک می‌کند. پژوهش در زمینه روانشناسی مثبت نشان داده است، افرادی که هیجان‌ات مثبت و خوش‌بینی بیشتری را تجربه کرده باشند، عمر طولانی‌تری نیز خواهند داشت. همچنین افراد امیدوار و شادمان روابط اجتماعی قوی‌تری با دوستان، همسر و بستگان خود دارند. امروزه در مباحث و پژوهش‌های روانشناسی، این امر پذیرفته شده است که تأکید بر هیجان مثبت و تلاش در جهت تقویت این هیجان‌ها می‌تواند در ابعاد گوناگون زندگی فردی و اجتماعی اثر مثبتی برای فرد داشته باشد. یکی از مهم‌ترین هیجان‌های مثبت، شادی است و از جمله هیجان‌های اصلی محسوب می‌شود. روانشناسان پذیرفته‌اند که امید می‌تواند بر بیماری روانی اثر داشته باشد. امید درمانی بر مبنای رویکرد روانشناسی مثبت به جای تمرکز بر ضعف‌های انسان، توانمندی‌های او را مورد توجه قرار می‌دهد. اگرچه درمان بیماران روانی به‌نوبه خود حائز اهمیت بوده و یک هدف درمانی مهم است اما رویکردی که صرفاً بر آسیب‌های شناختی متمرکز

1 .Nep

2 .Mayberg

3 .Snyder

4 .Robertson

باشد دو مسئله را به وجود می‌آورد، اول اینکه بسیاری از افرادی که به جستجوی درمان اقدام می‌کنند، بیمار روانی نیستند (برک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). یکی از مشکلات افراد افسرده، مشکل در تنظیم هیجان است، به گونه‌ای که این افراد به هنگام مواجهه با مشکلات و تجربه هیجان‌های منفی، به مقصر دانستن خود، نشخوار فکری و مصیبت بار دوبار تلقی کردن مشکلات می‌شوند (مگیدسون، ۲۰۱۳) و در درازمدت دچار افسردگی می‌شوند (لوف پور نوری، ۱۳۹۳). تحقیق مشابهی که اثربخشی امید درمانی بر دشواری در تنظیم هیجان و شفقت به خود در بین افراد افسرده انجام گرفته باشد یافت نشد اما برخی تحقیقات اثربخشی امید درمانی بر دیگر متغیرها را مورد بررسی قرار داده‌اند. مویده قاعدی (۱۳۹۵) در تحقیق خود با عنوان اثربخشی امید درمانی بر کاهش افسردگی و خودکارآمدی دانش آموزان دختر رشت با روش آزمایشی نتیجه گرفت پس از کنترل پیش‌آزمون نمرات دانش‌آموزان افسرده در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معناداری پایین‌تر است. برندس<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) در تحقیق خود نشان دادند امید درمانی اسنایدر بر کاهش افسردگی و افزایش شفقت به خود بیماران تأثیرگذار است. در تحقیق لویز و کر<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) یافته‌ها مبین این بود که امید درمانی گروهی می‌تواند در افزایش خوش بینی، شادی و امید سالمندان تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته است. رودینو و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) در تحقیق خود نشان دادند افزایش امید بر کاهش افسردگی و کاهش دشواری در تنظیم هیجان تأثیر گذاشته است. نیاز به درمان مبتنی بر امید، این‌گونه است که هم‌تئوری و هم‌پژوهش این بحث را می‌پذیرد که امید برای افراد مفید است، حداقل با استفاده از تعریفی از امید که اسنایدر برای ما ارائه داده است (۱۹۹۴ و ۲۰۰۲)؛ با این حال افراد زیادی هستند که این تفکر سازش از امید را به قدر زیاد ندارند. برخی اشخاص ممکن است در تعریف دقیق آنچه در آینده‌شان می‌خواهد، مشکل داشته باشند (اهداف به خوبی تعریف نشده)، در تفکر برای راه‌های نیل به این اهداف مشکل دارند (ضعف در مسیرها) و یا در اعتیاد به توانایی‌شان برای حرکت به جلو و اهدافشان مشکل دارد (ضعف در مأموریت). در مورد هر تلاشی که بیمار با آن روبروست، ممکن است ناتوانی در نیل به اهداف مطلوب وجود داشته باشد. موسوی (۱۴۰۰) در تحقیقی با عنوان اثر آموزش مثبت‌نگری بر خودشفقتی و تنظیم هیجان در مردان وابسته به مواد از نوع مطالعات آزمایشی طی ۱۴ جلسه نتیجه گرفت آموزش مثبت‌نگری باعث افزایش خودشفقتی و تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون شده است و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز به افزایش خودشفقتی و تنظیم هیجان منجر شده که نشان‌دهنده تداوم اثربخشی آموزش مثبت‌نگری است. مورس و پاترچی<sup>۵</sup> (۲۰۱۷)، به این نتایج دست یافتند که شاخص‌های مثبت، شفقت به خود، (خودمهربانی، تجربه مشترک بشری و ذهن آگاهی) که به طور منفی با آسیب‌شناسی روانی ارتباط دارند در کاهش افسردگی نقش دارند. در همین راستا یافت‌های (کمیل، سیل و بارلو، ۲۰۰۷) نشان می‌دهد بین دشواری در تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد. در تبیین رابطه‌ی دشواری در تنظیم هیجان، و نشانه‌های افسردگی و اضطراب می‌توان گفت، برخی از راهبردهای تنظیم هیجان با آسیب‌روانی مثل "ناامیدی" و اضطراب و افسردگی همراه است، در بنابر این، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، طغیان هیجانی، احساس تهدید، احساس تهی بودن و ادراک غلط در روابط بین فردی با دیگران از خود نشان می‌دهند. اگرچه شرکت‌کنندگان معتقد بودند که داشتن خود دلسوزی برای آن‌ها دشوار است. با توجه به تحقیقات انجام شده ذکر شده نتیجه می‌شود امید درمانی باعث کاهش مشکلات افسردگی و

1 .Burke

2 . Berendes

3 . Lopez SJ, Kerr

4 . Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner

5 . Muris P, Petrocchi

مانع از رفتارهای پرخاشگرانه که نتیجه عدم تنظیم هیجان می باشد بنابراین افراد نسبت به خود شفقت ورزی بیشتری پیدا می کنند. ضرورت مطالعه امید و نقش آن بر تبیین اثربخشی مهارت امیددرمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شفقت به خود در بانوان میانسال متاهل افسرده در این است که موج جدیدی در روانشناسی به وجود آمده که به سلامت و ارتقاء آن می پردازد تحت عنوان مثبت گرایی و مثبت اندیشی بر این شدیم تا اثربخشی مهارت آموزی امید درمانی گروهی را برای افرادی که از هیجانانگیز بودن و نوسان و بدون کنترل تحت عنوان دشواری در تنظیم هیجان و به تبع آن به نظر می رسد چنین افرادی نسبت به خود دارای شفقت و خود دلسوزی کمی می باشند تحت عنوان شفقت به خود در بانوان میانسال افسرده که رکن اصلی جامعه ما هستند و که توانایی مولد بودن را دارند و ارکان مقدم اجتماع را تشکیل می دهند، باید به حالات هیجانی، من جمله افسردگی آنان توجه فراوان شود. طبیعی است که هر چه میزان مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی انسان بیشتر باشد، فرد احساس رضایت کمتری خواهد داشت؛ ناتوانی در تحمل پریشانی هیجانی با افزایش آسیب پذیری نسبت به عوامل اضطراب همراه است. اسنایدر در تحقیق خود نشان داد که امید با اضطراب همبستگی منفی دارد و مانع تصورات آسیب پذیر و اختلالات اضطرابی و افسردگی می شود (اسنایدر ۲۰۰۲).

پژوهش حاضر در نظر دارد برای کاهش افسردگی بانوان در اثر دشواری در تنظیم هیجان و افزایش شفقت به خود با توجه به مداخله امید درمانی را مورد بررسی قرار دهد.

این پژوهش برای کاهش مشکلات افسردگی و پیشگیری از وخیم تر شدن آن ها با مداخله امیددرمانی و کاهش مشکلات هیجانی بانوان متأهل پرداخته شده است. از این میان می توان به آموزش های مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا اشاره کرده که امید و امید درمانی یکی از سازه های روانشناسی مثبت نگر است. در بین درمان های روان شناختی درمان اسنایدر، تنها درمانی است که امید را به عنوان هدف اصلی درمان مدنظر قرار داده است. از آنجایی که زنان جامعه مورد مطالعه نسبت به خود شفقت ورزی پایینی داشتند و با پرخاشگری و عدم تنظیم هیجانانگیز خود با افسردگی و عدم امید به خانه سلامت مراجعه می کردند. بنابراین امید درمانی به مراجعین کمک می کند تا خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و در برابر کاستی ها نسبت به خود شفقت بیشتری داشته باشند.

## ۲. روش پژوهش

**روش، جامعه و نمونه پژوهش:** پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل در یک دوره پیگیری دو ماهه انجام گرفت. جامعه آماری کلیه بانوان میانسال متاهل که به خانه سلامت منطقه یک تهران مراجعه کرده اند می باشند. جهت نمونه پژوهش به روش هدفمند از بین این بانوانی که به خانه سلامت منطقه یک مراجعه کرده و داوطلب همکاری بوده و مطابق با ملاک های ورود پژوهش هستند ۳۰ نفر انتخاب شدند، که ۱۵ نفر به شکل تصادفی در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار می گیرند. به منظور کنترل اثرات پیش آزمون و افزایش درونی نتایج از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است. ملاک های ورود به این پژوهش بانوان با سن بیش از ۳۵ تا ۵۰ سال، توانایی شنیداری و گفتاری و نوشتاری مناسب، عدم سابقه بستری در بیمارستان روانی، رضایت برای شرکت در پژوهش، ابتلا به افسردگی بر اساس نتایج تست افسردگی بک و ملاک های خروج عبارتند از زنانی که در تست افسردگی بک نمره مناسب در جهت تایید افسردگی دریافت نکردند، و غیبت بیش از دو جلسه باعث حذف آزمودنی از دوره می باشد. برای گردآوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱- ویژگی های پرسشنامه، دشواری در تنظیم هیجان: مقیاس دشواری در تنظیم هیجان که توسط گرتز و روئمر (۲۰۰۴)،

برای ارزیابی تنظیم هیجانی و مشکلات تنظیم هیجان ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۶ حوزه مقیاس (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی) است. نتایج حاکی است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی، ۰/۹۰. برخوردار می‌باشد (گرازر و روئمر، ۲۰۰۴). هر ۶ زیرمقیاس DERS، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند. همچنین دارای همبستگی معناداری با مقیاس NMR و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ)، هایز و همکارانش) دارد. (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴) بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۸) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شده است. برای بررسی روایی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان آدامز (۲۰۰۸). علاوه بر تحلیل عاملی تأییدی مجدد، ارتباط این مقیاس با مقیاس رگه‌های خلقی فراخلقی و مقیاس افسردگی مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی و فهرست اختلال استرس پس از سانحه را بررسی کرد. در این پژوهش زیر مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان با مقیاس افسردگی و فهرست اختلال پس از سانحه ارتباط مثبت و معنی‌دار و با زیر مقیاس رگه‌های فرا خلقی ارتباط منفی داشت که نشان‌دهنده روایی سازه مطلوب این ابزار است. در مقاله حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۴ بدست آمد. (بشارت (۱۳۹۲) پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان را ارزیابی کرد، همسانی درونی پژوهش نامه با ۹۴٪ مورد تایید قرار گرفته، در این راستا مطالعات انجام شده در مورد دشواری در تنظیم هیجان، نشان داد، بین دشواری در تنظیم هیجان و علاقه و کنجکاوی به حالات ذهنی، همبستگی منفی وجود دارد.

**۲- مقیاس شفقت به خود فرم کوتاه:** مقیاس ۱۲ ماده‌ای خوددلسوزی، فرم کوتاه توسط، ریس، پامیر، نف و ون گاجت، (۲۰۱۱) ساخته شده است؛ که شامل شش عامل دوجوهی، مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساس مشترک انسانی در مقابل انزوا، و ذهن آگاهی در مقابل فزون همانندسازی است. در پاسخ به این پرسشنامه می‌بایست در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱ = تقریباً هرگز، ۵ = تقریباً همیشه) به عبارات پاسخ دهد. تحقیقات گوناگون بیانگر این است، که این ابزار از اعتبار هم‌زمان، همگرا و تمیز خوبی برخوردار است و پایایی آزمون- بازآزمون آن نیز قابل قبول است. آلفا کرونباخ کلی این مقیاس توسط نف ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین آلفا کرونباخ خرده مقیاس‌های این ابزار از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین در پژوهشی که در ایران انجام شد، آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۸۶ گزارش داده‌اند و خرده مقیاس‌های این آزمون نیز از همسانه بالایی برخوردار بود (خسروی و همکاران، ۱۳۹۲). در مطالعه حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه شفقت به خود از آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۷ بدست آمد.

**۳- ویژگی پرسشنامه افسردگی بک:** ابزار سنجش افسردگی در این تحقیق پرسشنامه افسردگی (بک، وارد، مندلسون، موک، ارباک، ۱۹۶۱) است که در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. ۱- پرسشنامه درجه‌بندی خود گزارش ۲۱ ماده از نگرش‌ها و نشانه‌های افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال پرسشنامه یک مقیاس چهارجمله‌ای است که دامنه آن از ۰ تا ۳ مرتب شده است. بیشینه و کمینه نمره پرسشنامه به ترتیب ۶۳ و صفر است. در حقیقت، ۲۱BDI- برای اندازه‌گیری زمینه‌های مختلف نشانه‌شناسی افسردگی از حیطه‌های افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیکی است. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸) همسانی درونی این پرسشنامه را از دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ گزارش می‌کنند. همچنین آن‌ها همسانی درونی پرسشنامه فوق را برای بیماران روان‌پزشکی و غیر روان‌پزشکی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۶ نشان داده‌اند. بک و وارد، مندلسون، موک و ارباک (۱۹۶۱) ویژگی اصلی سیاه افسردگی بیک را معرفی کردند این سیاه در سال ۱۹۷۱ مجدداً مورد تجدیدنظر قرار گرفته (کرث - مارنات، ۱۹۹۰). باوجوداین، بین فرم اصلی و ویژگی‌های

تجدید نظر شده آن به میزان ۹۴٪. همبستگی وجود دارد. در مطالعه حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه افسردگی از آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۹۲٪ بدست آمد.

روش اجرا و تحلیل: بعد از نمونه گیری پرسش های پژوهش به عنوان مرحله پیش آزمون اجرا شد. سپس افراد گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه مداخله گروهی امید درمانی که بر اساس کتاب راهنمای امید: نظریه، سنجش و کاربرد اسنایدر تنظیم شده بود هفته ای دوبار به مدت ۹۰ دقیقه قرار گرفتند. خلاصه جلسات آموزش امید درمانی الهام گرفته از اسنایدر به شرح جدول (۱) می باشد:

#### جدول ۱. شرح جلسات آموزش امید درمانی (اقتباس از اسنایدر، ۲۰۰۲)

| جلسه | هدف   | شرح و محتوا   |
|------|---|---|
| ۱    | آشنایی، بیان اهداف و ساختار گروه              | آشنایی اعضای گروه با هم، تعیین اهداف و قوانین گروه، معرفی ساختار جلسه و اهداف و تعریف امید بر اساس نظریه اسنایدر  |
| ۲    | ضرورت برخورداری از امید                       | آموزش رشد امید، اهمیت و ضرورت وجود امید و نقش آن در دشواری در تنظیم و هیجان و شفقت به خود در بانوان افسرده  |
| ۳    | تعریف داستان های زندگی                        | درخواست از آزمودنیها برای تعریف داستان زندگی خود برای اعضای گروه و مشارکت اعضای گروه در شناسایی داستان زندگی سایر اعضا  |
| ۴    | درک و فهم داستان های زندگی                    | تبیین داستان ها بر اساس سه مولفه اصلی نظریه اسنایدر شامل هدف ها، عامل ها و گذرگاه ها  |
| ۵    | تهیه لیستی از اتفاقات جاری، دادن معنا به آنها | درخواست از آزمودنی ها برای تهیه لیستی از حوادث و رخداد های جاری از ابعاد مختلف زندگی خود و مشخص نمودن میزان اهمیت و رضایت خود از هر یک از آنها  |
| ۶    | انتخاب و بیان هدفها مناسب                     | بیان ویژگیهای اهداف بر اساس نظریه اسنایدر و ترغیب بانوان افسرده برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه های زندگی   |
| ۷    | بیان گذرگاه های مناسب جهت دستیابی به هدف ها   | بیان ویژگیهای گذرگاه های مناسب، درخواست از اعضای گروه جهت یافتن راهکارهای مناسب برای رسیدن به اهداف تعیین شده، آموزش چگونگی شکستن گذرگاه ها به مجموعه ای از گام های کوچک و تعیین گذرگاه ها جانشین به اعضای گروه |
| ۸    | حفظ و ارتقاء امید و جمع بندی مطالب            | بیان راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل، آموزش تفکر امیدوارانه و استفاده از آن در زندگی روزمره  |

با توجه به جدول (۱) جلسات درمانی توسط کارشناسی ارشد روانشناسی آموزش دیده در دوره پیگیری دو ماهه در سال ۱۳۹۹ در خانه سلامت منطقه یک تهران انجام شده است. پس از اتمام مداخله از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون گرفته شد و بعد از یک ماه به منظور بررسی پایداری اثرات مداخلات مجدد ارزیابی با ابزارهای پژوهش صورت گرفت. همه داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۲ توسط آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. در این دوره با توجه به تذکرات اولیه قبل از شروع آموزش و توضیح کامل از هدفمندی دوره افت آزمودنی نداشتیم.



## ۳. یافته‌ها

زنان مورد مطالعه این پژوهش خانه دار و ۳ نفر مدرک لیسانس، ۸ نفر دیپلم و ۴ نفر زیر دارای تحصیلات زیر دیپلم می‌باشند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها

| متغیر              | گروه   | مرحله     | میانگین | انحراف استاندارد |
|--------------------|--------|-----------|---------|------------------|
| شفقت به خود        | کنترل  | پیش آزمون | ۳۶,۹۳   | ۳,۱۹             |
|                    |        | پس آزمون  | ۳۶,۰۰   | ۴,۸۱             |
|                    | آزمایش | پیش آزمون | ۲۵,۶۶   | ۴,۸۷             |
|                    |        | پس آزمون  | ۳۲,۸۶   | ۴,۰۵             |
| تنظیم شناختی هیجان | کنترل  | پیش آزمون | ۲۱,۳۴   | ۴,۱۶             |
|                    |        | پس آزمون  | ۲۱,۳۴   | ۴,۱۶             |
|                    | آزمایش | پیش آزمون | ۲۹,۴۵   | ۵,۲۳             |
|                    |        | پس آزمون  | ۳۴,۱۷   | ۶,۹۸             |
| افسردگی            | کنترل  | پیش آزمون | ۱۹,۴۶   | ۲,۱۸             |
|                    |        | پس آزمون  | ۱۹,۵۷   | ۲,۱۹             |
|                    | آزمایش | پیش آزمون | ۳۶,۴۳   | ۸,۲۱             |
|                    |        | پس آزمون  | ۳۲,۲۷   | ۹,۹۸             |

همانطور که نمرات جدول شماره (۲) نشان می‌دهد نمرات میانگین و انحراف معیار شفقت به خود نشان می‌دهد گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی نداشته ولی در گروه آزمایش بین نمرات تفاوت وجود دارد بطوری که شفقت به خود در گروه پس آزمون آزمایش افزایش یافته است. نمرات میانگین و انحراف معیار تنظیم هیجان نشان می‌دهد گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت وجود دارد بطوری که تنظیم هیجان در گروه پس آزمون آزمایش افزایش یافته است. نمرات میانگین و انحراف معیار افسردگی نشان می‌دهد گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی نداشته ولی در گروه آزمایش بین نمرات گروه پیش آزمون و پس آزمون تفاوت وجود دارد بطوری که افسردگی در گروه پس آزمون آزمایش کاهش یافته است.

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش آزمون پارامتریک بودن داده‌ها از طریق آزمون  $K-S$  بررسی شده است ( $p > 0/05$ ). همچنین مفروضه همسانی واریانس‌ها توسط آزمون لوین در مرحله پیش آزمون تأیید شده است. ماتریس کوواریانس‌های مشاهده شده برای متغیرهای وابسته در هر دو گروه همگن بود. قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس پیش فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس کمتر از  $0/05$  رعایت شده بود ( $P=0/28$ ). همچنین وجود داده‌های پرت توسط آزمون شاپیرو ویلک مورد بررسی قرار گرفت. همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت در متغیر دشواری در تنظیم هیجان ( $0/05 > F=0/046, P=549$ ) و متغیر شفقت به خود ( $F=0/037, P=0/673 > 0/05$ ) معنادار نبودند و فرض همگنی متغیرها پذیرفته شد؛ همچنین همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای شفقت به خود ( $F=0/276, P=498 > 0/05$ ) و دشواری

در تنظیم هیجان ( $F=0/734, P=0/467 > 0/05$ ) معنادار نبودند. مداخله امید درمانی گروهی باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش شفقت به خود در گروه آزمایش شده است. توان آماری نزدیک به یک نشان می دهد حجم نمونه برای آزمایش فرضیه کافی بوده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه دو گروه در پس آزمون و پیگیری و با بررسی تفاوت دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری به صورت مجزا در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس بررسی تفاوت دو گروه در متغیر دشواری تنظیم هیجان و شفقت به خود در مراحل پس آزمون و پیگیری

| متغیر              | منبع     | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | معنی داری | میزان اثر | توان آماری |
|--------------------|----------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------|-----------|------------|
| دشواری تنظیم هیجان | پس آزمون | ۵۳۸/۲۳        | ۱          | ۵۳۸/۲۳          | ۷۳/۲۱۳ | ۰/۰۰۰     | -۰/۶۵۱    | ۱/۰۰۰      |
| پیگیری             |          | ۳۴۷/۴۵        | ۱          | ۳۴۷/۴۵          | ۱۶/۲۷۶ | ۰/۰۰۰     | -۰/۴۱۹    | ۰/۹۹۵      |
| شفقت به خود        | پس آزمون | ۷۴۸/۴۵        | ۱          | ۷۴۸/۴۵          | ۲۳/۶۵۴ | ۰/۰۰۰     | ۰/۷۴۳     | ۱/۰۰       |
| پیگیری             |          | ۵۲۳/۶۳        | ۱          | ۵۲۳/۶۳          | ۱۶/۴۳۶ | ۰/۰۰۰     | ۰/۴۲۱     | ۰/۹۴۳      |

مطابق جدول شماره (۲) میانگین نمرات دشواری در تنظیم هیجان در دو مرحله گروه پس آزمون آزمایش و کنترل و مرحله پیگیری معنادار می باشد ( $p=0/000$ ). بنابراین مداخله امید درمانی گروهی نمرات دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری را کاهش داده است. میزان تأثیر مداخله کاهشی امید درمانی گروهی در پس آزمون -۰/۶۵ و در پیگیری -۰/۴۱ درصد می باشد. فرضیه اول تأیید می شود که امید درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان بانوان میانسال افسرده اثر کاهشی دارد. همچنین میانگین نمرات شفقت به خود در دو مرحله گروه پس آزمون آزمایش و کنترل و مرحله پیگیری معنادار می باشد ( $p=0/000$ ). بنابراین مداخله امید درمانی گروهی بر شفقت به خود در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری را افزایش داده است. میزان تأثیر مداخله امید درمانی گروهی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون ۰/۷۴ درصد و در مرحله پیگیری ۰/۴۲ درصد را افزایش داده است. بنابراین فرضیه دوم تأیید می شود.

#### ۴. بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر امید درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شفقت به خود بانوان میانسال متأهل تهران انجام گرفت. یافته ها نشان داد که مداخله امید درمانی گروهی به طور معناداری باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان در بانوان متأهل میانسال تهران شده است. تحقیقات حاضر با نظر صاحب و ابوالقاسمی (۱۳۹۵) در تأثیر امید درمانی گروهی بر کاهش میزان افسردگی و اضطراب همسویی دارد. تحقیقات مشابهی در مورد اثر مداخله امید درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شفقت به خود تاکنون انجام نگرفته است. اما وانگ (۲۰۱۱) در تحقیقی نتیجه گرفت دشواری تنظیم هیجان بر افسردگی تأثیر معنی داری دارد. دشواری در تنظیم هیجان با نشانه های افسردگی، رابطه مثبت دارد (کمبل، سیل، بارلو، ۲۰۰۷) در تبیین دشواری در تنظیم هیجان و نشانه های افسردگی می توان گفت راهبردهای تنظیم هیجان با آسیب روانی مثل ناامیدی و اضطراب و افسردگی، احساس تنهایی، ادراک غلط از روابط

بین فردی را ایجاد می کند. این یافته با تحقیقات موسوی (۱۴۰۰)، ورودینو و همکاران (۲۰۰۹) و برندس (۲۰۱۰) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان نتیجه گرفت امید درمانی با اثرات مثبت و خوش بینی نسبت به آینده باعث کاهش هیجانات منفی می شود و احساسات خود را مهربان تر ابراز نمایند و احساسات مثبت بیشتر از خود نمایان سازند و با ارتباط با دیگران و انعطاف پذیری بالاتر نسبت به رفتار خود با دیگران دشواری در تنظیم هیجان را کاهش می دهند. به عبارتی آموزش امید درمانی باعث تنظیم هیجانات و عواطف مثبت در زنان میانسال می شود. محسن سعیدی منش و همکاران (۱۴۰۰) پذیرش و تعهد باعث افزایش میزان امیدواری می شود و سطح انعطاف پذیر را افزایش می دهد. در نتیجه می توان گفت که با افزایش امید، باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان در فرد می شود همسویی دارد.

یافته ها نشان داد که مداخله امید درمانی گروهی به طور معناداری باعث افزایش شفقت به خود در بانوان متأهل میانسال تهران شده است. این یافته با تحقیقات موسوی (۱۴۰۰)، سعیدی منش (۱۳۹۷)، مؤید قاعدی (۱۳۹۵)، همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت آموزش امید درمانی با القای امید باعث می شود زنان نسبت به خود مهربان و صبورتر شوند و دید بهتری نسبت به زندگی پیدا کنند و خود را برای ملایمات زندگی و رفتارهای پرخاشگراانه و افسردگی که نسبت به خود دارند کاهش یابد و در نتیجه شفقت به خود افزایش یابد.

در نتیجه به نظر می رسد زنانی که دارای دشواری در تنظیم هیجانی هستند با تحمل آشفتگی بالا تلاش فراوان برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات دارند. از طرفی افکار امیدوارانه، احساس شکست و حقارت را کاهش می دهد و فرد نرسیدن به هدف را به معنای شکست نمی داند و درسی می گیرد برای دفعات بعد که کارا تر عمل کند. بنابراین می توان استنباط کرد که زنان امیدوار همیشه به دنبال راهکارهایی برای شادبودن و حل چالش های خود پیدا می کند. احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر جهت می دهند و فرد راه های جدیدی برای مقابله پیدا می کند و مطالعات متعدد نشان داده اند که شفقت به خود پیش بینی قدرتمند سلامت روان است. شفقت به خود با انتقاد از خود، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب اندیشه، رابطه منفی دارد. در حالی که با رضایت از زندگی و مهارت های اجتماعی همبستگی مثبت دارد و یک نیروی مهم انسانی است که شامل صفات مهربانی قضاوت منصفانه و احساسات به هم پیوسته و همچنین کمک به افراد در یافتن " امید " و معنا دادن به زندگی موقع روبرو شدن با مشکلات می باشد. به نظر می رسد زنان میانسالی که از شفقت به خود و مهارت دشواری در تنظیم هیجان برخوردارند بر روی امور مهار بیشتری دارند و عدم اطمینان کمتری را تجربه می کنند و بالطبع هرچه مشکلات روان شناختی و هیجانی کمتر باشد فرد احساس رضایت بیشتری از خود می کند و در نتیجه احساس تنهایی نمی کند. علاوه بر این آموزش امید درمانی به زنان میانسال کمک می کند تا اهداف جدیدی برای زندگی خود برگزینند و در غلبه بر مشکلات آمادگی بیشتری داشته باشند. زیرا امید درمانی باعث توسعه چشم انداز شخصی و کنترل هیجانات می شود و احساسات ناخوشایند و افسردگی کاهش می یابد. همچنین زنان میانسالی که دارای شفقت به خود می باشند دارای رفتارهای سازشی و درک ارزیابی هیجانات مثبت و منفی خود هستند. زنانی که امیدواری بالاتری دارند از توانایی بیشتری برای انتخاب مسیرهای مطلوب برخوردارند. زنانی که امیدوارند در ناملایمات زندگی و شرایط تنش زا به صورت فعالتری واکنش نشان می دهد و از هیجانات مناسبتر و شفقت به خود بیشتری برخوردارند.

این پژوهش با محدودیت نمونه گیری تصادفی که منجر به انتخاب زنانی که در دسترس بودند انجام شده است و محدوده جغرافیایی این تحقیق شهر تهران است و امکان تعمیم به شهرهای دیگر نمی باشد مواجه است. پیشنهاد می شود خانه های سلامت و بهداشت در هر منطقه با استفاده از متخصصان از آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در کار با زنانی

که دچار اختلالات خلقی و افسردگی هستند استفاده شود، و با پیگیری آموزش امید درمانی می توان شاهد کاهش و پیشگیری افسردگی در زنان بود. همچنین پیشنهاد می شود خانه های سلامت با برگزاری دوره ای مهارت دشواری در تنظیم هیجان و مولفه های آن را به همراه شفقت به خود به زنان در حل مشکلات و چالش های خود جهت پیشگیری و درمان افسردگی آموزش دهند. به منظور تعمیم پذیری یافته ها پیشنهاد می شود جنسیت در پژوهش های آتی مورد بررسی قرار گیرد و از آنجا که برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه استفاده شده است و امکان سوگیری در پاسخ ها وجود دارد پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی از ابزارهای عینی تر مانند مصاحبه استفاده شود.

## منابع

- بشارت، م. بزاریان، س. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی روانسنجی، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه ایرانی؛ نشریه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه روان شناسی بالینی تهران: تهران ایران (۱۳۹۲).
- سعیدی منش، م. میرشاهی، ف. نصیری نصرآبادی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان امیدواری دانش آموزان دارای والدین وابسته به مواد مخدر. پژوهشنامه روانشناسی مثبت. سال هفتم، شماره اول، پیاپی (۲۵) بهار ۱۴۰۰.
- شهیدی، شهریار. (۱۳۹۵). روان درمانی مثبت نگر: شادکامی درمان و ارتقا، اسناد: نشر: تهران: روانشناسی هنر.
- صاحب، ن. ابوالقاسمی، ش. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر میزان اضطراب، افسردگی و انگیزش پیشرفت دانش آموزان. دانشگاه آزاد تنکابن دومین همایش ملی روانشناسی مدرسه اردبیل ۲۳ اردیبهشت ۹۵.
- لواف پور نوری. (۱۳۹۳). تأثیر بخشی بر علاقه افسردگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، شماره ۱۲۳، ۱۹۶-۱۹۱ مازندران: ایران.
- مهریاری، ف. (۱۳۸۷). سبک اسناد، در بیماران مبتلا به همبودی، اضطراب و افسردگی؛ مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی؛ ۴ (۵)، ۱۴-۲۱.
- مؤید قاعدی، طاهره. (۱۳۹۵). اثربخشی امید درمانی بر افسردگی و خودکارآمدی دانش آموزان دختر، فصلنامه سلامت روانی کودک، ۲ (۳)، ۱۲-۱۹.
- موسوی، م. دشت بزرگی، م. حیدری، ع. ر. برنا، م. ر. پاشا، ر. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مثبت نگر بر خودشفقتی و تنظیم هیجان در مردان وابسته به مواد. پژوهشنامه روانشناسی مثبت. شماره اول، پیاپی (۲۵) بهار ۱۴۰۰.
- **Tales Bretherton, I. (1996).** Internal working models of attachment relationships as related to resilient coping. In G. G. Noam, & K. W. Fischer (Eds.), *Development and vulnerability in close relationships*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- **Chorpita & Barlow. (1997).** the Development of Anxiety: The Role of Control in the Early Environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- **Cooper, S., (2007).** Mental ill health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35.
- **Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2018).** Development and preliminary

- evaluation of a positive emotion regulation augmentation module for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 49(6), 939-950.
- **Fatseas, M., Serre, F., Alexandere, J. M., Debrabant, R., Auriacombe, M. & Swendsen, J. (2015).** Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance and person-specific cues. *Addiction*, 110, 1035-1042.
  - **Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006).** Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053.
  - **Gratz, K, L., & Roemer, (2004).** Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development factor strategies, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale *Journal of Psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41\_54.
  - **Gross, J.J.(2015).** Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26
  - **Gratzk , L , & Roemer , L. (2004).** Multidimensional assessment of emotion 'regulation and dysrgalarion : Development , factor structure and in total validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of psychopathology and Beha vioral Assessment . 26 , 41 - 54 .*
  - **Gratz, K, L., & Roemer. (2004).** Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development factor strategies, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale *Journal of Psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41\_54.
  - **Keyes, C. L. M.,& Lopez, S. J. (2002).** Toward science of mental health:positive directions in diagnoses and interventions
  - **Myberg L. (2011).** Forgiveness as a mechanism of self-regulation: An ego depletion model. Unpublished dissertation in psychology, University of Richmond.
  - **Neff, K. D. (2019).** Setting the record straight about the self-compassion scale. *Mindfulness*, 10(1), 200-202. Pawelski.
  - **Neff, K. D. (2008).** The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
  - **Neff, K. D., & Germer, C. H. (2003).** Self-compation and psychological wellbeing in J. Dorthy (Ed) *Oxford Handbook of Compassion Science*, Chap. 27. Oxford University Press.
  - **Neff, k ,D. (2003).** "Tth development are validation of a scale to measure self-compassion" *self and identity* 2(3): 223\_250.
  - **Snyder, C.R., Ilardi, S. S.,Cheavens, J., Michael, S,T., Yamhure, L., & Sympson, S. (2000).** The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research*.
  - Snyder CR. Hope theory: Rain bows in the mind .*psychological in quiry.* 2002; 13(4): 249- 75.
  - **Spence, S., & Colurbasson, G. (2012).** The role of emotional dysregulation in concentrating disorders and substance use disorders. *Eating behaviors*, 382-385.
  - **Snyder CR. (2002).** Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry.* 13(4):249-75.
  - **Snyder CR. (1995).** Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *J Couns Dev.;* 73(3): 355-360.

- **Snyder CR. (2000).** Handbook of hope: Theory, measures, and applications. San Diego: Academic press.
- **Snyder, CR, Cheavens JS, Michael ST. (2005).** Hope Theory: History and Elaborated Model. In: Eliot JA, editor. Interdisciplinary Perspectives on Hope. Haupage: Nova Science Publishers.
- **Snyder,C,R. (1994).**The psychology of hope:You can get there from here.New York:Free press
- **Snyder,C.R. (2002).**Hope theory:Rainbows in mind.psychological inquiry, 13, 249.