

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آسفتگی و کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان

مزگان حیاتی^{۱*}، شیوا کریمی^۲

۱- استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور واحد تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

haysti@pnu.ac.ir

۲- کارشناسی ارشد، مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه پیام نور واحد تهران، تهران ایران.

sshiva.kariimi1403@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۶/۱۹]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۳/۳/۲۸]

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آسفتگی و کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان است. پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و بر حسب گردآوری اطلاعات کمی از نوع نیمه آزمایشی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای مشکلات زناشویی در استان کردستان در سال ۱۴۰۲ با مشکلات زناشویی و افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی به تعداد ۱۵۰ نفر می‌باشند که از بین آن‌ها تعداد ۴۵ نفر از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه هر گروه ۱۵ نفر گمارده شدند. در ابتدا همه آزمودنی‌ها پرسشنامه تحمل آسفتگی (سیمون و گاهر، ۲۰۰۵) و افکار خودکشی (بک، ۱۹۷۶) را تکمیل نمودند؛ یک گروه ۱۰ جلسه مداخله درمان مبتنی بر اجتماع و گروه دیگر ۸ جلسه مداخله درمان هیجان‌مدار را گذراندند؛ آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس بار دیگر همه آزمودنی‌ها ابزار پژوهش را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) و تک‌متغیره (آنکووا) استفاده شد. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب افزایش تحمل آسفتگی زنان کردستان؛ درمان هیجان‌مدار موجب افزایش تحمل آسفتگی زنان کردستان؛ درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان و درمان هیجان‌مدار موجب کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان می‌شود (در سطح ۰/۰۱)؛ بنابراین می‌توان با به کار بسته آموزشی بازسازی زندگی اجتماع محور و پروتکل درمان متمرکز بر هیجان منجر به افزایش تحمل آسفتگی و کاهش گرایش به خودکشی در زنان کردستان شد.

واژگان کلیدی: درمان اجتماع محور، درمان هیجان مدار، تحمل آسفتگی، خودکشی.

۱- مقدمه

امروزه در سراسر دنیا از طریق برنامه‌های مختلف روان‌شناختی برای ارتقاء سلامت روان افراد تلاش‌های بسیاری صورت می‌گیرد. سلامت روان افراد تحت تأثیر خصوصیات شخصی و بافت اجتماعی است. در این میان زنان به دلیل زیست فردی و اجتماعی ویژه خود، نسبت به عوامل تهدیدکننده سلامت روان اثرپذیری بیشتری دارند (اخوان بی‌تقصیر، ثنائی ذاکر، نوابی نژاد و فرزاد، ۱۳۹۵)، در میان عوامل تهدیدکننده سلامت، کاهش توانایی تحمل آشفتگی و شکل‌گیری افکار گرایش به خودکشی به‌عنوان مؤلفه‌های مهم مطرح هستند. خودکشی پدیده‌ای چندبعدی و تحت تأثیر عوامل فردی و محیطی متفاوتی است که به‌عنوان یک چالش جدی در سراسر جهان، هزینه‌های بسیاری را برای سیستم‌های بهداشتی، خانواده‌ها و جوامع به دنبال دارد (امجدیان، جعفری و قمری، ۱۴۰۲). خودکشی به‌عنوان یک فرآیند چندمرحله‌ای شامل؛ افکار خودکشی، برنامه‌ریزی برای خودکشی، تلاش برای خودکشی و عمل کردن برای پایان رساندن زندگی است. افکار خودکشی به‌عنوان اولین گام یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم گرایش به خودکشی است. این افکار نوعی از درگیری فکری در مورد مرگ است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است. تحقیقات نیز نشان می‌دهد از هر ۷ نفر ۱ نفر اعتراف می‌کند که در مقطعی از زندگی افکار خودکشی داشته است (Bessaha, 2017). خودکشی به‌عنوان یک مسئله جهانی، فراوانی متفاوتی در کشورهای مختلف دارد به‌طوری‌که بیش‌ترین گزارش از کشورهای اسکاندیناوی، آلمان، اروپای شرقی تا استرالیا و کم‌ترین درصد گزارش شده از اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هند، مصر، فنلاند، مجارستان و کشورهای اسلامی است (اخوان بی‌تقصیر و همکاران، ۱۳۹۵). در ایران نیز بررسی‌های منطقه‌ای نشان می‌دهد که آمار خودکشی در استان‌های غربی بیشتر از سایر مناطق است (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۲) به‌طوری‌که در سال ۱۴۰۱ در غرب ایران در کردستان ۷۷ زن اقدام به خودکشی کرده‌اند و این تعداد سالانه در حال افزایش است و سن خودکشی در زنان نیز روند کاهشی را دنبال می‌کند که خود آمار نگران‌کننده‌ای است (پورافکاری، ۱۴۰۰). با توجه نقش فعال زنان در جامعه و اثرات مخرب خودکشی، شناخت و انجام مداخلات بهنگام در پیشگیری از آن از ضروریات سیستم‌های مرتبط با سلامت جامعه است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۰).

علاوه بر گرایش به خودکشی، یکی دیگر از متغیرهای پژوهش حاضر تحمل آشفتگی است. تحمل آشفتگی، به‌عنوان توانایی درک شده یا واقعی برای مقاومت در برابر هیجان‌ات منفی، نقش مهمی در مواجهه با هیجان‌ات ناخوشایند دارد (Hsu, Thomas, Welch, O'Hara & McCabe, 2023). تحمل آشفتگی به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عواطف منفی و توانمندی تحمل حالت‌های هیجانی، شناختی و اجتماعی ناخوشایند اشاره دارد که غالباً نتیجه فرآیندهای فیزیکی، شناختی و اجتماعی است، اما بازنمایی آن به‌صورت هیجانی است و با تمایل به رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌شود (وطن‌پرست، خلیل زاده، محمدی، یادگاری و عزیز، ۱۴۰۰). تحمل آشفتگی شامل چهار بخش تحمل (میزان تحمل آشفتگی)، ارزیابی (برآورد ذهنی میزان آشفتگی)، جذب (مجدوب شدن به هیجان منفی) و تنظیم (تلاش برای تسکین آشفتگی) است (بلندنظر، تیموری، رجایی و نجات، ۱۴۰۲). تحمل آشفتگی پایین طیفی از مشکلات عاطفی و هیجانی را به دنبال دارد (Biggs, Brough & Drummond, 2017) به‌طوری‌که افراد دارای تحمل آشفتگی پایین نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کنند، استرس و اضطراب بالاتری را تجربه می‌کنند و برای جلوگیری از تجربه هیجان‌های منفی تلاش می‌کنند و باور دارند که دیگران بیشتر از آن‌ها توانایی مقابله با موقعیت‌های منفی را دارند و به همین خاطر احساس سرخوردگی می‌کنند (Bloor & McIntosh, 2020). تحمل آشفتگی پایین به‌عنوان مکانیسمی زمینه‌ساز برای آسیب‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب است. از این رو، پیشگیری از عوامل زمینه‌ساز آسیب‌های روانی مهم و ضروری است. انجام مداخلات بهنگام در راستای پیشگیری از آسیب‌های روانی و ارتقا سلامت روان افراد جامعه از ضروریات عصر حاضر است، در این میان رویکرد درمانی هیجان محور به‌عنوان یک روش درمانی در سال اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است که می‌تواند در کاهش گرایش به خودکشی و افزایش تحمل آشفتگی مؤثر باشد. این روش درمانی به‌عنوان یک رویکرد یکپارچه توسط گریببرگ و جانسون پایه‌گذاری شده است و مبتنی بر نو انسان‌گرایی و نظریه

تجربی وجودی است (Duran, 2021) که بر نحوه روابط فرد با خود از نظر تنظیم احساسات و تنظیم رابطه عاطفی با توجه به موقعیت تمرکز دارد. این رویکرد تلاشی در راستای ادغام مفهوم هیجان و مفهوم تعامل در روابط انسانی است و بر دل‌بستگی انطباقی از طریق حمایت، مراقبت و توجه تأکید دارد (لین، ۲۰۲۳). آموزش هیجان محور یک رویکرد عملی است که هیجان‌ها را به‌عنوان محور تجربه در ارتباط با عملکردهای انطباقی و غیر انطباقی قرار می‌دهد و در حل مشکلات هیجانی و رفتارهای خود تخریبی (مانند گرایش به خودکشی) مؤثر است و بهبود سلامت روان افراد را به دنبال دارد (پرهام، نامدارپور و دیاریان، ۱۴۰۲).

یکی دیگر از رویکردهای درمانی پژوهش حاضر رویکرد درمانی مبتنی بر اجتماع محور است. این رویکرد نقش مهمی در درمان اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای خود آسیب‌رسان و ارتقاء سلامت روان دارد. در دهه‌های اخیر، مداخلات مبتنی بر جامعه به‌طور فزاینده‌ای در زمینه ارتقاء سلامت و پیشگیری رشد داشته است. در زمینه راهبردهای ارتقاء سلامت و پیشگیری، رویکردهای مبتنی بر جامعه می‌توانند دسترسی به گروه‌های هدفی را که دسترسی به آن‌ها دشوار است، بدون برچسب زدن امکان‌پذیر سازد. مداخلات اجتماع‌محور به کلیه تلاش‌های اجتماع‌محور برای توسعه سلامت در جامعه اطلاق می‌شود و مشارکت به‌عنوان بخش غیر قابل اجتناب محسوب شده و به معنای کنشی آگاهانه، داوطلبانه و جمعی جهت تحقق اهداف، نیازها و منافع جمعی خواهد بود. این رویکرد درمانی دسترسی به وسایل کننده را کاهش می‌دهد، سیاست‌ها و فرهنگ سازمانی را در محیط‌های کاری اجرا می‌کند و شامل غربالگری اجتماعی برای افسردگی می‌شود و ممکن است مرگ‌های ناشی از خودکشی را کاهش دهد (Froese & McDermott, 2021). این رویکرد دارای چهار سطح است که چهار سطح پیشگیری از رفتارهای خودکشی از طریق مداخلات مبتنی بر جامعه مورد توجه قرار می‌گیرد. در سطح اول، هدف اصلی توانایی جامعه و ارتقای سطح آگاهی و دانش عمومی درباره خودکشی است. برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی عمومی برای ارتقای آگاهی و افزایش مهارت‌های مردم در شناسایی علائم و عوامل خطر خودکشی در این سطح اجرا می‌شود. در سطح دوم، رویکرد پیشگیری هدفمند مورد توجه قرار می‌گیرد. در این سطح، برنامه‌هایی برای شناسایی افرادی که در معرض خطر خودکشی هستند و ارائه خدمات پشتیبانی و مداخله مستقیم برای آن‌ها طراحی می‌شود. در سطح سوم، مداخلات برنامه‌ریزی شده برای افرادی که در گروه‌های خاصی مانند دانش‌آموزان، دانشجویان، کارمندان یا افراد مسن قرار دارند را در بر می‌گیرد؛ و در سطح چهارم و نهایی، رویکرد پیشگیری پس‌اقدامی مورد توجه قرار می‌گیرد. در این سطح، توجه به افرادی که تازه اقدام به خودکشی داشته‌اند یا در معرض خطر خودکشی قرار دارند، می‌رسد. ارائه خدمات حمایتی پس‌اقدامی، شناسایی و پیگیری فرد بعد از اقدام خودکشی و ارائه پشتیبانی برای خانواده و افراد نزدیک از جمله اقدامات این سطح است (علیپوری نیاز، رفیعی و طالبی، ۱۴۰۱). علی‌رغم اینکه درمان هیجان محور یک روش مؤثر است، ولی مطالعات آزمایشی کمتری در زمینه تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی زنان همواره خلأ پژوهش وجود دارد. در مورد تفاوت اثربخشی درمان اجتماع‌محور نیز در مورد تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی زنان همواره خلأ پژوهش وجود دارد. در مورد تفاوت این شیوه‌های درمانی بر تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی تاکنون پژوهشی صورت نگرفته است. از این رو، با توجه به اهمیت موضوع تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی در زنان، مسئله پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع‌محور و درمان هیجان مدار بر تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی است که در نهایت روش درمانی کارآمد و اثرگذار را در این زمینه ارائه نماید. به عبارت دیگر، پژوهش جاری تلاش خواهد کرد به این سؤال بپردازد که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع‌محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفتگی و کاهش گرایش به خودکشی زنان تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

۲- مبانی نظری و پیشینه

بر اساس مطالب ذکر شده، مسئله تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی موضوع با اهمیتی در بررسی سلامت مردم ایران و خصوصاً مردم کردستان است. با توجه به تحقیقات گوناگونی که در زمینه تحمل آشفتگی و خودکشی به عمل آمده است همواره خلأ پژوهشی در زمینه معرفی درمان‌های جدید، یکپارچه و متمرکز در گرایش به خودکشی و تحمل آشفتگی در مورد گروه زنان وجود دارد، به نظر می‌رسد معرفی درمان‌های نوین یا تدوین و کاربرد درمان‌های اثربخش، می‌تواند علاوه بر تکمیل کردن حلقه دیگری از پژوهش‌های علمی در این زمینه و پر کردن خلأ پژوهشی در این زمینه، هم برای این گروه از افراد مفید و مؤثر باشد و هم از نتایج و پیامدهای بعدی اقدام به خودکشی جلوگیری شود و هم درمانی اختصاصی و اثربخش جهت ارتقا تحمل آشفتگی معرفی شود. لذا یافته‌های این پژوهش می‌تواند در این زمینه به لحاظ کاربردی راهگشا و کمک‌کننده باشد.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، برنامه پیگیری از خودکشی نه تنها برای افراد و خانواده‌ها حیاتی است، بلکه برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی و رفاهی جوامع نیز بسیار سودمند است (جباری و عقیلی، ۱۴۰۲). یکی دیگر از متغیرهای تأثیرپذیر در رویکرد درمانی اجتماع محور متغیر سلامت روان و تحمل مشکلات است که مورد توجه مطالعات پژوهشی قرار گرفته است. مطالعات نشان داده‌اند، این رویکرد درمانی یک مداخله مؤثر برای افسردگی، سلامت رفتاری، عملکرد خانواده و پیامدهای روانی-اجتماعی است (علوی، مدرس غروی، امین یزدی و صالحی، ۱۳۹۰) و موجب ارتقا سلامت روانی و رضایت‌مندی افراد دارای اختلال شخصیت شده است (Javidi, Soleimani, Ahmadi & Samadzadeh, 2020). علیاری خانشان وطن، احدی، کلهرنیا گل کار و صداقت (۱۴۰۲) نیز در پژوهشی نشان دادند روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب ارتقا تحمل پریشانی می‌شود.

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و بر حسب گردآوری اطلاعات کمی از نوع نیمه آزمایشی است که در آن به بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفتگی و کاهش گرایش به خودکشی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل پرداخته شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده و زناشویی در استان کردستان در سال ۱۴۰۲ با مشکلات زناشویی و افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی به تعداد ۱۵۰ نفر می‌باشند که از بین آن‌ها تعداد ۴۵ نفر از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه هر گروه ۱۵ نفر گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه و علاقه و رغبت افراد جهت شرکت در پژوهش، قرار گرفتن در دامنه سنی ۲۵ سال، نداشتن اختلال‌های روان‌شناختی بر اساس مصاحبه بالینی، عدم اعتیاد به مواد روان‌گردان، توانایی دیدن، شنیدن و صحبت کردن به زبان فارسی در حد مناسب جهت همکاری در پژوهش و عدم استفاده از سایر روش‌های درمانی همچون دارودرمانی و سایر درمان‌های روان‌شناختی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از ۲ بار در جلسات، اعلام عدم تمایل به همراهی در حین اجرای پژوهش و شرکت هم‌زمان در درمان‌های دیگر بود.

۳-۱- ابزار پژوهش

مقیاس تحمل آشفتگی: در پژوهش حاضر جهت سنجش تحمل آشفتگی از مقیاس تحمل آشفتگی که توسط سیمون و گاهر^۱ (۲۰۰۵) تهیه شده است، استفاده گردید. این مقیاس ۱۵ ماده دارد، چهار مؤلفه تحمل، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تسکین پریشانی را مورد سنجش قرار می‌دهد و پاسخ‌های آن بر اساس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (برای کاملاً مخالفم) تا ۵ (برای کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با روش مؤلفه‌های اصلی، علاوه بر عامل کلی تحمل پریشانی، چهار عامل (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) را برای پرسشنامه تحمل پریشانی تأیید کرد. برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای

¹ Simons, Gaher

کرونباخ و برای تعیین روایی عاملی آن از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که پرسشنامه از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است و ضرایب پایایی عامل‌های پرسشنامه تحمل پریشانی بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ است. همچنین ضریب کل پایایی پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ است. همچنین برای تعیین روایی عاملی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که نتایج تحلیل عاملی تأییدی مؤید این است که ساختار پرسشنامه برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد و کلیه شاخص‌های نیکویی برازش، مدل را تأیید می‌کنند (محمودپور، شریعتمدار و احمد، ۲۰۲۱).

پرسشنامه افکار خودکشی: در پژوهش حاضر جهت سنجش گرایش به خودکشی از پرسشنامه افکار خودکشی که توسط بک^۱ (۱۹۷۶) تهیه شده است، استفاده گردید. این پرسشنامه ۱۹ ماده دارد و پاسخ‌های آن بر اساس لیکرت ۳ درجه‌ای نقطه‌ای از ۰-۲ نمره‌گذاری می‌شوند. در مطالعه‌ای بر روی ۱۰۰ سرباز با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای پرسشنامه است. همچنین، ضریب همبستگی با استفاده از روش دو نیمه برابر با ۰/۷۵ به دست آمده است (انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی نوده، ۲۰۰۵).

درمان مبتنی بر اجتماع محور: برای اجرای پروتکل سلامت اجتماع محور از پروتکل آموزشی بازسازی زندگی اجتماع محور طبق پروتکل عاشوری، ملازاده و محمدی (۲۰۰۸) استفاده شد. این پروتکل طی ده جلسه ۵۰ دقیقه‌ای اجرا شد. درمان هیجان مدار: برای مداخله هیجان مدار از پروتکل درمان متمرکز بر هیجان که توسط گرینبرگ و همکارانش طراحی شده است، استفاده شد. این پروتکل طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. روایی پژوهش حاضر بدین صورت بود که پرسشنامه افکار خودکشی بک (۱۹۷۶) اعتبارسنجی شده است و توسط پژوهشگران زیادی به کار رفته است. پایایی یا قابلیت اطمینان نیز به میزان ثبات و پایداری ابزار سنجش اشاره دارد که در این پژوهش از مقیاس تحمل آشفتگی سیمون و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شده است و نتایج مشابه را در پژوهش‌ها نشان می‌دهد.

۴- یافته‌ها

۴-۱- یافته‌های توصیفی

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های اعضای نمونه برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش است. میانگین و انحراف معیار نمره متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور، گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۴ درج شده‌اند. همان‌طور که در جدول ۴-۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌های تحمل آشفتگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور (۳۸/۶۷ و ۵۱/۹۳)، در گروه آزمایش درمان هیجان مدار (۳۹/۱۳ و ۵۴/۴۷) و در گروه کنترل (۳۹/۵۳ و ۴۰/۶۷) و گرایش به خودکشی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور (۳۰/۵۳ و ۲۰/۸۷)، در گروه آزمایش درمان هیجان مدار (۳۱/۰۷ و ۲۱/۰۷) و در گروه کنترل (۱۹/۸۷ و ۱۸/۱۳) است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره	گروه
-------	-------	------

¹ Beck

گروه کنترل		گروه آزمایش درمان هیجان مدار		گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور		میانگین	تحمل آشفتگی
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
۴۰/۶۷	۳۹/۵۳	۵۴/۴۷	۳۹/۱۳	۵۱/۹۳	۳۸/۶۷		
۴/۱۳	۳/۱۸	۶/۱۳	۴/۸۲	۵/۱۷	۴/۱۵	انحراف معیار	
۱۸/۱۳	۱۹/۸۷	۲۱/۰۷	۳۱/۰۷	۲۰/۸۷	۳۰/۵۳	میانگین	گرایش به
۷/۸۴	۷/۰۵	۶/۵۳	۵/۹۳	۵/۵۱	۵/۶۵	انحراف معیار	خودکشی

۲-۴- بررسی پیش فرض‌های آماری

در این پژوهش به منظور آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. استفاده از تحلیل کوواریانس، نیازمند رعایت چند مفروضه اصلی و مهم است. به همین منظور برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شده است. این مفروضه‌ها شامل آزمون خطی بودن، آزمون هم‌خطی بودن چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون است که به ترتیب ذکر شده است.

۳-۴- آزمون خطی بودن

بنیادی‌ترین فرض برای تحلیل کوواریانس خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته مورد بررسی و متغیر کمکی (کوواریت) است؛ در واقع از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس این است که باید بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته رابطه خطی برقرار باشد (گیلز، ۲۰۰۲). در این پژوهش، پیش‌آزمون‌های تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی به‌عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) و پس‌آزمون‌ها، به‌عنوان متغیرهای وابسته تلقی شده‌اند. ضریب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحمل آشفتگی ($r=0/45$, $p<0/001$) و ضریب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گرایش به خودکشی ($r=0/61$, $p<0/001$) به دست آمد. با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) و وابسته محقق شده است.

۴-۴- آزمون هم‌خطی بودن چندگانه

هنگامی که متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) با یکدیگر همبستگی بالایی در حدود $r=0/90$ دارند، با شرایطی مواجه می‌شویم که هم‌حسی چندگانه نامیده می‌شود. این پدیده مهمی است که در آزمون‌های تحلیل چند متغیری باید از آن اجتناب کرد (گیلز، ۲۰۱۹؛ به نقل از حاجی یخچالی، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر، پیش‌آزمون‌های تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی به‌عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت) تلقی شدند. همبستگی بین پیش‌آزمون‌های تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی ($r=-0/41$, $p<0/001$) به دست آمد. با توجه به همبستگی به دست آمده از مفروضه هم‌خطی بودن چندگانه بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) اجتناب شده است.

۵-۴- همگنی واریانس‌ها

تحلیل کوواریانس دارای این فرض است که واریانس درون هر خانه از جدول داده‌ها باید یکسان باشد. اندازه نامساوی خانه مسئله جدی ایجاد نمی‌کند اما نباید مقدار هر خانه چهار برابر کوچک‌ترین خانه باشد. اگر چنین باشد (به دلیل افت آزمودنی‌ها یا هر علت دیگری) واریانس‌های خانه‌ها باید مورد بررسی قرار گیرند تا اطمینان حاصل شود که هیچ خانه‌ای واریانس به بزرگی ۱۰ برابر اندازه کوچک‌ترین واریانس نداشته باشد. اگر چنین شد داده‌ها را باید یا تبدیل لگاریتمی یا تبدیل به نمرات معیار (Z) کرد. در پژوهش حاضر قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لوین استفاده شد (Oostermeijer, Morgan, Rossetto, Kelly, Pirki, & Reavley, 2022). جدول ۴-۲ نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین متغیرهای وابسته پژوهش را در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین جهت برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
تحمل آشفتگی	۲	۴۲	۱/۵۴۶	۰/۲۲۵
گرایش به خودکشی	۲	۴۲	۱/۳۰۱	۰/۲۵۳

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۲-۴ نشان می‌دهند، آزمون لوین در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای تحمل آشفتگی ($F=1/546$) و گرایش به خودکشی ($F=1/301$ و $p>0/253$) و غیر معنی‌دار می‌باشند؛ بنابراین واریانس خطای سه گروه در متغیرهای تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی به‌طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس آن‌ها در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌شود.

۴-۶- همگنی شیب رگرسیون

درحالی‌که این فرض وجود دارد که متغیرها در تحلیل کوواریانس در کل داده‌ها باید خطی بودن را نشان دهند، این فرض نیز باید در نظر گرفته شود که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. اگر رگرسیون ناهمگن باشد، آنگاه کوواریانس تحلیل مناسبی نخواهد بود. فرض همگنی رگرسیون یک موضوع کلیدی در کوواریانس است (Ewing, Hunt, Singer, Diamond & Winley, 2020). لازم به توضیح است که در پژوهش حاضر نمرات پس‌آزمون متغیرهای تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی به‌عنوان متغیر وابسته و پیش‌آزمون آن‌ها به‌عنوان متغیر کمکی (کوواریت) تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیر کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم باشد. آنچه مورد نظر خواهد بود تعاملی غیرمعنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی است. جدول ۳-۴ نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) را در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل)

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	شاخص آماری
					متغیر
۰/۸۸۷	۰/۱۲۰	۱/۳۶۴	۲	۴۸/۷۲۹	تحمل آشفتگی
۰/۱۵۰	۱/۹۹۵	۳۳/۸۹۱	۲	۳۷/۷۸۲	گرایش به خودکشی

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۳-۴ نشان می‌دهد، تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون تحمل آشفتگی) و وابسته (پس‌آزمون تحمل آشفتگی) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنی‌دار نیست ($F=0/120$ و $p>0/887$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحمل آشفتگی در سطوح عامل تأیید می‌شود. تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون گرایش به خودکشی) و وابسته (پس‌آزمون گرایش به خودکشی) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنی‌دار نیست ($F=1/995$ و $p>0/150$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گرایش به خودکشی در سطوح عامل تأیید می‌شود.

۴-۷- یافته‌های مربوط به آزمون فرضیه‌های پژوهش

۴-۷-۱- فرضیه کلی) بین درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفتگی و کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان تفاوت وجود دارد.

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفتگی و کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان، ابتدا یک تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی داده‌ها انجام گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۴-۴ آمده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

اثر	آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۸۶۶	۱۵/۲۶۱	۴	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳
لمبدای ویلکز	۰/۱۵۴	۳۰/۱۶۲	۴	۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷
اثر هتلینگ	۵/۳۵۸	۵۰/۸۹۹	۴	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۵/۳۳۴	۱۰۶/۶۷۴	۲	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۴-۴ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور، گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=۳۰/۱۶۲$ و $p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین فرضیه کلی پژوهش تأیید می‌شود. به منظور بررسی نقطه این تفاوت، تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی انجام شد که نتایج آن در جدول ۴-۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

منبع شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
تحمل آشفتگی	۱۷۲۰/۵۵۸	۲	۸۶۰/۲۷۹	۸۶/۰۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۱
گرایش به خودکشی	۹۷۹/۵۲۱	۲	۴۸۹/۷۶۰	۲۹/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۴-۵ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیرهای تحمل آشفتگی ($F=۸۶/۰۴۷$ و $P<۰/۰۰۱$) و گرایش به خودکشی ($F=۲۹/۴۰۷$ و $P<۰/۰۰۱$) به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور، گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل از لحاظ تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی تفاوت وجود دارد. برای بررسی دقیق‌تر این تفاوت از آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور، گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴-۶ نشان داده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری
درمان مبتنی بر اجتماع محور - کنترل		۴۰/۳۱۵-۵۲/۴۱۶	۱۲/۱۰۱	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۱۴/۰۲۱	۴۰/۳۱۵-۵۴/۳۳۶	درمان هیجان مدار - کنترل	تحمل
۰/۳۱۶	-۱/۹۲۰	۵۴/۳۳۶-۵۲/۴۱۶	درمان مبتنی بر اجتماع محور - درمان هیجان مدار	آشفته‌گی
۰/۰۰۱	-۸/۰۵۳	۲۸/۷۴۰-۲۰/۶۸۷	درمان مبتنی بر اجتماع محور - کنترل	گرایش به
۰/۰۰۳	-۱۱/۰۹۹	۲۸/۷۴۰-۱۷/۶۴۰	درمان هیجان مدار - کنترل	خودکشی
۰/۱۴۵	۳/۰۴۶	۱۷/۶۴۰-۲۰/۶۸۷	درمان مبتنی بر اجتماع محور - درمان هیجان مدار	

۴-۷-۲- فرضیه (۱) و (۲) درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب افزایش تحمل آشفته‌گی زنان کردستان می‌شود. درمان هیجان مدار موجب افزایش تحمل آشفته‌گی زنان کردستان می‌شود.

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۶-۴ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون اختلاف میانگین تعدیل شده تحمل آشفته‌گی گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور و گروه کنترل ۱۲/۱۰۱ است که در سطح ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است؛ بنابراین درمان مبتنی بر اجتماع محور بر افزایش تحمل آشفته‌گی زنان کردستان مؤثر بوده است؛ بنابراین فرضیه ۱ پژوهش تأیید می‌شود. همچنین اختلاف میانگین تعدیل شده تحمل آشفته‌گی گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل ۱۴/۰۲۱ است که در سطح ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است؛ بنابراین درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفته‌گی در زنان کردستان مؤثر بوده است؛ بنابراین فرضیه ۲ پژوهش تأیید می‌شود. علاوه بر این، اختلاف میانگین تعدیل شده تحمل آشفته‌گی گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور و گروه آزمایش درمان هیجان مدار ۱/۹۲۱- است که در سطح ۰/۳۱۶ از لحاظ آماری غیر معنی‌دار است؛ بنابراین بین اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفته‌گی در زنان کردستان تفاوتی وجود ندارد.

۴-۷-۳- فرضیه (۳) و (۴) درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان می‌شود. درمان هیجان مدار موجب کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان می‌شود.

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۶-۴ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون اختلاف میانگین تعدیل شده گرایش به خودکشی گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور و گروه کنترل ۸/۰۵۳- است که در سطح ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است؛ بنابراین درمان مبتنی بر اجتماع محور بر کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان مؤثر بوده است؛ بنابراین فرضیه ۳ پژوهش تأیید می‌شود. همچنین اختلاف میانگین تعدیل شده گرایش به خودکشی گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل ۱۱/۰۹۹- است که در سطح ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است؛ بنابراین درمان هیجان مدار بر کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان مؤثر بوده است؛ بنابراین فرضیه ۴ پژوهش تأیید می‌شود. علاوه بر این، اختلاف میانگین تعدیل شده گرایش به خودکشی گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور و گروه آزمایش درمان هیجان مدار ۳/۰۴۶ است که در سطح ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است؛ بنابراین بین اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر کاهش گرایش به خودکشی در زنان کردستان تفاوتی وجود ندارد. در نتیجه فرضیه ۴ پژوهش تأیید نمی‌شود.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

۵-۱- فرضیه ۱. درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب افزایش تحمل آشفته‌گی می‌شود.

با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب افزایش تحمل آشفتگی می‌شود. بر این اساس، فرضیه ۱ پژوهش تأیید می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش اخوان بی‌تقصیر (۱۳۹۵)، پورافکاری (۱۴۰۰)، حسین زاده و همکاران (۱۴۰۱)، شعاع کاظمی (۱۴۰۱) و بلندنظر و همکاران (۱۴۰۲) مطابقت و همسویی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که مداخلات اجتماع محور تلاش‌های اجتماع محور هستند که منجر به توسعه سلامت در جامعه می‌شوند و مشارکت به عنوان بخش غیر قابل اجتناب آن‌ها است در فرد کنشی آگاهانه، داوطلبانه و جمعی به جهت تحقق اهداف، نیازها و منافع جمعی ایجاد کرده و در نتیجه منجر به ادراک توانایی در فرد شده که در برابر هیجانات منفی وی را مقاوم می‌کند و تحمل آشفتگی در آن افزایش می‌یابد. چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عواطف منفی و توانمندی تحمل حالت‌های هیجانی، شناختی و اجتماعی ناخوشایند با بودن در اجتماع که وی را حمایت می‌کند و به او برچسب نمی‌چسباند واضح است. از طرف دیگر از آنجایی که در درمان اجتماع محور بیمار عادات منفی و رفتارهای نامناسب خود را که در خلوت و یا در محیط‌های نامناسب به دست آورده است با کمک گروه‌های درمانی فعال و متخصصان این مراکز اعم از روان‌پزشک، روانشناس و درمانگر یاد می‌گیرد؛ با کمک آنان درباره کنترل هیجان منفی خود نیز تلاش می‌کند و سطح تحمل خود را در برابر ناملایمات و آشفتگی‌ها با صحبت کردن با مشاورش بالاتر خواهد برد (حسین زاده، قربان شیرودی، خلعتبری و رحمانی، ۱۴۰۱).

همه انسان‌ها در زندگی فردی و اجتماعی خود با مسائل و مشکلات متعددی مواجه می‌شوند. در واقع زندگی چیزی جز روند پیاپی مواجه شدن با مسائل و مشکلات و تلاش برای حل و فصل آن‌ها نیست؛ بنابراین وجود مشکل در زندگی امری طبیعی است و افراد و خانواده‌ها خواه‌ناخواه با مشکلات متعددی در زندگی خود مواجه می‌شوند؛ بنابراین بجای اینکه منفعلانه عمل کنند و آرزو کنند ای کاش هیچ مشکلی در زندگی ما پیش نمی‌آمد، بهتر است یاد بگیرند که چطور مشکلات خود را حل کنند. اگر مسائل مهم زندگی حل نشده باقی بمانند، استرس، ترس و نگرانی ایجاد می‌کنند که در نهایت به فشارهای جسمانی منجر می‌شوند (شعاع کاظمی، ۱۴۰۱).

یکی از موضوع‌های مطرح در روانشناسی مثبت، تحمل پریشانی است. تحمل پریشانی جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحول، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی دارد. تحمل پریشانی را به‌عنوان نوعی فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با داشتن موقعیت تهدیدکننده تعریف کرده‌اند؛ به عبارت دیگر، تحمل پریشانی عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت تهدیدکننده، تأثیرگذار است، تحمل پریشانی عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند و افسردگی را کاهش می‌دهد (بلند نظر و همکاران، ۱۴۰۲).

این رویکرد نقش مهمی در درمان اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای خود آسیب‌رسان و ارتقاء سلامت روان دارد. در دهه‌های اخیر، مداخلات مبتنی بر جامعه به‌طور فزاینده‌ای در زمینه ارتقاء سلامت و پیشگیری رشد داشته است. در زمینه راهبردهای ارتقاء سلامت و پیشگیری، رویکردهای مبتنی بر جامعه می‌توانند دسترسی به گروه‌های هدفی را که دسترسی به آن‌ها دشوار است، بدون برچسب زدن امکان‌پذیر سازد. مداخلات اجتماع محور به کلیه تلاش‌های اجتماع محور برای توسعه سلامت در جامعه اطلاق می‌شود و مشارکت به‌عنوان بخش غیر قابل اجتناب محسوب شده و به معنای کنشی آگاهانه، داوطلبانه و جمعی جهت تحقق اهداف، نیازها و منافع جمعی خواهد بود. این رویکرد درمانی دسترسی به وسایل کشنده را کاهش می‌دهد، سیاست‌ها و فرهنگ سازمانی را در محیط‌های کاری اجرا می‌کند و شامل غربالگری اجتماعی برای افسردگی می‌شود و ممکن است مرگ‌های ناشی از خودکشی را کاهش دهد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، برنامه پیگیری از خودکشی نه تنها برای افراد و خانواده‌ها حیاتی است، بلکه برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی و رفاهی جوامع نیز بسیار سودمند است (امجدیان و همکاران، ۱۴۰۲). یکی دیگر از متغیرهای تأثیرپذیر در رویکرد درمانی اجتماع محور متغیر سلامت روان و تحمل مشکلات است که مورد توجه مطالعات پژوهشی قرار گرفته است. مطالعات نشان داده‌اند، این رویکرد درمانی یک مداخله مؤثر برای افسردگی، سلامت رفتاری، عملکرد خانواده و پیامدهای روانی-اجتماعی است (پرهام و همکاران، ۱۴۰۲)

و موجب ارتقا سلامت روانی و رضایت‌مندی افراد دارای اختلال شخصیت شده است (وطن‌پرست و همکاران، ۱۴۰۰). علوی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی نشان دادند روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب ارتقا تحمل پریشانی می‌شود.

۲-۵- فرضیه ۲. درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب کاهش گرایش به خودکشی می‌شود.

با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب کاهش گرایش به خودکشی می‌شود. بر این اساس، فرضیه ۲ پژوهش تأیید می‌شود. درمان مبتنی بر اجتماع محور نقش مهمی در درمان اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای خود آسیب‌رسان و ارتقاء سلامت روان دارد. این رویکرد درمانی دسترسی به وسایل کشنده را کاهش می‌دهد، سیاست‌ها و فرهنگ سازمانی را در محیط‌های کاری اجرا می‌کند و شامل غربالگری اجتماعی برای افسردگی می‌شود و ممکن است مرگ‌های ناشی از خودکشی را کاهش دهد (Bessaha, 2017).

در تبیین این یافته می‌توان گفت در این درمان چون هدف اصلی توانایی جامعه و ارتقای سطح آگاهی و دانش عمومی درباره خودکشی است لذا در کاهش گرایش به خودکشی نقش خواهد داشت. برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی عمومی برای ارتقای آگاهی و افزایش مهارت‌های مردم در شناسایی علائم و عوامل خطر خودکشی منجر به کاهش خطر خودکشی می‌شود. با وجود تلاش گسترده‌ای که در سال‌های گذشته در جهت افزایش آگاهی عموم جامعه نسبت به موضوع خودکشی و افکار خودکشی انجام گرفته است، ولی همچنان با افزایش روزافزون گرایش به خودکشی مواجهه هستیم. با توجه به صدمات و خسارات جبران‌ناپذیر که در سطح فردی و اجتماعی به دنبال دارند، به نظر می‌رسد شناخت رویکردهای پیشگیرانه، بهترین روش ارتقاء سلامت در سطح جامعه باشد (Bloor & McIntosh, 2020). از سوی دیگر، لزوم توجه به اقدام به خودکشی مهم است زیرا اغلب کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند با هدف جلب توجه و رساندن صدای اعتراض به دیگران این رفتار مخرب را انجام می‌دهند، به نظر می‌رسد که می‌توان با تهیه و اجرای یک برنامه جامع پیشگیرانه حمایتی، عاطفی و روانی از اقدام به خودکشی جلوگیری نمود (Duran, 2021).

امروزه یکی از ارکان توسعه ملی نیروی انسانی است که با علم، فناوری و خلاقیت خود بتواند با استفاده بهینه از امکانات و منابع نقش مهمی در پیشرفت جامعه داشته باشند. پویندگی، بالندگی و توسعه هیچ کشوری بدون توجه به پویایی و بالندگی نیروی انسانی آن کشور امکان‌پذیر نیست؛ از این رو حفظ بهداشت روانی و ارتقا سلامت روانی نیروی انسانی دارای اهمیت فراوانی است. از طرفی، تحمل آشفتگی عاملی در تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره دارد. تحمل آشفتگی به‌عنوان یک مؤلفه مهم در پیشگیری و درمان مشکلات روانی مطرح است. تحمل نگرانی‌ها و مشکلات در سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی هر فرد تأثیر بسزایی داشته و مرکز پژوهش‌های مختلف بوده است. به‌طوری‌که با توجه به ارتباط بین تحمل آشفتگی و دیگر عوامل و فرآیندهای محافظتی و خطرزا و همچنین نقش فزاینده آن در آسیب‌پذیری و آسیب‌شناسی روانی در طی فرآیند اختلال روان‌شناختی، بررسی عوامل تأثیرگذار بر آن بسیار حائز اهمیت است (Javidi, Soleimani, Ahmadi & Samadzadeh, 2020).

آشفتگی به‌عنوان مجموعه‌ای از تفکرات، برداشت‌ها و هیجانات منفی و غیر قابل کنترل شناخته می‌شود که در راستای حل یک مسئله درونی که نتایج مبهم و پیامدهای نامطلوب دارد عمل می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که آشفتگی با واکنش‌پذیری در برابر استرس، ایجاد اضطراب، بروز رفتارهای ناسازگارانه و نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی و افزایش فزاینده استفاده از خدمات بهداشتی و مسائل و مشکلات بدنی همراه است که خود دلیلی بر اهمیت آشفتگی و پیامدهای آن برای افراد جامعه دارد. میزان تحمل آشفتگی نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلالات روان‌شناختی و جسمانی دارد (Froese & McDermott, 2021). افراد با سطوح کمتر تحمل آشفتگی ممکن است در معرض پاسخ غیر انطباقی به موقعیت‌های توأم با آشفتگی و نگرانی هستند و هیجانات منفی را تجربه می‌کنند در مقابل افراد دارای تحمل آشفتگی بالاتر با رویکرد حل مسئله و سازگارانه به موقعیت‌ها پاسخ می‌دهند. در حال حاضر با وجود اهمیتی که تحمل

آشفتگی در موفقیت زندگی فردی و اجتماعی افراد دارد، مطالعات علمی زیادی در ایران در این زمینه صورت نگرفته است. بنابراین لزوم بررسی رویکردهای درمانی مؤثر بر تحمل آشفتگی در زنان و ارائه راهکار و پیشنهادها مناسب مورد توجه است.

۳-۵- فرضیه ۳. درمان هیجان مدار موجب افزایش تحمل آشفتگی زنان کردستان می‌شود.

با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمان هیجان مدار موجب افزایش تحمل آشفتگی می‌شود. در تبیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل آشفتگی می‌توان گفت، درمان هیجان مدار شکلی از درمان روابط است که بر اهمیت پردازش مجدد پاسخ‌های هیجانی به منظور تغییر در روابط آشفته، تأکید دارد، در این روش درمانی متمرکز بر هیجان، درمانگر با شناسایی و ارزش دادن به پاسخ‌های هیجانی منفی و نامطلوب و بسط دادن آن پاسخ‌های نامطلوب به مسائل بی‌اهمیت و پیش پا افتاده مانند ترس و درماندگی میزان پرخاشگری را که ناشی از ناتوانی در پاسخگویی به رفتارهای نامناسب در موقعیت‌های فشارزا است را کاهش داده در نتیجه میزان تحمل آشفتگی را در موقعیت‌های فشارزا افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، درمان هیجان مدار سبب می‌شود که زنان از نیازها و خواسته‌های خود بیشتر آگاه شوند، در نتیجه اتحاد و پیوستگی درونی بیشتری در آن‌ها ایجاد می‌شود و می‌توانند با پیش‌بینی و کنترل آگاهانه، پاسخ‌های هیجانی مطلوب را جایگزین پاسخ‌های هیجانی منفی کرده و میزان تحمل آشفتگی زنان را در موقعیت‌های فشارزا افزایش دهند (علوی و همکاران، ۱۳۹۰). تحمل آشفتگی، به‌عنوان توانایی درک شده یا واقعی برای مقاومت در برابر هیجان‌ات منفی، نقش مهمی در مواجهه با هیجان‌ات ناخوشایند دارد (بلندنظر و همکاران، ۱۴۰۲). تحمل آشفتگی به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عواطف منفی و توانمندی تحمل حالت‌های هیجانی، شناختی و اجتماعی ناخوشایند اشاره دارد که غالباً نتیجه فرآیندهای فیزیکی، شناختی و اجتماعی است، اما بازنمایی آن به صورت هیجانی است و با تمایل به رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌شود. تحمل آشفتگی شامل چهار بخش تحمل (میزان تحمل آشفتگی)، ارزیابی (برآورد ذهنی میزان آشفتگی)، جذب (مجذوب شدن به هیجان منفی) و تنظیم (تلاش برای تسکین آشفتگی) است. تحمل آشفتگی پایین طیفی از مشکلات عاطفی و هیجانی را به دنبال دارد. به طوری که افراد دارای تحمل آشفتگی پایین نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کنند، استرس و اضطراب بالاتری را تجربه می‌کنند و برای جلوگیری از تجربه هیجان‌های منفی تلاش می‌کنند و باور دارند که دیگران بیشتر از آن‌ها توانایی مقابله با موقعیت‌های منفی را دارند و به همین خاطر احساس سرخوردگی می‌کنند. تحمل آشفتگی پایین به عنوان مکانیسمی زمینه‌ساز برای آسیب‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب است. از این رو، پیشگیری از عوامل زمینه‌ساز آسیب‌های روانی مهم و ضروری است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۰).

انجام مداخلات بهنگام در راستای پیشگیری از آسیب‌های روانی و ارتقا سلامت روان افراد جامعه از ضروریات عصر حاضر است، در این میان رویکرد درمانی هیجان محور به‌عنوان یک روش درمانی در سال اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است که می‌تواند در افزایش تحمل آشفتگی مؤثر باشد.

۴-۵- فرضیه ۴. درمان هیجان مدار موجب کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان می‌شود.

با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمان هیجان مدار موجب کاهش گرایش به خودکشی می‌شود. بر این اساس، فرضیه ۴ پژوهش تأیید می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان هیجان مدار ادراک سربار بودن، احساس تعلق پذیری خنثی، رفتارهای خود آسیب‌رسان را کاهش داده (وطن پرست و همکاران، ۱۴۰۰) و با تنظیم هیجان‌ات و احساسات بر ایده‌پردازی خودکشی اثر می‌گذارد. از نظر پژوهشگران یادگیری هیجانی - اجتماعی می‌تواند نقش سازنده‌ای در پیشگیری از خودکشی داشته باشد. آموزش هیجان محور بر ارتقاء پیشگیری از خودکشی مؤثر است. از آنجا که درمان هیجان مدار شامل یک سبک درمانی است که هر دو فرایند تجربی بیمار را دنبال می‌کند و آن را هدایت می‌کند و بر اهمیت مهارت ارتباط و مداخله تأکید دارد. این احساس ضمن درک اهمیت معنا سازی، احساس را به‌عنوان یک داده اساسی، از تجربه‌های انسان می‌داند و احساسات و شناخت را به‌طور جدایی‌ناپذیر در هم تنیده می‌بیند همین منجر می‌شود شرایط را کنترل کرده و کمتر گرایش به خودکشی داشته باشند (حسین زاده و همکاران، ۱۴۰۱).

این روش درمانی به‌عنوان یک رویکرد یکپارچه توسط گرینبرگ و جانسون پایه‌گذاری شده است و مبتنی بر نو انسان‌گرایی و نظریه تجربی وجودی است که بر نحوه روابط فرد با خود از نظر تنظیم احساسات و تنظیم رابطه عاطفی با توجه به موقعیت تمرکز دارد. این رویکرد تلاشی در راستای ادغام مفهوم هیجان و مفهوم تعامل در روابط انسانی است و بر دل‌بستگی انطباقی از طریق حمایت، مراقبت و توجه تأکید دارد. آموزش هیجان محور یک رویکرد عملی است که هیجان‌ها را به‌عنوان محور تجربه در ارتباط با عملکردهای انطباقی و غیر انطباقی قرار می‌دهد و در حل مشکلات هیجانی و رفتارهای خود تخریبی (مانند گرایش به خودکشی) مؤثر است و بهبود سلامت روان افراد را به دنبال دارد (امجدیان و همکاران، ۱۴۰۲). در مطالعات انجام گرفته نیز، ارتباط این رویکرد درمانی با مؤلفه‌های مرتبط با تحمل آشفتگی و خودکشی مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعات نشان داده است؛ آموزش هیجان محور منجر به کاهش تعارضات روان‌شناختی می‌شود و بر تاب‌آوری و آسیب‌پذیری روانی-بدنی اثرگذار است (امجدیان و همکاران، ۱۴۰۲). در زوج‌درمانی هیجان محور نیز افزایش تاب‌آوری و کاهش آمیختگی شناختی حاصل شده است (شعاع کاظمی، ۱۴۰۱)، این رویکرد درمانی موجب می‌شود تا زنان تمرکز را از رفتار همسر خود برداشته و بر رفتار خود متمرکز نمایند، موانع ارتباطی برطرف شود و ضمن افزایش تحمل، با یادگیری ارتباط سالم، روابط خویش را بهبود بخشیده و انعطاف‌پذیری خود را ارتقا دهد. درمان هیجان مدار می‌تواند ادراک سربار بودن، احساس تعلق‌پذیری خنثی، رفتارهای خودآسیب رسان را کاهش دهد و با تنظیم هیجان‌ها و احساسات بر ایده‌پردازی خودکشی در کودکان و نوجوانان اثر بگذارد. در پژوهشی دیگر نشان داده شد که درمان هیجان مدار منجر به کاهش افکار خودکشی در جانبازان می‌شود. از نظر پژوهشگران یادگیری هیجانی-اجتماعی می‌تواند نقش سازنده‌ای در پیشگیری از خودکشی داشته باشد. بر اساس نتایج پژوهش‌ها، آموزش هیجان محور بر ارتقاء مؤلفه‌های مرتبط با تحمل آشفتگی و پیشگیری از خودکشی در گروه کودکان، نوجوانان، جانبازان مؤثر بوده است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر در دسترس نبودن آمار دقیق خانم‌هایی که گرایش به خودکشی دارند و محدودیت زمان نیز دخیل بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی پیرامون عوامل اقتصادی و فقر و تأثیر آن بر افکار خودکشی انجام پذیرد. همچنین پژوهش‌هایی پیرامون تأثیر معنویت بر کاهش افکار خودکشی انجام پذیرد. از کاربردهای پژوهش حاضر می‌توان به درمان‌هایی اشاره کرد که در این پژوهش بدان پرداخته شد که می‌تواند در مراکز درمانی و خدمات مشاوره‌ای کاربرد داشته باشد. همچنین در قلمرو تعلیم و تربیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی نوجوانان کاربرد دارد.

۶- منابع

- ۱- اخوان بی‌تقصیر، زهرا؛ ثنائی ذاکر، باقر؛ نوابی‌نژاد، شکوه؛ و فرزاد، ولی‌اله (۱۳۹۵). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت و سازگاری زناشویی زوج‌ها. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴ (۳)، ۳۳۰-۳۲۴.
dor:20.1001.1.17352029.1395.14.3.9.5
- ۲- امجدیان، فرزانه؛ جعفری، اصغر؛ و قمری، محمد (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و آموزش شفقت به خود در تاب‌آوری و کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری (خواندن و نوشتن). فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۴ (۵۵)، ۱۸۱-۱۵۱.
doi:10.22054/qccpc.2023.69499.2989
- ۳- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۲۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5. ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو (۱۴۰۰). انتشارات: ارجمند.
- ۴- انیسی، جعفر؛ فتحی آشتیانی، علی؛ سلیمی، سیدحسین؛ و احمدی نوده، خدابخش (۲۰۰۵). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان.

- ۵- بلندنظر، کاظم؛ تیموری، سعید؛ رجایی، علیرضا؛ و نجات، حمید(۱۴۰۲). تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر خودکوترلی، تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی معتادان متجاهر. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۹ (۴)، ۶۸-۴۵.
doi:10.22034/IJRN.9.4.6
- ۶- پرهام، رقیه؛ نامداریپور، فهیمه؛ و دیاریان، محمدمسعود(۱۴۰۲). اثربخشی رویکرد هیجان مدار بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در زنان متأهل. نشریه رویش روان‌شناسی، ۱۲ (۷)، ۱۲۲-۱۱۳.
dor:20.1001.1.2383353.1402.12.7.12.8
- ۷- پورافکاری، نصرت‌الله(۱۴۰۰). فرهنگ جامع روان‌شناسی-روانپزشکی. انتشارات: تهران.
- ۸- جباری، نسترن؛ و عقیلی، سیدمجتبی(۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان مدار بر رفتارهای خود آسیب‌رسان و نیازهای بین‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۸ (۶۹)، ۷۰-۶۱.
doi:10.22034/jmpr.2023.16242
- ۹- حسین زاده، زهرا؛ قربان شیروودی، شهره؛ خلعتبری، جواد؛ و رحمانی، محمدعلی(۱۴۰۱). پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان هیجان-مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی زنان. خانواده درمانی کاربردی، ۱ (۳)، ۳۸-۲۳.
doi:10.52547/apsy.14.2.101
- ۱۰- شعاع کاظمی، مهرانگیز(۱۴۰۱). اثربخشی روان‌درمانی گروهی بر ارتقا راهبردهای مقابله‌ای زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله بیماری‌های پستان ایران، ۶ (۲)، ۱۷.
dor: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.1.4
- ۱۱- علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی؛ امین یزدی، سیدامیر؛ و صالحی فدردی، جواد(۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه‌ی گروهی (با تکیه بر مؤلفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳ (۵۰)، ۱۳۵-۱۲۴.
- ۱۲- علیاری خانشان وطن، فریبا؛ احدی، حسن؛ کلهرنیا گل‌کار، مریم؛ و صداقت، مستوره(۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی. رویش روان‌شناسی، ۱۲ (۹)، ۱۱۷-۱۲۸.
- ۱۳- علیپوری نیاز، مینا؛ رفیعی، حسن؛ ستاره فروزان، آمنه؛ و طالبی، بهزاد(۱۴۰۱). اثربخشی درمان اجتماع مدار بر کیفیت زندگی در استان آذربایجان شرقی، رفاه اجتماعی پاییز، ۳ (۹۱)، ۹۰۲-۹۱۲.
- ۱۴- عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد؛ و محمدی، نوراله(۲۰۰۸). اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیش‌گیری از عود در افراد معتاد، ۱۴ (۳)، ۲۸۱-۲۸۸.
- ۱۵- محمودپور، عبدالباسط؛ شریعتمدار، برجعلی؛ و احمد، شفیع‌آبادی(۲۰۲۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) در سالمندان. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۱۲ (۴۶)، ۶۴-۴۹.
doi:10.22054/jem.2022.65915.3341
- ۱۶- وطن‌پرست، شعله؛ خلیل زاده، نوراله؛ محمدی، مصطفی؛ یادگاری، امید علی؛ و عزیزی، نازیلا(۱۴۰۰). بررسی رابطه افسردگی زنان نخست‌زا بعد از زایمان با استرس و اضطراب. مجله پرستاری و مامایی، ۱۲ (۳)، ۲۳۷-۲۳۰.
- 17- Bessaha, M. L. (2017). Factor structure of the Kessler psychological distress scale (K6) among emerging adults. *Research on Social Work Practice, 27* (5), 616-624. **doi:10.1177/10497315155594425**
- 18- Beck, A., & Steer, R. (1991). *Manual for the beck scale for suicide ideation 5th ed.* San Antonio psychological publication, 5, 230-9.
- 19- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). *Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory.* The handbook of stress and health: A guide to research and practice, 34964.
doi:10.1002/9781118993811.ch21
- 20- Bloor, M., & McIntosh, J. (2020). Surveillance and concealment: a comparison of techniques of client resistance in therapeutic communities and health visiting. In *Selected Writings in Medical Sociological Research* (pp. 9116). Routledge.

- 21- Duran, J. K. (2021). Examining How Adverse Childhood Experiences and the Underlying Processes of Trait and State Impulsivity Influence Suicidal Behavior. **doi:10.3389/fpubh.2024.1447008**
- 22- Ewing, E. S. K., Hunt, Q. A., Singer, J. B., Diamond, G., & Winley, D. (2020). Youth Suicide: Risk, Prevention, and Treatment. *The Handbook of Systemic Family Therapy*, 2, 34367. **doi:10.1016/j.avb.2021.101586**
- 23- Froese, J., & McDermott, L. (2021). "When All the Wheels Fall off": Leisure's Potential Role in Living with Suicide Loss. *Leisure Sciences*, 1-20.
- 24- Hsu, T., Thomas, E. B., Welch, E. K., O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2023). Examining the structure of distress tolerance: Are behavioral and self-report indicators assessing the same construct?. *Journal of contextual behavioral science*, 27, 14151. **doi:10.1016/j.jcbs.2023.02.001**
- 25- Javidi, N., Soleimani, A., Ahmadi, Kh., & Samadzadeh, M. (2020). The effectiveness of emotionally focused couples therapy (EFT) to improve communication patterns in couples. *J Res Behave Sci*, 11 (5):402-10.
- 26- Oostermeijer, S., Morgan, A., Rossetto, A., Kelly, C., Pirkis, J., Le, L. K. D., ... & Reavley, N. (2022). Mental Health First Aid suicide prevention training for men: Protocol for a cluster randomised controlled trial in Australian Men's Sheds. *Mental Health & Prevention*, 28, 200250. **doi:10.1016/j.mhp.2022.200250**
- 27- Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: *Development and validation of a self-report measure. Motiv Emot.* 2005; 29(2):83-102. **doi:10.1007/s11031-005-7955-3**

Comparison of the Effectiveness of Community-Based Therapy and Emotion-Focused Therapy on Increasing Distress Tolerance and Reducing Suicidal Ideation in Kurdish Women

Mojgan Hayati^{1*}, Shiva Karimi²

1- Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

haysti@pnu.ac.ir

2- M.A. in Rehabilitation Counseling, Payame Noor University, Tehran, Iran.

sshiva.kariimi1403@gmail.com

Abstract

The present study aims to compare the effectiveness of community-based therapy and emotion-focused therapy on increasing distress tolerance and reducing suicidal ideation in Kurdish women. This study is applied in terms of its objective and quasi-experimental in terms of data collection. The statistical population of the study included all women with marital problems in Kurdistan Province in 2023 (1402 SH) who had marital issues and suicidal thoughts or suicide attempts, totaling 150 individuals. From this population, 45 individuals were selected using a convenience sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group, with 15 participants in each. Initially, all participants completed the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005) and the Beck Suicide Ideation Scale (Beck, 1976). One experimental group underwent 10 sessions of community-based therapy, while the other received 8 sessions of emotion-focused therapy. The control group did not receive any intervention. After the intervention, all participants completed the research instruments again. To analyze the data, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and univariate analysis of covariance (ANCOVA) were used. Data analysis was conducted using SPSS version 23. Therefore, implementing community-based life reconstruction training and emotion-focused therapy protocols can lead to increased distress tolerance and reduced suicidal ideation in Kurdish women.

Keywords: Community-Based Therapy, Emotion-Focused Therapy, Distress Tolerance, Suicide.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)