

اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر علایم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان زنان دارای اضطراب فراگیر

افسانه امیری^۱، ایلناز سجادیان^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۴۰۲/۹/۱۳

تاریخ دریافت: ۴۰۱/۷/۲۱

چکیده

اضطراب فراگیر از شایع‌ترین اختلالات روانی است که مشخصه اصلی آن اضطراب و نگرانی مفرط می‌باشد که با واقعه یا شرایطی که کانون نگرانی است، تناسبی ندارد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر علایم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان زنان دارای اضطراب فراگیر انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری یک ماهه بود. بدین منظور از بین زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ به روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از افرادی که دارای نمره بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی (زیگموند و اسنیث، ۱۹۸۳)، اختلال اضطراب فراگیر (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶)، تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و دشواری در تنظیم هیجان (گرتز و رومر، ۲۰۰۴) بود. برای آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر اساس بسته مک کی و وست (۲۰۱۶) اجرا شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری حاکی از کاهش معنادار علایم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود ($p < 0.05$). باتوجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان از درمان کارآمدی هیجانی به عنوان یک روش مداخله‌ای سودمند برای کاهش علایم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان زنان دارای اضطراب فراگیر بهره برد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، علایم اضطراب، تحمل پریشانی، دشواری در

تنظیم هیجان، اضطراب فراگیر

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲ * دانشیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)
i.sajjadian@gmail.com

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ یکی از اختلال‌های مزمن و ناتوان کننده است که نگرانی بیش از حد و کنترل ناپذیر، ویژگی اصلی آن محسوب می‌شود (زوجمن و همکاران^۲، ۲۰۲۲). اختلال اضطراب فراگیر، یک وضعیت روانی جدی است که تا ۶ درصد از جمعیت را در طول زندگی خود تحت تأثیر قرار می‌دهد (کروک^۳، ۲۰۱۷). در صورت عدم درمان مناسب، سیر مزمن دارد و بار بالایی از ناتوانی را به همراه دارد. تظاهرات آن به دلیل همبودی با سایر اختلالات روانپزشکی، مانند اختلال افسردگی اساسی^۴، اختلال هراس^۵ و سوء مصرف الکل / مواد پیچیده است، که علاوه بر این، نتیجه را تشدید می‌کند و به پاسخ درمانی ضعیف کمک می‌کند (مارون و نات^۶، ۲۰۲۲). عوامل زیستی و روانشناختی متعددی می‌توانند سبب ایجاد و تداوم این اختلال شوند. در جمعیت ۶۵-۱۸ سال شیوع سالانه این اختلال در ایران ۵/۲ درصد گزارش شده است (خدایاری فرد، منصوری، بشارت و لواسانی، ۱۳۹۷).

در واقع، شیوع اختلالات اضطرابی در دهه‌های گذشته به طور مداوم در حال افزایش بوده است و امروزه به هفتمین بیماری سنگین در سراسر جهان تبدیل شده است (رز و دیوین^۷، ۲۰۲۲). از جمله ویژگی‌های اختلال اضطراب فراگیر، بروز علائم اضطراب است (مرینو، سنرا و فریرو^۸، ۲۰۱۶). براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی این اختلال به واسطه نگرانی و اضطراب بیش از حد، دشواری در کنترل نگرانی و همچنین شکایتهای روانشناختی و جسمانی مختلف از جمله تنش عضلانی، بیقراری، خستگی، مشکلات تمرکز، تحریکپذیری و مشکلات خواب مشخص می‌شود. با وجود این، نگرانی بیش از حد، مزمن و کنترل ناپذیر ویژگی اصلی این اختلال است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نگرانی در بین زنان بیشتر از مردان است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۵). با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همبندی اضطراب فراگیر با سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان کننده برای بزرگسالان است (سادوک و سادوک و رویز، ۲۰۱۵).

اضطراب^۹ در واقع نوعی پریشانی موقعیتی است و توانمندی فرد در تحمل این پریشانی، قدرت او را برای مهار و کاهش آن افزایش می‌دهد و کاهش سطح تحمل پریشانی ممکن است با پاسخ‌های سازش نیافته نسبت به تنش و اضطراب ناشی از به دنبال فرصت بودن برای فرار از عاطفه منفی یا اجتناب از آن، همراه

۱ . Generalized Anxiety Disorder

۲ . Zugman et al

۳ . Crocq

۴ . Major depressive disorder

۵ . panic disorder

۶ . Maron & Nutt

۷ . Rose & Devine

۸ . Merino, Senra, & Ferreira

۹ . Anxiety

باشد(رادرفورد، گلدبرگ، لویتن، بریجت و مایز^۱، ۲۰۱۳). بنابراین تحمل پریشانی، از جمله مواردی است که تحت تأثیر اضطراب قرار می‌گیرد(رانی، برنز، راپاپورت، آمستادتر و دیک^۲، ۲۰۲۲). تحمل پریشانی^۳ یک مفهوم فراهیجانی و یک صفت هیجانی در نظر گرفته می‌شود و در واقع پاسخ عاطفی سودمندی است که به عنوان توانایی شخص برای تحمل حالات درونی ناخوشایند تعریف می‌شود(روحی، سلطانی، زین الدینی میمند و رضوی نعمت الهی، ۱۳۹۹). تحمل پریشانی، که به طور گسترده توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) به عنوان توانایی مقاومت در برابر حالت‌های هیجانی منفی تعریف می‌شود، یک مفهوم روان‌شناختی نوظهور مرتبط با عاطفه و توانایی‌های تنظیم هیجان است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، تحمل پریشانی را به عنوان یک ساختار چند بعدی شامل پیش‌بینی و تجربه احساسات منفی می‌دانند که بیشتر به تحمل، ارزیابی منجر به پذیرش، تنظیم و میزان توجه به احساسات منفی تقسیم می‌شود (بوید^۴، ۲۰۲۲). مطابق دیدگاه سیمونز و گاهر^۵، افراد دارای تحمل پریشانی پایین تصور می‌کنند که نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کرده و احساس می‌کنند که دیگران امکانات بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی دارند، در نتیجه آن‌ها بیشتر اوقات احساس سرافکنندگی می‌کنند(شیدایی و همکاران، ۱۳۹۵). این افراد همچنین برای اجتناب از تجربه هیجان‌های منفی به سختی تلاش می‌کنند، در صورتی که اجتناب مقدور نباشد آن‌ها در تلاش برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی روی می‌آورند؛ این راهکارهای ناسالم، به احتمال قوی انرژی آن‌ها را کاهش داده و این در نهایت کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی آنها را مختل خواهد ساخت. افراد با تحمل پریشانی پایین، تجربه پریشانی هیجانی را غیرقابل تحمل توصیف و پذیرش ارزیابی می‌کنند، برای تسکین حالت هیجانی منفی تلاش می‌کنند و قادر به تمرکز بر احساسی به جز پریشانی خود نیستند (بوید^۶، ۲۰۲۲). همچنین بین دشواری در تنظیم هیجان^۷ و نشانه‌های اضطراب رابطه وجود دارد (اشنایدر، آرک، لندی و هانکین^۸، ۲۰۱۸). تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند است، اشاره دارد و ماهیتاً فرآیندی را دربر می‌گیرد که از طریق آن، افراد هیجان‌هایشان را خواه به صورت هشیار یا ناهشیار به وسیله اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخواننده هیجان تنظیم می‌کنند(شیرمحمدی، حسینی و امیری، ۱۳۹۹). تنظیم هیجان را فرآیند آغاز، نگهداری، تنظیم و تغییر شدت یا مدت حالت‌های هیجانی، انگیزش‌های مرتبط با هیجان و فرآیندهای فیزیولوژی تعریف می‌کنند که بیشتر در جهت اهداف

۱ . Rutherford, Goldberg, Luyten, Bridgett & Mayes

۲ . Ranney, Berenz, Rappaport, Amstadter & Dick

۳ . Distress Tolerance

۴ . Boyd

۵ . Simons and Gaher

۶ . Boyd

۷ . Difficulty in Emotional Regulation

۸ . Schneider, Arch, Landy & Hankin

فرد است اما بسیاری از تعاریف تنظیم هیجان به تنظیم بهینه از جنبه بروندهای آن یعنی نتایج رفتاری حاصل از آن می‌نگرند. بدین معنی که فرد توان آن را دارد که هیجان‌ها را تحت کنترل مطلوب درآورد تا از این طریق زمانی برای رابطه بین فردی و رفت و آمد پذیری، پیش‌قدم شدن برای روابط اجتماعی در هنگام مناسب، همدلی نسبت به دیگران، جرأت‌مندی هنگام نیاز یا دیگر نشانه‌های کارکرد پیروزمندانه فراهم آورد. باور بر این است که تنظیم مؤثر هیجان ترکیبی از این رفتارها است (آلدائو، شپس و گراس^۱، ۲۰۱۵). الگوی دشواری در تنظیم هیجان در یک مفهوم گسترده از جمله دشواری در شناسایی و توصیف احساسات، دشواری تنظیم هیجان و رفتار توصیف می‌شود، بنابراین بدتنظیمی هیجانی به استفاده از شیوه‌های ناسازگارانه در پاسخ به هیجان‌ها تعریف می‌شود و به پاسخ‌های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها در بستر پریشانی هیجانی و نقص در استفاده عملکردی از هیجان‌ها به عنوان اطلاعات محیطی و درونی تعبیر شده است (کلمانسکی، کرتیس، مک لافلین و نولن هوکسما^۲، ۲۰۱۷). در همین راستا نتایج پژوهش‌ها نشان‌دهنده این است که ظرفیت و توانایی اینکه چگونه افراد هیجان‌ها را تجربه و ابراز می‌کنند، عامل کلیدی سلامت روان بوده (زیمرن و ایوانسکی^۳، ۲۰۱۸) و مشکل در نظم‌جویی هیجان ویژگی اصلی بسیاری از اختلال‌های روانی است (کای، سان و ون^۴، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه مگربا، آل آتیا، مصطفی و حسنین (۲۰۲۰) نشان داد که استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی باعث کاهش اضطراب و افسردگی در زنان می‌شود.

همانند درمان سایر اختلالات روانپزشکی، درمان اختلال اضطراب فراگیر، شامل دو هدف است: کاهش علائم حاد و پیشگیری از عود در دراز مدت. درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی^۵ توسط مک کی و وست^۶ (۲۰۱۶) طراحی شده و بر این اصل استوار است که درد، بخش اجتناب‌ناپذیر نوع بشر است، همان‌طور که هیجان‌های همراه با آن نیز چنین هستند. در حالی که نمی‌توان از درد یا هیجان‌های دشوار اجتناب کرد، اما می‌توان تجارب هیجانی را درک کرد و به آن پاسخ داد، رنج را کاهش و در عین حال کیفیت زندگی را افزایش داد. به عبارت دیگر، در حالی که نمی‌توان از هیجان‌های دردناک فرار کرد، اما می‌توان انتخاب کرد چگونه به آن‌ها پاسخ داده شود و این تمام آن چیزی است که کارآمدی هیجانی نامیده می‌شود. درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان نوعی درمان فراتشخیصی^۷ می‌باشد که برگرفته از نظریه و درمان مبتنی بر بافت است و یافته‌های حاصل از علوم عواطف، درمان شناختی رفتاری سنتی و موج سوم و نظریه‌ی یادگیری را یکپارچه می‌سازد. به نظر می‌رسد سه مکانیسم فراتشخیصی بیشترین سهم را در بدتنظیمی هیجانی بازی

۱ . Aldao, Sheppes & Gross

۲ . Klemanski, Curtiss, McLaughlin & Nolen-Hoeksema

۳ . Zimmermann & Iwanski

۴ . Cai, Sun & Wen

۵ .Therapy Based on Emotional Efficiency

۶ .McKay and West

۷ .Transpersonal treatment

می‌کنند: عدم تحمل پریشانی، اجتناب هیجانی بالا و تفکر منفی تکرار شونده (آلدو و نولن_ هوکسما، ۲۰۱۰). درمان کارآمدی هیجانی^۱ درمان جدیدی است که هر سه مکانیسم را هدف قرار می‌دهد (مک کی و وست، ۲۰۱۶). بنابراین، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، براساس چندین درمان شناختی رفتاری توسعه یافته و مولفه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) را با درمان مبتنی بر مواجهه^۲ یکپارچه می‌سازد (اکبری و محمدخانی، ۱۳۹۸). روحی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود به نشان دادند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش شفقت به خود، افزایش تحمل پریشانی، و تنظیم هیجان دانش آموزان تأثیر داشته است. هومن، مهرابی زاده، هنرمند و زرگر (۱۳۹۵)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان فراتشخیصی گروهی در کاهش علایم اضطراب و افسردگی و به دنبال آن بهبود تنظیم هیجانی، درمانی کارا است. بیگدلی، نجفی و رستمی (۱۳۹۳)، در پژوهشی بیان داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افزایش سلامت روانی می‌شود.

ابراهیمی، شهابی زاده، اسماعیلی و آهی در پژوهشی نشان دادند که مداخله فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی به عنوان یک مداخله مؤثر، می‌تواند در مراکز درمانی و بهداشتی بویژه در دوره های بحرانی شیوع یک بیماری، در جهت کاهش با اضطراب و استرس پرستاران به ویژه پرستاران آسیب پذیر به اضطراب بکار برده شود. در پژوهشی که توسط زارعی فسخودی، رضابخش و قلیچی (۱۴۰۰) با هدف اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکنت زبان مبتلا به اختلال اضطرابی انجام شد، نتایج حاکی از کاهش هر شش مؤلفه دشواری در تنظیم هیجان بود. نتایج پژوهش حیاتی، شهنی بیلاق و کیخسروانی (۱۴۰۱) نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان بر کانون توجه و خودکارآمدی مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب اجتماعی تأثیر دارد. عبدی سرکامی، میرزائیان و عباسی در پژوهشی بر سالمندان افسرده غیربالینی، نشان دادند که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر بهبود علایم افسردگی سالمندان افسرده غیر بالینی اثربخش است. همچنین نتایج مطالعه‌ی نجفی، سجادیان و منشئی (۱۴۰۲) نشان دهنده‌ی تأثیر این درمان بر تنظیم هیجان، شفقت به خود و خودکارآمدی در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود.

توجه به نبود پژوهش‌های مدون که اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی را بر علایم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان مورد بررسی قرار داده باشند، شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر و نظر به اینکه پیامدهای روانشناختی این اختلال می‌تواند تمام ابعاد زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد، شرایط دشوار و هزینه‌های بسیاری را به فرد، خانواده و جامعه تحمیل نماید، لذا هدف از پژوهش

۱. Emotion Efficacy Therapy

۲. Exposure-based therapy

حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر علایم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل همراه با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان دارای اضطراب است که در سال ۱۳۹۹ به فرهنگسراهای سطح شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. نمونه آماری به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. بدین منظور، فراخوانی در سال ۱۳۹۹ در فرهنگسراهای شهر اصفهان مبنی بر مراجعه افراد دارای اختلال اضطرابی اعلان شد. بر این اساس زنان مراجعه کننده به فرهنگسراهای شهر اصفهان، به مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران^۱ (۲۰۰۶) پاسخ دادند. تعداد ۹۰ نفر نمره بالاتر از نقطه برش در این پرسشنامه را کسب نمودند. از بین آنها، ۳۰ نفر از کسانی که تمایل به شرکت در دوره درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی را داشتند و سایر معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند توسط پس از ارزیابی توسط مصاحبه بالینی به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به شیوه قرعه کشی، در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، سن ۱۸ تا ۵۰ سال، نمره بالاتر از نقطه برش در مقیاس اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) و عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی بود. غیبت در بیش از ۲ جلسه و عدم تمایل به ادامه درمان نیز ملاک‌های خروج پژوهش بودند. سپس از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و برای افراد گروه آزمایش درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به تعداد ۱ جلسه در هفته اجرا شد. در این مدت گروه کنترل تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفتند. در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و پس از گذشت یک ماه نیز آزمون پیگیری از هر دو گروه گرفته شد. این پژوهش دارای کد اخلاق ۱۳۹۹، ۲۹۸، ir.iau.khuisf.rec. از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) بود. داده‌های گردآوری شده توسط بسته آماری برای علوم اجتماعی و به روش تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری تحلیل شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس بیماری‌رسانی اضطراب و افسردگی (HADS)^۲: این مقیاس توسط زیگموند و اسنیث (۱۹۸۳) ساخته شده و یک ابزار خودگزارشی ۱۴ گویه‌ای است که برای غربال وجود شدت نشانه‌های افسردگی و

۱. Spitzer et al

۲. Hospital Anxiety and Depression Scale

اضطراب در طی هفته گذشته در بیماران طراحی شده است. مدت زمان اجرای آن کمتر از ۵ دقیقه است و جمعیت مورد بررسی آن نوجوانان ۱۶ سال به بالا تا سالمند است. این ابزار یک زیر مقیاس افسردگی هفت جزئی و یک زیر مقیاس اضطراب هفت قسمتی دارد. نمره هر جزء آزمون بر روی یک مقیاس صفر تا سه است. برای هر دو زیر مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی نمرات در دامنه صفر تا هفت طبیعی، هشت تا ده خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته می شود. این ابزار به عنوان ابزار خوبی برای غربالگری مشکلات روانی پذیرفته شده است. در این پژوهش از خرده مقیاس اضطراب استفاده گردیده است. کاپوانی روایی پرسشنامه را با آلفای ۰/۷۰ در خرده مقیاس افسردگی، آلفای ۰/۸۵ در خرده مقیاس اضطراب و پایایی را با روش آزمون مجدد ($\alpha = 0/81$ و $p < 0/001$) ($\alpha = 0/77$ و $p < 0/001$) در خرده مقیاس افسردگی ($\alpha = 0/81$ و $p < 0/001$)، خرده مقیاس اضطراب را بررسی و گزارش نموده است. آلفای کرانباخ این ابزار در پژوهش صدوقی و همکاران (۱۳۹۶) نیز ۰/۸۱ بود (کاپوانی، سیفوریان، شریفی و ابراهیم خانی، ۱۳۸۸).

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-۷): این مقیاس توسط اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶)، ساخته شده است و دارای هفت سوال اصلی و یک سوال اضافی است که وجود اختلال اضطراب فراگیر و نیز میزان تداخل اختلال در کارکرد فرد را می سنجد. سوالات به صورت لیکرتی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند. نمرات به دست آمده در هر یک از هفت سؤال اصلی با یکدیگر جمع شده تا نمره کل اضطراب برای مقیاس به دست آید که دارای گستره ای بین ۰ تا ۲۱ است. ویژگی های روان سنجی مقیاس از جمله ضرایب پایایی و اعتبار نمونه خارجی آن تایید شده است. ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه پژوهش نائیبیان و همکاران (۱۳۹۰) برابر ۰/۸۵ بوده است علاوه بر این، ضریب آلفای کرونباخ دو نیمه مقیاس نیز محاسبه گردید که ضریب آلفای به دست آمده برای نیمه اول برابر با ۰/۸۱ و برای نیمه دوم برابر با ۰/۶۸ و ضریب همبستگی بین دو نیمه ۰/۶۵ بود. این یافته پژوهش حاکی از ضریب همسانی درونی مطلوب مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر بود. در بررسی روایی همگرایی این پرسشنامه می توان به همبستگی معنادار بین مقیاس GAD-۷ و پرسشنامه اضطراب صفت-حالت اسپیلبرگر، بعضی خرده مقیاس های فرم کوتاه ۳۶ سوالی سلامت عمومی و خرده مقیاس های اضطراب از سیاهه نشانه های بالینی (SCI-۹۰) بود، همچنین تحلیل عاملی این پرسشنامه بیانگر تک عاملی بودن این پرسشنامه بود (نائیبیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۹۰).

مقیاس تحمل پریشانی (DTS): این مقیاس که به وسیله سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، ساخته شده یک ابزار خودگزارشی ۴۵ گویه ای است. نمره بالاتر در این مقیاس، تحمل بالای پریشانی را نشان می دهد.

۱. Generalized Anxiety Disorder Scale

۲. Distress Tolerance Scale

همچنین مؤلفه‌های تحمل پریشانی که به وسیله این مقیاس ارزیابی می‌شود عبارت‌اند از: ۱) تحمل، برای مثال احساسات ناراحتی و پریشانی برای من غیر قابل تحمل است. ۲) ارزیابی، برای مثال ناراحتی و پریشانی همیشه برای من امتحان بزرگی است. ۳) جذب، برای مثال داشتن حساس پریشانی برای من غیر قابل تحمل است. ۴) تنظیم، برای مثال من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی انجام می‌دهم. سیمونز و گاهر ضرایب آلفای کرونباخ خرده آزمون‌های تحمل، ارزیابی، جذب، و تنظیم را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۷۴ و ۰/۸۷ به دست آوردند. این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی آن ۰/۶۱ گزارش شده است.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS): مقیاس دشواری در تنظیم هیجان، یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است که توسط گرتز و رومر (۲۰۰۴) طراحی شد و سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه به شرح زیر می‌سنجد: عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در مواقع درماندگی، دشواری در مهارت‌های تکانشی در مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی را از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در مهارت‌های تکانشی از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای شفافیت هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۴). روایی همگرا و تشخیصی (لفترافی) مقیاس دشواری در تنظیم هیجان از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و فهرست عواطف مثبت و منفی در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بالینی و غیربالینی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۹۷).

درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی: این دوره درمانی بر اساس بسته‌ی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی مک کی و وست به صورت گروهی و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش ارائه شد. شرح مختصر جلسات درمانی در ادامه ارائه شده است.

جدول ۱) محتوای جلسات درمانی مبتنی بر کارآمدی هیجانی (مک کی و وست، ۲۰۱۶)

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
یکم	آگاهی از هیجان (خوشامدگویی، معرفی رهبر و اعضای گروه، تکمیل ابزارهای اندازه‌گیری پیش از درمان، معرفی مختصر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و ساختار آن، تمرین تماشای هیجان، معرفی تمرین مهارت‌ها و ثبت نتایج تمرین مهارت‌ها و تکلیف مهارت‌های جلسه اول)
دوم	پذیرش ذهن آگاهانه (موج سواری بر روی هیجان شامل مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی در مورد پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب هیجانی، آموزش روانی درباره موج سواری بر روی هیجان، آموزش روانی درباره مواجهه و تمرین و تکلیف خانگی تمرین مهارت‌ها).
سوم	عمل مبتنی بر ارزش‌ها-بخش اول (تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره ی لحظه ی انتخاب، معرفی عمل مبتنی بر ارزش‌ها، تمرین وایت برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی و تمرین عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد).
چهارم	عمل مبتنی بر ارزش‌ها-بخش دوم (تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، تمرین هیولاها در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد و تعیین تکلیف مهارت‌های جلسه چهارم).
پنجم	مقابله ذهن آگاهانه (تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره مقابله ی ذهن آگاهانه، معرفی تن آرامی و خود تن آرامی، تمرین مهارت‌های تن آرامی همراه با مواجهه ی هیجانی و بازخورد و تمرین مهارت‌های خود آرام سازی همراه با مواجهه ی هیجانی و بازخورد).
ششم	مقابله ذهن آگاهانه (تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله ای، تمرین افکار مقابله ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، آموزش روانی درباره پذیرش بنیادین، تمرین پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد و تعیین تکلیف مهارت‌های جلسه ششم).
هفتم	مقابله ذهن آگاهانه (تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره توجه برگردانی و وقت استراحت، توجه برگردانی همراه با مواجهه تصویری یا هیجانی و بازخورد، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی و تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها).
هشتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و دریافت بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد، درجه بندی کارآمدی هیجانی، سخنان پایانی و قدردانی و اجرای پرسشنامه های پس از درمان).

یافته‌ها

در این قسمت به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته شده است. داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌هایی چون میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و در بخش استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت آزمون فرضیه‌های تحقیق و مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۳ صورت پذیرفت. در پژوهش حاضر، ۱۵ نفر از افراد شرکت‌کننده در گروه کنترل با میانگین سنی $۳۵/۵۷ \pm ۸/۶۹$ سال و دارای تحصیلات دیپلم (۴۲/۹ درصد)، فوق‌دیپلم (۳۵/۷ درصد) و لیسانس (۲۱/۴ درصد) بودند. در گروه آزمایش نیز ۱۵ نفر شرکت‌کننده با میانگین سنی $۳۳/۹۳ \pm ۶/۲۴$ سال و دارای تحصیلات دیپلم (۲۸/۶ درصد)، فوق‌دیپلم (۳۵/۷ درصد) و لیسانس نیز (۳۵/۷ درصد) بودند. یافته‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
اضطراب	آزمایش	میانگین	۱۲/۸۵	۵/۷۸	۶/۴۲
		انحراف معیار	۱/۸۷	۱/۸	۱/۸۶
کنترل		میانگین	۱۳/۸۵	۱۴/۱۴	۱۳/۸۵
		انحراف معیار	۲/۰۳	۲/۱۷	۱/۱۶
تحمل پریشانی	آزمایش	میانگین	۶۰/۶۴	۳۰/۴۳	۳۴/۸۵
		انحراف معیار	۵/۱۸	۲/۴۴	۲/۵۳
کنترل		میانگین	۵۸/۲۹	۵۸/۷۸	۵۸/۰۷
		انحراف معیار	۳/۰۵	۱/۹۸	۵/۵۲
دشواری در تنظیم هیجان	آزمایش	میانگین	۱۱۳/۹۲	۷۲/۲۱	۷۱/۷۱
		انحراف معیار	۴/۹	۴/۲۹	۳/۹۱
کنترل		میانگین	۱۱۷/۰۷	۱۱۵/۲۸	۱۱۵
		انحراف معیار	۵/۴۸	۴/۰۰۸	۴/۰۴

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین نمرات متغیرهای علایم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش نسبت به کنترل کاهش بیشتری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون داشته است. به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر علایم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجانی زنان دارای اضطراب فراگیر شهر اصفهان، از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده گردید. قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون کلموگروف-

اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن انجام گرفت که نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری می‌باشد ($p > 0/05$). پیش فرض تساوی واریانس ها با استفاده از آزمون لوین برای متغیرهای اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان رعایت شده است ($p > 0/05$). پیش فرض برابری کواریانس ها با آزمون باکس برای متغیرهای اضطراب ($M \text{ BOX} = 8/45$ ، $p = 0/287$)، تحمل پریشانی ($M = 6/14$) و دشواری در تنظیم هیجان ($M \text{ BOX} = 5/11$ ، $p = 0/604$) رعایت شده است ($p > 0/05$). همچنین آزمون موچلی به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس های متغیرهای اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان به ترتیب، آماره موچلی ($0/669$ ، $0/476$ و $0/652$) با مجذور خی ($10/06$ ، $18/55$ و $10/75$) به دست آمد، با توجه به اینکه آماره موچلی برای متغیرهای پژوهش تایید نشد بنابراین از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس گیزر برای تحلیل اندازه های تکراری استفاده گردید ($p < 0/05$).

جدول ۳) نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
درون آزمودنی	اضطراب	زمان	۲۰۴/۱۷	۱۳۵/۸۹۳	۴۱/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴	۱/۰۰۰
	× گروه	زمان	۲۲۴/۷۳۸	۱۴۹/۵۸	۴۵/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳۶	۱/۰۰۰
		گروه						
بین آزمودنی	گروه	۶۵۷/۴۴	۱	۶۵۷/۴۴	۱۱۰/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰۰
درون آزمودنی	تحمل پریشانی	زمان	۳۶۶۹/۷۱۴	۲۷۹۶/۱۴۵	۲۳۹/۱۵۸	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲	۱/۰۰۰
	× گروه	زمان	۳۷۸۸/۶۶۷	۲۸۸۶/۷۸۱	۲۴۶/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵	۱/۰۰۰
		گروه						
بین آزمودنی	گروه	۵۶۵۱/۴۴	۱	۵۶۵۱/۴۴	۴۰۱/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰
درون آزمودنی	دشواری در تنظیم هیجان	زمان	۸۹۹۲/۸۱	۴۴۹۶/۴۴	۲۸۵/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱۷	۱/۰۰۰
	× گروه	زمان	۷۴۸۰/۱۶۷	۳۷۴۰/۰۸۳	۲۳۷/۸۶۷	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱	۱/۰۰۰
		گروه						
بین آزمودنی	گروه	۱۸۶۹۰/۵۸۳	۱	۱۸۶۹۰/۵۸۳	۶۵۱/۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۶۲	۱/۰۰۰

زن و مطالعات خانواده - شماره ۶۶ - زمستان ۶۰۱۴۰۴

چنانچه از یافته های جدول ۳ مشاهده می گردد بین میانگین نمرات اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان در مرحله قبل و بعد از انجام مداخله درمانی و همچنین در پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین تعامل عضویت گروهی در مراحل پژوهش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در تمامی متغیرهای تحقیق معنادار می باشد ($p < 0/05$). نتایج تحلیل بین آزمودنی نشان داد که میانگین نمرات علایم اضطراب در دو گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و کنترل معنادار بوده ($p < 0/001$). نتایج تحلیل بین آزمودنی نشان داد که میانگین نمرات تحمل پریشانی در دو گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و کنترل معنادار بوده ($p < 0/001$). نتایج تحلیل بین آزمودنی نشان داد که میانگین نمرات دشواری در تنظیم هیجانی در دو گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و کنترل معنادار بوده ($p < 0/001$).

جدول ۴) پارامترها به تفکیک متغیرهای وابسته یا میانگین نمرات علایم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری تنظیم هیجان در مراحل پژوهش جهت مقایسه بسته آموزشی با گروه کنترل

مراحل پژوهش	B	خطای انحراف استاندارد	T	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
علایم اضطراب						
پیش آزمون	-۰/۱	۰/۷۳۹	-۱/۳۵	۰/۱۸۸	۰/۰۶۶	۰/۲۵۶
پس آزمون	-۸/۳۶	۰/۷۵۶	-۱۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۴	۱/۰۰۰
پیگیری	-۷/۴۳	۰/۶۵۹	-۱۱/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰۰
تحمل پریشانی						
پیش آزمون	۲/۳۵	۱/۶۰۷	۱/۴۷	۰/۱۵۴	۰/۰۷۶	۰/۲۹۲
پس آزمون	-۲۸/۳۵	۰/۸۳۸	-۳۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷۸	۱/۰۰۰
پیگیری	-۲۳/۲۱	۰/۹۶۷	-۲۴/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۱/۰۰۰
دشواری در تنظیم هیجان						
پیش آزمون	-۳/۱۴	۱/۹۶	-۱/۵۹	۰/۱۲۲	۰/۰۸۹	۰/۳۳۷
پس آزمون	-۴۳/۰۴	۱/۵۷	-۲۷/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶۷	۱/۰۰۰
پیگیری	-۴۳/۲۸	۱/۵۰۲	-۲۸/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱/۰۰۰

نتایج در جدول ۴ نشان داده است که میانگین نمرات علایم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان در دو گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و کنترل از لحاظ آماری به صورت کلی تفاوت معنی داری دارد ($p < 0/001$).

درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان در مرحله پس از آزمون میانگین نمرات علایم اضطراب را در گروه آزمایش کاهش داده است و تأثیر درمان در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. میزان تأثیر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان در کاهش علایم اضطراب در مرحله پس از آزمون برابر با ۸۲/۴ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۸۳ درصد است. همچنین درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان در مرحله پس از آزمون میانگین نمرات تحمل پریشانی را در گروه آزمایش کاهش داده است و تأثیر درمان در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. میزان تأثیر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان در کاهش تحمل پریشانی در مرحله پس از آزمون برابر با ۹۷/۸ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۹۵/۸ درصد است و در آخر، درمان مذکور، در مرحله پس از آزمون میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان را در گروه آزمایش کاهش داده است و تأثیر درمان در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. میزان تأثیر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در کاهش دشواری تنظیم هیجان در مرحله پس از آزمون برابر با ۹۶/۷ درصد و در مرحله پیگیری برابر با ۹۷ درصد است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر علایم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان زنان دارای اضطراب فراگیر شهر اصفهان انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر علایم اضطراب در زنان دارای اضطراب فراگیر شهر اصفهان تأثیر داشته است. اگرچه مطالعه‌ای که دقیقاً موضوع پژوهش حاضر را مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد، اما در تبیین این فرضیه سعی شده تا به نزدیک‌ترین تحقیقات با موضوع حاضر اشاره گردد. از آنجایی که درمان کارآمدی هیجانی شامل ترکیبی از درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر مواجهه است، بنابراین این نتایج با یافته‌های پژوهش رهبرکرباسدهی و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب وجودی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (۱۳۹۸)، روحی و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش تحمل پریشانی و تنظیم هیجان دانش آموزان و هومن و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی گروهی در کاهش علایم اضطراب و افسردگی در بافتی کلی تر همسویی دارد. لازم به ذکر است تفاوت نمونه پژوه در این مطالعه و پژوهش‌های قبلی باید مدنظر قرار گیرد. در تبیین این یافته، می‌توان اظهار داشت که یکی از تکنیک‌های درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی که برای درمان اضطراب بیماران مورد استفاده قرار گرفت، تکنیک تصویرسازی ذهنی و ریلکسیشن و تکنیک مراقبه بود؛ در آموزش این تکنیک‌ها فرد می‌آموزد تا به‌طور آگاهانه با ایجاد تنش و رهاسدگی در گروه‌های مختلف و تصویرسازی ذهنی مثبت در خود آرامش ایجاد نماید. به عبارتی ریلکسیشن و تصویرسازی روی اعصاب اتونوم تأثیر گذاشته، سبب کاهش تنش عضلانی شده و در آرامش و کاهش اضطراب در افراد نقش داشته است و نقش این تکنیک‌های درمانی در چارچوب یک تکنیک انحراف توجه نیز قابل تبیین است. به‌عنوان مثال ریلکس کردن با تأکید بر آرامش عضلانی می‌تواند سبب جهت‌گیری مجدد توجه بر احساسات خوشایند

درونی شده و برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از هیجانات مثبت باعث کاهش اضطراب در افراد می‌شود (لیو، گوسنز، لیتون، کرومبز، بورسما و ولاین^۱، ۲۰۰۷).

همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر تحمل پریشانی در زنان دارای اضطراب فراگیر شهر اصفهان تأثیر دارد. این یافته تا حدودی با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه پژوهش روحی و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت این درمان مشکل اصلی بیماران را اجتناب از درد و استرس می‌داند، که این اجتناب باعث ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌شود. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و احساسات منفی تأثیر بیش‌ازحد و نامناسبی بر رفتار داشته باشند. بنابراین، شیوه اصلی این درمان مواجهه سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که قبلاً از آن‌ها اجتناب شده است (هیز، لوین، پلمب-ویلاردگا، ویلات و پیستورلو^۲، ۲۰۱۳) و برخلاف سایر درمان‌ها از جمله درمان شناختی-رفتاری که بر کاهش یا کنترل علائم تأکید دارند، این درمان برافزایش پذیرش واکنش‌های منفی (افکار، هیجانات، حواس بدنی) به نفع انجام فعالیت‌های معنی‌دار متمرکز است که به‌طور مستقیم قابل تغییر نیست، هرچند که ممکن است این کار درد و استرس زیادی را فراخواند. هدف درمان بهبود کارکرد فرد از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانی است (پرودینی، پرستی، رابیتی، میزلی و مودراتو^۳، ۲۰۱۱). بسیاری از درمان‌ها قصد دارند تا در پایان دوره درمان، درمان‌جو علائم کمتر و از نظر هیجانی احساس بهتری را تجربه کند به همین دلیل به درمان‌جویان کمک می‌کنند تا احساس بهتری داشته باشند، ولی این درمان صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارد؛ صرف‌نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). از سویی این درمان مراجعان را تشویق می‌نماید که رابطه‌شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آن‌ها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. پذیرش افکار به‌عنوان افکار، احساسات به‌عنوان احساسات و هیجانات - همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر - منجر به تضعیف همجوشی‌های شناختی می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاریش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد و بدین ترتیب نشانگان پریشانی هیجانی نیز بهبود می‌یابد (دیورست، ناکوا و روبر^۴، ۲۰۱۵).

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر دشواری در تنظیم هیجان در زنان دارای اضطراب فراگیر شهر اصفهان تأثیر دارد. این یافته تا حدودی با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌هایی همچون نجفی و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر تأثیر درمان کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان زنان دارای

۱ . Leeuw, Goossens, Linton, Crombez, Boersma & Vlaeyen

۲ . Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello

۳ . Prevedini, Presti, Rabitti, Miselli & Moderato

۴ . Dewhurst, Novakova & Reuber

اختلال اضطراب فراگیر و خلیلی و خوش اخلاق (۱۴۰۱) مبنی بر اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در بافتی کلی تر همسویی دارد. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت مدیریت و تنظیم مناسب هیجان یکی از بنیادهای بهزیستی و سلامت روان‌شناختی به شمار می‌رود و تنظیم بهینه هیجان از لحاظ کیفیت هیجانی به معنی به‌کارگیری راهبردهایی است که منجر به ارزیابی سریع جایگاه‌های برانگیزاننده هیجان دسترسی به گستره وسیعی از هیجان‌ها و جهت‌یابی مطلوب هدف می‌شوند (دیورست، نواکوا و روبر، ۲۰۱۶). از این‌رو، تنظیم هیجان را فرآیند آغاز، نگهداری، تنظیم و تغییر شدت یا مدت حالت‌های هیجانی، انگیزش‌های مرتبط با هیجان و فرآیندهای فیزیولوژی تعریف می‌کنند که بیشتر در جهت اهداف فرد است اما بسیاری از تعاریف تنظیم هیجان به تنظیم بهینه از جنبه برون‌دادهای آن یعنی نتایج رفتاری حاصل از آن می‌نگرند. بدین معنی که فرد توان آن را دارد که هیجان‌ها را تحت کنترل مطلوب درآورد تا از این طریق زمانی برای رابطه بین فردی و رفت‌وآمد پذیری، پیش‌قدم شدن برای روابط اجتماعی در هنگام مناسب، همدلی نسبت به دیگران، جرأت‌مندی هنگام نیاز یا دیگر نشانه‌های کارکرد پیروزمندانه فراهم آورد. باور بر این است که تنظیم مؤثر هیجان ترکیبی از این رفتارها است (آلدائو، شپس و گراس، ۲۰۱۵). در مفهوم پردازش درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی می‌توان گفت که توانایی تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم کنند (درگاهی، زراعتی، قمری گیوی، عیدی و حقانی، ۱۳۹۳). کارآمدی هیجانی پایین به احتمال زیاد حاصل آسیب پذیری‌ها یا الگوهای اصلی پاسخ‌های رفتاری ناسازگارانه است، رفتارهایی که در واکنش به درد هیجانی یا تمایل به اجتناب از درد بروز می‌یابند و باعث تقویت یا حفظ فرایند آسیب روانی می‌شوند. همچنین ممکن است افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر درکی نسبت به تجارب هیجانی خود نداشته و فاقد شفافیت لازم نسبت به هیجان‌ها یا ابزارهایی برای تحمل هیجان‌های دشوار، انتخاب‌های همسو با ارزش‌ها یا تنظیم هیجان‌های خود باشند. با گذشت زمان، این آسیب‌پذیری‌ها و الگوهای رفتاری ناسازگارانه می‌توانند منجر به بد تنظیمی هیجانی مزمن و به دنبال آن شکل‌گیری علایم افسردگی، اضطراب و استرس در این زنان شود. در این درمان، درمانگران یاد می‌گیرند به درمانجویانشان کمک کنند تا دردشان را بپذیرند و برای پاسخ به هیجان‌های برانگیخته شده از راهبردهای سازگارانه جدید استفاده کنند. درمان کارآمدی هیجانی علاوه بر تأثیر بر توانایی تنظیم هیجان، بر میزان شفقت به خود نیز تأثیر مثبت دارد (مک کی و وست، ۲۰۱۶).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که برای درمان اضطراب فراگیر در زنان می‌توان در کنار استفاده از دارو درمانی از روش جدیدی چون درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی استفاده کرد. وقتی شخص دارای اختلال اضطراب فراگیر، در یک موقعیت خطرناک قرار می‌گیرد، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی به معنای انجام دادن یا انجام ندادن کاری که برای شخص مهم است و یا تمرین مهارت‌هایی که به‌منظور

جلوگیری از بدتر شدن موقعیت، هیجان‌ها را کاهش می‌دهند، مفید خواهد بود. در واقع این درمان به افراد دچار اضطراب و استرس کمک می‌کند تا با درد خود مواجه شوند و آن را بپذیرند و یاد بگیرند که پاسخ‌های سازگارانه جدیدی به برانگیزنده‌های درد بدهند.

به عنوان جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی توانسته نقش مؤثری بر کاهش علائم اضطراب، تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان زنان دارای اضطراب فراگیر داشته باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد این روش درمانی برای سایر جمعیت‌های آماری نیز اجرا گردد تا نتایج قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد. همچنین نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی بر سلامت روانی زنان دارای اضطراب فراگیر بررسی شود و در پژوهش‌های آینده، به منظور بررسی اثر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی در مدت زمان بیشتر، پیگیری‌های بلند مدت‌تر انجام شود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر نیز می‌توان به این موارد اشاره نمود: این پژوهش صرفاً بر روی زنان دارای اضطراب فراگیر انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر اختلالات باید جانب احتیاط رعایت شود. از سوی دیگر اعتبار یافته‌ها مربوط به یک مقطع زمانی است و گذشت زمان یا رویدادهای اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی ممکن است بر نتایجی که در این پژوهش حاصل شده است، اثرگذار باشد. بنابراین از حیث تعمیم آن باید دقت لازم اعمال شود. پیشنهاد می‌شود این مداخله بر روی دیگر اختلالات روانشناختی اجرا و نتایج مقایسه شود. از سوی دیگر با توجه به اثربخش بودن این مداخله متخصصان می‌توانند در مراکز روانشناختی و مشاوره تخصصی از این روش درمانی برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر استفاده کنند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی زنان شرکت‌کنندگان در پژوهش، صمیمانه تشکر می‌کنم.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله حاضر فاقد هر گونه تعارض منافع بوده است.

References

- Abdi, A., Mirzaian, B., Abbasi, GH. (2021). The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on the Level of Depression he Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Emotion Efficacy Therapy on Depression and Self-Care in Non-Clinical Depressed Elderly, *Aging psychology*, 6(3), 269-283. [Persian].
- Akbari, M, Mohammadkhani, Sh. (2018). Cognitive, behavioral, and emotional meta-diagnostic processes in depression and anxiety disorders. *Culture of counseling and psychotherapy*, 9 (35), 117-46. [Persian].

- Aldao A, Nolen-Hoeksema S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*, ۴۸(۱۰):۹۴۷-۹۸۳.
- Aldao A, Sheppes G, Gross JJ. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 263-78.
- American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). *Manual of Mental Disorders*, ۴th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Besharat, M and Bazazian, S. (2014). Evaluation of psychometric properties of emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian society. *Journal of the School of Nursing and Midwifery*, 24 (84), 70-61. [Persian].
- Besharat, M. A. (2006). Reliability and Validity of the Mental Health Inventory. *Journal of psychology and Psychiatry*, 4(6), 11-16. [Persian].
- Bigdeli, I., Najafy, M., Rostami, M. (۲۰۱۳). The Relation of Attachment Styles, Emotion Regulation, and Resilience to Well-being among Students of Medical Sciences. *Iranian journal of medical education*, ۱۳(۹), ۷۲۱-۹. [Persian].
- Boyd, E. L. (2022). Exploration of distress tolerance and its association with self-injurious behaviour and as a trans-diagnostic target for intervention. Dissertation in clinical psychology, University of Edinburgh.
- Cai, J., Sun, M., & MA, W. (2017). Effect of Emotion Regulation on Anxiety in Patients Undergoing Functional Endoscopic Sinus Surgery under Acupuncture-drug Compound Anesthesia. *Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion*, ۳۹۵-۳۹۹.
- Crocq, M. A. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in clinical neuroscience*. ۱۹(۲):۱۰۷-۱۱۶.
- Dargahi SH, Zeraati M, Ghamari Givi H, Ayadi N, Haghanni M. (2015). The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Emotional Well-Being and Marital Satisfaction of Infertile Women, *Iran Journal of Nursing*, 28(93-94), 151-۱۶۲. [Persian].
- Dewhurst, E., Novakova, B., & Reuber, M. (2015). A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, ۴۶, ۲۳۴-۲۴۱.
- Ebrahimi, M., Shahhabizadeh, F., Esmaeili, A. A., Ahi, G. (2021). The Effectiveness of Trans diagnostic based Emotion Efficiency Therapy on Emotional Distress, Nursing Stress, and Health Anxiety of Anxious Nurses; Simultaneous Follow-Up with COVID-19 Pandemic, 16 (5) :19-31. [Persian].
- Hayati, M., shehniyailagh, M., keykhosrovani, M. (2023). The Effects of Emotion Efficacy Therapy on Coping Self-Efficacy and Focus of Attention in 15-16 Years-Old Girl Students with Social Anxiety, *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2023.1972535.3620> [Persian].
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science:

- Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, ۴۴(۲), ۱۸۰-۱۹۸.
- Hooman, F., Mehrabizadeh Honarmand, M., Zargari, Y., Davodi, I. (2015). The Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Anxiety, Depression, Cognitive Strategies of Emotional Regulation, and General Performance in Women with Comorbid Anxiety and Depression;5 (4). 551-563. [Persian].
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Kaviani, H., Seyfourian, H., Sharifi, V., Ebrahimkhani, N. (2009). Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Rouzbeh Hospital, Tehran University of Medical Journal*, 67(5), 379-85.
- Khalili, N., Khoshakhlagh, H. (2022). The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Emotional Regulation and Marital Conflicts of Women with Borderline Personality Disorder in Isfahan City, *International Journal of Health Studies*, ۸(۴), ۲۷-۳۲. [Persian].
- Khodayarifard, M., Mansouri, A., Besharat, M., Lavasani, M. (2017). Religiously and Spiritually Integrated Treatments and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 15(1), 126-34. [Persian].
- Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognitive therapy and research*, ۴۱(۲), ۲۰۶-۲۱۹.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of behavioral medicine*, ۳۰(۱), ۷۷-۹۴.
- MacKillop, J., & De Wit, H. (Eds.). (2013). *The Wiley-Blackwell handbook of addiction psychopharmacology*. John Wiley & Sons.
- Maron, E., & Nutt, D. (2022). Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- McKay, M., West, A. (2016). *emotion efficacy Therapy: A brief Exposure Treatment for Emotion regulation Intergrating DBT and ACT*: New Harbinger Publication, P. ۲۷-۳۶.
- Megreyaa, A., Al-Attiyaha, A., Moustafab, A, Hassaneina, E. (2020). Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders, *Research in Autism Spectrum Disorders*, (76): 1-9.
- Merino, H., Senra, C., & Ferreira, F. (2016). Are worry and rumination specific pathways linking neuroticism and symptoms of anxiety and depression in patients with generalized anxiety disorder, major depressive disorder and mixed anxiety-depressive disorder?. *PloS one*, ۱۱(۵), e۰۱۵۶۱۶۹.

- Naeinian, M. R., Shaeiri, M.R. Sharif, M., Hadian, M. (2011). To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality*. 9(16): 41-50. [Persian]
- Najafi, M., Sajjadian, I., Manshaee, Gh. (2022). Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Emotion Regulation, Self-Compassion and Self-Efficacy in Women with Generalized Anxiety Disorder, *Journal of Clinical Psychology*, 2(58). [Persian].
- Prevedini, A. B., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *G Ital Med Lav Ergon*, ۳۳(۱ Suppl A), A۵۳-۶۳.
- Rahbar Karbasdehi, E., Abolghasemi, A., Hossein, Khanzadeh, A.A., Rahbar Karbasdehi, F.(2019). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on cognitive regulation of emotion and existential anxiety in patients with multiple sclerosis, *Journal of Clinical Psychology & Personality*, ۱۸(۲), ۱-۹. [Persian].
- Ranney, R. M., Berenz, E., Rappaport, L. M., Amstadter, A., & Dick, D. (2022). Anxiety sensitivity and distress tolerance predict changes in internalizing symptoms in individuals exposed to interpersonal trauma. *Cognitive Therapy and Research*, ۴۶(۱), ۲۱۷-۲۳۱.
- Roohi, R., Soltani, A. A., Zinedine Meimand, Z., Razavi Nematollahi, V. (2019). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Increasing the Self-Compassion, Distress Tolerance, and Emotion Regulation in Students with Social Anxiety Disorder. *Journal of Child Mental Health*. 6 (3) ,173-187
- Rose, M., & Devine, J. (2022). Assessment of patient-reported symptoms of anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Rutherford, H. J., Goldberg, B., Luyten, P., Bridgett, D. J., & Mayes, L. C. (2013). Parental reflective functioning is associated with tolerance of infant distress but not general distress: Evidence for a specific relationship using a simulated baby paradigm. *Infant Behavior and Development*, ۳۶(۴), ۶۳۵-۶۴۱.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. New York: Wolters Kluwer.
- Schneider RL, Arch JJ, Landy LN, Hankin BL. (2018).The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 47(6), 978-91.
- Sheydayi Aghdam S, Shamseddini Lory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi Joo M. (2015). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 9(34):57-66. [Persian].
- ShirMohammadi, S., Hosseini. S., Amiri, H. (2019). The mediating role of difficulties in excitement adjustment on the relationship between attachment

- styles and psychopathology in female applicants of cosmetic surgery in Kermanshah. *Journal of Dermatology and Cosmetic*. 10(2), 101-16. [Persian].
- Simons, J.S., Gaher, R.M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 29(2), 83-102.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, ۱۶۶(۱۰), ۱۰۹۲-۱۰۹۷.
- Zareie Faskhudi, B., Karbalaee, A., Meigouni, M., Rezaabakhsh, H. Ghelichi, L.(1401). Comparison of the Effect of Unified Transdiagnostic Treatment from Emotional Disorders and Emotion Efficacy Therapy on Emotion Regulation among Adults with Stuttering. *Journal of Applied Psychological Research*. ۱۲(۲):۱۸۵-۲۰۹. [□□□□□□□□].
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, ۶۷(۶), ۳۶۱-۳۷۰.
- Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2018). Development and timing of developmental changes in emotional reactivity and emotion regulation during adolescence. In *Emotion regulation* (pp. ۱۱۷-۱۳۹). Routledge.
- Zugman, A., Harrewijn, A., Cardinale, E. M., Zwiebel, H., Freitag, G. F., Werwath, K. E., ... & Winkler, A. M. (2022). Mega-analysis methods in ENIGMA: The experience of the generalized anxiety disorder working group. *Human Brain Mapping*, ۴۳(۱), ۲۵۵-۲۷۷.

The Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Symptom of anxiety, Distress Tolerance and Difficulty in Emotion Regulation in Women with Generalized Anxiety Disorder

Afsaneh Amiri^۱, *Ilnaz Sajjadian*^{۲*}

Abstract

Generalized anxiety is one of the most common mental disorders, the main characteristic of which is excessive anxiety and worry that is not related to the event or situation that is the focus of worry. The present study was conducted with the aim investigating the effectiveness of emotion efficacy therapy on symptom of anxiety, distress tolerance and difficulty in emotion regulation. Research method was semi-experimental with a control group and one month follow-up. For this purpose, from among the women who referred to cultural centers in Isfahan city in 2019, 30 people who had a score higher than the cut-off point in the general anxiety questionnaire of Spitzer et al. (2006) and who met the inclusion criteria were selected and randomly assigned into assigned into in two experimental and control groups (15 people in each group). The research instruments included the hospital anxiety and depression scale (Zigmond and Snaith, 1983), generalized anxiety disorder (Spitzer et al, 2006), distress tolerance scale (Simons & Gaher, ۲۰۰۵), difficulties in emotion regulation scale (Gratz & Roemer, ۲۰۰۴). Subjects of the experimental group received ۸ sessions of 90 minutes, emotion efficiency therapy (McKay and West, 2016). The results of repeated measures of ANOVA indicated the significant decrease in symptoms of anxiety, distress tolerance and difficulty in emotion regulation in the experimental group compared to the control group ($p < 0.05$). According to the findings, emotional efficacy therapy can be used as a beneficial intervention method to reduce anxiety symptoms, distress tolerance and difficulty in emotion regulation in women with generalized anxiety.

Key words: emotion efficacy therapy, anxiety symptom, distress tolerance, difficulty in emotion regulation, generalized anxiety.

^۱ Ph.D. Student in Health Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

^۲ *Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) ORCID: 0000-0003-4257-۶۹۶۷, □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□