

Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Emotion Regulation, Self-Compassion and Self-Efficacy in Women with Generalized Anxiety Disorder

Najafi, M., Sajjadian, *I., Manshaee, Gh.

اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان، شفقت به خود و خودکارآمدی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر

مریم نجفی^۱، ایلناز سجادیان^۲، غلامرضا منشی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۰

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان، شفقت به خود و خودکارآمدی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: در این پژوهش محقق طرح کاربردی تصادفی کنترل شده را به کار بسته است. جامعه آماری کلیه زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر در شهر اصفهان را شامل می‌شدند که از بین آن‌ها یک گروه ۳۰ نفره از افراد دارای اضطراب فراگیر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (هرگروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله کارآمدی هیجانی دریافت کردند، درحالی‌که گروه گواه در لیست انتظار ماندند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله کارآمدی هیجانی منجر به افزایش تنظیم شناختی، شفقت به خود و خودکارآمدی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد و این اثربخشی در مرحله پیگیری پایدار ماند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که درمان‌گران می‌توانند از درمان کارآمدی هیجانی در جهت افزایش تنظیم هیجان، شفقت به خود و خودکارآمدی در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: درمان کارآمدی هیجانی، تنظیم هیجان، شفقت به خود، خودکارآمدی، اختلال اضطراب فراگیر.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate the Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy on Emotion Regulation, Self-Compassion and Self-Efficacy in Women with Generalized Anxiety Disorder.

Method: In this research we conducted a randomized controlled trial design. The statistical population was Women with Generalized Anxiety Disorder in Esfahan city. A group of 30 individual with Generalized Anxiety were selected by purposive sampling method and randomly divided to experimental and control groups (each group=15person). The experimental group received 8 sessions of Emotion Efficacy intervention, while the control group remained on the waiting list. The data were analyzed using the statistical method of variance analysis of repeated measures.

Results: The results of this study showed that the Emotion Efficacy intervention could raise Emotion Regulation, Self-Compassion and Self-Efficacy in the experimental group rather than in the control group. And the observed impact appeared to be stable in the follow-up phase.

Conclusion: As a result the use of Emotion Efficacy therapy could be an effective way to raise perceived Emotion Regulation, Self-Compassion and Self-Efficacy in Women with Generalized Anxiety Disorder.

Keywords: Emotion Efficacy Therapy, Emotion Regulation, Self-Compassion, Self-Efficacy, Generalized Anxiety Disorder.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی،

اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد

اسلامی، اصفهان، ایران

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

مقدمه

بهره‌وری پایین همراه است (۱۱). این اختلال هزینه زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند و یکی از دشوارترین اختلال‌های اضطرابی برای درمان است (۱۲). حدود ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک‌های روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند و تقریباً ۲۵ درصد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اختلالات اضطرابی، مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هستند (۱۳). در برخی پژوهش‌های دیگر این اختلال نه تنها شایع‌ترین اختلال اضطرابی، بلکه در بین سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهمترین اختلال‌های ناتوان‌کننده برای بزرگسالان مطرح شده است (۱۴). تحقیقات اخیر نشان داده است که نارسایی در تنظیم هیجان مکانیسم زیربنایی اختلال‌های خلقی و اضطرابی می‌باشد (۱۵).

تنظیم هیجان به دامنه وسیعی از فرآیندهای رفتاری، اجتماعی و زیستی اشاره می‌کند که می‌تواند به صورت فرآیندهای شناختی آگاهانه کنارآمدن (مانند ملامت خود یا دیگری، نشخوارفکری و یا فاجعه‌سازی) یا فرآیندهای شناختی ناآگاهانه (مانند تحریفات حافظه، انکار یا برون‌فکنی) مدیریت شود (۱۶). سبک‌های تنظیم شناختی هیجان سازگار شامل پنج زیر مقیاس می‌باشد و راهبردهای مقابله بهنجار محسوب می‌شوند که شامل: ۱. پذیرش؛ ۲. تفکر با محتوای پذیرش و تسلیم رخداد؛ ۳. تمرکز مجدد مثبت؛ ۴. فکر کردن به موضوع لذت‌بخش و شاد به جای تفکر در مورد حادثه واقعی؛ ۵. تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی؛ ۶. فکر کردن درباره مراحل فائق آمدن بر واقعه منفی و تغییر آن؛ ۷. ارزیابی مجدد مثبت؛ ۸. تفکر درباره جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقاء و ارتقاء شخصی؛ ۹. اتخاذ دیدگاه؛ ۱۰. تفکرات مربوط به کم‌اهمیت بودن واقعه یا تأکید بر نسبت آن در مقایسه با سایر وقایع. سبک‌های تنظیم شناختی هیجان ناسازگار شامل چهار زیرمقیاس می‌باشد و راهبردهای مقابله‌ای نابهنجار را تشکیل می‌دهد که عبارتند از: ۱. سرزنش خود؛ ۲. تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش خود؛ ۳. نشخوار ذهنی؛ ۴. اشتغال ذهنی درباره احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه

مشکلات هیجانی مانند اضطراب^۱ در جامعه امروز از شایع‌ترین اختلالات هیجانی به حساب می‌آیند. زندگی شهرنشینی، دغدغه‌ها و درگیری‌های روزمره، زمینه‌ساز بروز هرچه بیشتر این قبیل مشکلات هیجانی در افراد شده است، به گونه‌ای که این مشکلات گاه می‌توانند فرآیند زندگی فرد را به کلی مختل کنند (۱). اضطراب و نگرانی از ویژگی‌های معمول همه اختلالات روان‌پزشکی و هیجانی محسوب می‌شوند (۲). اضطراب به حالتی اشاره دارد که به موجب آن فرد بیش از اندازه درباره اتفاق افتادن چیز وحشتناکی در آینده نگران است (۳). اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی در سراسر جهان است که شیوع آن در طول عمر بیش از ۲۰ درصد می‌باشد و میزان بروز سالانه آن در بین جمعیت بزرگسال حدود ۳ درصد برآورد شده است (۴) و به عنوان یکی از مشکلات مهم سلامت عمومی محسوب می‌شود (۵). در این میان اختلال اضطراب فراگیر^۲ یکی از شایع‌ترین و فرآیندهای اساسی آن، فرآیندهای دخیل در همه‌ی اختلالات اضطرابی است (۶). اختلال اضطراب فراگیر نوعی اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی بیش از اندازه و نامعقول درباره اتفاقات و فعالیت‌های روزمره تعریف می‌شود (۷). در این اختلال فرد به شکل دائم درباره رویدادهای آینده نگران است و از آن‌ها می‌ترسد، موضوعی که به نگرانی مزمن و بیمارگون درباره رویدادها منجر می‌شود (۸).

علائم این اختلال را طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ می‌توان اضطراب و نگرانی شدید، عدم توانایی کنترل، اختلال در عملکرد اجتماعی و همراه بودن نگرانی با نشانه‌های بی‌قراری، خستگی، عدم تمرکز، زودرنجی، تنش ماهیچه‌ای و خواب مختل دانست (۹). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، از مشکلات جزئی در زندگی روزمره به راحتی ناراحت می‌شوند و درباره‌ی پیامدهای آن مشکلات بیش از حد نگران می‌شوند و به جای توجه به خود مشکل، بر نگرانی‌های برخاسته از خود مشکل متمرکز شده و نگرانی روی هم انباشته می‌شود (۱۰). اختلال اضطراب فراگیر با آسیب جدی نارضایتی از زندگی و

4. Acceptance
5. Positive Refocusing
6. Refocusing On Planning
7. Positive Reappraisal
8. Putting in to Perspective
9. Self-Blame
10. Rumination

1. Anxiety
2. Generalized Anxiety Disorder
3. Diagnostic & Statistical Manual Of Mental Disorder (DSM5)

افراد دارای خودکارآمدی پایین به جای برخورد با موانع از آن ها اجتناب می کنند، دست از تلاش بر می دارند، مقاومت و پایداری چندانی از خود نشان نمی دهند و در برخورد با مسائل و مشکلات واقع بینانه برخورد نمی کنند (۲۶). بنا به باور برخی از پژوهشگران تنظیم هیجانی مکانیسم مهمی در شکل گیری و تداوم اختلالات هیجانی همچون اضطراب فراگیر است و نقص در مهارت های تنظیم هیجانی ویژگی اساسی این اختلال محسوب می شود (۲۷ و ۲۸). بر همین اساس اخیراً پژوهشگران به این حوزه علاقه مند شده اند و درمان های موج سوم یا فراتشخیصی نیز تحت عنوان درمان های هیجان مدار شناخته می شوند. رویکرد فراتشخیصی به راهبردهایی اشاره دارد که افراد از آن ها برای وقوع، تشدید و ابراز دامنه گسترده ای از هیجانات استفاده می کنند (۲۹). به نظر می رسد سه مکانیسم فراتشخیصی بیشترین سهم را در بدتنظیمی هیجانی بازی می کنند: عدم تحمل پریشانی، اجتناب هیجانی بالا و تفکر منفی تکرار شونده (۳۰). درمان کارآمدی هیجانی^۳ درمان جدیدی است که هر سه مکانیسم را هدف قرار می دهد (۳۱). کارآمدی هیجان به باور افراد درباره توانایی خود در مدیریت و هدایت زندگی هیجانی خود و همچنین مهارت و توانایی واقعی آن ها برای انجام این عمل اشاره دارد.

این درمان مؤلفه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیک^۴، و درمان شناختی رفتاری را با هم یکپارچه کرده و توسط مک کی و وست (۲۰۱۶) طراحی و تدوین شده است. فرض فلسفی زیربنایی این درمان این است که با این که می دانیم درد اجتناب ناپذیر است، اما رنج کشیدن اجتناب ناپذیر نیست. رنج تا حدودی ناشی از عدم آگاهی از نحوه تعیین ارزش هایی است که زندگی ما را معنادار می سازند. اغلب اوقات رنج ناشی از عدم تمایل به تجربه هیجان های دشوار است که موجب تقویت پریشانی شده و در نتیجه منجر به رنج بیشتر می شود. علاوه بر این، رنج تداوم می یابد و حتی زمانی که درمانجویان تلاش می کنند از طریق پاسخ های رفتاری ناسازگارانه، درد خود را کنترل یا از آن اجتناب کنند، افزایش هم می یابد. به همان اندازه که درمانجویان می توانند یاد بگیرند چگونه به شکل

۳. فاجعه انگاری^۱: تفکر با محتوای وحشت از حادثه
 ۴. سرزنش دیگران^۲: تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران به خاطر آنچه اتفاق افتاده (۱۷).

نتایج مطالعه مگریا، آل آتیا، مصطفی و حسنین (۲۰۲۰) نشان داد که استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی باعث کاهش اضطراب و افسردگی در زنان می شود (۱۸). ساندنر، زیبیر، لویز و وسا (۲۰۲۱) نیز در مطالعه ای نشان دادند که تغییر میزان اضطراب بر بهزیستی ذهنی، غلظت کورتیزول، ضربان قلب و عملکرد مغزی مناطق دخیل در موقعیت های اضطرابی تأثیرگذار است. شفقت به خود نیز از جمله عواملی است که بر کاهش اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است (۱۹). شفقت به خود به صورت تمایل به مراقبت، گرمی و پذیرش نسبت به خود هنگام مواجهه با نقص ها، بی کفایتی ها و شکست های شخصی تعریف می شود (۲۰). به طور کلی شفقت به خود به صورت غیرمستقیم بر کیفیت زندگی و سلامت روانی افراد تأثیر می گذارد و سطح بالای آن سبب استفاده از شیوه مقابله سازگار آن شده و سطح پایین آن می تواند منجر به استفاده از راهبردهای نابهنجار در افراد شود (۲۱). پژوهش ها نشان داده اند که میزان شفقت به خود در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با افراد عادی کمتر است. بنابراین شفقت به خود یک پیشگوی قدرتمند برای سلامت روانی است و بر کاهش اضطراب تأثیر می گذارد (۲۲). متغیر دیگری که می تواند با اختلال اضطراب فراگیر مرتبط باشد، خودکارآمدی است. خودکارآمدی به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی خود در کنترل افکار، احساس ها، فعالیت ها و نیز عملکرد مؤثر در موقعیت های استرس زاست (۲۳). خودکارآمدی معیار داشتن مهارت های شخصی نیست، بلکه به این معنی است که فرد به این باور رسیده باشد که می تواند در شرایط مختلف با هر نوع مهارتی که داشته باشد وظایف را به نحو احسن انجام دهد. قواعد خودکارآمدی مشخص می کند که افراد چگونه احساس می کنند، چگونه می اندیشند، چگونه خود را بر می انگیزند و چگونه رفتار می کنند (۲۴). بندورا تأکید کرده است که خودکارآمدی به عنوان یک میانجی مهم در رفتار است و معمولاً عملکرد شناختی را تحت تأثیر قرار می دهد (۲۵).

3. Emotion Efficacy Therapy
 4. Dialectical Behavior Therapy

1. Catastrophizing
 2. Other Blame

این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان، شفقت به خود و خودکارآمدی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود و در آن از دو گروه آزمایش و کنترل با انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. متغیر مستقل، آموزش درمان کارآمدی هیجانی و متغیرهای وابسته تنظیم هیجان، شفقت به خود و خودکارآمدی بودند. در این پژوهش گروه آزمایش تحت آموزش درمان کارآمدی هیجانی قرار گرفته اما گروه کنترل در لیست انتظار بود. در واقع این گروه تحت هیچ‌گونه درمانی قرار نگرفت و هر دو گروه در زمان یکسان به پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند تا تأثیر درمان مورد بررسی قرار گیرد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل تمامی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی شهر اصفهان بود. نمونه پژوهش با استفاده از مصاحبه بالینی و پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر (۲۰۰۶) انتخاب و به‌طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش گماشته شدند. ملاک‌های ورود زنان به پژوهش عبارت بود از: اخذ تشخیص اختلال اضطراب فراگیر براساس مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی از سوی روانشناس بالینی یا روان‌پزشک، کسب نمره ۱۶ به بالا در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر (۲۰۰۶)، عدم مصرف مواد مخدر و الکل، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (که توسط روان‌پزشک یا روانشناس بالینی مورد تأیید قرار گرفته باشد)، عدم ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم استفاده از درمان‌های روانشناختی همزمان. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم همکاری و یا عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات، عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود.

نیرومندی در فضای بین‌انگیزگی هیجانی و پاسخ‌های خودشان حرکت کنند، می‌توانند به همان اندازه توانمند شوند تا نوعی زندگی را برای خود بیافرینند که به طور فزاینده‌ای همسو با ارزش‌ها و تحقق آن‌ها باشد (۳۱).

این برنامه درمانی از پنج مؤلفه تشکیل شده است: ۱. آموزش آگاهی و پذیرش هیجانی - یادگیری برای مشاهده چهار مؤلفه هیجان ۲. مواجهه هیجانی ساختاریافته - یادگیری تماشای جزر و مد موج هیجانی و در عین حال فاصله گرفتن از افکار منفی ۳. شفاف‌سازی ارزش‌ها همراه با آموزش عمل مبتنی بر ارزش‌ها ۴. مواجهه تصویری در ترکیب با تمرین شناختی عمل مبتنی بر ارزش‌ها و ۵. مواجهه تصویری همراه با شش مهارت مقابله ذهن‌آگاهانه (۲۸). دو مقوله آگاهی از هیجان (۳۳) و پذیرش ذهن‌آگاهانه (۳۴-۳۵) اساس درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی را تشکیل می‌دهند. فرضیه اصلی در این درمان این است که افراد مبتلا به اختلالات هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه را به کار می‌برند و اساساً سعی می‌کنند تا از هیجان‌ات ناخوشایند اجتناب کرده و یا شدت آن را کاهش دهند که باعث نتیجه عکس و تداوم علائم آن‌ها می‌شود (۳۱). این درمان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجان‌ات ناخوشایند خود مواجه شده و آن‌ها را تجربه کنند و با شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌ات خود پاسخ دهند (۳۱-۳۳). این درمان در بیست و پنج سال گذشته به عنوان یکی از اثر بخش‌ترین مداخلات درمانی در درمان اضطراب شناخته شده است (۳۱).

از آنجایی که ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مسائل و مشکلات عدیده‌ای برای افراد به وجود می‌آورد، شفقت به خود به‌عنوان یک استراتژی خودتنظیمی مهم برای مقابله با رنج از طریق ادعان به احساسات ناخوشایند همراه با مهربانی با خود افراد را تشویق می‌کند تا رفتارهای مشفقانه را جهت کاهش اضطراب و استرس و تنظیم هیجان‌ات تمرین کنند (۳۵). همچنین باورهای خودکارآمدی، می‌تواند در مسلط شدن بر عواطف منفی و نوسان آن‌ها، همچنین در فائق آمدن بر حالات اضطرابی و تکانشی، کمک‌کننده و دارای اهمیت ویژه باشند. به‌علاوه باورهای خودکارآمدی می‌توانند در ارائه صحیح عواطف مثبت و مقابله با رنج، به ویژه در موقعیت‌های حساس، نقش مهمی را ایفا کنند (۳۶). بنابراین

ابزار

۱. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این مقیاس، پرسشنامه ای چندبعدی است که توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون (۲۰۰۶) به منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی تهیه شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و نسخه اصلی آن دارای ۳۶ ماده است که هرکدام براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت در دامنه ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) قرار دارد. هر عبارت یک خرده مقیاس را تشکیل می‌دهد و در مجموع ۹ خرده مقیاس وجود دارد که هرکدام راهبردی خاص از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را می‌سنجد. پنج خرده مقیاس (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه) سبک‌های تنظیم هیجان شناختی سازگار و چهار خرده مقیاس دیگر (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌انگاری) سبک های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار هستند. نمرات هر زیر مقیاس در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ و جمع کل نمرات از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. بنابراین هر فرد در این پرسشنامه می‌تواند ۱۱ نمره جداگانه دریافت کند. این پرسشنامه می‌تواند در گروه‌های سنی مختلف با تحصیلات متفاوت، بیماران روانی و افراد بهنجار اجرا شود (۳۷). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش‌های دیگر تأیید شده است. از جمله گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۳ گزارش دادند. در ایران نسخه جدید توسط امین‌آبادی، دهقانی و خدایپانهی (۱۳۹۰) مورد تحلیل عاملی مجدد قرار گرفت و به ۲۶ سؤال کاهش یافت که تنظیم شناختی هیجان را در ۴ عامل (سرزنش خود، پذیرش، مثبت‌اندیشی و سرزنش دیگران) مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین ضریب آلفای برآورد شده نسخه ۲۶ سؤالی را ۰/۷۵ به دست آورده‌اند که از اعتبار کافی برخوردار است (۳۸). در پژوهش حاضر از فرم ۳۶ استفاده سؤالی شده است.

۲. پرسشنامه شفقت به خود (SCS-SF): رانس، پومیر، نف و ون‌گاجت (۲۰۱۱) فرم کوتاه پرسشنامه شفقت بر خود که شامل ۱۲ گویه است، با هدف ایجاد ابزاری کوتاه‌تر با ساختار عاملی مشابه با فرم ۲۶ سؤالی، تدوین و ویژگی‌های آن را در جمعیت آلمانی بررسی کردند. این پرسشنامه سه مؤلفه دو

قطبی را در شش زیر مقیاس مهربانی با خود، خود قضاوت‌گری، اشتراکات انسانی، انزوا و ذهن‌آگاهی، همانند سازی افراطی اندازه‌گیری می‌کند. طیف گزینه‌ها از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نوسان امتیازات بین ۱۲ تا ۶۰ بوده و افزایش امتیازات به معنای افزایش شفقت به خود می‌باشد. رانس و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود، همسانی درونی این فرم کوتاه را ۰/۸۶ گزارش کردند. هر کدام از زیر مقیاس‌ها دارای همسانی درونی خوبی (۰/۷۵ تا ۰/۸۱) است. همچنین ضریب بازآزمایی آن را به فاصله ۵ ماه ۰/۷۱ گزارش کردند (۳۹). در پژوهش قدم‌پور و منصور (۱۳۹۷) ضریب پایایی ۰/۶۳ و آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۰ بدست آمد (۴۰). همچنین در مطالعه شهبازی و همکاران (۱۳۹۴) پایایی این پرسشنامه ۰/۹۱ و روایی آن در سطح معناداری ۰/۰۰۱ تأیید شد (۳۹).

۳. پرسشنامه خودکارآمدی: پرسشنامه خودکارآمدی شرر (GSE): این پرسشنامه از سوی سوی شرر در سال ۱۹۸۲ ساخته شد. این آزمون ۲۳ ماده دارد که ۱۷ ماده خودکارآمدی عمومی را می‌سنجد و میانگین ۵۷/۹۹ و انحراف معیار آن ۱۲/۰۸ است. شیوه پاسخگویی به این پرسشنامه بر حسب مقیاس لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) بوده و در نمره‌گذاری ماده‌های شماره ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵، از راست به چپ و بقیه از چپ به راست امتیازشان افزایش می‌یابد. بنابراین حداکثر نمره فرد ۸۵ و حداقل آن ۱۷ است. وودروف و کاشمن (۱۹۹۳) روایی و پایایی این مقیاس را تأیید کرده‌اند. ضریب همسانی درونی این مقیاس برابر ۰/۸۳ است. ضریب پایایی آن با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمده است. در ایران اعتبار این مقیاس توسط براتی بختیاری ۰/۶۱ و پایایی آن ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین در مطالعه نجفی (۱۳۸۰) آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳، در پژوهش گنجی و فراهانی (۱۳۸۸) به روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۱ و در تحقیق کرامتی (۱۳۸۰) آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد (۴۱).

روند اجرای پژوهش: جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با زنان شرکت‌کننده در پژوهش صورت گرفت. سپس با کمک ابزارهای لازم افراد نمونه انتخاب

تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد که توسط نرم‌افزار SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این پژوهش دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به شناسه IR.IAU.KHUISF.REC.1401.073 می‌باشد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در نهایت بر روی گروه آزمایش مداخله درمان کارآمدی هیجانی طی هشت جلسه به صورت گروهی و در طول دو ماه صورت گرفت، درحالی‌که گروه کنترل در این مدت تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله تمایل آگاهانه، برخورد با احترام صادفانه بدون ایجاد رنجش برای شرکت‌کنندگان، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و کسب اعتماد دیگران، احترام به حقوق افراد و نگاه داشتن کرامت انسانی آن‌ها، احترام به تنوع عقاید و باورها (در نظر گرفتن منافع عمومی، رازداری، عدم استعمار افراد شرکت‌کننده)، اجتناب از آسیب‌رساندن به دیگران و عدم تحریف اطلاعات رعایت شدند. برای تجزیه و

جدول ۱) شرح جلسات درمان کارآمدی هیجانی (مک کی و وست، ۲۰۱۶)

شماره جلسه	اهداف	محتوای جلسه
اول	افزایش انگیزه و ارائه منطق درمان	معرفی درمان مبتنی بر خودکارآمدی هیجانی، یادگیری برقراری رابطه جدید با هیجان‌ها و آگاهی از هیجان‌ها، معرفی ویژگی‌های درمان، تعیین دستورالعمل‌هایی در رابطه با ساختار جلسه، انتظارات شرکت‌کنندگان و تمرینات، اجرای پیش‌آزمون، تعیین تکلیف خانگی.
دوم	آگاهی از هیجان‌ها	مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب از هیجان و آموزش روانی درباره‌ی موج‌سواری بر روی هیجان تعیین تکلیف خانگی.
سوم	مشاهده بدون قضاوت هیجان‌ها	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره لحظه انتخاب، معرفی عمل مبتنی بر ارزش‌ها (بخش اول)، تمرین وایت برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی، تمرین مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد، تعیین تکلیف خانگی.
چهارم	شفاف‌سازی ارزش‌ها و انگیزه	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، تمرین هیولا در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری و بازخورد (بخش دوم)، تعیین تکلیف خانگی.
پنجم	تنظیم هیجان‌ها	آموزش روانی درباره مقابله ذهن آگاهانه، مقابله ذهن آگاهانه از طریق تن آرامی و خودآرام‌سازی، تمرین مهارت‌های تن آرامی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تمرین مهارت‌های خودآرام‌سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تعیین تکلیف خانگی.
ششم	افزایش تحمل پربشانی	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله‌ای، تمرین افکار مقابله‌ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، مقابله ذهن آگاهانه: آموزش روانی درباره پذیرش بنیادین، تمرین پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، تعیین تکلیف خانگی.
هفتم	یکپارچه‌سازی مهارت‌ها	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره توجه برگردانی و وقت استراحت، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی، تعیین تکلیف خانگی.
هشتم	نتیجه‌گیری	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی، درجه‌بندی کارآمدی هیجانی، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
تنظیم‌شناختی مثبت هیجانی	آزمایش	۶/۷	۵۵/۹۳	۷/۶۴	۵۴/۱۳	۷/۸۶	۵۴/۱۳
	کنترل	۵/۸	۳۸/۹۳	۵/۷۳	۴۰/۹۳	۵/۵۱	۴۰/۹۳
تنظیم‌شناختی منفی هیجانی	آزمایش	۱۵/۰۹	۱۰۸/۴	۱۵/۸۹	۱۰۷/۳۳	۱۶/۳۵	۱۰۷/۳۳
	کنترل	۱۵/۶۶	۱۰۰/۸۷	۱۵/۰۸	۱۰۰/۷۳	۱۴/۹	۱۰۰/۷۳
شفقت خود	آزمایش	۳/۴۱	۴۰/۲	۳/۵۵	۳۸/۹۳	۳/۶۱	۳۸/۹۳
	کنترل	۳/۰۸	۳۱/۲	۲/۹۳	۳۱/۶۷	۲/۹۴	۳۱/۶۷
خودکارآمدی	آزمایش	۵/۶۳	۵۶/۳۳	۶/۵۶	۵۵/۲	۶/۱۴	۵۵/۲
	کنترل	۵/۶۵	۴۳/۴	۵/۶۵	۴۴/۰۷	۵/۵۳	۴۴/۰۷

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۲، در تحلیل بین‌آزمودنی، میانگین نمرات متغیرهای تنظیم‌شناختی مثبت هیجان‌ات ($F=19/23, p<0/001, \eta^2=0/407$) و تنظیم منفی خود ($F=25/88, p<0/001, \eta^2=0/48$) و خودکارآمدی ($F=16/16, p<0/001, \eta^2=0/366$) در دو گروه آزمایش (درمان کارآمدی هیجان) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p<0/001$). نتایج نشان داده است که ۴۰/۷٪ از تفاوت‌های فردی در متغیر تنظیم‌شناختی مثبت هیجان، ۳۹/۸٪ در تنظیم‌شناختی منفی هیجان، ۴۸٪ در متغیر شفقت خود و ۳۶/۶٪ در متغیر خودکارآمدی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. براساس نتایج در تحلیل‌های درون‌آزمودنی، اثر اصلی زمان معنی‌دار است که نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات هر چهار متغیر تنظیم‌شناختی مثبت ($F=761/978, p<0/001, \eta^2=0/965$) و تنظیم منفی هیجان‌ات ($F=210/112, p<0/001, \eta^2=0/882$)، شفقت خود ($F=219/1, p<0/001, \eta^2=0/887$) و خودکارآمدی

پژوهش به‌طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$)، نتایج نشان داده است که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در هر چهار متغیر تنظیم‌شناختی مثبت ($F=760/75, p<0/001, \eta^2=0/965$) و تنظیم منفی هیجان‌ات ($F=169/733, p<0/001, \eta^2=0/872$)، شفقت خود ($F=417/02, p<0/001, \eta^2=0/937$) و خودکارآمدی ($F=396/669, p<0/001, \eta^2=0/947$) معنی‌دار است ($p<0/001$). که نشان می‌دهد تغییرات مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هر یک از گروه‌ها معنی‌دار بوده است. میزان تفاوت مراحل در گروه‌ها در متغیر تنظیم‌شناختی مثبت و منفی هیجان به ترتیب برابر با ۹۶/۵٪ و ۸۷/۲٪ درصد و متغیرهای شفقت خود و خودکارآمدی نیز به ترتیب برابر با ۹۳/۷٪ و ۹۴/۷٪ درصد به دست آمده است. نتایج مقایسه بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳) نتایج تحلیل اثرات بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
تنظیم‌شناختی مثبت هیجانی	بین‌آزمودنی	گروه	۲۴۹۶/۴	۱	۲۴۹۶/۴	۱۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷	۰/۹۸۸
	درون‌آزمودنی	اثر زمان	۹۹۴/۲	۲	۴۹۷/۱	۷۶۱/۹۷۸	۰/۰۰۱	۰/۹۶۵	۱/۰۰۰
تنظیم‌شناختی منفی هیجانی	بین‌آزمودنی	گروه	۴۴۲/۵	۱	۴۴۲/۵	۲۱۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸	۱/۰۰۰
	درون‌آزمودنی	اثر زمان	۳۷۵/۲	۲	۱۷۸/۶	۲۱۰/۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲	۱/۰۰۰
تنظیم‌شناختی منفی هیجانی	بین‌آزمودنی	گروه	۳۳۹/۴۶۷	۲	۱۶۹/۷۳۳	۱۶۹/۷۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۲	۱/۰۰۰
	درون‌آزمودنی	اثر زمان	۳۳۹/۴۶۷	۲	۱۶۹/۷۳۳	۱۶۹/۷۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۲	۱/۰۰۰

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
شفقت خود	بین آزمودنی	گروه	۸۱۶/۰۱۱	۱	۸۱۶/۰۱۱	۲۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹۸
	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۱۱/۲۹	۱/۵۵	۷۲/۰۰۱	۲۱۹/۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷	۱/۰۰۰
خودکارآمدی	بین آزمودنی	گروه	۱۶۵۵/۵۱۱	۱	۱۶۵۵/۵۱۱	۱۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶۶	۰/۹۷۲
	درون آزمودنی	اثر زمان	۳۹۶/۸۶۷	۱/۳۲	۳۰۰/۸۹۶	۳۵۸/۷۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۲۸	۱/۰۰۰
		اثر زمان × گروه	۵۴۹/۴۸۹	۱/۳۲	۴۱۶/۶۱۱	۴۹۶/۶۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۷	۱/۰۰۰

($p < ۰/۰۰۱$)، نتایج نشان داده است که تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز معنی دار است ($p < ۰/۰۰۱$)، که نشان می‌دهد تغییرات مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هر یک از گروه‌ها معنی دار بوده است. میزان تفاوت مراحل در گروه‌ها در متغیر تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان به ترتیب برابر با ۹۶/۵ و ۸۷/۲ درصد و متغیرهای شفقت خود و خودکارآمدی نیز به ترتیب برابر با ۹۳/۷ و ۹۴/۷ درصد به دست آمده است.

نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳، در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمرات متغیرهای تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان، شفقت خود و خودکارآمدی در دو گروه آزمایش (درمان کارآمدی هیجان) و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($p < ۰/۰۰۱$)، نتایج نشان داده است که ۴۰/۷ از تفاوت‌های فردی در متغیر تنظیم شناختی مثبت هیجان، ۳۹/۸ درصد در تنظیم شناختی منفی هیجان، ۴۸ درصد در متغیر شفقت خود و ۳۶/۶ درصد در متغیر خودکارآمدی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. بر اساس نتایج در تحلیل های درون آزمودنی، اثر اصلی زمان معنی دار است که نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات هر چهار متغیر تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان، شفقت خود و خودکارآمدی در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معنی داری وجود دارد

جدول ۴) نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه دو گروه به تفکیک متغیرهای وابسته یا میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	معنی داری	حجم اثر	متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	معنی داری	حجم اثر
تنظیم شناختی مثبت هیجانی	پیش‌آزمون	۱/۸	۰/۱۴۱	۰/۰۷۶	شفقت خود	پیش‌آزمون	۱/۸	۰/۱۴۱	۰/۰۷۶
	پس‌آزمون	۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲		پس‌آزمون	۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷۲
	پیگیری	۷/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۶		پیگیری	۷/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶۶
تنظیم شناختی منفی هیجانی	پیش‌آزمون	-۱/۱۳	۰/۸۴۲	۰/۰۲۳	خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۱/۶۷	۰/۴۲۵	۰/۰۲۳
	پس‌آزمون	۷/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶		پس‌آزمون	۱۲/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴
	پیگیری	۶/۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱		پیگیری	۱۱/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹۳

نشان می‌دهد میزان تأثیر مداخله درمانی کارآمدی هیجان بر بهبود تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان، شفقت خود و خودکارآمدی در زنان در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۶۲/۹، ۴۹/۶، ۶۷/۲ و ۵۴/۴ درصد حاصل شده است. همچنین تأثیر این بسته درمانی در متغیرهای تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان، شفقت خود و خودکارآمدی در مرحله پیگیری به

نتایج در جدول ۴ نشان می‌دهد، تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون معنی دار نیست ($P > ۰/۰۵$) اما تفاوت در مراحل پس‌آزمون و همچنین پیگیری در هر چهار متغیر تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان، شفقت خود و خودکارآمدی بین گروه کنترل با گروه درمان کارآمدی هیجان معنی داری به دست آمده است ($p < ۰/۰۰۱$) که

ترتیب برابر با ۵۰/۳، ۴۲/۱، ۵۶/۶ و ۴۹/۳ درصد به دست آمده است. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله در گروه آزمایش با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	معنی داری	گروه	متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	معنی داری
آزمایش	تنظیم شناختی مثبت هیجانی	پیش	پس آزمون	۰/۸	۰/۱۴۳	کنترل	تنظیم شناختی مثبت هیجانی	پیش	پس آزمون	-۱۴/۸	۰/۰۰۱
		آزمون	پیگیری	-۱/۲	۰/۰۸۹			آزمون	پیگیری	-۱۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۲	۰/۰۵۵			پس آزمون	پیگیری	۱/۸	۰/۰۹۸
	تنظیم شناختی منفی هیجانی	پیش	پس آزمون	-۰/۲۶۷	۰/۹۴۸		تنظیم شناختی منفی هیجانی	پیش	پس آزمون	-۸/۹۳	۰/۰۰۱
		آزمون	پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۹۵۵			آزمون	پیگیری	-۷/۸۶	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۹۵۶			پس آزمون	پیگیری	۱/۰۷	۰/۳۲۶
	شفقت خود	پیش	پس آزمون	۱/۰۷	۰/۲۴۲		شفقت خود	پیش	پس آزمون	-۶/۱۳	۰/۰۰۱
		آزمون	پیگیری	۰/۶	۰/۳۵۷			آزمون	پیگیری	۳۳۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۴۶۷	۰/۳۹۶			پس آزمون	پیگیری	-۴/۸۷	۰/۰۰۱
	خودکارآمدی	پیش	پس آزمون	۱/۰۶	۰/۳۲۶		خودکارآمدی	پیش	پس آزمون	-۱۰/۲	۰/۰۰۱
		آزمون	پیگیری	۰/۴	۰/۵۵۵			آزمون	پیگیری	-۹/۰۷	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۰/۶۶۷	۰/۴۱۲			پس آزمون	پیگیری	۱/۱۳	۰/۲۵۸

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجانی، شفقت به خود و خودکارآمدی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر و به شیوه‌ی گروهی انجام شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات تنظیم هیجان در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشته و این درمان بر زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان کارآمدی هیجانی موجب افزایش استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. 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 در بافتی کلی‌تر با نتایج تحقیقات داخل و خارج از کشور همچون

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان، شفقت خود و خودکارآمدی، در سه مرحله در گروه آزمایش در جدول ۵ نشان داده است که تفاوت میانگین نمرات همه متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است ($p < ۰/۰۰۱$). اما تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در این گروه معنی‌دار به دست نیامده است ($p > ۰/۰۵$). همچنین تفاوت میانگین نمرات هر چهار متغیر در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل معنی‌دار به دست نیامده است ($p > ۰/۰۵$). در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت، مداخله درمانی کارآمدی هیجان بر بهبود تنظیم شناختی مثبت و منفی هیجان، شفقت به خود و خودکارآمدی در زنان دارای اضطراب فراگیر در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری داشته‌اند و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

خود، تحمل پریشانی، و تنظیم هیجان در دانش آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی (۴۶)، عربزاده، نعمتی، نعمتی و فرامرز مبنی بر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر افزایش شفقت به خود و بهزیستی روانشناختی و کاهش فشار خون در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (۴۷)، قربانی خواه، محمدی فر و مرادی مبنی بر اثربخشی آموزش والدین مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلق و خو و اضطراب کودکان و شفقت به خود در والدین (۴۸)، دوراندیش، روزبان، ابراهیمی میمند و هاشمی پور مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی (۴۹) در بافتی کلی تر همسویی دارد.

در این مطالعه درمان کارآمدی هیجانی اثربخشی معناداری را بر شفقت به خود و مؤلفه‌های آن از خود نشان داد. این اثربخشی، اگر آرامش را یک حالت عاطفی و هیجانی مثبت با برانگیختگی سطح پائین تلقی کنیم، می‌تواند ناشی از این امر باشد که با کاهش سطح هیجان‌هایی نظیر خشم، عصبانیت، برافروختگی، شرم و رنجش که با برانگیختگی بالا و اضطراب نیز در موارد زیادی همراه هستند، طبیعی و منطقی است که به طور نسبی سطح شفقت به خود بالا برود. شفقت به خود سازه‌ای فرامردن و برآمده از جنبش‌های مثبت‌نگر همراه با رویکردهای شناختی است. این سازه در عمل در تقابل با خودانتقادی و خود سرزنش‌گری است (۵۰). درون‌مایه این متغیر بر این امر تأکید دارد که انسان‌ها می‌توانند و در عمل لازم است تا نسبت به خود، به ویژه در زمان‌هایی که احساس می‌کنند مرتکب خطا و اشتباهی شده‌اند، مهربان‌تر، رؤف‌تر و بخشنده‌تر باشند (۵۱). این مهربانی و بخشندگی بیشتر نسبت به خود، مجالی را در سطح روانشناختی فراهم می‌کند تا افراد در عین حال بتوانند از قابلیت‌های خود برای اصلاح نقاط ضعف خود بهره‌مند شوند (۵۲). یک انسان دارای شفقت منطقی و مطلوب، نسبت به خود علی‌رغم اینکه خطاها و ضعف‌های خود را می‌پذیرد در عین حال می‌پذیرد که با مهربانی بیشتر می‌توان بر ضعف‌ها غلبه نمود (۵۳).

یافته‌ی دیگر این پژوهش این بود که درمان کارآمدی هیجانی بر خودکارآمدی تأثیر دارد. نتایج این مطالعه با مطالعات افشاری و غفاری مبنی بر تأثیر گروه درمانی مبتنی

رهبر کرباسدهی، ابوالقاسمی، حسین‌خانزاده و رهبر کرباسدهی مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب وجودی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (۴۳)، خلیلی و خوش‌اخلاق (۴۴) مبنی بر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجانی و تعارضات زناشویی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همسویی دارد.

در مفهوم‌پردازی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی می‌توان گفت که توانایی تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم کنند (۴۵). کارآمدی هیجانی پایین به احتمال زیاد حاصل آسیب‌پذیری‌ها 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 فرآیند آسیب‌روانی 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 بدتنظیمی هیجانی مزمن و به دنبال آن شکل‌گیری علائم 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.

از آنجایی که پژوهشی که به صورت مستقیم درمان کارآمدی هیجانی را بر متغیرهای تنظیم هیجان و سرمایه عاطفی کار کرده باشد یافت نشد، به همین منظور به پژوهش‌هایی که در آن‌ها اثربخشی یکی از مؤلفه‌های بنیادین و تشکیل‌دهنده‌ی این روش درمانی مانند درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیکی در نمونه‌های مختلف تأیید شده باشد، اشاره می‌گردد. بنابراین نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات روحی، سلطانی، زین‌الدینی میمند و رضوی نعمت‌الهی مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شفقت به

این وجه تبیین در عمل جایگاه تنظیم و مدیریت هیجان‌ها را به عنوان یکی دیگر از منابع مرتبط با خودکارآمدی برجسته می‌کند. در نهایت اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی برای خودکارآمدی در زنان دارای اضطراب فراگیر، به دلایل چند وجهی بودن خودکارآمدی بوده است. به این معنی که از هر یک از جنبه‌های مثبت و شناختی، جنبه شناختی صرف و یا جنبه هیجانی صرف این سازه منعطف و بسیار با اهمیت را می‌توان در زنان دارای اضطراب فراگیر تقویت نمود. مهمترین محدودیت‌های این پژوهش شامل مقطعی بودن، تک جنسیتی بودن جامعه، محدود شدن جامعه پژوهش به گروه زنان، انجام پژوهش در شهر اصفهان و عدم مقایسه‌ی این درمان با درمان‌های دیگر است.

لذا پیشنهاد می‌شود تا در مراکز روان‌پزشکی و مراکز مشاوره و روان‌درمانی، از درمان کارآمدی هیجانی جهت بالا بردن سطح سرمایه عاطفی و شفقت به خود زنان مبتلا به اضطراب فراگیر استفاده شود. همچنین با توجه به اهمیت نقش اختلال روانشناختی اضطراب فراگیر در بروز علائم سایکوسوماتیک مختلف متناسب با شرایط فردی، علاوه بر استفاده از درمان کارآمدی هیجانی برای کمک به تغییر وضعیت تنظیم شناختی هیجان (ارتقاء تنظیم شناختی مثبت و تضعیف تنظیم شناختی هیجانی منفی) بروشورهایی به زبان ساده با محتوای چگونگی غلبه بر اضطراب و علائم آن مبتنی بر فنون این درمان جهت خودیاری زنان مبتلا به اضطراب فراگیر تهیه و در مراکز روان‌پزشکی و روان‌درمانی در اختیار این زنان قرار گیرد تا در کنار تمهیدات دیگر روانشناختی برای این بیماران، آن‌ها بتوانند از طریق این بروشورهای خودآموز، فرآیند درمانی خود را بهتر و مطلوب‌تر به سرانجام برسانند. در نهایت می‌توان در مراکز درمان روانشناختی برای این زنان بخش بازتوانی انسانی، شناختی و هیجانی راه‌اندازی و از طریق این مراکز بازتوانی به طور ویژه این درمان، مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

1. Mokhtari S, Nejatbakhsh A. Comparison of intolerance of Uncertainty Worryness, Cognitive Avoidance Negative problem orientation among people with generalized anxiety disorder, major depression disorder and Normal subjects(population). J Res behave Sci. 2015; 13(2): 188-207. [persian]

بر پذیرش و تعهد بر طلاق عاطفی و خودکارآمدی زوجین شاغل(۵۴) و باصره، صفرزاده و هومن مبنی بر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی و درمان ماتریس ساختاریافته بر خودکارآمدی ترک اعتیاد، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد محرک(۵۵) در بافتی کلی همسویی دارد. با استفاده از مهارت‌های درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، درمانجویان قادر خواهند بود تا به طور مؤثر هیجان‌های دشوار را تجربه کنند، به سرعت از بدتنظیمی هیجانی بهبود یابند، الگوی پاسخدهی ناسازگارانه را در هم بشکنند و چیزی را که در مواجهه با پریشانی برای آن‌ها ارزشمند محسوب می‌شود، لحظه به لحظه بروز دهند. مهارت‌های درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، به جای تمرکز بر کاهش بدتنظیمی هیجان و علائم زیربنایی اضطراب، افسردگی و استرس و تکانشگری بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش اجتناب از هیجان تمرکز می‌کنند. افراد دارای کارآمدی هیجانی بالاتر بهتر می‌توانند مشکلات خود را تجربه و تنظیم کنند(۴۳). درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی با هدف قرار دادن این آسیب‌پذیری‌ها باعث بالا رفتن کارآمدی هیجانی و تنظیم هیجان‌ها در افراد شده و در نتیجه از بروز آسیب‌های روانی جلوگیری نموده یا آن‌ها را کاهش می‌دهد(۵۶). اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی بر افزایش سطح خودکارآمدی، جنبه به نسبت جدیدی از سازه خودکارآمدی را نمایان می‌سازد و آن اینکه این سازه فراتر از نگاه گذشته به عنوان یک سازه شناختی - اجتماعی، می‌تواند یک سازه شناختی - اجتماعی - هیجانی تلقی شود. مهمترین سازوکار اثربخشی کارآمدی هیجانی بر خودکارآمدی، به نظر می‌رسد در تجارب دانشینی هیجانی نهفته باشد. اگر خودکارآمدی را احساس توان مقابله و رفع موانع و حتی در حالتی بسیط تر احساس غلبه بر دشواری‌ها تلقی کنیم، این توان غلبه، تفاوتی ندارد که غلبه بر موانع واقعی بیرونی و اجتماعی باشد، یا غلبه بر ضعف‌ها و مشکلات شناختی و یا حتی غلبه بر مشکلات هیجانی و عاطفی باشد. به واقع فردی که توان تنظیم هیجان‌های منفی و یا توان تقویت هیجان‌های مثبت را کسب می‌کند، این تجارب به عنوان تجاربی جدید نسبت به قبل از حضور در درمان کارآمدی هیجانی، می‌تواند سطح توانمندی، اثربخشی و کارآمدی شخصی را بالا ببرد.

14. Leonard K., Abramovitch A. Cognitive functions in young adults with generalized anxiety disorder. *European Psychiatry*. 2019; 56: 1-7.
15. Ghayour Kazemi F, Sepehri Shamloo Z, Mashhadi A, Ghanaei Chamanabad A, Pasalar F. A Comparative Study Effectiveness of Metacognitive Therapy with Neurofeedback Training on Anxiety Symptoms, Emotion Regulation and Brain wave activity in Female Students with Social Anxiety Disorder (Single Subject Study). *Neuropsychology*. 2018;4(12):77-100.
16. Abolmaali K, Rezaei Niaraki M. Prediction of Cognitive Emotion Regulation Strategies based on Metacognitive Beliefs and Attribution Styles among the Addicts under Abstinence Period. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2018; 12(45): 209-230.
17. Kiani Chalmardi A. Khakdal S, Kiwi moon H, Jamshidian. The effectiveness of satir brief family therapy on the sense of coherence and cognitive-emotion regulation in maladaptive couples, *Research in Clinical Psychology and Counselings*. 2017; 8(1): 5-20. [persian]
18. Megreyaa A, Al-Attiyaha A, Moustafab, A, Hassaneina E. Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders, *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2020; (76): 1-9.
19. Sandner M, Zeier p, Lois c G, Wessa M. Cognitive emotion regulation withstands the stress test: An fMRI study on the effect of acute stress on distraction and reappraisal, *Neuropsychologia*. 2021; (157): 1-12.
20. Muris, P., Petrocchi, N (2017). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations of self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 373-383.
21. Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2012; 21(1): 1-12.
22. Neff K, Rude S, Kirkpatrick K. L. An examination of selfcompassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*. 2007; 41(4): 908-916.
23. Nwoke M.B, Onuigbo E .N, Odo V.O. Social support, self-efficacy, and gender as predictors of reported stress among inpatient caregivers, *The Social Science Journal*. 2017; 54(2): 115-119.
24. Abdullahi B. Designing a model of psychological capability of experts in the headquarters of the Ministry of Science, Research and Technology. [P.H.D Dissertation]. Tehran: Tarbiat Moalem University; 2006.p.15
2. Seamus G, Hoffman, S. Cognitive behavioral therapy of anxiety disorders. Translation: Akram Khamse, Tehran: Arjamand Publications. 2013.
3. Fisher P. L, Durham R. C. Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*. 2004; 3(4): 26-30.
4. Da Silva ML, Rocha RSB, Buheji M, Jahrami H, Cunha KDC. A systematic review of the prevalence of anxiety symptoms during coronavirus epidemics. *Journal of health psychology*.2021; 26(1), 115 -125.
5. Necho M, Tsehay M, Birkie M, Biset G, Tadesse E. Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID -19 pandemic: A systematic review and meta - analysis. *International Journal of Social Psychiatry*. 2021; 67(7), 892-906.
6. Barlow D. H. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford press; 2004.
7. Silk JS, Pramana G, Sequeira SL, Lindhiem O, Kendall PC, Rosen D. Using a Smartphone App and Clinician Portal to Enhance Brief Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders. *Behav Ther*. 2020;51(1): 69-84.
8. Ganji M, Ganji H. Psychopathology according to DSM. Volume II, Tehran: Salavan Publications. 2013; p.194. [persian]
9. Silvernale C, Kuo B, Staller K. Lower socioeconomic status is associated with an increased prevalence of comorbid anxiety and depression among patients with irritable bowel syndrome: results from a multicenter cohort. *Scand J Gastroenterol*. 2019;54(9): 1070- 1074.
10. Qadampour A, Maleki M, Hosseini Ramqani N. Moradiani Gizeroud, Kh. Qolipour, M. Investigating the effectiveness of spiritual group therapy on the components of patience and anxiety symptoms in students with generalized anxiety disorder with an Islamic approach, *Journal of Psychology and Religion*. 2019; 13(3): 47-60. [persian]
11. Canuto A, Weber K, Baertschi M, Andreas S, Volkert J, Dehoust MC, Sehner S, Suling A, Wegscheider K, Ausín B, Crawford MJ. Anxiety disorders in old age: psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018; 26(2):174-85.
12. Generoso MB, Trevizol AP, Kasper S, Cho HJ, Cordeiro Q, Shiozawa P. Pregabalin for generalized anxiety disorder: an updated systematic review and meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*. 2017; 32(1):49-55.
13. Chang S, Abdin E, Shafie S, Sambasivam R, Vaingankar J.A, Stefan Ma, Chong S.A, Subramaniam M. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in Singapore: Results from the second Singapore Mental Health Study. *Journal of Anxiety Disorders*. 2019; 66: 102-108.

- emotion regulation questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences*. 2018; 5(4): 365-371. [persian]
39. Raes F, Pommier E, Neff K. D, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2011; 18(3): 250-255.
40. Ghadampour E, Mansouri L. The effectiveness of compassion focused therapy on increasing optimism and self-compassion in female students with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Studies*. 2018; 14(1): 59-74. [persian]
41. Qureshi Sheriff M. The effect of the integrated teaching method of collaborative learning and mastery learning on self- efficacy, self-esteem and academic progress, *Journal of Research in Educational Systems*. 2011; 5(12): 107-89. [persian]
42. Rahbar Karbasdehi E, Abolghasemi A, Hossein Khanzadeh A.A, Rahbar Karbasdehi F. 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*. 2019; 18(2): 1-9.
43. Khalili N, Khoshakhlagh H. 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*. 2022; 8(4): 27-32.
44. Dargahi SH, Zeraati M, Ghamari Givi H, Ayadi N, Haghanni M. The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Emotional Well-Being and Marital Satisfaction of Infertile Women, *Iran Journal of Nursing*. 2015; 28(93-94): 151-162.
45. Roohi R, Soltani A.A, Zinedine Meimand Z, Razavi Nematollahi V. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Increasing Regulation in Students with Social Anxiety Disorder, *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2019; 6(3): 173-187.
46. arabzadeh A, Nemati M, Nematy M, faramarzi F. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Increasing Self-Compassion and Psychological Well-being and Decreasing Blood Pressure in Individuals with Substance Abuse, *Scientific Quarterly of Research on Addiction*. 2022; 15 (62):261-288.
47. Ghorbanikhah E, Mohammadifar M.A, Moradi S, Delavarpour M.A, The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based-Parenting Training on Mood and Anxiety in Children and Self-Compassion in Parents, *Clinical Psychology*. 2023; 11(1): 0-0. <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-847-en.html>
48. Dourandish F, Rozban S, Ebrahimi Meymand F, Hashemipor F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Regulation of Emotion, Mindfulness and Self-Compassion in
25. Bandura A, Freeman W. H, Lightsey R. Self-efficacy: The exercise of control. New York; W. H. Freeman. 1999. P.158-166.
26. Campbell P, Jordan K. P, Dunn K. M. The role of relationship quality and perceived partner responses with pain and disability in those with back pain. *Pain Medicine*. 2012; 13(2): 204-214.
27. Desrosiers A, Vine V, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and anxiety*. 2013;30(7):654-61. <https://doi.org/10.1002/da.22124>
28. Boden MT, Thompson RJ. Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion*. 2015;15(3):399. <https://doi.org/10.1037/emo0000057>
29. Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment: Guilford Press; 2009.
30. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(10):947-983.
31. McKay M, West A. emotion efficacy Therapy: A brief Exposure Treatment for Emotion regulation Intergrating DBT and ACT: New Harbinger Publication; 2016. P. 27-36.
32. Kring A. M, Sloan D. M. (Eds.). Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. Guilford Press; 2009. P.13-37.
33. Brake CA, Sauer_Zavala, S, Boswell JF, Gallager MW, Farchione TJ, Barlow DH. Mindfulness based exposure strategies as a transdiagnostic mechanism of change: an exploratory alternating treatment design. *Behavior therapy*. 2016; 47: 225-238.
34. Capobianco L, Reeves D, Morrison A. P, Wells A. Group metocognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: a randomised feasibility trial. *Psychiatry research*. 2018; 259: 554-561.
35. Wu, Q., Chi, P., Lin, X., & Du, H. Child maltreatment and adult depressive symptoms: Roles of self-compassion and gratitude. *Child Abuse & Neglect*. 2018; 80, 62-69.
36. Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*. 2003; 74, 769-782.
37. Garnefski, N, Kraaij V, Spinhoven, P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.2002; 23(3): 141-149.
38. Amin Abadi Z, Dehghani M. Examining the factorial structure and validation of cognitive

- Patients with Major Depression, *Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV)*. 2022; 11(3): 1-31.
49. Hajialiani V, Bahrami Ehsan H, Noferesti A. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on coping strategies, depression, and suicidal ideations in students. *Journal of Psychological Science*. 2021; 19(96), 1557-1568.
50. Sadlonova M, Kermani M, Huffman J, Nikrahan GH, Sadeghi M, Celano, CH. Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of a Positive Psychology Intervention in Patients With Coronary Heart Disease: A Randomized Controlled Trial, [Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry](#). 2022 63(6), 557-566.
51. Eftekhar Afzali A, Izadi F. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on selfcompassion, Alexithymia and cognitive distortion of students experiencing love failure, *Journal of Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2022;11(2),61-72.
52. Kour A, El-Den J, Sriratanaviriyakul, N. The Role of Positive Psychology in Improving Employees erformance and Organizational Productivity: An Experimental Study, *Computer Science*,2019; 161: 226–232.
53. Afshari E, Ebrahimi M.A, Haddad A. The Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Emotional Divorce and Selfefficacy of Working Couples, *Journal of Community Health Research*. 2022; 11(4): 327-336.
54. Basereh S, Safarzadeh S, and Hooman F. The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy and Structured Matrix Treatment on Quit Addiction Self-efficacy, Distress Tolerance, and Mindfulness in Individuals with Stimulant Drug Abuse, *J Health Rep Technol*. 2022; 8(4): 1-7.
55. Amini M, Lotfi M, Fatemitabar R, & Bahrampouri L. The Effectiveness of Emotion-Focused Group Therapy on the Reduction of Negative Emotions and Internet Addiction Symptoms. *Journal of Practice in Clinical Psychology*. 2020; 8(1): 1-8.