

## **The effect of emotion-regulation skills training on improvement of life quality of female anxious school students**

**Bateni P. MSc<sup>✉</sup>, Abolghasemi A. PhD<sup>1</sup>, Aliakbari-Dehkordi M. PhD<sup>2</sup>,  
Hormozi M. PhD<sup>2</sup>**

<sup>✉</sup>*Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran*

<sup>1</sup>*Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran*

<sup>2</sup>*Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran*

Received: 2013.9.7

Accepted: 2014.3.15

### **Abstract**

**Introduction:** This research was aimed to investigate the effect of Emotion-Regulation skills training on increase of life quality of female anxious school students in Ardabil city.

**Method:** This is a quasi- experimental research in pretest-posttest design accompanied by a control group. The statistical population comprised all female students of Ardabil city. To choose the subjects, firstly 5 schools were selected from Ardabil high schools by the way of multistage cluster sampling. Then, 50 girls were selected after clinical interview by random sampling and randomly divided into two groups (experimental and control). All subjects filled out whole items of Beck Anxiety Inventory and short form of life quality (SF-36) prior to and after the intervention. Gratz and Gunderson emotion regulation method was taught to anxious students in 13 session. Data was analyzed with MANOVA method.

**Results:** Results revealed that the training of emotion regulation skills improved the quality of life by reforming people's unreasonable belief and illogical behavior. Furthermore, it brought them recognition of their emotions and adjustment by means of increasing the positive emotions and decreasing negative ones.

**Conclusion:** Training of emotion-regulation skills can improve the quality of life among female anxious school students.

**Keywords:** Emotion Regulation Skills, Quality of Life, Anxiety

## تأثیر آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی بر افزایش کیفیت زندگی دانش‌آموزان مضطرب

پونه باطنی<sup>✉</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۱</sup>، مهناز علی اکبری دهکردی<sup>۲</sup>، محمود هرمزی<sup>۲</sup>

<sup>✉</sup> گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران  
<sup>۱</sup> گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران  
<sup>۲</sup> گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۱۶

### چکیده

**مقدمه:** این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی بر افزایش کیفیت زندگی دانش‌آموزان دختر مضطرب دوره دبیرستان در شهر اردبیل صورت گرفت.

**روش:** طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است، جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر شهر اردبیل بود که به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان پژوهش، ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از میان کلیه دبیرستان‌های دخترانه شهر اردبیل، تعداد ۵ دبیرستان و از هر دبیرستان مقطع دوم انتخاب شد. سپس پس از مصاحبه بالینی ۵۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان دو گروه قبل از مداخله و پایان ماه‌های سوم و پنجم به گویه‌های پرسشنامه‌های اضطراب بک و فرم کوتاه کیفیت زندگی (SF-36) پاسخ دادند. شیوه مهارت‌های نظم‌دهی *گراتر و گاندرسون* در ۱۳ جلسه به دانش‌آموزان مضطرب آموزش داده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی با اصلاح باورهای نامناسب و رفتارهای غیرمنطقی افراد و همچنین به واسطه شناخت هیجان‌ها و تعدیل آن‌ها از طریق افزایش هیجان‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی به بهبود کیفیت زندگی آنان منجر می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مضطرب دختران شود.

**کلیدواژه‌ها:** مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی، کیفیت زندگی، اضطراب

## مقدمه

در مورد کیفیت زندگی تعریف‌های گوناگونی ارائه شده است. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به صورت ادراک فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های وی تعریف شده است [۱]. پایین بودن کیفیت زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف تر، علایم افسردگی و اضطراب، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است [۲]. کیفیت زندگی به عنوان یک متغیر، بر نوع مقابله فرد با اضطراب و استرس‌های زندگی و در نهایت بر سلامت روانی فرد تأثیر می‌گذارد. افراد مختلف جامعه از جمله دانش آموزان از این قاعده مستثنی نیستند. با توجه به پژوهش‌های انجام شده، کیفیت زندگی دانش‌آموزان مضطرب در سطح پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان عادی قرار دارد [۳]. اضطراب، استرس و تنش وارده به ذهن باعث خودگویی‌های منفی، یأس و ناامیدی، ناتوانی در حل مسأله و از دست دادن کنترل می‌شود و پیامد این عوامل، احساس ناراضی‌تبی از شرایط زندگی، ناکامی و پایین آمدن کیفیت زندگی افراد می‌باشد [۴]. همچنین، اضطراب، سلامت روانی دانش‌آموزان را تهدید می‌کند و می‌تواند روی عملکرد تحصیلی، کارآمدی، شکوفایی استعداد، شکل‌گیری شخصیت و هویت اجتماعی آنان تأثیر سوء بگذارد [۴].

پژوهش‌ها نشان داده است که افراد مضطرب تمایل دارند که از تجربه‌های هیجانی جلوگیری نمایند که به صورت نقص کنش معنادار در تجربه‌های هیجانی و نظم‌دهی آن‌ها در افراد مضطرب مشخص می‌شود. آن‌ها باورهای فاجعه‌آمیز ساز درباره نتیجه پیامدهای هیجان‌های مثبت و منفی‌شان دارند و به راحتی نمی‌توانند به تجربه‌های هیجانی خود اجازه بروز دهند [۵]. همچنین در پژوهش مارتینی و بوسری [۶] استفاده کم و یا نادرست افراد از راهبردهای نظم‌دهی هیجانی، پیش‌بینی کننده عاطفه منفی و رضایت پایین بوده است. اما استفاده درست از راهبردهای نظم‌دهی هیجان، پیش‌بینی کننده عاطفه مثبت در آنان بوده است.

مهارت‌های عمومی و کلی نظم‌دهی هیجان‌ها به چندین دلیل حائز اهمیت هستند: اول اینکه، هیجان‌ها و احساس‌های منفی که ضرورتاً در شناخت و تشخیص معیارهای سنجش یک اختلال ذکر نمی‌شوند، اغلب به الگوهای رفتاری مربوط به یک اختلال اشاره می‌کنند. دوم اینکه، هیجان‌ها و احساس‌های منفی که اغلب در معیارهای تشخیصی بیان نمی‌شوند، به منظور انجام و به کارگیری راه‌کارهای آموخته شده در روش‌های درمانی مداخله خواهند کرد (به طور مثال اضطراب مانع آن می‌شود که بیماران تحت درمان به حل و فصل مسأله‌هایشان بپردازند. حالت دلشوره و اضطراب و احساس ناامیدی باعث می‌شود تا بیماران تحت درمان از مواجه شدن با شرایط هولناک اجتناب

کنند). در نهایت بسیاری از بیماران، از بیش از یک اختلال رنج می‌برند که حداقل بخشی از آن‌ها می‌تواند به واسطه نقص‌ها و ضعف‌های کلی نظم دهنده هیجان‌ها تبیین شوند (به طور مثال، عدم توانایی در پذیرش احساس‌های یک فرد ممکن است به واکنش‌های متعددی همچون کناره‌گیری و اندیشناکی منجر گردد، که متعاقباً منجر به اختلال‌های چندگانه مثل پریشانی و اضطراب خواهد شد). بنابراین با تمرکز روی مهارت‌های کلی نظم دهنده هیجان به عنوان اقدام‌های الحاقی در اختلال‌های خاص و تقویت این مهارت‌ها می‌توان میزان تأثیر و کارآمدی این اقدام‌ها را در تشخیص نشانه‌های بیمارگونه و درمان آن نشانه‌ها، تقویت کرد [۶، ۷].

تامپسون [۸] نظم‌دهی هیجان را به عنوان فرآیندهای داخلی و خارجی مسئول خودپایی، ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی و عاطفی فرد تعریف می‌کند. همچنین در تعریف دیگری نظم‌دهی هیجانی به توانایی فهم هیجان‌ها و تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها اشاره دارد. نظم‌دهی هیجانی سازگارانه و هیجان‌های مثبت با عزت نفس، افزایش تاب‌آوری و تعاملات اجتماعی مثبت [۹، ۱۰] و از این طریق با کیفیت زندگی بالا رابطه معنادار دارد [۱۱، ۱۲]. یافته‌های عبدی [۱۳] بیانگر این است که در میان سبک‌های نظم‌دهی هیجانی شناختی سازگار، تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت، پیش‌بینی کننده سلامت روان شناختی بودند. امروزه مدل‌هایی از آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجان ارائه گردیده است مبنی بر اینکه از طریق آموزش و به کارگیری آن‌ها می‌توان باعث پرورش و تقویت رفتارهایی در دانش‌آموزان شود که حاصل آن بهبود عملکرد تحصیلی و اجتماعی فرد و کاهش عوارض حاصل از مسأله استرس و ارتقاء کیفیت زندگی است [۱۴]. بنابراین با توجه به این که در ایران پژوهش‌های کمی در مورد تأثیر این روش‌ها به ویژه آموزش مهارت نظم‌دهی هیجان بر اضطراب و کیفیت زندگی انجام شده است و همچنین با در نظر گرفتن اثرات مخربی که اضطراب بر عملکرد تحصیلی، روابط بین فردی و بهداشت روانی دانش‌آموزان دارد، این پژوهش با هدف بررسی آموزش مهارت‌های نظم‌دهی به هیجان‌ها، از طریق آگاهی از وجود هیجان‌های مثبت و منفی و افزایش آگاهی هیجانی و فراگیری جنبه‌های مختلف استفاده از هیجان‌ها، بازننگری فکری مرتبط با آن‌ها و نحوه ابراز یا بازداری هیجان‌ها، بر روی افزایش کیفیت زندگی دانش‌آموزان مضطرب انجام گرفته است.

## روش

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دختران دانش‌آموز در مقطع دبیرستان شهر اردبیل بودند. به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان پژوهش، ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از

پرسشنامه اضطراب بک (BAI) (Beck Anxiety Inventory): این پرسشنامه توسط بک و همکاران [۱۵] ساخته شد که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد و یک پرسشنامه خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) این پرسشنامه ۰/۹۲، اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد [۱۵]. برخی پژوهش‌ها در ایران در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون انجام گرفته است. غریبی [۱۸] ضریب اعتبار آن را با روش باز آزمایی و به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش کرده است. همچنین کاویانی و موسوی [۱۹] در بررسی ویژگی‌های روان-سنجی این آزمون در جمعیت ایرانی، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب اعتبار آزمون - آزمون مجدد به فاصله یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند.

#### فرم کوتاه کیفیت زندگی (SF-36) (Measurement of Life Quality, short form)

[۱۶]: این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال است و ۹ خرده مقیاس را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از: عملکرد جسمانی، کارکرد نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، سرزندگی، کارکرد نقش هیجانی، سلامت روانی و وضعیت سلامت گزارش شده. روایی و اعتبار این آزمون در جمعیت آمریکایی مورد تأیید قرار گرفته است [۲۰].

میان کلیه دبیرستان‌های دخترانه شهر اردبیل، تعداد ۵ دبیرستان و از هر دبیرستان مقطع دوم انتخاب شد. سپس به کلیه دانش آموزان آن مقطع پرسشنامه اضطراب بک (BAI) [۱۵]، داده شد تا به کلیه گویه‌های آن پاسخ دهند. کلیه دانش آموزانی که نمره آن‌ها در این پرسشنامه ۶۳-۲۶ بود، واجد شرایط نشانه‌های اضطراب در نظر گرفته شدند و از آن‌ها جهت مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای DSM-IV-TR دعوت به عمل آمد. پس از مصاحبه بالینی، ۵۰ نفر از دانش‌آموزانی که دارای اختلال اضطراب و واجد شرایط معیارهای ورود (ابتلاء به اختلال اضطراب براساس ملاک‌های DSM IV، دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال، تحصیل در دوره دبیرستان، مؤنث و مجرد بودن و نمره اضطراب بک بین ۶۳-۲۶ و معیارهای خروج (هرگونه معلولیت جسمانی که فرد به واسطه آن نتواند از عهده انجام تکالیف مانند نوشتن برآید، ابتلاء به هرگونه بیماری اختلالات هورمونی، بیماری روانی بارز، سایکوز، سوء مصرف مواد، دمانس، دلیریوم و یا قضاوت مختل) بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (کنترل) جایگزین شدند.

بعد از ارزیابی اولیه کلیه شرکت‌کنندگان تعهدنامه و فرم رضایت برای شرکت در پژوهش را امضا کردند. همچنین کلیه شرکت‌کنندگان قبل و بعد از مداخله و همچنین دو ماه بعد از پایان مداخله به گویه‌های پرسشنامه اضطراب بک (BAI) و کیفیت زندگی (SF-36) [۱۶] پاسخ دادند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش بر اساس پروتکل درمان آموزش مهارت‌های نظم‌دهی گراتز و گاندرسون [۱۷] در ۱۳ جلسه که هر جلسه به صورت هفتگی و به مدت ۶۰ دقیقه برگزار شد، آموزش دیدند. محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ خلاصه شده است. همچنین گروه پژوهشگران متعهد به اجرای پروتکل درمان روی اعضای گروه کنترل بعد از اتمام دوره پژوهش شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

جدول ۱. آموزش مهارت‌های نظم‌دهی گراتز و گاندرسون (۲۰۰۶)

جلسات	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی مشکل.
دوم و سوم	آگاهی از هیجان‌های مثبت و انواع آن‌ها، آموزش تکنیک توجه به هیجان‌های مثبت، تفکر در مورد آن‌ها و بازبینی یا کنترل خلق مثبت و وضوح هیجانی.
چهارم و پنجم	آگاهی از هیجان‌های منفی و انواع آن‌ها. آموزش تکنیک توجه به هیجان‌های منفی، تفکر در مورد آن‌ها و بازبینی یا کنترل خلق منفی و وضوح هیجانی.
ششم و هفتم	پذیرش هیجان‌های مثبت و دانستن جنبه‌های منفی استفاده بیش از حد از این هیجان‌ها. فهم این موضوع که پذیرش هیجان‌های مثبت، نسبت به پرهیز از این هیجان‌ها، درد و رنج روانی کمتری را در افراد بوجود می‌آورد.
جلسه هشتم	آموزش پذیرش هیجان‌های منفی. این جلسه همانند جلسه هفتم خواهد بود اما آموزش مربوط به هیجان‌های منفی است.
نهم و دهم	آموزش بازداری هیجانی. تعدیل تجربه‌های (ذهنی و رفتاری) مرتبط با هیجان‌های مثبت و منفی به صورت مثبت تعدیل. بازنگری تجربه‌های منفی، احساس‌های فیزیکی و افکار مرتبط با هیجان‌ها و بی‌بردن به افکار منفی و ارزیابی‌های غلط از این هیجان‌ها و جایگزین کردن افکار مثبت، هیجان‌ها و رفتارهای مناسب هنگام غلبه هیجان‌ها.
یازدهم و دوازدهم	ارزیابی مجدد هیجان‌ها: ارزیابی مجدد در مورد هیجان‌ها با ذکر مثال‌های عینی و اقدام نسبت به ابراز یا بازداری آن هیجان‌ها به صورت عملی و آموزش ابراز ساده هیجان‌ها.
جلسه سیزدهم	جمع‌بندی جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون.

همچنین در جدول ۲ ویژگی‌های توصیفی نمرات شرکت-کنندگان دو گروه در متغیر کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن ارائه شده است، همان‌گونه که در جدول نیز منعکس شده است، نمرات کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش بهبود یافته است.

جهت بررسی فرضیه پژوهش، پس از بررسی روایی مفروضه‌ها (مانند نرمال بودن توزیع نمرات و برابری واریانس‌ها) از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون t مستقل استفاده شده است. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه تفاوت تغییر نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل بیانگر آن است که میانگین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار دارند، به طوری که تفاوت میانگین نمره دو گروه آزمایش و کنترل در سطح  $P < 0.006$ ,  $SD = 0.06$ ,  $MD = 0.132$  و  $df = 48$ . بدین معنا که آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجان به بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان منتهی شده است.

همچنین در این فرضیه پژوهش به دلیل اینکه یکی از پیش فرض‌های لازم برای اجرای آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) که عبارتند از نرمال بودن، همگن بودن واریانس‌ها، خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته با متغیر کمی و تعامل نداشتن متغیر مستقل و کمی برقرار نبود، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شده است، قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت پیش‌فرض‌های آن، از آزمون باکس و لوین استفاده شد، بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است، همچنین بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط همسانی واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است، بنابراین آزمون تحلیل واریانس چند متغیری قابل اجراست. همچنین نتایج مشخصه‌های آماری لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی معنادار می‌باشد [ $F = 144.2$ ,  $P < 0.001$ ]. آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) را مجاز شمرد، بنابراین نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) نشان می‌دهد که تفاوت ترکیب متغیرهای وابسته (خرده مقیاس‌های عملکرد جسمانی، کارکرد نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، کارکرد نقش هیجانی، سلامت روانی و وضعیت سلامت گزارش شده) در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است [ $F_{(40,9)} = 144.2$ ,  $P = 0.0001$  و  $Partial \eta^2 = 0.02$ ].

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای آزمون معناداری تفاوت تغییر نمرات دو گروه در هر یک از خرده

بلازیر [۲۱] ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۹ خرده مقیاس این آزمون را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. در مطالعه جنکینسون [۱۶] ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های نه‌گانه آزمون (SF-36) بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین در تحقیقی که توسط /حمیدی [۲۲] در ایران در رابطه با تأثیر الگوی مشاوره مراقبت مداوم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر صورت گرفته است، در خصوص همسانی درونی گویه‌ها و اعتبار پرسشنامه (SF-36) آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ گزارش شده است و همچنین همبستگی آزمون-بازآزمایی امور نه‌گانه کیفیت زندگی برابر با ۰/۸۵ گزارش شده است.

داده‌های این پژوهش با استفاده از ویرایش شانزدهم نرم افزار آماری (SPSS) و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی نظیر آزمون‌های بررسی مفروضه‌های لازم جهت تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون t مستقل تجزیه و تحلیل آماری شده‌اند.

## یافته‌ها

در این پژوهش در مجموع ۵۰ شرکت‌کننده (۲۵ نفر گروه آزمایش و ۲۵ نفر گروه کنترل) با میانگین سنی ۱۵/۸۶ سال و با انحراف استاندارد ۱/۲۴ سال شرکت کردند. کلیه آزمودنی‌ها مؤنث و در مقطع دبیرستان مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی نمرات کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه

متغیر	موقعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۸۶/۶۸	۶/۸۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰۴/۸۴	۳/۷۴
عملکرد جسمانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۱۸	۱/۷۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۰/۵	۱/۷۰
کارکرد نقش جسمی	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۱۴	۱/۶۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۱/۹۶	۱/۱۹
درد بدنی	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۴۶	۱/۷۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۹/۲۶	۱/۳۳
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱/۹۲	۱/۳۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۲/۲	۱/۲۰
سرزندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۵	۱/۵۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۴/۶۸	۱/۵۸
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	آزمایش	۵/۷۸	۱/۲۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۶/۶	۱/۰۴
کارکرد نقش هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۶/۵۶	۱/۱۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۹/۰۶	۲/۲۶
سلامت روانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵/۱	۲/۲۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷/۷۲	۱/۸۶
وضعیت سلامت گزارش شده	پیش‌آزمون	آزمایش	۳/۶۰	۰/۸۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۲/۱۱۲	۰/۵۲

هیجان‌ها و توانایی تعدیل آن‌ها به افراد دارای اختلال‌های موثر، به ارتقاء سطح سلامت آن‌ها کمک موثر نمود. در راستای پژوهش حاضر، کمالی و حسنی [۲۶] نشان دادند دانش‌آموزان دختر که هوش هیجانی بالایی دارند و از راه‌کارهای مناسب برای نظم دادن به هیجان‌هایشان استفاده می‌کنند، به دلیل استفاده از روش‌های مناسب برای مقابله با استرس‌های زندگی، نشانه‌های آسیب‌شناختی کمتری در آن‌ها مشاهده می‌شود و سازگاری اجتماعی بالاتری دارند. همچنین عملکرد و پیشرفت تحصیلی این گونه افراد بالاتر است، شکست را کمتر تجربه می‌کنند، اعتماد به نفس بیشتری دارند، افرادی کارآمد هستند و نگرش مثبت بیشتری به زندگی دارند. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با نظر دیویدسون [۲۷] که معتقد است، تقریباً تمام تأثیرهای یک اختلال در فرآیندهای هیجانی در سطح بیولوژیکی ظاهر می‌شوند، مرتبط است. آنچه که داپونت، رایس و میلر [۲۸] در پژوهش خود نشان دادند، مبین این مطلب بود که ارزیابی کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب، شامل دیدگاه‌های ذهنی افراد از نوع زندگی‌شان، درک آنان از سلامت روانی، سلامت جسمی، روابط خانوادگی و اجتماعی، عملکرد شغل و عملکرد آنان در منزل می‌باشد و این امر بر اثبات یافته‌های پژوهش حاضر تبیینی است. همچنین یافته‌های مختلف از جمله: وارشو، فایمن و پرات [۲۹] و زانتزیک، مارمار و ویز [۳۰] در زمینه میزان بالای مساعدت‌های مالی مردمی و کاهش سلامت فردی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه؛ هولاندر، کوان و استاین [۳۱] و کوران، تینمن و داون-پورت [۳۲] در حوزه محدودیت نقش در افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری؛ بلازر، هاگنر و جورج [۲۱] در حوزه ناتوانی و عدم صلاحیت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب؛ کرامر، تورگرسن و کرینگلن [۳۳] و راپاپورت، کلاری و فایاد [۳۴] در زمینه تأثیر اختلال اضطراب بر روی کیفیت زندگی با داشتن نشانه‌های متعدد مستقل، متغیرهای آماری، سلامت بدنی و هم‌آیندی مرضی تشخیصی؛ می‌توان ارتباط معنادار زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی را با اختلال اضطرابی و اختلال‌های اضطرابی را نیز با نقص در نظم‌دهی هیجانی دارند استنتاج کرد [۸]. پس در نتیجه می‌توان با ارتقاء شیوه نظم‌دهی به هیجان‌ها، بتوان زیرمقیاس‌های مرتبط با کیفیت زندگی را بهبود بخشید.

مقیاس‌های کیفیت زندگی به تفکیک ارائه شده است. از آنجایی که نه متغیر وابسته داریم، برای اجرای تصحیح بنفرونی ۰/۰۵ بر ۹ تقسیم می‌شود که حاصل آن ۰/۰۵ است. بنابراین با توجه به این سطح معناداری، تفاوت تغییر نمرات خرده‌مقیاس‌های عملکرد جسمانی، کارکرد نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، کارکرد نقش هیجانی، سلامت روانی و وضعیت سلامت گزارش شده در دو گروه معنادار است. بدین معنا که آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجان منجر به بهبود نمرات خرده‌مقیاس‌های مذکور در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. مقادیر مجذور اتای سهمی مندرج در جدول ۳ نیز بیانگر معناداری اندازه اثر مداخله برای خرده‌مقیاس‌های مذکور است.

## بحث

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی مهارت‌های نظم‌دهی هیجان در بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان دختر مضطرب بود. نتایج این بررسی نشان داد که مداخله آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی در افزایش کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن، به واسطه شناخت هیجان‌ها و تعدیل آن‌ها از طریق افزایش هیجان‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی، موثر بود. بنابراین مداخله آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی در افزایش کیفیت زندگی دانش‌آموزان مضطرب موثر است. این یافته با مطالعه گراس و جان [۲۳] که نشان داد افزایش در هیجان منفی با کاهش در کیفیت زندگی و افزایش مشکل‌های اجتماعی رابطه معنادار دارد، هماهنگ است. بر اساس پژوهش کمپبل و سیلر [۲۴] و کمپبل، هافمن و بارلو [۲۵] استفاده از بازداری هیجانی باعث عاطفه منفی می‌شود و این امر به نوبه خود با کاهش خودتأثیرگذاری بر مدیریت هیجان مرتبط است. بنابراین به نظر می‌رسد با آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی بتوان تأثیرگذاری افراد را در مدیریت هیجان‌هایشان افزایش داد که این خود تبیینی بر یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد. علاوه بر این، کمپبل، بارلو و همکاران [۲۵] نشان دادند که افراد دارای اختلال‌های موثر نسبت به افراد سالم، پذیرش و وضوح کمتر هیجانی و تلاش مضاعف برای نظم‌دهی هیجانی را نشان می‌دهند. بنابراین می‌توان با آموزش چگونگی داشتن آگاهی بر

جدول ۳. تحلیل واریانس تک متغیری برای آزمون معناداری تفاوت نمرات هر یک از خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی در دو گروه

متغیر	SS	df1	df2	MS	F	P	$\eta^2$
تفاوت عملکرد جسمانی (PF)	۰/۴۲۶	۱	۴۸	۰/۴۲۶	۸۷/۸۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۷
تفاوت کارکرد نقش جسمی (RP)	۰/۶۵۷	۱	۴۸	۰/۶۵۷	۷۹/۲۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۳
تفاوت درد بدنی (BP)	۰/۰۸۷	۱	۴۸	۰/۰۸۷	۱۸/۱۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷۴
تفاوت سلامت عمومی (GH)	۰/۰۰۵	۱	۴۸	۰/۰۰۵	۱/۵۶۹	۰/۲۱۶	۰/۰۳۲
تفاوت سرزندگی (V)	۰/۲۰۸	۱	۴۸	۰/۲۰۸	۱۷۹/۴۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۹
تفاوت عملکرد اجتماعی (SF)	۰/۱۶۳	۱	۴۸	۰/۱۶۳	۲۷/۸۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۷
تفاوت کارکرد نقش هیجانی (RE)	۰/۷۹۹	۱	۴۸	۰/۷۹۹	۳۰۹/۱۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۶
تفاوت سلامت روانی (MH)	۰/۲۰۹	۱	۴۸	۰/۲۰۹	۱۰۷/۶۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۲
وضعیت سلامت گزارش شده (HT)	۰/۸۱۰	۱	۴۸	۰/۸۱۰	۴۰/۲۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۶

عبدی [۱۳] در رابطه با معنادار بودن رابطه بین سبک‌های نظم دهی هیجانی شناختی با سلامت عمومی، اشاره کرد. همچنین در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به در دسترس بودن نمونه، استفاده از دختران مضطرب و استفاده نکردن از پسران، اجرای پژوهش در میان دانش‌آموزان مقطع دبیرستان، اجرای پژوهش بر روی نمونه غیربالیینی، آموزش نظم‌دهی هیجانی در دوره کوتاه‌مدت، محدودیت داشتن پژوهشگر در اجرای پژوهش در شرایط کاملاً آزمایشی، اجرای پژوهش در شهر اردبیل و نداشتن مرحله پیگیری اشاره کرد، بنابراین پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان، از نمونه‌های کاملاً تصادفی و دو گروه دختر و پسر با گروه‌های سنی و مقاطع تحصیلی مختلف استفاده شود، و در نهایت اجرای مداخله بر روی سایر افرادی که دارای اختلال‌هایی به جز اضطراب هستند و یا هم‌ابتلایی با سایر مشکلات روانی و جسمی دارند نیز اجرا شود، همچنین مداخله این پژوهش در طولانی مدت، در شرایط آزمایشی در سایر استان‌ها با شرایط اقلیمی زیستی مختلف نیز اجرا شود و در پژوهش‌های آتی مرحله پیگیری بعد از مداخله انجام گیرد.

### نتیجه‌گیری

برای تبیین کلی این نتایج می‌توان به شیوه آموزش نظم‌دهی هیجان‌گراتر و گاندرسون استناد کرد که در آن کاهش و کنترل هیجان‌های منفی و عملکرد و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها مورد توجه قرار گرفته است. در این روش، افراد با روش‌های شناختی از هیجان‌های مثبت و منفی‌شان آشنا شده و آگاهی هیجانی خود را افزایش می‌دهند. نتایج بیانگر آن است که افراد با توجه کردن به هیجان‌های مثبت و تفکر در مورد آن‌ها، بازیابی و کنترل خلق مثبت و ارزیابی مجدد هیجان‌های مثبت و منفی به کاهش خلق منفی و احساس اضطراب و افزایش کیفیت زندگی‌شان کمک می‌کنند. پذیرش حالت‌های هیجانی به جای پرهیز و بازداری هیجان‌ها و تعدیل حالت‌های هیجانی به مدیریت هر چه بیشتر خلق افراد کمک می‌نماید.

**تشکر و قدردانی:** از مسئولین و دانش‌آموزان دبیرستان دخترانه فردوس اردبیل، هیأت علمی دانشگاه محقق اردبیلی، دانشجویان دانشگاه پیام نور تهران و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش یاری رسان بودند، کمال تشکر و قدردانی را می‌نمایم.

### منابع

1. World Health Organization. Quality of life assessment: International perspectives; 1994.
2. Maltaby J, Day L, Mccutcheon L, Gillett R, Houran J, Ashe D. Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *J Psychol*. 2004; 95:411-28.
3. Beyrami M BR. Comparison of emotional intelligence and quality of life in addict & healthy

یکی از زیر مقیاس‌های مهم کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و کارکرد نقش هیجانی می‌باشد. کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند بر روی ارتباط‌های اجتماعی فرد از جمله ارتباط خانوادگی وی تأثیر بگذارد، زیرا موجب به کارگیری راهبردهای مقابله و سازگاری ناموثر (اختلال در کارکرد نقش هیجانی موثر) در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان می‌شود و افزایش تنش به نوبه خود در ارتباط مستقیم با عوامل جسمی و روانی بوده و می‌تواند شدت عوامل نامساعد جسمی، روانی و محیطی فرد را افزایش می‌دهد [۱۷]. به کارگیری آموزش مهارت‌های نظم دهی هیجان در مورد این افراد می‌تواند به بهبود عملکرد اجتماعی این افراد کمک نماید. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعه‌های ذکر شده، *سالیوان* [۳۵] معتقد است که شکایت‌ها و ناخوشی‌های جسمی (احساس خوب بودن و هیجان مثبت)، فشار روانی (هیجان منفی)، وضعیت عملکردی (ارزیابی و داشتن تعادل هیجانی)، عملکرد نقش، عملکرد اجتماعی و سلامتی از مولفه‌های اصلی برای داشتن کیفیت زندگی خوب و مناسب است. در همین رابطه *تامپسون* [۸] به تأثیر عملکرد اجتماعی در کیفیت زندگی معتقد است و چنین بیان می‌دارد که نظم‌دهی هیجانی عامل مهمی در تعیین سلامت و داشتن عملکرد موفق در تعامل اجتماعی است. در تبیین کارکرد نقش هیجانی، *دایفندسورف* [۳۶] نشان داد که تمرکز بر راهبردهای ویژه نظم‌دهی هیجانی فهم کارکنان را بر مدیریت هیجان‌ها در کار بالا می‌برد. از یافته‌های داخلی، *رستمی* [۳۷] بیان می‌دارد کیفیت زندگی را می‌توان با سنجش ویژگی‌های درون‌گرایی فرد و احساس ذهنی از خوشنودی درباره موضوع‌های گوناگون زندگی، می‌توان ارزیابی کرد و داشتن هیجان‌های مثبت و تعدیل هیجان‌های منفی رابطه مستقیم با داشتن کیفیت زندگی خوب دارد؛ *نریمانی* [۳۸] نیز معتقد است آموزش مهارت‌های ذهن-آگاهی و نظم‌دهی هیجانی بر بهبود علایم جسمانی و سلامت روان جانبازان مرد تأثیر مثبت دارد؛ همچنین *پژوهش اسماعیلی* [۳۹] که بیان می‌دارد مداخله با روش نظم‌دهی هیجانی نشانگر افزایش سلامت روانی در دختران مصروع بوده و نمره شکایت جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، پرخاشگری و روان‌پریشی در آن‌ها کاهش معنادار پیدا کرده است، با یافته‌های این پژوهش هماهنگ است. از دیگر یافته‌های همسو با پژوهش حاضر می‌توان به پژوهش *سامانی* [۴۰] مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجان بر افزایش سطح سلامت افراد؛

men; 2003. [Persian]

4. Mahmoodi, AG. Effect of assertiveness trianing on test anxiety students [Dissertation]. Sari: Azad University; 1998. [Persian]

5. Mennin, DS, Heimberg, RG, Turk, CL, Fresco, DM. Applying an emotion-regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Psychol: Sci Practice*. 2002;9(1):85-90.

6. Martini TS, Busseri MA. Emotion regulation strategies and goals as predictors of older mothers' and adult daughters' Helping-Related subjective well-being. *Psychol Aging*. 2010; 25(1):48-59.
7. Gross JJ. Emotions, conflicts and aggression during preschoolers. *British J Dev Psychol*. 2000;6:121-25.
8. Thompson, RA. The Developmental of emotion regulation behavioral and biological considerations monographs of the society for research in child development. *J Motivation Emotion*. 1994; 59(2/3):25-52.
9. Gross JJ. Wise emotion regulation. The wisdom in feeling. Feldman-Barrett & P. Salovey (Eds) New York: The Guilford press; 2002.
10. Saarni C, Thompson RA. How emotion and relationships become integrated-Nebraska symposium on motivation. *Socioemotional Dev*. 1990; 36:181-260.
11. Tugade, MM, Frederickson, BL. Positive emotions and emotional intelligence; 2002.
12. Cloitre M, Koenen, KC, Cohen L, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure. *J Consul Clin Psychol*. 2002; 70(5):1067-74.
13. Abdi S, Babapoor K, Fathi HS. Relation between cognitive emotion regulation methods and general healthy in student. *J NAJA MD Uni*. 2000; 32:285. [Persian]
14. Endlev NS, Kantol L, Parker SD. State-trait coping, state-trait anxiety and academic performance. *Pers Individ Diff*. 1994;16(5):663-70.
15. Beck AT, Steer RA. *The Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
16. Ware JE S, MC Horney CA, Brazier , Jenkinson & et al. SF-36® Health Survey Update; 1993.
17. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an Acceptance-Based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2006; 37(1):25-35.
18. Gharayi B. Examination of some cognitive pattern in patient with anxiety and depression disorders[Dissertation]. Tehran: Tehran Psychiatry Institute; 1993. [Persian]
19. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Uni Med J*. 2008; 65:136-40. [Persian]
20. McHorney CA. Health status assessment methods for adults. *Annu Rev Public Health*. 1993; 20:309-35.
21. Blazer DG HD, George LK, Swartz M, Boyer R. *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press. 1991:180-203.
22. Ahmadi F. Examination of care consulting pattern on life quality of the patient with coronary blood vessels disorder. *J Psychol*. 2002; 6(21):90. [Persian]
23. Gross JJ JO. Individual difference in two emotion regulation processes. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 85:348-62.
24. Campbell-Sills L, Barlow DH. *Handbook of emotion regulation*: New York, NY: Guilford Press; 2008.
25. Sills L, Barlow D, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav Res Ther*. 2006;44(9):1251-63.
26. Kamali S HF. Mental health and its relationship with stress coping strategies and emotional intelligence in female students at pre-university level. *J Behav Sci*. 2013;7(1): 49-56.
27. Davidson RJ. Perspectives from affective neuroscience. *Cogn Emotion*. 1998;12(3):307-30.
28. DuPont RL RD, Miller LS. Economic costs of anxiety disorders. *J Anxiety*. 1996;2:167-72.
29. Warshaw MG, Fierman E, Pratt L. Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *American J Psychiatr*. 1993;150(10):1512-6.
30. Zatzick DF, Marmer C, Weiss DS. PTSD disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *Am J Psychiatr*. 1997; 154(12):1690-5.
31. Hollander E, Kowan J, Stein D. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatr*. 1996;57:3-6.
32. Koran LM, Thienemann, ML, Davenport R. Quality life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatr*. 1996; 153:783-8.
33. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Quality of life and anxiety disorders. *J Nervous Mental Disease*. 2005; 193:196-202.
34. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R. Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatr*. 2005; 162(6):1171-8.
35. Sullivan M, Hornquist R. Subjective quality of life in female in-patients with depression; 1992.
36. Diefendorff JM RE, Yang J. Linking emotion regulation strategies to effective events and negative emotion at work. *J Vocation Behav*. 2008; 73(3):498-508.
37. Rostami A. The effect of treatment on the quality of life of women in the period of menopause[Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2001. [Persian]
38. Narimani M, Aryanpoor S ,Abolghassemi A, Ahadi B. The effect of mindfulness and quality of life treatments on physical and psychological health of chemical harmed soldiers. *J Clin Psychol*. 2010; 4(2):22-32. [Persian]
39. Esmaeili L, Agaei A, Abedi M, Esmaeili M. The effect of emotion regulation training on psychological health of epileptic females. *J Thinking Behav*. 1390; (20):31. [Persian]
40. Samani S SS, Manssori S. The intermediary role of cognitive regulation of emotion to parenting method and emotional problems. *J Psychol Methods Models*. 2011; 3:120. [Persian]