

June-July 2020, Volume 15, Issue 2

Investigate the Effect of Emotion Regulation Training on Spiritual Intelligence, Health Concern and Psychological Distress in Women with Depression

EsmaeiliShad B¹, HashemianNejad F², Ghazbanzadeh R³, *Hatamipour Kh⁴

1-Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

2 Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran .

3- PhD, Department of Psychology, Ahvaz Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

4-Assistant Professor, Department of Nursing, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

(Corresponding Author)

Email: kh_hatamipour@yahoo.com

Received: 29 Nov 2019

Accepted: 14 May 2020

Abstract

Introduction: Women with depression are falling in terms of psychological especially in the field of spiritual intelligence, health concern and psychological distress and one of the effective methods in improving the psychological characteristics is emotion regulation training method. Present study aimed to investigate the effect of emotion regulation training on spiritual intelligence, health concern and psychological distress in women with depression.

Methods: This study was semi-experimental with a pretest and posttest design with an experimental and control groups. The research population was women with depression referred to psychological services clinics of Ahvaz city in 2018 year, who among them 50 people were selected by available sampling method and randomly replaced into two equal groups (each group 25 people). The experimental group received eight sessions of 90 minute for two months (one session a week) emotion regulation training and the control group placed on the waiting list for training. Data were collected by questionnaires of demographic profile, depression, spiritual intelligence, health concern and psychological distress and were analyzed with multivariate analysis of covariance method in the SPSS-18 software.

Results: The findings showed that before training there was no significant difference between the experimental and control groups in terms of spiritual intelligence, health concern and psychological distress ($P>0/05$), but after training there was a significant difference between groups in terms of all three variables ($P<0/001$). Based on the results of multivariate analysis of covariance, the emotion regulation training led to increased spiritual intelligence ($F=107/15$, $P<0/001$) and decreased health concern ($F=139/64$, $P<0/001$) and psychological distress ($F=142/28$, $P<0/001$) in women with depression.

Conclusions: The results indicated the effect of emotion regulation training on increasing spiritual intelligence and decreasing health concern and psychological distress in women with depression. Therefore, it is recommended that therapists and clinical psychologists use emotion regulation training along with other methods such as mindfulness training or acceptance and commitment training to increase spiritual intelligence and decrease health concern and psychological distress, especially in women with depression.

Keywords: Emotion Regulation Training, Spiritual Intelligence, Health Concern, Psychological Distress, Depression

بررسی تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی در زنان مبتلا به افسردگی

بهرنگ اسماعیلی شاد^۱، فریده هاشمیان نژاد^۲، رضیه غضبان زاده^۳، *خدیدجه حاتمی پور^۴

۱- استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲- استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

۳- دکتری، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴- استادیار، گروه پرستاری، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: kh_hatamipour@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۹

چکیده

مقدمه: زنان مبتلا به افسردگی از لحاظ روانشناختی به‌ویژه در زمینه هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی افت می‌کنند و یکی از روش‌های موثر در بهبود ویژگی‌های روانشناختی روش آموزش تنظیم هیجان است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی در زنان مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش زنان مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر اهواز در سال ۱۳۹۷ بودند که از میان آنان ۵۰ نفر با روش در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه مساوی (هر گروه ۲۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه (یک جلسه در هفته) آموزش تنظیم هیجان دریافت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. داده‌ها با پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی، افسردگی، هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی جمع‌آوری و با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS-18 تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که قبل از آموزش بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$)، اما بعد از آموزش بین گروه‌ها از نظر هر سه متغیر تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$). بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری، آموزش تنظیم هیجان باعث افزایش هوش معنوی ($F = 107/15, P < 0/001$) و کاهش نگرانی سلامتی ($F = 139/64, P < 0/001$) و دیسترس روانشناختی ($P < 0/001, F = 142/28$) در زنان مبتلا به افسردگی شد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر افزایش هوش معنوی و کاهش نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی در زنان مبتلا به افسردگی بود. بنابراین، توصیه می‌گردد که درمانگران و روانشناسان بالینی برای افزایش هوش معنوی و کاهش نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی به‌ویژه در زنان مبتلا به افسردگی در کنار سایر روش‌ها مثل آموزش ذهن‌آگاهی یا آموزش پذیرش و تعهد از روش آموزش تنظیم هیجان استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: آموزش تنظیم هیجان، هوش معنوی، نگرانی سلامتی، دیسترس روانشناختی، افسردگی.

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است که بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ دومین رتبه را در بین بیماری‌های تهدیدکننده سلامت جسمی و روحی انسان‌ها پس از بیماری‌های قلبی عروقی کسب خواهد کرد (۱). افسردگی واکنشی هیجانی است که افراد هنگام مواجهه با داغ‌دیدگی یا فقدان شخصی به صورت مرگ، جدایی و یا از دست‌دادن اموال و شغل آن را احساس می‌کنند (۲). در اختلال افسردگی افراد علاوه بر بی‌علاقگی و احساس عدم لذت، باید حداقل چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا وزن، خواب و مهارت‌های حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم‌گیری، افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی و یا اقدام به خودکشی را داشته باشند (۳). یکی از ویژگی‌های افراد مبتلا به افسردگی، کاهش هوش معنوی است (۴). هوش معنوی مجموعه ظرفیت‌های سازگاری در ذهن بر مبنای جنبه‌های غیرجسمانی و متعالی واقعیت است. به عبارت دیگر، هوش معنوی نوعی سازگاری و رفتار حل مساله است که بالاترین سطح رشد را در حیطه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی و بین‌فردی شامل و فرد را در جهت هماهنگی با پدیده‌های مختلف و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی هدایت می‌کند (۵). همچنین هوش معنوی به معنای توانایی پیدا کردن معنا، ارزش و هدف در زندگی و بکارگیری ارزش‌های معنوی به منظور بهبود کارکرد روزانه و سلامت جسمی و روانی است (۶). هوش معنوی بر تمام جنبه‌های زندگی انسان اثر می‌گذارد و زندگی انسان را به یک عرصه نامحدود متصل می‌کند و وی را به سمت یک زندگی معنادار می‌کشاند (۷).

همچنین از دیگر ویژگی‌های افسردگی می‌توان به افزایش نگرانی سلامتی اشاره کرد (۸). نگرانی با افزایش خطر بروز اختلال‌های روانی، اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی و ایجاد مشکلات جسمی همراه است و نگرانی سلامتی نشان‌دهنده مسائل مرتبط با سلامت می‌باشد که تحت تاثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی،

درون‌فردی و بین‌فردی قرار دارد (۹). افراد مبتلا به نگرانی سلامتی دائماً نگرانی‌هایی درباره سلامتی خود دارند و مرتباً بدن خود را بررسی و نظارت و علائم حیاتی خود را چک می‌کنند (۱۰). یکی دیگر ویژگی‌های از ویژگی‌های افراد مبتلا به افسردگی افزایش دیسترس روانشناختی است (۱۱). دیسترس روانشناختی به معنای آسیب‌پذیری افراد به مجموعه‌ای از نشانه‌های اضطراب و افسردگی و عملکردهای روانشناختی ناسازگار در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای زندگی می‌باشد (۱۲). افرادی که تحمل دیسترس پایین‌تری دارند در معرض شرایط استرس‌زا رفتارهای اجتنابی از خود نشان می‌دهند و یا احساسات خود را بیان نمی‌کنند و برای کاهش سریع دیسترس خود از رفتارهای اجتنابی استفاده می‌نمایند (۱۳).

یکی از روش‌های موثر در بهبود ویژگی‌های روانشناختی، آموزش تنظیم هیجان است (۱۴). تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از فرایندها اشاره دارد که افراد از طریق آنها به دنبال نظارت، ارزیابی و هدایت مجدد جریان خودکار هیجان‌ها بر اساس هدف‌ها و نیازهای خود هستند (۱۵). پس تنظیم هیجان تلاش فرد برای تاثیرگذاشتن بر روی تجربه و چگونگی بیان آن و شدت فرایندهای رفتاری و تجربی هیجان می‌باشد (۱۶). بنابراین، آموزش تنظیم هیجان به معنای کاهش و مهار هیجان‌های منفی، افزایش هیجان‌های مثبت و چگونگی استفاده مناسب و سازگار از هیجان‌های مثبت و منفی است (۱۷).

پژوهش‌هایی درباره تاثیر آموزش تنظیم هیجان انجام شده، اما این پژوهش‌ها کمتر به بررسی تاثیر آن بر هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی پرداختند. برای مثال نتایج پژوهش ما و فانگ حاکی از تاثیر تنظیم هیجان بر دیسترس روانشناختی بود (۱۸). بیرامی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هر دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش دیسترس روانشناختی شدند (۱۹). در پژوهشی دیگر هوایی و همکاران گزارش کردند که مداخله تنظیم هیجان باعث افزایش تحمل دیسترس و کاهش مشکلات تنظیم هیجان شد (۲۰). همچنین نتایج پژوهش عزیززی و همکاران

بهرنگ اسماعیلی شاد و همکاران

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش زنان مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر اهواز در سال ۱۳۹۷ بودند. حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مداخله‌ای معمولاً پانزده نفر است (۲۸) و در این پژوهش با توجه به آمار بالای زنان مبتلا به افسردگی و برای اطمینان از حجم نمونه، ۵۰ نفر با روش در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه مساوی (هر گروه ۲۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات سیکل، سن ۴۰-۲۶ سال، داشتن افسردگی (کسب نمره ۳۰-۱۷ در ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک و کلارک)، عدم سابقه دوره آموزش تنظیم هیجان و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی از جمله ضداضطراب و ضد افسردگی و معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از یک جلسه بودند. روند انجام پژوهش این‌گونه بود که پس از دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب به کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر اهواز مراجعه و از مسئولان آنها تقاضا شد تا زنان مبتلا به افسردگی را معرفی کنند. زنان پس از معرفی و بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه به‌ویژه ارزیابی افسردگی آنان بر اساس پرسشنامه افسردگی بک و کلارک، در صورت داشتن شرایط به عنوان نمونه انتخاب و نمونه‌گیری تا زمانی که تعداد نمونه‌ها به ۵۰ نفر رسید، ادامه یافت. برای همه نمونه‌ها رعایت اصول اخلاقی از جمله رازداری، حفظ حریم آزمودنی‌ها و غیره بیان و از آنان خواسته شد تا رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش را امضا نمایند. در نهایت نمونه‌ها با روش تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی در دو گروه (۲۵ نفر گروه آموزش تنظیم هیجان و ۲۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند و گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه (هفته‌ای یک جلسه) آموزش تنظیم هیجان دریافت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. محتوی آموزش تنظیم هیجان توسط آلن و همکاران (۲۹) طراحی و توسط قان‌دنیای چهرمی و همکاران (۳۰) نیز اعتباریابی شده است (جدول ۱).

حاکمی از تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر کاهش مشکلات هیجان از جمله نگرانی درباره سلامتی بود (۲۱). شیبانی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش تنظیم هیجان باعث کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و تحریک‌پذیری دانش‌آموزان مبتلا اختلال بدتنظیمی خلق مخرب شد (۲۲). در پژوهشی دیگر برشان و حاجی علیزاده گزارش کردند که آموزش گروهی تنظیم شناختی هیجان نقش موثری در بهبود سلامت روان و مولفه‌های آن شامل علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی داشت (۲۳). علاوه بر آن نتایج پژوهش جمالی و همکاران حاکمی از رابطه بین سلامت معنوی و تنظیم هیجان بود (۲۴). برغندان و خلعتبری ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تنظیم شناختی هیجان با هوش معنوی رابطه معنی‌داری داشت (۲۵). در پژوهشی دیگر مشیریان فراخی و همکاران گزارش کردند که بین تنظیم هیجان و هوش معنوی رابطه معنی‌داری وجود داشت (۲۶).

اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی با میزان شیوع ۲۵ درصد در جمعیت عادی است (۲۷). همچنین از یک سو زنان مبتلا به افسردگی با مشکلات روانشناختی بسیاری از جمله کاهش هوش معنوی و افزایش نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی مواجه هستند و از سوی دیگر مشکلات آنان تاثیر منفی بر روی خانواده‌های آنها می‌گذارد. در نتیجه، باید به دنبال راهکارهایی برای کاهش مشکلات روانشناختی مرتبط با افسردگی آنان بود که با توجه به بررسی پیشینه پژوهش، یکی از روش‌های موثر در بهبود ویژگی‌های روانشناختی، روش آموزش تنظیم هیجان است. با توجه به مشکلات فراوان زنان مبتلا به افسردگی اساسی، پیشینه پژوهش اندک درباره تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی و نقش موثر آموزش تنظیم هیجان در بهبود ویژگی‌های روانشناختی، مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی در زنان مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش کار

جدول ۱: هدف و محتوی آموزش تنظیم هیجان به تفکیک جلسات

جلسات	هدف	محتوی
اول	گرم کردن	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان منطق و مراحل مداخله، آشنایی با هیجانها و ضرورت تنظیم هیجان
دوم	ارائه آموزش هیجانی	تشریح هیجانهای نرمال و مشکل آفرین و آموزش خودآگاهی هیجانی از طریق آموزش موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان
سوم	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های افراد	بیان نقش و اهمیت عملکرد هیجانها در سازگاری افراد و نقش مهارت‌های هیجانی در ارتباط‌های درون فردی و بین فردی
چهارم	ایجاد تغییر در موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان	آموزش راهبردهای حل مساله و مهارت‌های بین فردی (گفتگو، ابراز وجود و حل تعارض)
پنجم	تغییر توجه	آموزش متوقف کردن نشخوار و نگرانی
ششم	تغییر ارزیابی‌های شناختی	بررسی و شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن بر حالت‌های هیجانی و آموزش راهبرد ارزیابی مجدد هیجانها
هفتم	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان	شناسایی و میزان استفاده از راهبردهای بازداری و نقش آن در پیامدهای هیجانی، آموزش مواجهه، ابراز وجود، آرمیدگی، تخلیه هیجانی و اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی
هشتم	ارزیابی مجدد و رفع موانع	ارزیابی میزان نیل به اهداف، تشریح کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در زندگی واقعی و بررسی موانع استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان

موافقم) نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌گردد، لذا دامنه نمرات بین ۹۶-۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده هوش معنوی بیشتر می‌باشد. وی روایی صوری و محتوایی ابزار را تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرد (۳۳). در ایران خالق خواه و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کردند (۳۴). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه هوش معنوی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد. پرسشنامه نگرانی سلامتی: این ابزار برگرفته از مقیاس افکار اضطرابی ولز و دیویس (۱۹۹۴) با ۷ است. گویه‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۴=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌گردد، لذا دامنه نمرات بین ۲۸-۷ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرانی سلامتی بیشتر می‌باشد. آنان روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند (۳۵). در ایران فتی و همکاران پایایی ابزار را با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و بازآزمایی ۰/۷۵ گزارش کردند (۳۶). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه نگرانی سلامتی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد. پرسشنامه دیسترس روانشناختی: این ابزار توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۲) با ۱۰ گویه طراحی شد. گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۰=هرگز تا ۴=همیشه) نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌گردد، لذا دامنه نمرات بین ۴۰-۰ است و نمره

آموزش تنظیم هیجان توسط یک متخصص بالینی دارای مدرک آموزش تنظیم هیجان با روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و تمرین عملی مهارت‌ها در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر اهواز به صورت گروهی انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات و تأهل، از پرسشنامه‌های افسردگی، هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی استفاده شد. ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی: این ابزار توسط بک و کلارک (۱۹۸۸) با ۲۱ گویه طراحی شد. گویه‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۰=اصلاً تا ۳=شدید) نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌گردد، لذا دامنه نمرات بین ۶۳-۰ است (۱۰-۰ افسردگی طبیعی، ۱۶-۱۱ کمی افسرده، ۲۰-۱۷ افسردگی متوسط، ۳۰-۲۱ نسبتاً افسرده و ۴۰-۳۱ افسردگی شدید و بیشتر از ۴۰ افسردگی بسیار شدید) و نمره بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر می‌باشد. آنان روایی پیش‌بین ابزار را تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند (۳۱). در ایران اصلتی و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند (۳۲). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه افسردگی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد. پرسشنامه هوش معنوی: این ابزار توسط کینگ (۲۰۰۸) با ۲۴ گویه طراحی شد. گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۰=کاملاً مخالفم تا ۴=کاملاً

۱۸ با روش‌های خی دو، تی مستقل تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین سنی گروه آزمایش $32/36 \pm 2/75$ و گروه کنترل $31/82 \pm 2/66$ بود. گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر دامنه سنی، تحصیلات و تأهل بر اساس آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌داری ندارند ($P > 0/05$). به عبارت دیگر از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن بودند (جدول ۲).

بالاتر نشان‌دهنده دیسترس روانشناختی بیشتر می‌باشد. آنان روایی همگرایی ابزار را با پرسشنامه افسردگی بک و کلارک تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ $0/94$ گزارش کرد (۳۷). در ایران شاکر نژاد و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ $0/71$ گزارش کردند (۳۸). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه دیسترس روانشناختی با روش آلفای کرونباخ $0/77$ محاسبه شد. این پژوهش به تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با کد IR.IAUahvaz.REC ۱۳۹۷, ۴۹- رسید و داده‌ها پس از جمع‌آوری و ورود به نرم‌افزار SPSS-

جدول ۲: شاخص‌های فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی در جمعیت مورد مطالعه

متغیرها	سطوح	گروه آزمایش فراوانی (درصد)	گروه کنترل فراوانی (درصد)	P-Value
دامنه سنی	سال ۲۶-۳۰	۸ (۳۲٪)	۱۰ (۴۰٪)	$> 0/05$
	سال ۳۱-۳۵	۱۱ (۴۴٪)	۱۰ (۴۰٪)	
	سال ۳۶-۴۰	۶ (۲۴٪)	۵ (۲۰٪)	
تحصیلات	سیکل	۶ (۲۴٪)	۷ (۲۸٪)	$> 0/05$
	دیپلم	۹ (۳۶٪)	۱۰ (۴۰٪)	
	کاردانی	۲ (۸٪)	۳ (۱۲٪)	
	کارشناسی	۸ (۳۲٪)	۵ (۲۰٪)	
تأهل	متأهل	۱۶ (۶۴٪)	۱۷ (۶۸٪)	$> 0/05$
	مجرد	۶ (۲۴٪)	۷ (۲۸٪)	
	مطلقه	۳ (۱۲٪)	۱ (۴٪)	

و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری دارند ($P < 0/001$). به عبارت دیگر بین گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی وجود ندارد، اما در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد (جدول ۳).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل از نظر هوش معنوی، نگرانی سلامتی و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری ندارند ($P > 0/05$)، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل از نظر هوش معنوی، نگرانی سلامتی

جدول ۳: مقایسه میانگین متغیرهای مورد بررسی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش گروه آزمایش (انحراف معیار)	گروه کنترل گروه کنترل (انحراف معیار)	P-Value
هوش معنوی	پیش‌آزمون	$17/43 \pm 3/67$	$18/29 \pm 3/55$	$> 0/05$
	پس‌آزمون	$21/19 \pm 3/84$	$18/70 \pm 3/59$	$< 0/001$
نگرانی سلامتی	پیش‌آزمون	$19/32 \pm 2/73$	$20/06 \pm 2/82$	$> 0/05$
	پس‌آزمون	$14/77 \pm 2/22$	$20/38 \pm 2/98$	$< 0/001$
دیسترس روانشناختی	پیش‌آزمون	$24/30 \pm 4/44$	$24/11 \pm 4/69$	$> 0/05$
	پس‌آزمون	$17/81 \pm 3/61$	$24/36 \pm 4/74$	$< 0/001$

شدند. بنابراین، شرایط استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که آموزش تنظیم هیجان حداقل باعث بهبود معنی‌دار یکی از متغیرها در زنان مبتلا به افسردگی شده است و ۷۲ درصد تغییرات ناشی از روش مداخله می‌باشد ($P < 0/000$). پس حداقل یکی از متغیرهای هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی در جمعیت مورد مطالعه بهبود یافته است (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای مورد بررسی در زنان مبتلا به افسردگی

آزمون ها	مقدار	آماره F	P-value	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۳	۱۳۷/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۹۳
لامبدای ویلکز	۰/۲۱	۱۳۷/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۹۳
اثر هاتلینگ	۳/۷۵	۱۳۷/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۹۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۷۵	۱۳۷/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۹۳

($P < 0/000$). پس با توجه به نتایج میانگین در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌توان گفت که روش آموزش تنظیم هیجان باعث افزایش هوش معنوی و کاهش نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی در جمعیت مورد مطالعه شده است (جدول ۵).

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای مورد بررسی در زنان مبتلا به افسردگی

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-value	اندازه اثر	توان آماری
هوش معنوی	گروه	۷۲۴/۱۲	۱	۷۲۴/۱۲	۱۰۷/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۶	۰/۸۹
نگرانی سلامتی	گروه	۲۳۳/۵۵	۱	۲۳۳/۵۵	۱۳۹/۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۹۴
بهبودی روانشناختی	گروه	۴۱۸/۷۶	۱	۴۱۸/۷۶	۱۴۲/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۹۷

فانگ (۱۸)، بیرامی و همکاران (۱۹) و هوایی و همکاران (۲۰) همسو و با نتایج پژوهش اسماعیلی‌نسب و همکاران (۴۰) ناهمسو بود. برای مثال رینا و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تنظیم هیجان باعث کاهش اختلال دیسترس شد (۳۹). در پژوهشی دیگر بیرامی و همکاران گزارش کردند که تنظیم هیجان باعث کاهش دیسترس روانشناختی شد (۱۹). در مقابل اسماعیلی‌نسب و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که عدم وضوح هیجانی و عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی با تحمل

همچنین بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که مفروضه نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف متغیرها (هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی) در در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($P > 0/05$)، مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بر اساس آزمون M باکس ($P > 0/05$)، مفروضه همگنی واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین برای متغیرها ($P > 0/05$) و مفروضه همبستگی کافی بین متغیرها بر اساس آزمون بارتلت ($P < 0/05$) تایید

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که آموزش تنظیم هیجان باعث بهبود معنی‌دار همه متغیرها در زنان مبتلا به افسردگی شده است و ۶۶ درصد تغییرات هوش معنوی، ۷۳ درصد تغییرات نگرانی سلامتی و ۷۶ درصد تغییرات دیسترس روانشناختی ناشی از روش مداخله می‌باشد

بحث

با توجه به شیوع بالای افسردگی و اهمیت مداخله‌های روانشناختی برای کاهش مشکلات روانشناختی، مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر هوش معنوی، نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی در زنان مبتلا به افسردگی انجام شد.

یافته‌ها نشان داد که آموزش تنظیم هیجان باعث کاهش دیسترس روانشناختی در زنان مبتلا به افسردگی شد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های رینا و همکاران (۳۹)، ما و

موثری در کاهش مشکلات عاطفی مرتبط با سلامت از جمله نگرانی دارند (۴۱). نتایج پژوهش ون ریجن و سواب نیز حاکی از تاثیر تنظیم هیجان بر کاهش مشکلات سلامتی از جمله ابراز هیجانی، نگرانی، مقابله غیرفعال و تنظیم احساسات بود (۴۲). در پژوهشی دیگر برشان و حاجی عزیزاده گزارش کردند که آموزش گروهی تنظیم شناختی هیجان باعث بهبود سلامتی شد (۲۳). در تبیین این نتایج بر مبنای نظر عزیززی و همکاران (۲۱) می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان با آگاه نمودن افراد از هیجان‌های مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها می‌تواند نقش مهمی در سلامت داشته باشد. زیرا پژوهش‌های قبلی نشان دادند که سطح بالای هیجان‌های مثبت و سطح پایین هیجان‌های منفی نقش مهمی در قضاوت و ادراک مثبت افراد از خویشتن و سلامت خود دارند. پس تنظیم هیجان سازه‌ای است که تصور می‌شود تاثیر زیادی بر سلامت (جسمی و روانی) دارد و در سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی نقش مهمی ایفا می‌کند. پس موفقیت در تنظیم هیجان با افزایش پیامدهای سلامتی و برعکس عدم موفقیت در تنظیم هیجان با اختلال‌های روانی، شخصیتی و اضطرابی همراه است. بنابراین آموزش تنظیم هیجان باعث می‌شود که فرد با نگاه و دیدگاه متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع حتی از نوع منفی آنها بپردازد، هیجان‌های منفی را با شدت کمتری تجربه کند، درباره کنترل هیجان‌های خود احساس کفایت بیشتری کند و ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه نماید. در نتیجه آموزش تنظیم هیجان از طریق فرایندهای توضیح داده شده باعث افزایش ادراک مثبت از سلامتی و کاهش نگرانی سلامتی می‌شوند.

علاوه بر آن یافته‌ها نشان داد که آموزش تنظیم هیجان باعث افزایش هوش معنوی در زنان مبتلا به افسردگی شد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های فینکلستین-فوکس و همکاران (۴۳)، جمالی و همکاران (۲۴)، برغندان و خلعتبری (۲۵) و مشیریان فراچی و همکاران (۲۶) همسو بود. برای مثال فینکلستین-فوکس و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند تنظیم هیجان نقش موثری در افزایش بهزیستی هیجانی و معنوی داشت (۴۲). در پژوهشی دیگر مشیریان فراچی و همکاران گزارش کردند که تنظیم هیجان و هوش معنوی رابطه معنی‌داری داشتند (۲۶). در تبیین این نتایج می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان

دیسترس رابطه معنی‌داری نداشتند (۴۰). در تبیین ناهمسوئی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش اسماعیلی‌نسب و همکاران (۴۰) می‌توان به متفاوت بودن جامعه پژوهش اشاره کرد. پژوهش حاضر بر روی زنان مبتلا به افسردگی انجام شد، اما پژوهش آنان بر روی دانشجویان مرد و زن فاقد مشکل انجام شد. هنگامی که افراد دارای یک مشکل روانشناختی هستند در مقایسه با زمانی که فاقد چنین مشکلاتی باشند نسبت به مداخلات روانشناختی بهتر واکنش نشان می‌دهند و بین متغیرها رابطه معنی‌داری وجود خواهد داشت. چون داشتن مشکلات روانشناختی باعث افزایش ویژگی‌های روانشناختی منفی و کاهش ویژگی‌های روانشناختی مثبت می‌شود. در نتیجه منطقی است که در این مطالعه آموزش تنظیم هیجان باعث کاهش دیسترس روانشناختی زنان مبتلا به افسردگی شده، اما در پژوهش آنان بین عدم وضوح هیجانی و عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی با تحمل دیسترس رابطه معنی‌داری وجود نداشته باشد. در تبیین تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر کاهش دیسترس روانشناختی بر مبنای نظر بیرامی و همکاران (۱۹) می‌توان گفت که تنظیم هیجان شکل خاصی از خودنظم‌بخشی است و آموزش تنظیم هیجان با آگاه نمودن افراد از هیجان‌های مثبت و منفی و پذیرش و کنارآمدن موثر با آنها می‌تواند باعث ارتقای سلامت روان شود. در آموزش تنظیم هیجان بر تمرین‌ها و مهارت‌هایی تاکید می‌شود که کاربرد آنها منجر به پذیرش مشکلات هیجانی، پرورش سبک زندگی سالم، انجام عمل مخالف در برابر هیجان‌های منفی شده که در نهایت زمینه تسهیل تغییرات را فراهم می‌آورد. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه آموزش تنظیم هیجان از طریق طراحی و استفاده از هدف‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش روزانه و تمرین‌های مقابله با خشم و احساس گناه باعث استفاده بهتر و مناسب‌تر از راهبردهای مقابله‌ای می‌گردد که این عوامل خود باعث کاهش دیسترس روانشناختی می‌گردند.

همچنین یافته‌ها نشان داد که آموزش تنظیم هیجان باعث کاهش نگرانی سلامتی در زنان مبتلا به افسردگی شد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های برکینگ و همکاران (۴۱)، ون ریجن و سواب (۴۲)، عزیززی و همکاران (۲۱)، شبیانی و همکاران (۲۲) و برشان و حاجی عزیزاده (۲۳) همسو بود. برای مثال برکینگ و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مهارت‌های تنظیم هیجان نقش

به تاثیر و ویژگی‌های منحصر به فرد آموزش تنظیم هیجان به شیوه گروهی توصیه می‌گردد که درمانگران از این شیوه در کنار روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش پذیرش و تعهد و غیره برای افزایش هوش معنوی و کاهش نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی استفاده کنند. مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم استفاده از پیگیری برای بررسی تداوم نتایج در بلندمدت، تک جنسیتی بودن جامعه پژوهش، محدود شدن جامعه پژوهش به زنان مبتلا به افسردگی شهر اهواز و استفاده از ابزارهای خودگزارش‌ده برای جمع‌آوری داده‌ها اشاره کرد. در نتیجه، با توجه محدودیت‌های ذکر شده در استفاده و تعمیم نتایج لحاظ گردد. پیشنهاد می‌شود که از مصاحبه به جای پرسشنامه و یا در کنار آن استفاده شود. پیشنهاد دیگر استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، انجام پژوهش بر روی مردان و یا زنان و مردان سایر مناطق و شهرها و پیگیری نتایج در کوتاه‌مدت و بلندمدت برای مثال دو، چهار و شش ماهه و یا حتی بیشتر اشاره کرد. به‌عنوان آخرین پیشنهاد می‌توان به مقایسه تاثیر آموزش تنظیم هیجان با سایر روش‌ها از جمله آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش شفقت‌ورزی، آموزش پذیرش و تعهد و غیره اشاره کرد.

سیاسگزارى

مقاله حاضر با هزینه شخصی انجام شده و بدین وسیله نویسنده از زنان شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولان کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر اهواز به دلیل همکاری با پژوهشگر تشکر و قدردانی می‌کند.

تضاد منافع

بین نویسندگان مقاله حاضر هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Currier D, Lindner R, Spittal MJ, Cvetkovski S, Pirkis J, English DR. Physical activity and depression in men: Increased activity duration and intensity associated with lower likelihood of current depression. *Journal of Affective Disorders*. 2020;260:426-431. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.061> PMID:31539676

شامل فرایندها و راهبردهای تنظیمی بی‌شماری است که دارای ابعاد شناختی، جسمی، اجتماعی و رفتاری می‌باشد. از جمله این راهبردها می‌توان با بازارزیابی، نشخوار فکری، خوداظهاری، اجتناب و بازداری اشاره کرد. جنبه‌های شناختی تنظیم هیجان همانند دیگر ابعاد رفتاری و اجتماعی آن در واقع با هدف مدیریت هیجان‌ها جهت افزایش سازگاری و تطابق بکار می‌روند و بخشی از راهبردهای تطابقی هستند که با تجربه و درمان ناراحتی‌های هیجانی و جسمانی مرتبط می‌باشند. برای تحقق این امر در آموزش تنظیم هیجان با توجه به فرهنگ مذهبی زنان پژوهش حاضر، علاوه بر راهکارهای شناختی و رفتاری از راهکارهای اخلاقی و مذهبی، بکارگیری ارزش‌های معنوی و یافتن معنا، ارزش و هدف در زندگی نیز می‌توان استفاده کرد. بنابراین آموزش تنظیم هیجان از طریق راهکارهای شناختی، رفتاری، اجتماعی، اخلاقی و مذهبی می‌تواند بر باورهای معنوی افراد که در اجتماع شکل می‌گیرد نیز تاثیر بگذارد و باعث ارتقای هوش معنوی آنان گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از تاثیر آموزش تنظیم هیجان بر افزایش هوش معنوی و کاهش نگرانی سلامتی و دیسترس روانشناختی در زنان مبتلا به افسردگی بود. امروزه به طور گسترده‌ای در توانبخشی از مداخله‌های روانشناختی مثل آموزش تنظیم هیجان به دلایل ارزان بودن، دسترسی آسان، موثر بودن و نداشتن پیامدهای منفی همانند دارودرمانی استفاده می‌شود. بنابراین نتایج فوق می‌تواند برای مسئولین بهداشت و سلامت عمومی، مدیران مراکز و کلینیک‌های خدمات روانشناختی و خانواده‌ها در جهت برنامه‌ریزی موثرتر برای بهبود وضعیت روانشناختی زنان مبتلا به افسردگی و حتی سایر اختلال‌ها اشارات کاربردی داشته باشد. در نتیجه، با توجه

- Disu TR, Anne NJ, Griffiths MD, Mamun MA. Risk factors of geriatric depression among elderly Bangladeshi people: A pilot interview study. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019;44:163-169. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.050> PMID:31382211
- Smithson S, Pignone MP. Screening adults for depression in primary care. *Medical Clinics of North America*. 2017;101(4):807-821.

- <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.03.010>
PMid:28577628
4. Svob C, Wang Z, Wickramaratne P, Posner J. Religious and spiritual importance moderate relation between default mode network connectivity and familial risk for depression. *Neuroscience Letters*. 2016;634:94-97. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2016.10.009> PMid:27717831 PMCID:PMC5097884
 5. Kaur D, Sambasivan M, Kumar N. Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses: a dimension-level exploratory study among public hospitals in Malaysia. *Applied Nursing Research*. 2015;28(4):293-298. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.006> PMid:26608428
 6. Kaur D, Sambasivan M, Kumar N. Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses: a dimension-level exploratory study among public hospitals in Malaysia. *Applied Nursing Research*. 2015;28(4):293-298. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.006> PMid:26608428
 7. Upadhyay S, Upadhyay N. Fuzzy multi-criteria framework for measuring spiritual intelligence in a data driven organization. *Procedia Computer Science*. 2018;139:204-211. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2018.10.251>
 8. Rief W, Glaesmer H, Baehr V, Broadbent E, Braehler E, Petrie KJ. The relationship of modern health worries to depression, symptom reporting and quality of life in a general population survey. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012;72(4):318-320. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.017> PMid:22405228
 9. Reames TG, Bravo MA. People, place and pollution: Investigating relationships between air quality perceptions, health concerns, exposure, and individual- and area-level characteristics. *Environment International*. 2019;122:244-255. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.11.013> PMid:30449629
 10. Hawke LD, Koyama E, Henderson J. Cannabis use, other substance use, and co-occurring mental health concerns among youth presenting for substance use treatment services: Sex and age differences. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2018;91:12-19. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.05.001> PMid:29910010
 11. Hidese S, Nogawa S, Saito K, Kunugi H. Food allergy is associated with depression and psychological distress: A web-based study in 11,876 Japanese. *Journal of Affective Disorders*. 2019;245:213-218. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.119> PMid:30408639
 12. Pranckeviciene A, Deltuva VP, Tamasauskas A, Bunevicius A. Association between psychological distress, subjective cognitive complaints and objective neuropsychological functioning in brain tumor patients. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2017;163:18-23. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2017.10.007> PMid:29035741
 13. McLachlan KJJ, Gale CR. The effects of psychological distress and its interaction with socioeconomic position on risk of developing four chronic diseases. *Journal of Psychosomatic Research*. 2018;109:79-85. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.04.004> PMid:29680578 PMCID:PMC5959313
 14. Haynos AF, Hill B, Fruzzetti AE. Emotion regulation training to reduce problematic dietary restriction: An experimental analysis. *Appetite*. 2016;103:265-274 <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.04.018> PMid:27105583 PMCID:PMC5001494
 15. De Witte NAJ, Sutterlin S, Braet C, Mueller SC. Psychophysiological correlates of emotion regulation training in adolescent anxiety: Evidence from the novel PIER task. *Journal of Affective Disorders*. 2017;214:89-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.012> PMid:28285242
 16. Herwig U, Lutz J, Scherpiet S, Scheerer H, Kohlberg J, et al. Training emotion regulation through real-time fMRI neurofeedback of amygdala activity. *NeuroImage*. 2019;184:687-696. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.09.068> PMid:30287300
 17. Cohen N, Ochsner KN. From surviving to thriving in the face of threats: the emerging science of emotion regulation training. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2018;24:143-155.

- <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2018.08.007>
PMid:31187051 PMCID:PMC6559737
18. Ma Y, Fang S. Adolescents' mindfulness and psychological distress: The mediating role of emotion regulation. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01358> PMid:31231292 PMCID:PMC6567674
 19. Beyrami M, Hashemi T, Bakhshipour A, Alilo MM, Eghbali A. Comparison the effect of two methods of emotion regulation training and cognitive therapy based on mindfulness on psychological distress and cognitive emotion regulation strategies in mothers of mentally retarded children. *Journal of New Psychological Research*. 2014;9(33):43-59.
 20. Havaiy A, Kazemi H, Habibollahi A, Izadikhah Z. The effect of emotion regulation on the amount of tension tolerance and emotion regulation difficulties in women with tension-type headaches. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2016;24(10):840-851
 21. Azizi A, Borjali A, Golzari M. The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictional problems of substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2010;5(2):60-65.
 22. Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The efficacy of emotion regulation training on stress, anxiety, depression and irritability of the students with disruptive mood dysregulation disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018;5(6):37-44. <https://doi.org/10.21859/ijpn-05066>
 23. Barshan S, Haji Alizadeh K. The effectiveness of group training about cognitive emotion regulation on improving mental health in delinquent male adolescents of Kerman city. *Journal of Health & Development*. 2017;6(3):247-258.
 24. Jamali N, Shakerinia I, Jalili Nikoo S, Ghasemi Jobaneh R. Role of spiritual health and emotional regulation in mental health of nulliparous women. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2017;4(3):32-37.
 25. Barghandan S, Khalatbari J. The correlation between cognitive emotion regulation and spiritual intelligence with quality of life among emergency department nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2017;29(104):46-54. <https://doi.org/10.29252/ijn.29.104.46>
 26. Moshirian Farahi SM, Ghanaei Chamanabad A, Asghari Ebrahimabad MJ, Moshirian Farahi MM, Najmi M, et al . Prediction of difficulty in emotional adjustment based on spiritual intelligence among criminals at Mashhad prison. *Journal of Religion and Health*. 2015;3(1):39-48.
 27. Rezaeifar N, Dousti Y, Mirzaian B. The effectiveness of psychotherapy based on transactional analysis on marital intimacy and sexual satisfaction in women with non-clinical depression. *IJPN*. 2019;6(1):35-42.
 28. Delavar A. Theoretical and practical principles of research in the humanities and social Sciences. Second Edition, Tehran: Roshd Publisher; 2006.
 29. Allen LB, McHugh RK, Barlow DH. Emotional disorders: A unified protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 216-249). New York, NY, US: The Guilford Press; 2008.
 30. Ghaedniay Jahromi A, Nori R, Hasani J, Farmani Shahreza S. The effectiveness of group training of procedural emotion regulation strategies in cognitive coping of individuals suffering substance abuse. *Research on Addiction*. 2015;8(31):71-90.
 31. Beck AT, Clarck DA. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*. 1988;1:23-36. <https://doi.org/10.1080/10615808808248218>
 32. Esalati P, Arab A, Mehdinezhad V. Effectiveness of Frankl's logotherapy on health (decreasing addiction potential and increasing psychological well-being) of students with depression. *Journal of Health Education and Health Promotion*. 2019;7(1):84-92. <https://doi.org/10.30699/ijhehp.7.1.84>
 33. King DB. Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure. MA Thesis, Trent University, Canada, Ontario; 2008.
 34. Khaleghkhah A, Babaei M, Mozafari N, Sheshgelani Y. Relationships between nurses' talent management and emotional and spiritual intelligence. *Journal of Health*. 2017;8(4):454-463.
 35. Wells A, Davies MI. The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behavior Research and Therapy*. 1994;32(8):871-878.

[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90168-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90168-6)

36. Fata L, Motabi F, Moloudi R, Ziyaei K. Psychometric properties of Persian version of thought control questionnaire and anxiety thoughts questionnaire in Iranian students. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2010;1(1):81-103
37. Kessler RC, Andrews G, Colpe D, Hiripi E, Mroczek DK, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*. 2002;32(6):959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074> PMID:12214795
38. Shakernegad S, Moazen N, Hamidy M, Hashemi R, Bazzazzadeh N, Bodaghi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress, marital satisfaction and quality of life in women with multiple sclerosis. *Journal of Health and Care*. 2017;19(1):7-17.
39. Renna ME, Quintero JM, Fresco DM, Menin DS. Emotion regulation therapy: A mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00098> PMID:28220089 PMCID:PMC5292405
40. Esmailinasab M, Andami Khoshk A, Azarmi H, Samar Rakhi A. The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. *Research on Addiction*. 2014;8(29):49-63.
41. Berking M, Orth U, Wupperman P, Meier LL. Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *Journal of Counseling Psychology*. 2008;55(4):485-494.
42. VanRijn S, Swaab H. Emotion regulation in adults with Klinefelter syndrome (47,XXY): Neurocognitive underpinnings and associations with mental health problems. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;76(1):228-238.
43. Finkelstein-Fox L, Park CL, Riley KE. Mindfulness and emotion regulation: promoting well-being during the transition to college. *Journal of Anxiety, Stress & Coping*. 2018;31(6):639-653.