

The effectiveness of emotion regulation group training in improving quality of life and mitigating emotion regulation difficulties of women during pregnancy

Samira Ameli¹, Maryam Aslzaker², Saghar Salehpour³, Mahdi Jafari²

1-MSc. Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mahdi Jafari

E-mail: drmjafari@sbmu.ac.ir

Received: 25/10/2020

Accepted: 09/01/2021

Abstract

Introduction: While pregnancy and childbirth can be considered as a natural bodily function for women, it is still an experience that increases their vulnerability to a variety of physical and psychological problems. Therefore, it seems necessary to improve their quality of life and mental health.

Aim: The present study was conducted in order to evaluate the effectiveness of emotion regulation group training for improving the quality of life and mitigating emotion regulation difficulties of pregnant women.

Method: The current study is a quasi-experimental random study with a pretest-posttest and follow-up design. The statistical population of the study includes all pregnant women in Tehran in 2018, and the sample includes 39 pregnant women, selected based on a targeted sampling method. The Short-Form Quality of Life questionnaire and the Difficulties of Emotion Regulation Scale were used. The emotion regulation group training was administered to the intervention group in 8 sessions. The results were analyzed using repeated measures ANOVA in SPSS-24 software application.

Results: The data analysis indicated that the mean scores of quality of life in the intervention group ($M = 58.13$) increased compared to the control group ($M = 38.25$). Moreover, the mean scores of DERS in the intervention group in the post-test stage ($M = 77.33$) significantly decreased at the 0.001 level compared to the pre-test stage ($M = 92.87$) and the follow-up period ($M = 72.27$).

Conclusion: Emotion regulation group training can be effective for improving the quality of life of pregnant women and mitigating their emotion regulation difficulties.

Keywords: Emotional regulation, Quality of life, Pregnancy

How to cite this article : Ameli S, Aslzaker M, Salehpour S, Jafari M. The effectiveness of emotion regulation group training in improving quality of life and mitigating emotion regulation difficulties of women during pregnancy. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2021; 7 (6): 28-42 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-945-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اثربخشی آموزش تنظیم هیجان گروهی بر بهبود کیفیت زندگی و دشواری تنظیم هیجان زنان در دوران بارداری

سمیرا عاملی^۱، مریم اصل ذاکر^۲، ساغر صالح پور^۳، مهدی جعفری^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مؤلف مسئول: مهدی جعفری ایمیل: drmjafari@sbmu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۸/۰۴

چکیده

مقدمه: بارداری و زایمان یک عملکرد طبیعی برای زنان محسوب می‌شود؛ ولی در عین حال تجربه‌ای است که آسیب‌پذیری آنان را نسبت به انواع مشکلات جسمی و روان‌شناختی افزایش داده است؛ به همین دلیل نیاز به مداخلاتی برای بهبود زندگی و سلامت آنان ضروری به نظر می‌رسد.

هدف: مطالعه حاضر به منظور تعیین اثربخشی آموزش گروهی تنظیم هیجان بر بهبود کیفیت زندگی و دشواری تنظیم هیجان زنان باردار انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی همراه با گمارش تصادفی و پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه مورد مطالعه، تمام زنان باردار در سال ۱۳۹۷ و در شهر تهران و نمونه، شامل ۳۹ زن باردار بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی-فرم کوتاه، دشواری‌های تنظیم هیجان مورد استفاده قرار گرفت. ۸ جلسه آموزش گروهی تنظیم هیجان برای گروه آزمایش اجرا شد. نتایج مقیاس‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-۲۴ و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه مداخله ($M=58/13$) نسبت به گروه کنترل ($M=38/25$) افزایش بیشتری داشته است و میانگین دشواری تنظیم هیجان در گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون ($M=77/33$) نسبت به مرحله پیش‌آزمون ($M=92/87$) و دوران پیگیری ($M=72/27$) در مقایسه با پیش‌آزمون در سطح $0/001$ کاهش معناداری داشته است.

نتیجه‌گیری: آموزش گروهی تنظیم هیجان می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی و دشواری تنظیم هیجان زنان باردار مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: تنظیم هیجانی، کیفیت زندگی، بارداری

مقدمه

بارداری^۱ یکی از حساس‌ترین دوره‌ها در زندگی فرد است (نوربالا، افضلی، عابدی نیا، اخباری، مروجی و شریعت، ۱۳۹۸)، در این دوران آسیب‌پذیری زنان نسبت به انواع مشکلات جسمی و روان‌شناختی افزایش یافته و آن‌ها را با مشکلات روان‌شناختی روبه‌رو می‌کند (کرمی، مردانی، شاکری نژاد و ساکی، ۱۳۹۴). در دوران بارداری، تغییرات زیستی، شیمیایی، فیزیولوژیک و آناتومیکی (کالبدی) زیادی در بدن زنان رخ می‌دهد (عباسپور، مقدم بنایم، احمدی و کاظم نژاد، ۱۳۹۳). حتی در بارداری‌های طبیعی نیز این تغییرات می‌توانند توانایی هر زن را برای انجام دادن نقش‌های معمول زندگی تغییر دهند؛ به عبارت دیگر در دوره بارداری سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و در مجموع کیفیت زندگی زنان باردار دچار تغییرات زیادی می‌شود (عباس زاده، باقری و مهران، ۱۳۸۹).

زنان باردار در مقایسه با جمعیت عمومی در ابعاد سلامت عمومی، درد بدن، عملکرد اجتماعی، احساس نشاط و محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی نمرات کمتری دارند. به نظر می‌رسد هر بار حاملگی توان جسمی و روانی زنان را کاهش می‌دهد که این تغییرات می‌تواند باعث اختلال روانی شده و در جنبه‌هایی از زندگی فرد و روابط او با دیگران تأثیر بگذارد (کاتاروزا^۲، ۲۰۱۴)، که در مجموع می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی شود (عباس زاده، باقری و مهران، ۱۳۸۹).

کیفیت زندگی شامل ابعاد متفاوت سلامت و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی افراد است. هر یک از ابعاد کیفیت زندگی دو جنبه ذهنی و عینی دارند. اگر چه در

توصیف میزان سلامت فرد، جنبه عینی نیز مهم است؛ اما انتظارات و دریافت‌های ذهنی فرد است که بیانگر کیفیت زندگی واقعی تجربه شده‌ی اوست (ترکان، پارسای، لامیان، کاظم نژاد و منتظری، ۱۳۸۸). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً فردی بوده و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (بونومی، پاتریک، بوشنل و مارتین^۳، ۲۰۰۰؛ بیگی زاده، شریفی، جوادپور و جمالی، ۱۳۹۹).

شواهد نشان می‌دهد که بارداری علاوه بر ایجاد تغییرات قابل ملاحظه در وضعیت سلامت جسمی و روانی زنان، می‌تواند باعث کاهش عملکرد اجتماعی و سرزنده بودن^۴ آن‌ها نیز شود (مک وندی و اعتمادی، ۱۳۸۹). تحقیقی دیگر نشان داد که حاملگی با تغییرات قابل ملاحظه‌ای هم در وضعیت سلامت روانی و هم در سلامت فیزیکی همراه است. همچنین عملکرد اجتماعی و سرزنده بودن در زنان حامله طبیعی کمتر از بقیه افراد جامعه است (عباس زاده، باقری و مهران، ۱۳۸۹).

با توجه به آنچه گفته شد، تغییرات ایجاد شده در وضعیت جسمانی و روانی زنان باردار غیرقابل چشم‌پوشی است و یکی از راه‌های مؤثر مقابله با اختلالات این دوران استفاده از روش‌های غیر دارویی است (روحه، سالملا-آرو، تووانن، توکولا، هالمسماکی، رایدینگ و سیستو^۵، ۲۰۱۵). در سال‌های اخیر، نقش درمان‌های روان‌شناختی به ویژه نقش پردازش و تنظیم هیجانی در بهبود

^۳- Bonomi, Patrick, Bushnell, & Martin

^۴- Vitality

^۵- Rouhe, Salmela-Aro, Toivanen, Tokola, Halmesmaki, Ryding, Saisto

^۱- Pregnancy

^۲- Cattaruzza

به کار می‌رود. پاسخ‌های هیجانی اطلاعات مهمی درباره تجربه فرد در ارتباط با دیگران فراهم می‌کنند. (ستارپور، احمدی و قراملکی، ۱۳۹۳).

نظریه‌های مختلف بر سر این موضوع توافق دارند که تنظیم هیجان کارآمد، شامل مهارت‌های مربوط به (۱) آگاهی و ارزیابی هیجان‌ها (۲) تنظیم هیجان‌ها (۳) استفاده انطباقی (سازش یافته) از هیجان‌هاست (برکینگ، پوپ، لوهمن، ووپرمن، جاگی، سیفریتز^{۱۳}، ۲۰۱۲؛ وروش^{۱۴}، ۲۰۱۱). به نظر می‌رسد نقص در تنظیم هیجان با ایجاد و حفظ اشکال مختلف آسیب روانی مرتبط باشد (برکینگ و ووپرمن^{۱۵}، ۲۰۱۲). تحقیقات اخیر نشان داده است زنان بارداری که در شناسایی و وصف احساسات و هیجان‌ها خود مشکل دارند، دامنه وسیعی از آسیب‌شناسی روانی را نشان می‌دهند (گیلانی فر و دلاور، ۱۳۹۶). با قبول این نکته که درک افراد از کیفیت زندگی از باورها و فرهنگ‌های آنان متأثر است (زاهدی و دریس، ۱۳۹۱) و نگرش مثبت نسبت به زندگی در بالا بردن کیفیت زندگی زنان در دوران بارداری مؤثر است (عباس زاده، باقری و مهران، ۱۳۸۹)، به نظر می‌رسد که ارتقای سلامت روان زنان باردار به عنوان یکی از اولویت‌های بهداشت عمومی مطرح باشد (زاهدی و دریس، ۱۳۹۱)؛ لذا به منظور ارتقاء سطح سلامت روان مادران باردار و به تبع آن فرزندان‌شان و همچنین ترفیع کیفیت زندگی آنان، این پژوهش با هدف دستیابی به نقش راهبردهای تنظیم هیجان در بهبود کیفیت زندگی و دشواری تنظیم هیجان انجام شد.

روش

راهبردهای تنظیم هیجان و مراقبت از خود در انواع گوناگونی از اختلالات مورد توجه قرار گرفته است (سلوان، هال، مولدینگ، بریس، میلدرد و ستیگر^۱، ۲۰۱۷). یکی از درمان‌هایی که بر هیجان و تنظیم آن متمرکز است آموزش تنظیم هیجان^۲ است (بارت و سالوی، ۲۰۰۲؛ به نقل از وودوارد، شافاکات و دومینه^۳، ۲۰۱۹). تنظیم شناختی-هیجانی راهبردهایی است که افراد در شرایط پریشانی به کار می‌برند تا هیجان‌های خود را کنترل کنند (گارنفسکی^۴، ۲۰۱۲). تنظیم هیجان^۵، به معنای کاهش و تنظیم هیجان منفی و نحوه استفاده از هیجان‌هاست و به توانایی فهم هیجان‌ها، تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها اشاره دارد (منین، همبرگ، تورک و فرسکو^۶، ۲۰۰۵؛ به نقل از ارشد، شکور و صدف، ۱۳۹۹). بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان عامل مهمی در تعیین سلامتی و کیفیت زندگی^۷ (هیگینز، گرانت و شاه^۸، ۲۰۰۳؛ به نقل از هونگ^۹، ۲۰۱۹) و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (صابر، تهرانی، شجاعی زاده، ملکی، اسفندیارپور، ۱۳۹۲). الگوی فرآیند تنظیم هیجان را گراس^{۱۰}، پیشنهاد کرده است (گراس و جان^{۱۱}، ۲۰۰۳؛ به نقل از روزگونجیک و الهای^{۱۲}، ۲۰۱۹). بر اساس الگوی گراس، تنظیم هیجان شامل تمام راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی

¹- Sloan, Hall, Moulding, Bryce, Mildred, Staiger

²- Emotion Regulation Training

³- Woodward, Shaffakat, and Dominé

⁴- Garnefski

⁵- Emotion Regulation

⁶- Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco

⁷- Quality of Life

⁸- Higgins, Grant, & Shah

⁹- Hong

¹⁰- Gross JJ

¹¹- Gross & John

¹²- Rozgonjuk, and Elhai

¹³- Berking, Poppe, Luhmann, Wupperman, Jaggi, Seifritz

¹⁴- Wrosch

¹⁵- Berking & Wupperman

و ۳ نفر از گروه مداخله به دلیل دارا بودن ملاک‌های خروج از پژوهش کنار گذاشته شدند. کلیه افراد هر دو گروه مداخله و گروه کنترل تمامی اطلاعات پژوهش، مراحل دوره آموزشی را توسط پژوهشگر دریافت کردند. اعضای گروه مداخله که به صورت تصادفی در این گروه جای گرفته بودند. سپس گروه مداخله به مدت ۸ هفته تحت آموزش تنظیم هیجان گروهی مطابق با پروتکل آموزش تنظیم هیجان گراس (گراس و جان، ۲۰۰۳) قرار گرفت که خلاصه آن در جدول ارائه شده است. آموزشی که برای گروه کنترل ارائه شده، شامل اطلاعاتی راجع به بهداشت بارداری و زایمان در ۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. در پایان مداخله و همچنین دو ماه بعد از زایمان، شرکت‌کنندگان هر دو گروه به پرسش‌نامه‌های مذکور مجدداً پاسخ دادند، سپس اطلاعات به دست آمده، با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، تجزیه و تحلیل شد.

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی دارای گروه کنترل همراه با گمارش تصادفی و پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری ۲ ماهه پس از زایمان است. جامعه مورد مطالعه، شامل کلیه زنان باردار شهر تهران در سال ۱۳۹۷ و نمونه مورد مطالعه، ۳۹ نفر از زنان بارداری که در سال ۹۷ به کلینیک زنان و زایمان مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی آیت‌الله طالقانی مراجعه کرده‌اند. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش شامل داشتن سن ۱۸ - ۳۵ سال، بارداری ۲ تا ۶ ماهگی، سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود سابقه‌ی بیماری‌های مزمن و اختلال روان‌شناختی عمده و مصرف دارو بود؛ همین‌طور ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات آموزشی، استفاده از مواد مخدر، محرک، الکل، سیگار در طول پژوهش و تجربه‌ی استرس عمده یا بیماری جسمانی. در طول پژوهش ۵ نفر از گروه مداخله

جدول ۱ خلاصه تنظیم هیجان بر اساس مدل گراس

جلسه	موضوع جلسه	اهداف جلسه	دستور جلسه
اول	آشنایی و ارتباط اعضا با یکدیگر	بیان اهداف اصلی و فرعی و چهارچوب شرکت در گروه	انجام تمریناتی با هدف آشنایی با یکدیگر و اهداف تشکیل گروه و ارائه تکلیف
دوم	انتخاب موقعیت	ارائه آموزش هیجانی	مرور تکلیف و تعریف هیجان و تفکیک ابعاد مختلف هر هیجان.
سوم	انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری هیجانی و مهارت‌های هیجانی اعضا	مرور تکلیف - بحث در مورد فواید هیجان‌ها - تکمیل فرم خود-ارزیابی پاسخ‌های هیجانی - تکمیل فرم آسیب‌پذیری هیجانی - شناسایی راهبردهای تنظیمی خود
چهارم	اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان	مرور تکلیف - جلوگیری از انزوای اجتماعی - فهرست کردن اهداف فردی و اجتماعی - آموزش مهارت‌ها
پنجم	گسترش توجه	آموزش مهارت‌های تغییر توجه	مرور تکلیف، معرفی مدل و آموزش مهارت تغییر توجه به اعضا
ششم	شناسایی پاسخ	ارزیابی مجدد شدت و میزان تجربه	مرور تکلیف - گفتگو در مورد نقش ذهن، پردازش

ذهنی و افکار و شناسایی ارزیابی‌های غلط	خود	تغییر پیامدهای رفتاری و	تعديل پاسخ	هفتم
مرور تکلیف- مواجهه، ایجاد حالت‌های هیجانی در جلسه گروهی، ارزیابی، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی		فیزیولوژیکی هیجان		
ارائه گزارش از نحوه انجام تکلیف جلسه قبل - ارزیابی - برنامه عملی برای کاربرد مهارت‌ها در دنیای واقعی	ارزیابی مجدد و برنامه‌ریزی برای کاربرد آموزش‌ها		ارزیابی و کاربرد	هشتم

ابزار

پرسشنامه یا فرم اطلاعاتی: پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: شامل سن، ترتیب زایمان (تعداد بارداری‌های قبلی)، مدت‌زمان بارداری، جنسیت جنین، نوع زایمان قبلی، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد فرزند، سابقه بیماری پزشکی یا روان‌پزشکی.

پرسشنامه دشواری‌های تنظیم هیجان^۱: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ بر اساس مفهوم‌سازی گراتز و روئمر^۲، توسط خود آن‌ها تدوین شده است که یک مقیاس ۳۶ سؤالی است که الگوهای تنظیم هیجان را در قالب شش خرده مقیاس (عدم پذیرش، پاسخ‌های هیجانی، اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهبردهای تنظیم هیجان و کمبود صراحت هیجانی) می‌سنجد و بیش از هر چیز بر مشکلات در تنظیم هیجان، تأکید دارد. این پرسشنامه به دلیل سنجش تمامی ابعاد تنظیم هیجان، استفاده بسیاری در پژوهش‌ها دارد. شیوه نمره‌گذاری نیز به صورت تقریباً همیشه، اکثر اوقات، در نیمی از موارد، گاهی اوقات و تقریباً هرگز است (لاسی، گواگیری، بوررای، ملری و گیانی^۳، ۲۰۲۰). یافته‌ها نشان می‌دهند که این مقیاس از همسانی درونی بالایی

برخوردار است (پیلکونیس^۴، ۲۰۱۹؛ کانسیان، سوزا، ماچادو، اولیویرا^۵، ۲۰۱۹) همین‌طور پایایی آن در بزرگسالانی که اختلالات خوردن داشتند نیز خوب گزارش شده است (نوردگرن، مونل، بیرگه‌گارد، بیجوربرگ، حسر^۶، ۲۰۲۰). در ایران نیز روایی و پایایی این پرسشنامه توسط اسدی مجره و اکبری مورد بررسی قرار گرفته که پایایی مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۸ به دست آمد (اسدی مجره و اکبری، ۱۳۹۷).

کیفیت زندگی - فرم کوتاه^۷: این پرسشنامه توسط ویر و شربورن^۸ (۱۹۹۲) و در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است و شامل هشت خرده مقیاس عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، سلامت روانی است (گو، چنگک، وانگ، یوآن، سام، پان، لی، یه^۹، ۲۰۱۹). این ابزار دارای ۳۶ سؤال است و کیفیت زندگی را در ۸ حیطه مورد بررسی قرار می‌دهد که عبارت‌اند از: عملکرد جسمی، محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی، درد جسمی، وضعیت سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در برقراری ارتباط با مسائل روانی و سلامت روانی. دو مقیاس کلی

^۴- Pilkonis

^۵- Cancian, Souza, Machado, & Oliveira

^۶- Nordgren, Monell, Birgegård, Bjureberg, & Hesser

^۷- Quality of life-SF-36 short

^۸- Ware & Sherbourne

^۹- Gu, Cheng, Wang, Yuan, Sam, Pan, Li, and Ye

^۱- Difficulties of Emotion Regulation Scale (DERS)

^۲- Gratz, Roemer

^۳- Lausi, Quaglieri, Burrai, Mari, & Giannini

در این مطالعه ۳۹ نفر از مادران باردار شرکت داشتند که در دو گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی گماشته شدند. در طول مراحل اجرایی پژوهش ۵ نفر از گروه مداخله و ۳ نفر از گروه کنترل خارج شدند؛ بنابراین تعداد شرکت‌کننده‌هایی که اطلاعات به دست آمده از آن‌ها محاسبه و تحلیل شد شامل گروه مداخله متشکل از ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۶ نفر بود. مادران باردار شرکت‌کننده در این پژوهش بین ۱۸ تا ۳۵ سال سن داشتند که اکثریت (۵۶ درصد) آن‌ها هم در گروه کنترل و هم در گروه مداخله بین ۲۴-۳۰ سال سن داشتند. بیشتر خانم‌ها (۶۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و بالای دیپلم بودند، همچنین اکثریت آن‌ها خانه دار (۶۵ درصد) بودند. تعداد مادرانی که برای بار دوم یا بیشتر باردار شده بودند بیشتر از مادرانی بود که برای بار اول باردار می‌شدند. همگنی گروه‌های مداخله و کنترل در ویژگی‌های جمعیت شناختی با استفاده از تست خی دو و تست دقیق فیشر مورد آزمون قرار گرفت که در جدول قابل مشاهده است.

نیز از ادغام ۸ مقیاس ذکر شده به دست می‌آیند که عبارت‌اند از: ۱. سلامت جسمی (عملکرد جسمی، محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی، درد جسمی، وضعیت سلامت عمومی) و ۲. سلامت روانی (نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در برقراری ارتباط با مسائل روانی و سلامت روانی). نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف از ۰ تا ۱۰۰ نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نشان داد که این پرسشنامه، روایی سازه خوبی دارد و همچنین اعتبار ملاک و اعتبار همگرایی نیز در حد قابل قبول گزارش شد (لین، یو، زنگ، ژاو، وان، ۲۰۲۰). روایی ملاک این ابزار در ایران توسط اسکندری و همکاران در سال ۱۳۹۴ مورد تأیید قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ضریب پایایی آزمون مجدد در دو بار اجرا و به فاصله ۲ هفته، در تمامی ابعاد بیشتر از ۰/۹۰ گزارش شد (اسکندری، هروی کریموی، رژه، عبادی و منتظری، ۱۳۹۴).

یافته‌ها

جدول ۲ نتایج آزمون خی دو و تست دقیق فیشر بین دو گروه مداخله و کنترل در ویژگی‌های جمعیت شناختی

ویژگی‌های جمعیت شناختی	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	تست دقیق فیشر
سن مادران	۰/۸۹	۲	۰/۶۴	
تحصیلات مادران	۰/۳۲	۲	۰/۸۵	
شغل مادران	۰/۹۹	۱	۰/۳۲	۰/۴۶
تعداد بارداری	۰/۷۸	۱	۰/۳۸	۰/۴۷
تعداد فرزند	۰/۷۹	۲	۰/۶۷	
جنسیت جنین	۰/۳۱	۱	۰/۵۸	۰/۷۲
مدت بارداری	۰/۲۹	۱	۰/۵۹	۰/۷۲

نتایج تست خنثی و تست دقیق فیشر نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل در ویژگی‌های جمعیت شناختی تفاوت معناداری ندارند (با سطح معناداری برای سن مادران $(p=0/64)$ ، تحصیلات $(p=0/85)$ ، شغل $(p=0/32)$ ، تعداد بارداری $(p=0/38)$ ، تعداد فرزند $(p=0/67)$ ، جنسیت جنین $(p=0/58)$ و مدت بارداری $(p=0/59)$. مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع داده‌ها به دلیل حجم نمونه‌ی کم با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک مورد آزمون قرار گرفت که نتایج در جدول آورده شده است.

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک مؤلفه‌های کیفیت زندگی و دشواری در تنظیم هیجان زنان در دو گروه مداخله و کنترل

جدول ۳ نتایج آزمون شاپیرو-ویلک مؤلفه‌های کیفیت زندگی و دشواری در تنظیم هیجان زنان در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	زمان	آماره	مداخله		کنترل	
			درجه آزادی	سطح معناداری	آماره	درجه آزادی
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۰/۹۶	۱۵	۰/۶۴	۰/۹۶	۱۶
	پس آزمون	۰/۹۴	۱۵	۰/۳۵	۰/۹۵	۱۶
	پیگیری	۰/۹۵	۱۵	۰/۴۷	۰/۹۶	۱۶
دشواری در تنظیم هیجان	پیش آزمون	۰/۹۳	۱۵	۰/۳۲	۰/۹۸	۱۶
	پس آزمون	۰/۹۴	۱۵	۰/۳۵	۰/۹۴	۱۶
	پیگیری	۰/۹۵	۱۵	۰/۴۸	۰/۹۸	۱۶

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از این بود که در هر دو گروه مداخله و کنترل مؤلفه‌های کیفیت زندگی و دشواری در تنظیم هیجان دارای توزیع نرمال بودند و این مقدار برای هیچ کدام از مؤلفه‌ها معنادار نبود؛ بنابراین

مفروضه نرمال بودن برقرار بود. شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی و دشواری در تنظیم هیجان برای گروه‌های مداخله، کنترل و کل افراد در جدول نشان داده شده است.

جدول ۴ آماره‌های توصیفی کیفیت زندگی و دشواری در تنظیم هیجان زنان در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	مداخله میانگین (انحراف استاندارد)		کنترل میانگین (انحراف استاندارد)	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
کیفیت زندگی	۳۹/۲۰ (۹/۵۰)	۵۸/۱۳ (۶/۵۲)	۶۳/۱۳ (۸/۹۵)	۳۸/۲۵ (۹/۰۴)
دشواری تنظیم هیجان	۹۲/۸۷ (۸/۹۱)	۷۷/۳۳ (۵/۵۹)	۷۲/۲۷ (۷/۲۵)	۹۶/۵۶ (۱۰/۰۰)

همان‌طوری که در جدول قابل مشاهده است، میانگین نمرات کیفیت زندگی از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری در گروه مداخله افزایش داشته در حالی که تغییر چندانی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. نتایج برای

دشواری در تنظیم هیجان نیز حاکی از کاهش نمره‌ی دشواری در تنظیم هیجان زنان در دوره‌ی بارداری و پس از زایمان در گروه مداخله بود. نتایج آزمون همگنی واریانس (لوین) در جدول گزارش شده است.

جدول ۵ آزمون همگنی واریانس (لوین) مؤلفه‌ی کیفیت زندگی و دشواری در تنظیم هیجان

متغیر	زمان	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
-------	------	---	--------------	--------------	--------------

کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۳۷	۱	۲۹	۰/۵۵
	پس‌آزمون	۱/۱۵	۱	۲۹	۰/۲۹
	پیگیری	۰/۳۸	۱	۲۹	۰/۵۴
دشواری در	پیش‌آزمون	۰/۰۳	۱	۲۹	۰/۸۷
تنظیم هیجان	پس‌آزمون	۱/۶۰	۱	۲۹	۰/۲۲
	پیگیری	۰/۲۰	۱	۲۹	۰/۶۶

است. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه‌گیری مکرر (طرح یک بین-یک درون) در مؤلفه کیفیت زندگی و دشواری در تنظیم هیجان در جدول ارائه شده است.

همان‌طوری که در جدول نشان داده شده است بین دو گروه در مؤلفه‌های کیفیت زندگی و دشواری در تنظیم هیجان در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معناداری وجود ندارد. بدین معنی که مفروضه‌ی همگنی واریانس برقرار

جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه‌گیری مکرر (طرح یک بین-یک درون) در مؤلفه کیفیت زندگی و دشواری در تنظیم هیجان

منبع اثر	متغیرها	آماره F	سطح معناداری	ضریب تأثیر
اثر بین گروهی	کیفیت زندگی	۶۵/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	دشواری در تنظیم هیجان	۲۶/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷
اثر درون آزمودنی	کیفیت زندگی	۱۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	دشواری در تنظیم هیجان	۱۸/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹
اثر تعامل گروه×زمان	کیفیت زندگی	۱۲/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	دشواری در تنظیم هیجان	۱۸/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸

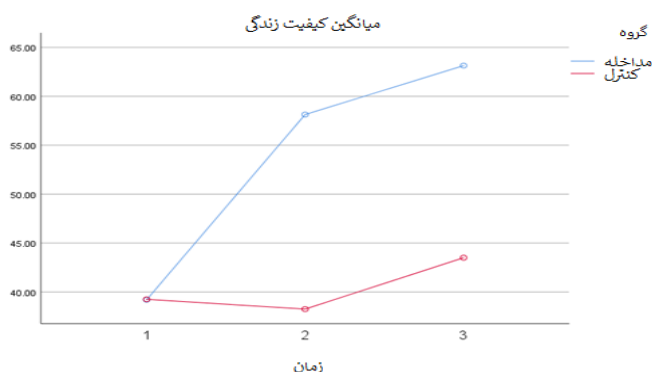
داد که دو گروه مداخله و کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار دارند ($p=۰/۰۰۱$) و از پس‌آزمون به پیگیری، تفاوت معنادار نبود ($p=۰/۲۷$). با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات میانگین دشواری در تنظیم هیجان زنان در طی زمان در بین دو گروه از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و از پیش‌آزمون به پیگیری تفاوت معناداری داشته؛ ولی بین دو گروه از پس‌آزمون به پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

همچنین اثر متقابل گروه×زمان در متغیر کیفیت زندگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون ($p=۰/۰۰۱$) و همچنین از

نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری نشان داد اثر اصلی بین گروهی (مداخله و کنترل) در متغیر کیفیت زندگی معنادار است ($p=۰/۰۰۱$). علاوه بر این اثر درون آزمودنی (زمان) و اثر متقابل گروه×زمان نیز در متغیر کیفیت زندگی معنادار بود ($p=۰/۰۰۱$). همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری نشان داد اثر اصلی بین گروهی (مداخله و کنترل) در متغیر دشواری در تنظیم هیجان زنان معنادار است ($p=۰/۰۰۱$). علاوه بر این اثر درون آزمودنی (زمان) و اثر متقابل گروه×زمان نیز در تنظیم هیجان معنادار بود ($p=۰/۰۰۱$). اثر متقابل گروه×زمان، در متغیر دشواری در تنظیم هیجان نیز نشان

میانگین کیفیت زندگی در سه مرحله اندازه‌گیری در دو گروه مداخله و کنترل در نمودار نشان داده شده است که حاکی از این است که نمرات در گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش جزئی و از پس‌آزمون به پیگیری افزایش داشته است؛ اما در گروه مداخله از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش داشته است.

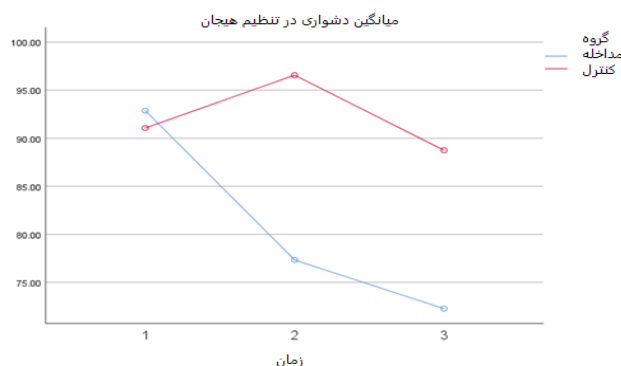
پیش‌آزمون به پیگیری ($p=0/001$) معنادار بوده است؛ اما از پس‌آزمون به پیگیری ($p=0/96$) معنادار نیست. با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی در گروه مداخله در طی زمان نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشته است (جدول).



نمودار ۱ میانگین کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل در سه مرحله اندازه‌گیری

افزایش جزئی و از پس‌آزمون به پیگیری کاهش داشته است؛ اما میانگین نمرات گروه مداخله از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش داشته است.

میانگین دشواری در تنظیم هیجان زنان در دوره بارداری و پس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل در نمودار حاکی از این است که گروه کنترل در متغیر دشواری تنظیم هیجان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون



نمودار ۲ میانگین دشواری در تنظیم هیجان زنان در دو گروه مداخله و کنترل در سه مرحله اندازه

بحث

جسمانی و روان‌شناختی روبرو هستند که این خود موجب احساس تنش بیشتری می‌شود؛ اما با آموزش تنظیم هیجان و راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان، زنان باردار قادر به بازشناسی هیجانات و موقعیت اضطراب‌زا شده‌اند و به‌جای واکنش‌های ناکارآمد اجتناب از موقعیت یا واکنش ناگهانی با تجربه هیجان آنی، به نام‌گذاری هیجانات و اعتباربخشی به آنان می‌پردازند.

در واقع زنان باردار با انجام تمرین‌های مختلف عملی و شناختی تنظیم هیجان، این سطح از آگاهی را تجربه می‌کند که تجربه، افکار، واکنش‌ها و هیجانات آن‌ها در موقعیت خاص چیست. آگاهی از هیجان‌های کلامی و غیرکلامی و ارزیابی آن‌ها در خود یا دیگران می‌تواند موجب تمایل به پاسخ‌دهی ارادی به منظور تعدیل و استفاده از هیجان‌ها شود. تنظیم هیجان‌ها مستلزم مدیریت هیجان‌های مثبت و منفی در خود و در دیگران بر مبنای شرایط موجود است (کووله^۶، ۲۰۰۹). در مواقع توانایی تنظیم پاسخ‌های هیجانی به محرکات بیرونی و درونی زمینه سلامت روان و داشتن کارکرد شایسته در طول زندگی فراهم می‌کند (اوکانل، بوت، وارنر^۷، ۲۰۰۹). تجربه اضطراب، فرد، هیجانات خود و دیگران را شناسایی می‌کند، واکنش‌های احتمالی را پیش‌بینی کرده و مناسب‌ترین واکنش را در برابر اتفاقات از خود نشان می‌دهد (برانتون، درایر، سالیبا، کوهلهف^۸، ۲۰۱۵). در حالی که چنین مادری با شناخت هیجانات خود و بیان کلامی هیجانات، می‌تواند واکنش کارآمدتری را در مقابل این اضطراب داشته باشد یا حتی اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه بکند (مین، یو، لی و چائی^۹،

این پژوهش با هدف دستیابی به نقش راهبردهای تنظیم هیجان در بهبود کیفیت زندگی و دشواری تنظیم هیجان انجام شد. چنانچه مشاهده شد برنامه آموزشی تنظیم هیجان اجرا شده توانسته است، کیفیت زندگی زنان در دوران بارداری را به میزان قابل قبول افزایش دهد و از افت کیفیت زندگی در دوران بارداری و پس از زایمان جلوگیری کند. با در نظر گرفتن اینکه کیفیت زندگی از ذهن فرد و ادراکی که از زندگی خود دارد، تأثیر می‌پذیرد می‌توان تبیین کرد که بهبود تنظیم هیجان توانسته است ادراک فرد از زندگی و کیفیت آن را بهبود بخشد. این تغییر نشان می‌دهد که کیفیت زندگی به صورت مستقیم می‌تواند با حالات هیجانی و روان‌شناختی افراد تغییر یابد (وروش، ۲۰۱۱). در آموزش گروهی تنظیم هیجان، فرد با آگاهی از هیجانات منفی و مثبت و آماده‌سازی برای پذیرش آن‌ها، زمینه را برای بروز و تکرار افکار منفی کاهش می‌دهد.

نتایج به‌دست‌آمده این پژوهش در این بخش با پژوهش‌های پیشین مشابه همسوست (هیگینز، گرانت و شاه، ۲۰۰۳؛ لی، ژو، یانگ، هی، یی، وانگ، ژانگ^۱، ۲۰۱۵؛ عظیمی، امید، شفیع و نادمی، ۱۳۹۷؛ دوآن، لیو، خیوو، ژاو و زو^۲، ۲۰۱۱؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲؛ وانگ، یی، هی، چن، لی، یانگ و ژو^۳، ۲۰۱۴؛ مین، یو، لی و چا^۴، ۲۰۱۳؛ لگرستی، گارنفسکی، ورهولست، اوتنس^۵، ۲۰۱۱). با افزایش خود-تنظیمی هیجانی فرد، استرس، افسردگی و اضطراب وی نیز کاهش می‌یابد، زنان بارداری که شرایط حاملگی برای بسیاری از آن‌ها غیرقابل کنترل بوده و با برخی از علائم

^۶- Koole

^۷- O'Connell, Boat, & Warner

^۸- Brunton, Dryer, Saliba, & Kohlhoff

^۹- Min, Yu, Lee, & Chae

^۱- Li, Zhu, Yang, He, Yi, Wang, Zhang

^۲- Duan, Liu, Xiao, Zhao, & Zhu

^۳- Wang, Yi, He, Chen, Li, Yang, & Zhu

^۴- Min, Yu, Lee, Chae

^۵- Legerstee, Garnefski, Verhulst, Utens

هیجانی خود یکی از دلایل اثربخشی و مورد هدف قرار دادن این مؤلفه، به وسیله مداخله‌ی مورد نظر است. با مشاهده نتایج به دست آمده در گروه کنترل مشاهده می‌شود که سبک تنظیم هیجان فرد در طول زمان تقریباً با ثبات نسبی همراه است و حتی با وجود پایان بارداری و زایمان تغییر قابل توجهی در دشواری تنظیم هیجان و یا بهبود آن صورت نگرفته است.

با آموزش شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی و آگاهی از ارزیابی پردازش ذهنی و محتوای ذهن خود و تأثیر آن روی پاسخ‌های هیجانی فرد و تمرینات آن، فرد در فضای هیجانی منفی، حالت‌های هیجانی منفی را تجربه کرده و متعاقباً به ارزیابی شدت و میزان تجربه خود می‌پردازد. پس از آن، به افراد آموزش داده می‌شود که از طریق باز-ارزیابی^{۱۰} و تغییر ارزیابی‌های منفی، هیجان منفی خود را تسکین داده و تنظیم کنند. باز-ارزیابی مثبت^{۱۱} به اتصال معنای مثبت به رویداد منفی در زمینه رشد شخصی اشاره دارد (گارفنسکی، کراج، اسپینهون^{۱۲}، ۲۰۰۱؛ به نقل از شوکت و دیلدار^{۱۳}، ۲۰۲۰). با باز-ارزیابی به این نتیجه می‌رسد که شرایطی که در آن قرار گرفته است و استرس تجربه شده در این مقطع عجیب نیست و می‌تواند با شناخت هیجان‌ات خود، آن‌ها را کلامی کرده یا با مهارت حل مسئله، پیش برود.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج حاکی از آن بود که برنامه‌ی آموزشی اجرا شده در بهبود کیفیت زندگی و دشواری تنظیم

۲۰۱۳). این مادر با پذیرش اضطراب خود در شرایط موجود و همچنین آرام‌سازی عضلانی (عدم دریافت بازخورد فیزیولوژیکی) و شناسایی راهبردهای ناکارآمد، بازخوردهای جسمانی اضطراب به افکار ناکارآمد را متوقف می‌کند؛ بنابراین آموزش تنظیم هیجان از طریق پذیرش هیجانی، می‌تواند باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و بهبود کیفیت زندگی شود (وان لارهن، شیلدرمن، بلیجنبرگ، دوندرس، ویسرس و ورهاگن^۱، ۲۰۱۱).

برنامه آموزشی تنظیم هیجان اجرا شده، توانسته است تنظیم هیجان زنان در دوران بارداری را به میزان قابل توجهی بهبود بخشد که این یافته همسو با سایر پژوهش‌های انجام شده است (مثل ویرتز، هافمن، ریپر، برکینگ^۲، ۲۰۱۴؛ اورث، ووپرمن، میسر، کسپر^۳، ۲۰۱۰؛ برکینگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ برکینگ، ویرتز، اسوالدی، هافمن^۴، ۲۰۱۴؛ بارت، سالوی، ۲۰۰۲، برکینگ و ووپرمن، ۲۰۱۲؛ هافمن، ساویر، فنگک، اسناتی^۵، ۲۰۱۲؛ منین و فراک^۶، ۲۰۰۷؛ رادکفسکی^۷ و همکاران، ۲۰۱۴) برای مثال گراتز نیز بر اثربخشی برنامه‌های آموزشی مهارت‌های تنظیم هیجان بر خود تنظیمی هیجانی تأکید کرده است (گراتز و گاندرسون^۸، ۲۰۰۶؛ به نقل از ملرو، اورگیلس، اسپادا و مورالس^۹، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد با بهبود بد تنظیمی هیجان در زنان باردار و در دوره پس از زایمان، وضعیت تنظیم هیجان بهبود یافته است. البته این کاهش علائم دشواری تنظیم

¹- Van Laarhoven, Schilderman, Bleijenberg, Donders, Vissers, Verhagen

²- Wirtz, Hofmann, Ripper, Berking

³- Berking, Orth, Wupperman, Meier, Caspar

⁴- Berking, Wirtz, Svaldi, Hofmann

⁵- Hofmann, Sawyer, Fang, Asnaani

⁶- Mennin, Farach

⁷- Radkowsky

⁸- Gratz, Gunderson

⁹- Melero, Orgilés, M, Espada, J.P. and Morales

¹⁰- Reappraisal

¹¹- Positive Reappraisal

¹²- Garnefski, Kraaij, & Spinhoven

¹³- Shouket, and Dildar

References

- Abaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. (2010). quality of life in pregnant women. *payesh*, 9(1), 69-75. (In Persian)
- Arshad S, Shakoor A, Sadaf B. (2020). Chapter Ten Emotion Regulation and Self-Esteem Among Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Psychosocial Explorations of Gender in Society*, P.144. (In Persian)
- Asadi Mojre S, Akbari B. (2018). Aggressive structure based on emotion regulation, alexithymia, impulsivity and excitement in students. *Sabzevar University of Medical Sciences (Asrar)*, 25(6), 828-819. (In Persian)
- Azimi A, Omid A, Shafei E, Nademi A. (2018). The Effectiveness of Transdiagnostic, Emotion-focused Treatment for Emotional Regulation and Individual-social Adjustment in Female Students. *J Arak Univ Med Sci*, 20(10), 62-73. (In Persian)
- Berking M, Orth U, Wupperman P, Meier LL, Caspar F. (2010). Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *Journal of counseling psychology*, 55(4), 485.
- Berking M, Poppe C, Luhmann M, Wupperman P, Jaggi V, Seifritz E. (2012). Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to modify emotions? Results from two cross-sectional studies. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(3), 931-937.
- Berking M, Wirtz CM, Svaldi J, Hofmann SG. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 13-20.
- Berking M, Wupperman P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Bigzadeh S, Sharifi N, Javadpour S, Jamali S. (2020). Sexual function and quality of life in pregnant Iranian women. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-9. (In Persian)
- Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. (2015). Pregnancy anxiety: A systematic review of

هیجان مؤثر بوده است؛ لذا از نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی تنظیم هیجان به عنوان مداخله‌ای برای کاهش مشکلات روان‌شناختی و بد تنظیمی هیجانی و بهبود کیفیت زندگی در دوران بارداری و پس از زایمان مؤثر است. استفاده از پرسشنامه خود گزارشی برای سنجش متغیرها و همین‌طور نیاز به حضور منظم زنان باردار در جلسات در ساعات مشخص از جمله محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود. با توجه اهمیت سلامت روان و کیفیت زندگی در دوران بارداری، پژوهش حاضر می‌تواند، پلی بین پژوهش‌های بنیادین و آزمایشی در حوزه روانشناسی زنان برقرار کرده و راه را برای کاربرد تکنیک‌های نوین تنظیم هیجان برای ترفیع سلامت روان‌شناختی این افراد هموار کند. مداخلات مشابه می‌توانند با ایجاد فضایی کاربردی و بالینی در توسعه سلامت روان و پیشگیری از اختلالات مادران و کودکان نقش مهمی داشته باشند. از سوی دیگر مطالعه حاضر به دلیل گروهی بودن می‌تواند در سطح کلان اجرا شده و از نظر مالی برای مخاطبین و نهادهایی که سعی در پیشگیری مشکلات سلامت روان به‌خصوص در دوران بارداری و پس از زایمان دارند به‌صرفه باشد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه ارشد است. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.MSR.REC.1397.442 مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین لازم به ذکر هست که هیچ یک از نویسندگان این پژوهش، تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند. در انتها از تمام شرکت‌کنندگان و افرادی که ما را در انجام این پژوهش کمک کردند صمیمانه تشکر می‌کنیم.

- current scales. *Journal of affective disorders*, 176:24-34.
- Cancian ACM, Souza LASD, Machado WDL, Oliveira MDS. (2019). Psychometric properties of the Brazilian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(1), 18-26.
- Cattaruzza A. (2014). Difficulties in the treatment of depression during pregnancy and postpartum depression. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 13(1), 75-87.
- Duan S, Liu Y, Xiao J, Zhao S, Zhu X. (2011). Cognitive emotion regulation questionnaire in hypertensive patients. *Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban= Journal of Central South University. Medical sciences*, 36(6), 532.
- Eskandari S, Heravi karimoy M, Rezhe N, Ebadi A, Montazeri A. (2015). Evaluation of the validity and reliability of a specific questionnaire to assess the quality of life of patients with heart failure. *Journal of Jahad University Research Institute of Health Sciences*, 14(4), pp. 475-484. (In Persian)
- Gamefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. (2012). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of Personality*, 16(5), 403-420.
- Gilanifar M, Delavar MA. (2017). The relationship between alexithymia and general symptoms of pregnant women. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 55(1), 14-18. (In Persian)
- Gu M, Cheng Q, Wang X, Yuan F, Sam NB, Pan H, Li B, Ye D. (2019). The impact of SLE on health-related quality of life assessed with SF-36: a systemic review and meta-analysis. *Lupus*, 28(3), pp.371-382.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A, Asnaani A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29(5), 409-416.
- Hong JM. (2019). Persuasive effects of the four types of regulatory-focused message framing in philanthropy advertising (Doctoral dissertation).
- Karami K, Mardani A, ShakeriNejad G, Saki A. (2015). Effectiveness of A Codified Educational Behavioral Program on the Mental Health of Pregnant Women. *SSU_Journals*. 23(9):879-89. (In Persian)
- Koole SL. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, 23(1), 4-41.
- Lausi G, Quagliari A, Burrai J, Mari E, Giannini AM. (2020). Development of the DERS-20 among the Italian population: a study for a short form of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(2).
- Legerstee JS, Gamefski N, Verhulst FC, Utens EM. (2011). Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of adolescence*, 34(2), 319-326.
- Li L, Zhu X, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y, Zhang J. (2015). Cognitive emotion regulation: characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 51.
- Lin Y, Yu Y, Zeng J, Zhao X, Wan C. (2020). Comparing the SF-36 and SF-12 in Psychometric Properties as Measuring Quality of Life among Adolescent in China: a Large Sample Cross-sectional Study.
- Makvandi S, Etemadi KA. (2010). Quality of life in pregnant women who referred to ize health center in 2010. 37-42. (In Persian)
- Melero S, Orgiles M, Espada JP, Morales A. (2020). How depression facilitates psychological difficulties in children? The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Mennin D, Farach F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329-352.
- Min JA, Yu JJ, Lee CU, Chae JH. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or

- anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry*, 54(8), 1190-1197.
- Moghaddam-Banaem L, Ahmadi F, Kazemnejad A. (2014). Iranian mothers' selection of a birth method in the context of perceived norms: A content analysis study. *Midwifery* 30(7):804-9. (In Persian)
- Noorbala AA, Afzali HM, Abedinia N, Akhbari M, Moravveji SA, Shariat M. (2019). Investigation of the effectiveness of psychiatric interventions on the mental health of pregnant women in Kashan City-Iran: A clinical trial study. *Asian journal of psychiatry*, 46, 79-86. (In Persian)
- Nordgren L, Monell E, Birgegård A, Bjureberg J, Hesser H. (2020). Factor structure of the difficulties in emotion regulation scale in treatment seeking adults with eating disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(1), 111-126.
- Pilkonis P. (2019). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)-Personality Studies.
- Radkovsky A, McArdle JJ, Bockting CL, Berking M. (2014). Successful emotion regulation skills application predicts subsequent reduction of symptom severity during treatment of major depressive disorder. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 82(2), 248.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmaki E, Ryding EL, Saisto T. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience—a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology*, 36(1), 1-9.
- Rozgonjuk D, Elhai JD. (2019). Emotion regulation in relation to smartphone use: Process smartphone use mediates the association between expressive suppression and problematic smartphone use. *Current Psychology*, pp.1-10.
- Saber M, Tehrani H, Shojaizadeh D, Maleki Z, Esfandyarpoor R. (2013). Mental Health and Exposure to Stressful Life Events of Nurses Working in Emergency Medical Service (ER 115). (In Persian)
- Sattarpour F, Ahmadi E, Gharamaleki HB. (2014). Effectiveness emotion regulation training on reduction of symptoms depression students. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*, 1(1), 31-38. (In Persian)
- Shouket H, Dildar S. (2020). Predictors of Orphanage Residents' Life Satisfaction: Basic Psychological Needs and Cognitive Emotion Regulation. *Pakistan Journal of Psychological Research*, pp.493-508. (In Persian)
- Van Laarhoven HW, Schilderman J, Bleijenberg G, Donders R, Vissers KC, Verhagen CA, Prins JB. (2011). Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting. *Cancer Nursing*, 34(4), 302-314.
- Wang Y, Yi J, He J, Chen G, Li L, Yang Y, Zhu X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(1), 93-99.
- Wirtz CM, Hofmann SG, Riper H, Berking M. (2014). Emotion regulation predicts anxiety over a five year interval: A cross lagged panel analysis. *Depression and Anxiety*, 31(1), 87-95.
- Woodward IC, Shaffakat S, Domine VH. (2019). Exploring the Reservoirs of Drivers and Blockers (Conscious and Unconscious): Worldviews and Emotions. In *Exploring Leadership Drivers and Blockers* (pp. 31-40). Palgrave Macmillan, Singapore.
- Wrosch C. (2011). Self-regulation of unattainable goals and pathways to quality of life. *The Oxford handbook of stress, health, and coping*, 319-333.
- Zahedi M, Deris F. (2012). Investigating quality of life in pregnant women in Farokhshahr city in 2012. 63-69. (In Persian)