

February-March 2022, Volume 9, Issue 6

Comparison of the Effectiveness of Emotion-focused-therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy on Emotion Dysregulation in Women with Covid-19 Grief Disorder

Soheila Javidnia¹, Mina Mojtabaei^{2*}, Simin Bashardost³

1- PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Iran.

3- Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Iran.

Corresponding author: Mina Mojtabaei, Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Iran.

Email: Mojtabaie@riau.ac.ir

Received: 24 Oct 2021

Accepted: 20 Jan 2022

Abstract

Introduction: Improving emotion regulation can be helpful in coping with Covid-19 grief disorder. The aim of this study was to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy of emotion regulation in women with Covid-19 grief disorder.

Methods: The method of the present study was quasi-experimental with pre-test, post-test, and two-month follow-up. From 25 to 45 years old women with grief disorder (caused by Covid-19) in Tehran in 2020-2021, 45 people were selected by voluntary sampling and randomly assigned to three groups (15 people in each group). The research tool included a scale of difficulty in emotion regulation (Gertz and Roemer, 2004). One group received emotion-based therapy (10 sessions of one and a half hours) and one group received mindfulness-based cognitive therapy (9 sessions of one and a half hours). The control group was placed on a waiting list and did not receive any intervention during the study.

Results: The results showed that both interventions had a significant effect on emotion regulation components compared to the control group ($P < 0.01$). The results also showed that emotion-focused therapy significantly reduced the mean components of emotion rejection, difficulty in impulse control, lack of emotional awareness, and limited access to emotion regulation strategies compared to mindfulness-based cognitive therapy.

Conclusions: The results indicate the competitive effectiveness of emotion-focused therapy compared to mindfulness-based cognitive therapy on emotion regulation.

Keywords: Grief disorder, Emotion regulation, Emotion-focused therapy, Mindfulness-based cognitive therapy, Covid – 19.

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بد تنظیمی هیجان زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید-۱۹

سهیلا جاویدنیا^۱، مینا مجتبابی^{۲*}، سیمین بشر دوست^۳

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران.

۲- دانشیار گروه روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن ایران.

۳- استادیار گروه روان شناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران.

نویسنده مسئول: مینا مجتبابی، دانشیار گروه روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن ایران.
ایمیل: Mojtabaic@riau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰

چکیده

مقدمه: بهبود تنظیم هیجان جهت مقابله با اختلال سوگ ناشی از کووید-۱۹، می تواند کمک کننده باشد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید-۱۹ انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه بود. از زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله مبتلا به اختلال سوگ (ناشی از کووید-۱۹) در شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شدند و در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴) بود. یک گروه درمان مبتنی بر هیجان (۱۰ جلسه یک و نیم ساعته) و یک گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (۹ جلسه یک و نیم ساعته) را دریافت کردند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و حین اجرای پژوهش مداخله ای دریافت نکرد.

یافته ها: نتایج نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی معناداری بر مولفه های تنظیم هیجان دارند ($P < 0/01$). همچنین نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، میانگین مؤلفه های عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی را به صورت معنادار بیشتر کاهش داده است.

نتیجه گیری: نتایج حاکی از اثربخشی رقابتی درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان دارد.

کلیدواژه ها: اختلال سوگ، تنظیم هیجان، درمان متمرکز بر هیجان، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، کووید-۱۹.

مقدمه

رعایت مواردی مانند فاصله اجتماعی جهت جلوگیری از شیوع ویروس کووید-۱۹، فرآیند سوگواری معمول را مختل کرده و حمایت های عاطفی و اجتماعی از طرف دوستان و آشنایان کاهش پیدا کرده است (۱). بر همین اساس به نظر می رسد که غم و اندوه ناشی از فوت وابستگان بر اثر ابتلا به کووید-۱۹ به صورت طولانی مدت و ناتوان

شیوع کووید-۱۹، علاوه بر اینکه منجر به بروز اختلال در عملکرد روزانه افراد، همچنین منجر به بروز مرگ و میر ناشی از این بیماری شده است. یکی از چالش های اساسی بازماندگانی که شخص مهمی را بر اثر کووید-۱۹ از دست داده اند، انجام فرآیند سوگواری است، چرا که حفظ لزوم

تمرین ذهن آگاهی پذیرش تجربیات ناراحت کننده، دشوار و دردناک را تسهیل کند و عدم قضاوت هیجان‌ها را منجر می‌گردد (۱۳). همچنین این مداخله به عنوان یک روش درمانی کم هزینه و سودمند در زمان همه گیری کووید - ۱۹ پیشنهاد شده است (۱۴). اگرچه این خلاء وجود دارد که اثربخشی این درمان بر بهبود تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال سوگ بررسی نشده است، با این حال نتایج بدست آمده از پژوهش‌های نوروزی و هاشمی (۱۵)، مهدی و فاضلی (۱۶)، میرمهدی و رازعلی (۱۷) و ما و همکاران (۱۸) حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود هیجان‌های منفی و افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان بوده‌اند. علاوه بر نشان داده شده که تمرین‌های ذهن آگاهی با فعالیت قشر پیش پیشانی و قشر سینگولا قدامی که در تنظیم هیجان نقش دارند، همراه است (۱۹). همچنین به نظر می‌رسد که مداخله ذهن آگاهی در افراد داغدیده با کاهش تداخل عاطفی با عملکردهای شناختی باعث بهبود کنترل عملکرد اجرایی در جهت تنظیم هیجان می‌گردد (۲۰).

درمان مبتنی بر هیجان یکی دیگر از درمان‌های پرکاربرد است که با هدف قوی کردن خود، تنظیم هیجان و ایجاد معنی جدید در مراجع بکار گرفته می‌شود (۲۱). در این درمان و بر پایه یک رابطه ایمن درمانی، با افزایش آگاهی و پردازش مجدد هیجان‌ها به رشد فردی و توانمندسازی فرد کمک می‌شود (۲۲). درمان مبتنی بر هیجان، هیجان‌ها را به عنوان سیستم اصلی انگیزشی فعال در هنگام ایجاد و شکستن پیوندهای دلبستگی شناسایی می‌کند (۲۳). در کنار تکنیک‌های درمانی کارآمد مانند همدلی، صندلی خالی و گفتگوی دوصندلی، وجود مفروضات مبتنی بر رویکرد انسان‌گرایانه مانند نگاه مثبت به مراجع و ارائه همدلی باعث شده این رویکرد برای کار با جمعیت‌های آسیب دیده مناسب جلوه کند (۲۴). علاوه بر این، مشکلات تنظیم هیجان تا حدی باعث ایجاد ارتباط بین دلبستگی اجتنابی و علائم اختلال سوگ می‌شود (۲۵). اگرچه این خلاء وجود داشته که اثربخشی این درمان بر تنظیم هیجانی جمعیت مبتلا به اختلال سوگ بررسی نشده است با این حال نتایج بدست آمده از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر هیجان بر بهبود توانمندی هیجانی جمعیت‌های آسیب دیده اثربخش است (۲۶، ۲۷). علاوه بر این نتایج بدست آمده از پژوهش‌های داوودی و همکاران (۲۸)، یعقوبی

کننده که همراه با نشگان اختلال سوگ است، افزایش یافته باشد (۲). در همین رابطه بررسی وابستگان افراد متوفی ناشی از ابتلا به کووید - ۱۹، مشخص کرد که نرخ شیوع نشانگان اختلال سوگ در این جمعیت بین ۳/۳ تا ۳۷/۸ است (۳). نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که تنظیم هیجان می‌تواند به کاهش پیامدهای منفی کووید - ۱۹ و همچنین سازگاری بهتر با احساس تنهایی و حفظ بهزیستی منجر گردد (۴، ۵). به طور کلی تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد بر این که چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آنها را داشته باشند، چگونه آنها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند (۶). به طور کلی به نظر می‌رسد که سلامت روانی ضعیف با داشتن استراتژی‌های تنظیم هیجان کمتر، وضوح عاطفی ضعیف تر و عدم پذیرش هیجان‌ها همراه است و در مقابل توانایی تنظیم هیجان با توجه به اینکه کنترل رفتار و پذیرش خود همراه است، می‌تواند کمک کننده باشد (۷). علاوه بر این نشان داده شده که تنظیم هیجان واسطه و تعدیل کننده رابطه نگرانی‌های مرتبط با کووید - ۱۹ و پیامدهای روان شناختی منفی آن است و به همین جهت پیشنهاد شده که در برنامه‌های پیشگیری و درمان اختلال‌های روان شناختی مرتبط با کووید - ۱۹ بر بهبود آن توجه گردد (۸، ۹).

امروزه ارائه مراقبت و مداخله‌های کارآمد برای افرادی که به دلیل کووید-۱۹ داغدار شده‌اند به یک چالش جهانی تبدیل شده است (۳). یکی از مداخله‌های روان شناختی پرکاربرد، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است که شامل آموزش مراقبه ذهن آگاهی و عناصر درمان شناختی-رفتاری است (۱۰). بیشترین مکانیزم‌های درمانی این مداخله شامل کاهش نشخوارهای فکری و افزایش خودآگاهی به واسطه تمرین‌های ذهن آگاهی است (۱۱). روش‌های مختلف مراقبه رسمی و غیررسمی، از جمله اسکن هدایت شده بدن، مراقبه‌های نشستن و راه رفتن، حرکت ذهنی، آگاهی متمرکز بر فعالیت‌های روزمره، توسعه عمل مستقل و گسترش آگاهی ذهنی نسبت به رویدادهای ذهنی و مواردی که قبلاً از آنها اجتناب شده، از جمله اقدامات درمانی این مداخله است (۱۲). به نظر می‌رسد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای مقابله با چالش‌های ایجاد شده در زمان عدم قطعیت، تغییر و از دست دادن، در زمان همه گیری کووید - ۱۹ مناسب است، چرا که

و همکاران (۲۹) و شاملی و همکاران (۳۰) نیز نشان داده اند که درمان مبتنی بر هیجان بر بهبود مولفه های تنظیم هیجانی موثر هستند. همچنین این مورد که اعتباربخشی به هیجان ها و نیازها توسط درمانگر به کاهش درد هیجانی افراد کمک می کند، توسط مطالعه عصب شناختی تایید شده است (۳۱).

با توجه به اینکه به نظر می رسد که اختلال سوگ از جمله پیامدهای منفی رایج در دوران شیوع کرونا است، بنابراین ارائه مداخله ها در جهت تقویت ظرفیت های فردی مانند تنظیم هیجان می تواند کمک کننده باشد. اگرچه اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تا حدودی بر روی تنظیم هیجان صورت گرفته، با این حال این خلاء وجود دارد که اثربخشی این دو درمان به صورت مستقیم بر روی تنظیم هیجان زنان دچار سوگ ناشی از کووید - ۱۹ مورد بررسی قرار نگرفته است. علاوه بر این بررسی تفاوت در اثربخشی این دو مداخله یک مسئله پژوهشی است، چرا که این دو مداخله بر مبنای نظریه های مختلفی (درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مبنای نظریه های شناختی و رفتاری، و مداخله مبتنی بر هیجان بر مبنای نظریه دلبستگی، نظریه انسان گرا و رویکرد تجربه گرا) پایه ریزی شده اند و به همین ترتیب مفهوم سازی متفاوتی از بروز، رشد و حفظ پریشانی روان شناختی دارند دارند (۳۲). بنابراین این امکان وجود دارد که اثربخشی متفاوتی نشان دهند و بررسی تفاوت در اثربخشی این دو مداخله که از دو دیدگاه نظری متفاوت هستند، می تواند به شناخت مداخله کارآمد در بهبود تنظیم هیجان زنان دچار سوگ ناشی از کرونا کمک کند. بر همین اساس پژوهش حاضر با این مسئله روبرو بود که آیا بین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹ تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

روش پژوهش از نوع شبه آزمایشی و طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری دو ماهه بود (در مرحله پیگیری مداخله ای برای گروه ها ارائه نگردید). جامعه آماری پژوهش شامل زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله مبتلا به اختلال سوگ (ناشی از ویروس کرونا) در شهر تهران در

سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. نمونه گیری از میان زنانی صورت گرفت که یا خود مراجعه کننده به کلینیک های روان شناسی و بیمارستان ها بودند؛ یا از طریق فراخوان حضوری در مراکز درمانی یا فراخوان کتبی و اینترنتی از طریق تلگرام و اینستاگرام، که از طرف پژوهشگر اعلام شده بود، اعلام نیاز کرده و خواستار درمان اختلال سوگ خود شدند. با استفاده از جدول کوهن و در سطح $P < 0.05$ و اندازه اثر بهینه (۰/۵) و توان آزمون ۰/۷۵ و تعداد گروه های مورد مقایسه و فرمول ($U=3-1=2$)، از میان جامعه پژوهش، ابتدا تعداد ۴۵ نفر با روش غیر تصادفی و داوطلبانه انتخاب شدند. سپس نمونه انتخاب شده به طور تصادفی به صورت مساوی و با گمارش تصادفی، در سه گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، تجربه سوگ در ۶ ماه الی ۲ سال گذشته بر اثر کووید - ۱۹ و تشخیص اختلال سوگ بر اساس معیارهای تشخیصی راهنمای تشخیصی اختلال های روانی منتشر شده توسط انجمن روان پزشکی آمریکا با تایید روان پزشک. ملاک های خروج عبارت بودند از: عدم تمایل به درمان و عدم حضور در حداقل دو جلسه از جلسات مداخله، مبتلا بودن به سایر اختلالات روانی دیگر با تایید روان پزشک، تحت درمان بودن از طریق درمان های روانپزشکی و یا درمان روانشناختی موازی طبق اظهار نظر شرکت کنندگان در پژوهش. علاوه بر برگه حاوی اطلاعات جمعیت شناختی (مانند سن، تحصیلات و ...) از یک پرسشنامه جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد که در ادامه به آن اشاره شده است.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز و روئمر (۳۳) ساخته شده و شامل ۳۶ سوال است که الگوهای تنظیم هیجانی افراد را مورد ارزیابی قرار می دهد. پاسخ هر آزمودنی بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای (تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵) نمره گذاری می شود. در این پرسشنامه نمرات بالاتر، نشان دهنده دشواری های بیشتر در مقوله های تنظیم هیجان ها است. عبارات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ در این مقیاس به طور معکوس نمره گذاری می شوند. این پرسشنامه از شش خرده مقیاس تشکیل شده است. این خرده مقیاس ها عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ های هیجان (شامل گویه های ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹)، دشواری های در انجام رفتار هدفمند (شامل گویه های ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶،

سهیلا جاویدنیا و همکاران

پرسشنامه و خرده مقیاس های آن بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۸ بود همچنین روایی همگرایی پرسشنامه با اجرای همزمان آن با پرسشنامه های تنظیم شناختی هیجان، سلامت روان و فهرست عواطف مثبت و منفی مورد بررسی قرار گرفت که مقادیر همبستگی بدست آمده بین ۰/۴۳ تا ۰/۵۵ بودند و در سطح معناداری قرار داشتند ($P < ۰/۰۵$).

در (جدول ۱) خلاصه جلسات مداخله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر گرفته از درآیدن و کران (۳۵) ارائه شده است. این مداخله در ۹ جلسه به صورت هر هفته یک جلسه به مدت تقریبی یک ساعت و نیم اجرا گردید.

۳۳)، دشواری کنترل تکانه (شامل گویه های ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲)، فقدان آگاهی هیجانی (شامل گویه های ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴)، دسترسی محدود به راهبرهای تنظیم هیجانی (شامل گویه های ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶) و فقدان شفافیت هیجانی (شامل گویه های ۱، ۴، ۵، ۹، ۱۷). طبق نتایج منتشر شده توسط سازندگان هر شش خرده مقیاس پرسشنامه، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ داشتند و همچنین همبستگی معناداری با پرسشنامه پذیرش و عمل در دامنه ۰/۳۱ تا ۰/۷۳ داشتند. ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در ایران توسط بشارت (۳۴) مورد بررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای نمره کل

جدول ۱: پروتکل جلسات گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوی جلسه	تمرینها و تکنیکها
جلسه اول	ارایه مقدمه و انجام معارفه، رهنمودهای مشاوره، اجرای پیش آزمون و توضیح شرایط حضور در گروه آزمایش و کنترل و سپس ارائه کلیات و آشنایی با تعاریف، بحث باز	بحث گروهی ارائه بازخورد
جلسه دوم	ایجاد رابطه درمانی، اطمینان بخشی، گرفتن تعهد از مراجعین که در صورت تمایل به ادامه، نسبت به انجام تکالیف و تکمیل دوره متعهد شود.	پرواز بر روی خلبان خودکار، رونوشت: تمرین خوردن کشمش، ذهن آگاهی خوردن کشمش، ذهن آگاهی تنفس
جلسه سوم	ورود یک نوع محاوره جدید در روند درمان، مبارزه با افکار خودکار، آموزش ذهن آگاهی دقیقه ای فضای تنفس، آموزش ذهن آگاهی قدم زدن، آموزش ذهن آگاهی احساسات ناخوشایند، بازنگری تکلیف خانگی جلسه قبل	استفاده از متافورها (استعاره)، متافور (استعاره) مردی در باتلاق؛ متافور مرد درون چاه و متافور فرزند جیغ و جیغو، ثبت وقایع خوشایند یا لذت بخش (هر روز)، مراقبه نشسته ۱۱ تا ۱۵ دقیقه، دادن جزوه جلسه دوم به شرکت کننده، ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	شناخت نحوه عملکرد مغز بیماران افسرده و تأثیر ذهن آگاهی بر آن (فیلم اسکن مغزی بیماران افسرده قبل و بعد از تمرین عینی کردن مشکل)، تربیت مغز، آموزش چند نمونه از ذهن آگاهی فعالیتهای روزمره، بازنگری تکلیف	تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای و بازنگری آن، دراز کشیدن همراه با حضور ذهن به بازنگری آن، قدم زدن با حضور ذهن و بازنگری، تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند، ارائه جزوه جلسه سوم به شرکت کنندگان و ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	تسهیل پذیرش پذیرش، استفاده از متافورها، دقیقه ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی	مافورها: مهمانخانه، فرد دست شکسته، فنجانت را خالی کن...، بررسی افکار خودکار، فضای تنفس ۳ دقیقه ای + بازنگری، دادن جزوه به شرکت کنندگان، تعیین تکلیف خانگی
جلسه ششم	کار بر روی: شما مساوی با افکار تان نیستید، شما مساوی با احساسات خود نیستید، شما مساوی با باورهایتان نیستید. هدف گذاری، ذهن آگاهی اسکن بدن، بازنگری تکلیف خانگی	ذهن آگاهی نشستن آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار؛ توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنشهایی که نسبت به افکار، احساسات، یا حسهای بدنی نشان میدهیم با تجاریمان ارتباط برقرار میکنیم؛ بیان دشواریهایی که در طی انجام تمرین روی میدهد و توجه به تأثیرات آنها بر بدن و واکنش به آنها، بازنگری تمرین، ذهن آگاهی فضای تنفس و بازنگری آن، دادن جزوات جلسه پنجم بین شرکت کنندگان، تعیین تکلیف خانگی
جلسه هفتم	بازنگری تکلیف خانگی، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، دادن جزوه جلسه ششم	رهایی از طریق بخشش: متافور مرد چاقو خورده، آموزش ذهن آگاهی رها کردن، افزایش خود ارزشمندی: متافور کوزه ترک برداشته، تعیین تکلیف خانگی
جلسه هشتم	دوستی و مهربانی با خود و دیگران، ایجاد رابطه با خود، ذهن آگاهی گوش دادن برای بهبود روابط، بازنگری تکلیف خانگی شناسایی کارهای مورد نیاز برای رویارویی با عود / بازگشت تهیه فهرستی از فعالیتهای لذت بخش و فعالیت هایی که منجر به حس از عهده آبی می شود.	ذهن آگاهی تنفس، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، برنامه ریزی و تهیه یک برنامه مناسب برای فعالیتهایی لذتبخش، شناسایی نشانگان عود، فضای تنفس ۳ دقیقه ای یا قدم زدن همراه با ذهن آگاهی، دادن جزوات جلسه هفتم به شرکت کننده، دادن تکلیف خانگی
جلسه نهم	صبر کردن قدردانی کردن، تأمل و تغییر سپاسگزار هر روز باشید، تمرین منظم ذهن آگاهی به حفظ تعادل در زندگی کمک میکند. نیات مثبت تقویت میشوند زیرا این تمرینات با دلایل مثبت مراقبت از خود مرتبط است.، اجرای پس آزمون و مراسم خداحافظی	تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن، بازنگری تکلیف خانگی، بازنگری کل برنامه (آنچه که یاد گرفته شده)، بحث در مورد این که چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظم که در ۷ هفته گذشته؛ چه در تمرینهای منظم و چه در تمرینهای غیر منظم ایجاد شده ادامه یابد. واریسی و بحث در مورد برنامه ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به کلاسها با آخرین تمرین ذهن آگاهی تنفس

گردیده است. این مداخله در ۱۰ جلسه به مدت تقریبی هر جلسه یک ساعت و نیم به صورت هفته ای یک جلسه اجرا گردید.

در (جدول ۲) خلاصه جلسات مداخله متمرکز بر هیجان مبتنی بر گلدمن و گرینبرگ (۳۶) که برای فرمول بندی جلسات مداخله درمان مبتنی بر هیجان تنظیم شده، ارائه

جدول ۲. خلاصه جلسه های مداخله مبتنی بر هیجان

جلسه	محتوا	تکنیک ها و آموزش ها
اول	آشنایی اعضا گروه با یک دیگر، تشریح قوانین گروه، معرفی مختصر درمان هیجان مدار و روند کار، ارائه آموزش مختصر در مورد هیجان، تشکیل اتحاد درمانی	انعکاس محتوا و احساسات، درک همدلانه، پذیرش بدون قید و شرط
دوم و سوم	اجرای فاز اول (پیوند و آگاهی) درمان: (الف) تاگشایی روایت و حضور، همدلی و ارزش گذاری هیجانها و حس کنونی خود مراجع؛ (ب) ارائه منطقی برای کار با هیجانها؛ (ج) ارتقای آگاهی از تجربه درونی و (د) ایجاد تمرکز مشتری.	درک همدلانه، کاوش همدلانه، هدایت فرآیند، انعکاس احساسات و محتوا، اعتباربخشی
چهارم و پنجم	اجرای فاز دوم (فراخوانی و کاوش) درمان: (الف) ایجاد حمایت از تجربه های عاطفی، (ب) فراخوانی و برانگیختن هیجانها مشکل زا، (ج) خنثی کردن توقف کننده های هیجانی و (د) کمک به مراجع برای دستیابی به هیجانها اولیه و یا طرح های ناسازگار اصلی	تصدیق همدلانه، کاوش همدلانه، گمانه زنی همدلانه، پاسخ های فراخواننده، پاکسازی فضا، تکنیک صدلی خالی (در فاز دوم: به منظور دستیابی به هیجانها اولیه)
ششم و هفتم	اجرای فاز سوم (ایجاد هیجانها جدید و ایجاد معنای جدید روایت): (الف) تولید پاسخ های هیجانی جدید برای تبدیل طرح های ناسازگار اصلی، (ب) بالا بردن ظرفیت تأملی برای حس کردن تجربه، (ج) اعتبار بخشیدن به هیجانها جدید و حمایت از حس ظهور کرده خود	تصدیق همدلانه، اعتباربخشی، تکنیک صدلی خالی (در فاز سوم: به منظور تولید و تبدیل هیجانی جدید)، گمانه زنی / معنا سازی همدلانه
هشتم و نهم	تحکیم بخشی درمان با انعکاس احساسات و تصدیق تجربه کسب شده جدید در فرآیند درمان با تمرکز بر تغییرات مثبت از زمان شروع غم و افسردگی و اضطراب، به مراجعان در یادآوری دوره های اضطراب و افسردگی کمک گردید تا تجربیات غم و احساس گناه، خودانتقادی و نشخوار فکری و سرکوبها زنده شوند. همچنین به آنها آموزش داده خواهد شد تا احساسات منفی باقیمانده را با احساسات بخشش خود جایگزین کنند.	گمانه زنی / معنا سازی همدلانه اعتباربخشی تجربه جدید کسب شده انعکاس احساسات تصدیق همدلانه
دهم	کمک به مراجعان به منظور شناسایی موارد پیشرفت و نحوه حفظ این عایدات، ارائه کلیاتی از کاربرد فرآیند بخشش و تصدیق خود برای سایر اعمال تکانه ای، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون و همانگی برای مرحله پیگیری، اتمام کار گروه	اعتباربخشی تصدیق همدلانه

از زنان واجد شرایط، با تشخیص اختلال سوگ پیچیده انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در سه گروه (گروه درمان مبتنی بر هیجان، گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل) قرار گرفتند و پیش آزمون روی هر سه گروه اجرا شد. سپس درمان همزمان و به صورت گروهی و حضوری و با رعایت پروتکل های بهداشتی از قبیل رعایت فاصله اجتماعی و زدن ماسک، در مورد گروه های آزمایشی اجرا شد. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. پس از پایان درمان، پس آزمون روی هر سه گروه اجرا شد و پس از طی دوره دو ماهه از پایان مداخله درمانی، پرسشنامه های مذکور، جهت پیگیری و برای بار سوم اجرا گردید. لازم به ذکر است بعد از اتمام مداخله و تا انجام مرحله پیگیری، گروه های پژوهش مداخله ای دریافت نکردند. پس از این مرحله و پایان پژوهش درمان اختلال سوگ بر روی زنانی از گروه کنترل که خواستار دریافت مداخله درمانی بودند انجام شد. برای تحلیل داده ها در سطح توصیفی از میانگین، انحراف معیار و فراوانی استفاده گردید و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس با

در ابتدا جهت گردآوری نمونه از طریق فراخوان پژوهشگر از طریق شبکه های اجتماعی از قبیل اینستا و تلگرام و یا سایت های تبلیغاتی اقدام شد، که اصلا کفایت نکرد و مورد رضایت نبود، در ادامه به کلینیک ها و موسسات درمانی رجوع شد که از نظر تعداد ناکافی بود. در ادامه پژوهش به بیمارستان ها و سایر مراکز دولتی درمان کرونا مراجعه شد و پس از انتخاب تصادفی پنج بیمارستان در سطح شهر تهران (مسیح دانشوری، هفت تیر، فیروزگر، امام حسین، حضرت رسول)، به صورت تصادفی یک بیمارستان (حضرت رسول) از میان آنها انتخاب شد. پس از اخذ مجوزهای لازم پژوهشی، حدود ۱۰۰۰ نفر از اسامی فوت شدگان توسط بیمارستان در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. از میان اسامی متوفیان به صورت تصادفی با شماره تماس ۳۰۰ نفر از خانواده های قربانیان کرونا تماس گرفته شد، تا بتوان از میان آنها زنان سوگواری را که دارای ملاک های ورود و فاقد ملاک خروج از پژوهش بودند انتخاب کرد. در نهایت از میان ۱۸۰ نفر داوطلب درمان و بررسی ملاک های درمانی و مصاحبه بالینی با ایشان با تایید روانپزشک، تعداد ۴۵ نفر

سهیلا جاویدنیا و همکاران

حاکمی از نرمال بودن توزیع متغیرها ($P > 0.05$) و نتایج آزمون لوین حاکمی از همگنی واریانس ها بود ($P > 0.05$). در نهایت نتایج آزمون ام باکس حاکمی از برقرار بودن مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته برای همه مؤلفه های تنظیم هیجان و نتایج آزمون موخلی حاکمی از برقرار بودن مفروضه کرویت برای همه مؤلفه های تنظیم هیجان برقرار بود ($P > 0.05$). نتایج (جدول ۵) نشان می دهد که اثر تعاملی گروه \times زمان برای مؤلفه دشواری در انجام رفتار هدفمند ($\eta^2 = 0.372$ ، $P = 0.024$ ، $F = 2.96$ = F) بدتنظیمی هیجانی در سطح 0.05 و اثر تعاملی گروه \times زمان برای مؤلفه های عدم پذیرش پاسخ های هیجانی ($\eta^2 = 0.194$ ، $P = 0.001$ ، $F = 5.04$)، دشواری در کنترل تکانه ($\eta^2 = 0.166$ ، $P = 0.004$ ، $F = 4.17$)، فقدان آگاهی هیجانی ($\eta^2 = 0.188$ ، $P = 0.001$ ، $F = 4.87$) و عدم وضوح هیجانی ($\eta^2 = 0.173$ ، $P = 0.003$ ، $F = 4.40$) آن در سطح 0.05 معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی (جدول ۶) نشان می دهد که درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه کنترل میانگین نمرات مؤلفه های دشواری در تنظیم هیجانی را در مراحل پس آزمون و پیگیری به صورت معناداری کاهش داده است و درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، میانگین مؤلفه های عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی را به صورت معنادار بیشتر کاهش داده است

اندازه گیری مکرر استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ صورت گرفت. کد اخلاق این پژوهش به شماره IR.IAU.TMU.REC.1399.419 در تاریخ ۹۹/۱۰/۲۹ اخذ شد. علاوه بر اخذ کد اخلاق و اجرای کدهای اخلاقی، دیگر ملاحظات اخلاقی که در نظر گرفته شد عبارت بودند از: اخذ رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، محرمانه بودن اسرار آزمودنی ها، اجازه خروج از درمان در هر زمان، درمان گروه کنترل در صورت درخواست خودشان بعد از پایان مرحله پیگیری.

یافته ها

۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفری در پژوهش حاضر شرکت کردند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه متمرکز بر هیجان به ترتیب $37/47$ و $6/68$ سال، در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به ترتیب برابر با $36/09$ و $6/52$ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با $33/67$ و $7/82$ سال بود و نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد سه گروه به لحاظ میانگین سن تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($F = 1/12$ و $P = 0/23$). در جدول (جدول ۳) فراوانی وضعیت تاهل، تحصیلات و علت سوگ برای گروه های مورد مطالعه به همراه بررسی همسانی گروه ها از لحاظ متغیرهای یاد شده ارائه شده است. در (جدول ۴) شاخص های توصیفی مؤلفه های تنظیم هیجان ارائه شده است. قبل از انجام تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت میان گروه ها، پیش فرض های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

جدول ۳. فراوانی ویژگیهای جمعیت شناختی گروههای پژوهش

نتایج آزمون	متمرکز بر هیجان	مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	متغیر	
$\chi^2(2) = 0.78, p = 0.678$	۴	۶	۶	مجرد	وضعیت تاهل
	۱۱	۹	۹	متاهل	
	۵	۴	۶	دیپلم و زیر دیپلم	
$\chi^2(6) = 2.76, p = 0.839$	۰	۲	۱	فوق دیپلم	میزان تحصیلات
	۷	۶	۶	لیسانس	
	۳	۳	۲	فوق لیسانس و بالاتر	
	۸	۸	۶	مرگ پدر/مادر	
$\chi^2(6) = 4.10, p = 0.664$	۲	۲	۱	مرگ برادر/خواهر	علت سوگ
	۴	۲	۳	مرگ همسر/فرزند	
	۱	۳	۵	مرگ دوست / بستگان	

جدول ۴: میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه های دشواری تنظیم هیجانی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

بد تنظیمی هیجانی	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	درمان متمرکز بر هیجان	۲۱/۶۰ (۴/۷۹)	۱۳/۴۲ (۲/۸۷)	۱۲/۳۸ (۳/۸۳)
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۲۱/۳۸ (۴/۰۱)	۱۷/۰۷ (۴/۰۰)	۱۶/۲۱ (۳/۶۵)
دشواری در انجام رفتار هدفمند	کنترل	۲۱/۸۳ (۳/۷۱)	۱۹/۷۸ (۳/۳۴)	۲۰/۶۳ (۳/۰۲)
	درمان متمرکز بر هیجان	۱۷/۲۷ (۳/۲۸)	۱۴/۱۳ (۲/۶۶)	۱۳/۶۷ (۲/۴۸)
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۸/۰۷ (۳/۰۱)	۱۴/۰۰ (۲/۴۲)	۱۴/۴۰ (۲/۲۹)
	کنترل	۱۷/۸۸ (۲/۹۵)	۱۸/۱۵ (۳/۲۹)	۱۷/۷۳ (۳/۳۹)
دشواری در کنترل تکانه	درمان متمرکز بر هیجان	۱۹/۲۰ (۳/۵۶)	۱۲/۰۷ (۲/۶۳)	۱۲/۷۰ (۲/۴۷)
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۹/۴۷ (۳/۶۴)	۱۴/۸۰ (۳/۳۰)	۱۵/۹۱ (۳/۰۴)
	کنترل	۲۰/۸۰ (۳/۵۷)	۱۹/۶۷ (۳/۵۵)	۱۹/۴۹ (۳/۰۹)
	درمان متمرکز بر هیجان	۲۰/۹۳ (۳/۵۳)	۱۴/۳۳ (۴/۰۵)	۱۴/۱۰ (۳/۷۷)
فقدان آگاهی هیجانی	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۲۱/۱۴ (۴/۱۹)	۱۸/۰۰ (۲/۹۷)	۱۷/۲۰ (۲/۳۵)
	کنترل	۲۱/۵۷ (۳/۳۸)	۲۱/۹۰ (۳/۴۹)	۲۱/۸۴ (۳/۵۸)
	درمان متمرکز بر هیجان	۲۷/۴۰ (۳/۷۷)	۱۹/۶۶ (۲/۷۹)	۲۰/۱۸ (۲/۶۱)
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۲۸/۷۸ (۴/۱۲)	۲۲/۴۲ (۴/۱۰)	۲۱/۴۴ (۴/۳۹)
دسترسی محدود به راهبردها	کنترل	۲۶/۸۲ (۳/۳۸)	۲۷/۳۷ (۴/۳۰)	۲۶/۹۴ (۳/۱۷)
	درمان متمرکز بر هیجان	۱۸/۹۳ (۳/۸۴)	۱۲/۸۸ (۲/۵۷)	۱۳/۰۰ (۳/۳۲)
	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۷/۹۰ (۳/۱۳)	۱۴/۳۰ (۲/۸۱)	۱۲/۸۰ (۲/۸۶)
	کنترل	۱۹/۴۸ (۲/۹۶)	۱۸/۵۲ (۳/۰۲)	۱۸/۸۶ (۳/۲۹)

جدول ۵: نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه های بدتنظیمی هیجانی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	اثر گروه	۵۴۷/۶۶	۵۷۱/۱۱	۲۰/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۰
	اثر زمان	۶۰۸/۴۰	۶۶۷/۶۰	۳۸/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷۷
دشواری در انجام رفتار هدفمند	اثر تعاملی گروه× زمان	۷۵۹/۵۳	۱۱۱۷/۰۲	۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹۴
	اثر گروه	۲۱۶/۴۶	۳۷۸/۵۳	۱۲/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶۴
	اثر زمان	۱۳۶/۹۰	۲۳۱/۳۳	۲۴/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷۲
	اثر تعاملی گروه× زمان	۹۵/۱۹	۶۷۴/۴۰	۲/۹۶	۰/۰۲۴	۰/۱۲۴
دشواری در کنترل تکانه	اثر گروه	۶۵۰/۸۰	۴۹۷/۲۰	۲۷/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
	اثر زمان	۳۲۸/۷۱	۴۷۲/۳۳	۲۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱۰
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۶۳/۰۲	۸۲۰/۸۰	۴/۱۷	۰/۰۰۴	۰/۱۶۶
	اثر گروه	۶۴۳/۳۳	۴۵۵/۲۹	۲۹/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۶
فقدان آگاهی هیجانی	اثر زمان	۲۷۳/۸۸	۵۲۵/۰۰	۲۱/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۳
	اثر تعاملی گروه× زمان	۲۵۵/۰۲	۱۱۰۰/۴۰	۴/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۸
	اثر گروه	۴۹۲/۸۴	۴۹۸/۴۹	۲۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۷
	اثر زمان	۲۳/۲۱	۵۹۲/۰۷	۳۷/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹
دسترسی محدود به راهبردها	اثر تعاملی گروه× زمان	۳۸۹/۶۴	۱۱۸۴/۸۴	۶/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴۷
	اثر گروه	۴۶۹/۴۴	۴۷۶/۰۴	۲۰/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹۷
	اثر زمان	۳۴۰/۲۸	۴۴۹/۱۳	۳۱/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳۱
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۵۵/۲۳	۷۴۱/۲۹	۴/۴۰	۰/۰۰۳	۰/۱۷۳

سهیلا جاویدنیا و همکاران

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی بر ای مؤلفه های بد تنظیمی هیجانی

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	زمان ها	متغیر
۰/۰۰۱	۰/۷۸	۴/۸۴	پس آزمون	عدم پذیرش پاسخ های هیجانی
۰/۰۰۱	۰/۸۴	۵/۲۰	پیش آزمون	
۱/۰۰	۰/۶۸	۰/۳۶	پس آزمون	
۰/۰۰۳	۰/۶۵	۲/۳۱	پس آزمون	دشواری در انجام رفتار هدفمند
۰/۰۰۱	۰/۵۰	۲/۴۷	پیش آزمون	
۱/۰۰	۰/۶۳	-۰/۱۶	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۶۵	۴/۳۱	پس آزمون	دشواری در کنترل تکانه
۰/۰۰۱	۰/۷۱	۳/۸۲	پیش آزمون	
۱/۰۰	۰/۶۲	-۰/۴۹	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۸۱	۳/۱۱	پس آزمون	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۰۰۱	۰/۷۵	۳/۴۹	پیش آزمون	
۱/۰۰	۰/۷۳	۰/۳۸	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۸۴	۴/۵۱	پس آزمون	دسترسی محدود به راهبردها
۰/۰۰۱	۰/۷۹	۴/۸۲	پیش آزمون	
۱/۰۰	۰/۷۴	۰/۳۱	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۶۱	۳/۵۶	پس آزمون	عدم وضوح هیجانی
۰/۰۰۱	۰/۶۹	۳/۸۹	پیش آزمون	
۱/۰۰	۰/۵۸	۰/۳۳	پس آزمون	
مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	تفاوت گروه ها	متغیر
۰/۰۱۰	۰/۷۸	-۲/۴۲	مبتنی بر ذهن آگاهی	عدم پذیرش پاسخ های هیجانی
۰/۰۰۱	۰/۷۸	-۴/۹۳	کنترل	
۰/۰۰۷	۰/۷۸	-۲/۵۱	کنترل	
۱/۰۰	۰/۶۳	-۰/۴۷	مبتنی بر ذهن آگاهی	دشواری در انجام رفتار هدفمند
۰/۰۰۱	۰/۶۳	-۲/۸۹	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۶۳	-۲/۴۲	کنترل	
۰/۰۲۰	۰/۷۳	-۲/۰۷	مبتنی بر ذهن آگاهی	دشواری در کنترل تکانه
۰/۰۰۱	۰/۷۳	-۵/۳۳	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۷۳	-۳/۲۷	کنترل	
۰/۰۰۵	۰/۶۹	-۲/۳۳	مبتنی بر ذهن آگاهی	فقدان آگاهی هیجانی
۰/۰۰۱	۰/۶۹	-۵/۳۳	کنترل	
۱/۰۰	۰/۶۹	-۳/۰۰	کنترل	
۰/۰۴۸	۰/۷۳	-۱/۸۲	مبتنی بر ذهن آگاهی	دسترسی محدود به راهبردها
۰/۰۰۱	۰/۷۳	-۴/۶۴	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۷۳	-۲/۸۲	کنترل	
۱/۰۰	۰/۷۱	-۰/۰۴	مبتنی بر ذهن آگاهی	عدم وضوح هیجانی
۰/۰۰۱	۰/۷۱	-۳/۹۸	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۷۱	-۳/۹۳	کنترل	

بحث

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹ صورت گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر هر شش مولفه تنظیم هیجان اثربخشی معنادار و پایداری دارد. به عبارتی این مداخله توانسته از دشواری های تنظیم هیجان بکاهد. نتایج بدست آمده از پژوهش های داوودی و همکاران (۲۸)، یعقوبی و همکاران (۲۹) و شاملی و همکاران (۳۰) اگرچه بر روی نمونه ای متفاوت از پژوهش حاضر صورت گرفته اند، با این حال از این جهت که نشان داده اند درمان مبتنی بر هیجان بر بهبود مولفه های تنظیم هیجانی موثر است، نتایج همسویی را نشان می دهد. علاوه بر این مرکل و همکاران (۳۱) از جهت که نشان دادند درمان متمرکز بر هیجان منجر به بهبود عملکرد عصب شناختی در راستای تنظیم هیجان می گردد، نتایج همسویی را گزارش کرده اند. در تبیین این یافته بدست آمده می توان گفت که درمان متمرکز به هیجان، انگیزش اصلی را هیجان می داند و به همین جهت در جلسه های مداخله تلاش دارد تا دسترسی به هیجان ها و پردازش آنها را تسهیل نماید (۲۳). بر همین اساس در مداخله ارائه شده برای گروه متمرکز بر هیجان تلاش شد تا با استفاده از تکنیک های نظیر همدلی و اعتباربخشی دسترسی به هیجان های فرد تسهیل شود و با تکنیک های نظیر پاکسازی فضا و متمرکز شدن بر هیجان، پردازش هیجانی صورت گیرد. بنابراین می توان انتظار داشت که درمان متمرکز بر هیجان بر مولفه های آگاهی، وضوح و دسترسی به هیجان اثربخش بوده باشد، چرا که در مداخله اعضا را بر هیجان متمرکز کرده و فرصت متمرکز شدن و پردازش هیجان ها را فراهم آورده است. این فرآیند در مداخله متمرکز بر هیجان در نهایت باید منجر به درک نیازهای مرتبط با هیجان ها، معنادهی و اقدام بر مبنای هیجان سازگار اولیه گردد (۲۲). بر همین اساس می توان انتظار داشت که این مداخله از دشواری کنترل تکانه و انجام رفتار هدفمند و عدم پذیرش پاسخ های هیجانی بکاهد. چرا که با پردازش و معنادهی به هیجان ها و دسترسی به کارکردهای سازگار هیجان، می توان به عملکردهای مثبت هیجان رسید، بنابراین احتمال پذیرش فرد نسبت به هیجان هایش بیشتر می گردد. علاوه بر این در مداخله از سطح هیجان های ثانویه به هیجان های اولیه و زیربنایی حرکت

می شود و کارکردهای ناهشیار هیجان های اولیه در درمان حل و فصل می گردد، بنابراین با کاهش عملکرد ناهشیار و ناسازگار هیجان ها و همچنین افزایش دسترسی به نیازهای برخاسته از هیجان ها، می توان احتمال داد که انجام رفتار هدفمند در جهت برآورده کردن این نیازها افزایش یافته و توانایی فرد بر کنترل تکانه ها افزایش یابد، چرا که آگاهی و هشیاری هیجانی فرد افزایش یافته است. علاوه بر این به نظر می رسد که تنظیم هیجان از عوامل اصلی دخیل در پیامدهای روان شناختی منفی کووید - ۱۹ است (۸)، در همین رابطه درمان متمرکز بر هیجان تلاش اصلی خود را بر بهبود مهارت های تنظیم هیجانی مانند پذیرش و پردازش هیجانی قرار داده است.

نتایج بدست آمده همچنین نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر هر شش مولفه تنظیم هیجان اثربخشی معنادار و پایداری دارد. پژوهش های نوروزی و هاشمی (۱۵)، مهدی و فاضلی (۱۶)، میرمهدی و رازعلی (۱۷) و ما و همکاران (۱۸) اگرچه بر روی نمونه متفاوت از پژوهش حاضر صورت گرفتند، با این حال از آن جهت که حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود هیجان های منفی و افزایش مهارت های تنظیم هیجان بوده اند، نتایج همسویی را نشان می دهند. همچنین نتایج پژوهش های ویلر و همکاران (۱۹) و هوانگ و همکاران (۲۰) که بیانگر اثربخشی ذهن آگاهی در افزایش فعالیت سیستم عصب شناختی دخیل در تنظیم هیجان است، نتایج همسویی را نشان می دهند. در تبیین نتایج بدست آمده می توان به این مورد اشاره کرد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پذیرش و عدم قضاوت در مورد هیجان ها تمرکز دارد و تلاش دارد (۱۳). بر همین اساس در مداخله صورت گرفته برای گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تلاش شد با انجام تمرین های ذهن آگاهی مختلف به جای فاجعه انگاری، نشخوار ذهنی و اجتناب از هیجان ها به پذیرش و عدم قضاوت نسبت به هیجان هادر لحظه حال تمرکز گردد. بنابراین می توان احتمال داد که پذیرش و عدم قضاوت هیجان ها در کنار آگاهی در زمان حال از هیجان ها، بر دسترسی، آگاهی و وضوح هیجان ها اثربخش بوده است. علاوه بر این باید توجه کرد که درمان شناختی ذهن آگاهی تسهیل کننده اقدام سازنده و مستقل است (۱۲). بنابراین این احتمال وجود دارد که با افزایش عمل مستقل و سازنده، در مولفه های انجام رفتار هدفمند و کنترل رفتار بهبودی بدست آید.

باشد. البته باید توجه کرد که نمونه گیری پژوهش حاضر با توجه به محدودیت در دسترسی به نمونه ها، به صورت داوطلبانه صورت گرفت، بنابراین عدم نمونه گیری تصادفی و محدودیت در تعمیم پذیری نتایج بدست آمده، محدودیت عمده پژوهش حاضر است. همچنین باید توجه کرد نمونه مورد مطالعه فقط شامل زنان دچار نشانگان اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹ بود، بنابراین نتایج بدست آمده محدود به این جمعیت بوده و قابل تعمیم به جمعیت های دیگر مانند مردان و یا افراد دچار سوگ ناشی از حوادث و رویدادهای دیگر نیست. همچنین با توجه به اینکه از یک پرسشنامه ثابت برای جمع آوری اطلاعات در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استفاده شد، بنابراین این احتمال وجود دارد که آشنایی آزمونی ها با پرسشنامه منجر به کاهش اعتبار درونی نتایج شده باشد. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی جمعیت های دیگر نیز مورد مطالعه قرار گیرند و در جهت بالا بردن تعمیم پذیری نتایج بدست آمده جمعیت های مورد مطالعه قرار گیرند که امکان نمونه گیری تصادفی و در نتیجه بالابردن قدرت تعمیم پذیری نتایج، فراهم باشد. از لحاظ کاربردی علاوه بر اینکه روان شناسان و مشاوران می توانند برپایه نتایج بدست آمده از دو مداخله درمان مبتنی بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با اولویت درمان مبتنی بر هیجان در جهت بهبود تنظیم هیجان زنان دچار نشانگان اختلال سوگ اسفاده کنند، همچنین متولیان سلامت جامعه نیز می توانند بر پایه نتایج بدست آمده آموزش های بر پایه هر دو مداخله در جهت بهبود تنظیم هیجان وابستگان متوفیان ناشی از کووید - ۱۹ تولید و در رسانه های دیداری و شنیداری عمومی و یا از طریق بیمارستان ها و سازمان های خدمت رسان در دسترس قرار دهند. علاوه بر این بر پایه نتایج بدست آمده، می توان از هر دو مداخله، به ویژه درمان متمرکز بر هیجان برای بهبود هیجانی افراد دچار سوگ در حوادث آتی استفاده کرد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام دارند که هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

در نهایت نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، میانگین مؤلفه های عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی را به صورت معنادار بیشتر کاهش داده است. اگرچه پژوهش های پیشین به مقایسه اثربخشی این دو مداخله بر تنظیم هیجان نپرداخته اند، با این به برخی موارد می توان اشاره کرد که می تواند تبیین کننده اثربخشی بیشتر مداخله متمرکز بر هیجان باشد. برای مثال درمان هیجان مدار منبع آسیب و درمان را در هیجان ها می داند، به همین دلیل در درمان هیجان مدار توجه ویژه ای بر دسترسی به هیجان ها و پردازش های هیجان دارد. این درحالی است که تمرکز اساسی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی فرآیندهای تفکر و پذیرش تجربیات است (۳۲). بنابراین می توان این احتمال را داد که درمان متمرکز بر هیجان به واسطه تمرکز بیشتری به هیجان و بهبود تنظیم آن در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی دارد. علاوه بر این به نظر می رسد که ریشه دشواری های تنظیم هیجان به آسیب های بین فردی و به ویژه دلبستگی بر می گردد (۲۵). در همین راستا درمان متمرکز بر هیجان به ترمیم دلبستگی در قالب تکنیک های مانند صندلی خالی و گفتگوی دو صندلی توجه دارد. این در حالی است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی چنین تمرکز عمیقی بر بهبود دلبستگی و آسیب های مرتبط با آن ندارد.

نتیجه گیری

مرگ بر اثر کرونا برای وابستگان یک مرگ با شرایط معمول نیست و برخی محدودیت ها و شرایط خاص بر شدت اندوه و ناراحتی وابستگان افزوده و در نهایت به نظر می رسد منجر به شیوع بیشتر علائم اختلال سوگ در این افراد شده است. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال سوگ ناشی از کووید - ۱۹ صورت گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که هر دو مداخله بر هر شش مؤلفه تنظیم هیجان اثربخشی معنادار و پایداری داشته و درمان هیجان مدار در چهار مؤلفه اثربخشی بیشتری نشان داده است. بنابراین می توان گفت که استفاده از درمان مبتنی بر هیجان می تواند برای بهبود تنظیم هیجان در اولویت

References

1. Eisma MC, Tamminga A. Grief before and during the COVID-19 pandemic: Multiple group comparisons. *Journal of pain and symptom management*. 2020 Dec 1;60(6):e1-4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>
2. Zhai Y, Du X. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, behavior, and immunity*. 2020 Jul 1;87:80-1. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>
3. Tang S, Xiang Z. Who suffered most after deaths due to COVID-19? Prevalence and correlates of prolonged grief disorder in COVID-19 related bereaved adults. *Globalization and health*. 2021 Dec;17(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00669-5>
4. Gubler DA, Makowski LM, Troche SJ, Schlegel K. Loneliness and well-being during the Covid-19 pandemic: Associations with personality and emotion regulation. *Journal of happiness studies*. 2021 Jun;22(5):2323-42. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00326-5>
5. Panayiotou G, Panteli M, Leonidou C. Coping with the invisible enemy: The role of emotion regulation and awareness in quality of life during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2021 Jan 1;19:17-27. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.002>
6. Gross JJ. Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*. 2013 Jun;13(3):359. <https://doi.org/10.1037/a0032135>
7. Vuillier L, May L, Greville-Harris M, Surman R, Moseley RL. The impact of the COVID-19 pandemic on individuals with eating disorders: the role of emotion regulation and exploration of online treatment experiences. *Journal of eating disorders*. 2021 Dec;9(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00362-9>
8. Muñoz-Navarro R, Malonda E, Llorca-Mestre A, Cano-Vindel A, Fernández-Berrocal P. Worry about COVID-19 contagion and general anxiety: Moderation and mediation effects of cognitive emotion regulation. *Journal of Psychiatric Research*. 2021 May 1;137:311-8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.004>
9. Ramezani M, Shirkhani M, Rezvan Hasanabad M, Mazaheri Asadi D, Sadeghi A. The mediating role of emotion regulation difficulty between health anxiety and state anxiety in Iranian adults during Coronavirus pandemic. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2021 Dec 22;23(1):23-35.
10. Tickell A, Ball S, Bernard P, Kuyken W, Marx R, Pack S, Strauss C, Sweeney T, Crane C. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in real-world healthcare services. *Mindfulness*. 2020 Feb;11(2):279-90. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1087-9>
11. Alsubaie M, Abbott R, Dunn B, Dickens C, Keil TF, Henley W, Kuyken W. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical psychology review*. 2017 Jul 1;55:74-91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>
12. Segal ZV, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications; 2018 Jun 4.
13. Antonova E, Schlosser K, Pandey R, Kumari V. Coping with COVID-19: Mindfulness-based approaches for mitigating mental health crisis. *Frontiers in psychiatry*. 2021 Mar 23;12:322. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.563417>
14. Behan C. The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Irish journal of psychological medicine*. 2020 Dec;37(4):256-8. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.38>
15. Norouzi H, Hashemi E. The efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on emotion regulation among patients with breast cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2017 Sep 10;10(2):38-48. <http://ijbd.ir/article-1-628-en.html>
16. Mehdi Z, Fazeli NZ. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial. *Archives of women's mental health*. 2020 Apr 1;23(2):207-14. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00962-8>
17. Mirmahdi SR, Razaali M. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Resilience, Emotion Regulation and Life Expectancy among Women with Diabetes. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2019 Feb 20;7(28):167-83.
18. Ma Y, She Z, Siu AF, Zeng X, Liu X. Effectiveness of online mindfulness-based interventions on psychological distress and the mediating role of emotion regulation. *Frontiers in psychology*. 2018 Oct 31;9:2090. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02090>
19. Wheeler MS, Arnkoff DB, Glass CR. The

- neuroscience of mindfulness: How mindfulness alters the brain and facilitates emotion regulation. *Mindfulness*. 2017 Dec;8(6):1471-87. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0742-x>
20. Huang FY, Hsu AL, Hsu LM, Tsai JS, Huang CM, Chao YP, Hwang TJ, Wu CW. Mindfulness improves emotion regulation and executive control on bereaved individuals: An fMRI study. *Frontiers in human neuroscience*. 2019 Jan 28;12:541. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00541>
 21. Greenberg LS. *Emotion-focused therapy*. American Psychological Association; 2011. <https://doi.org/10.1037/e602962010-001>
 22. Elliott R, Macdonald J. Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2021 Feb;77(2):414-28. <https://doi.org/10.1002/jclp.23069>
 23. Elliott R, Greenberg LS. The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*. 2007 Jul;61(3):241-54. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241>
 24. Davis PS, Edwards KJ, Watson TS. Using Process-Experiential/Emotion-Focused therapy techniques for identity integration and resolution of grief among third culture kids. *The Journal of Humanistic Counseling*. 2015 Oct;54(3):170-86. <https://doi.org/10.1002/johc.12010>
 25. Gegieckaite G, Kazlauskas E. Do emotion regulation difficulties mediate the association between neuroticism, insecure attachment, and prolonged grief?. *Death Studies*. 2020 Jul 3:1-9. <https://doi.org/10.3390/bs11080110>
 26. Boroumandrad, S. The effectiveness of emotion-focused therapy on promoting mental health and resilience of women affected by infidelity. *Scientific Journal of Social Psychology*, 2020; 8(56): 111-122 [Persian].
 27. Fathi, S., Pouyamanesh, J., Ghamari, M., Fathi aghdam, G. The Effectiveness of Emotion-based Therapy and Acceptance & Commitment Therapy on the Pain Severity and Resistance in Women with Chronic Headaches. *Community Health Journal*, 2021; 14(4): 75-87 [Persian].
 28. Davoudi R, Manshaee G, Golparvar M. Comparing the Effectiveness of Adolescent-Centered Mindfulness with Cognitive Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation among Adolescents Girl with Nomo-Phobia. *Journal of Health Promotion Management*. 2019 Sep 10;8(4):16-25 [Persian].
 29. Yaghoubi R, Bayazi MH, Babaei M, Asadi J. Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy Group and Schema Group Therapy on the Difficulties in Emotion Regulation and Health Promoting Lifestyle of Obese Women. *International Journal of Health Studies*. 2020 Nov 25;6(4): 25-37.
 30. Shameli L, Mehrabizadeh Honarmand M, Naa'mi A, Davodi I. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation Styles and Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms in Women with Obsessive-Compulsive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019 Feb 10;24(4):356-69 [Persian]. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.24.4.456>
 31. Merkl A, Neumann WJ, Huebl J, Aust S, Horn A, Krauss JK, Dziobek I, Kuhn J, Schneider GH, Bajbouj M, Kühn AA. Modulation of beta-band activity in the subgenual anterior cingulate cortex during emotional empathy in treatment-resistant depression. *Cerebral Cortex*. 2016 Jun 1;26(6):2626-38. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhv100>
 32. Bodenmann G, Kessler M, Kuhn R, Hocker L, Randall AK. Cognitive-Behavioral and Emotion-Focused Couple Therapy: Similarities and Differences. *Clinical Psychology in Europe*. 2020 Sep 30;2(3):1-12. <https://doi.org/10.32872/cpe.v2i3.2741>
 33. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004 Mar;26(1):41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
 34. Besharat MA, Bzaziean S. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. 2014; 84: 61-70 [Persian].
 35. Dryden W, Crane R. *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. Routledge; 2017 Sep 19.
 36. Goldman RN, Greenberg LS. *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. American Psychological Association; 2015. <https://doi.org/10.1037/14523-000>