Evaluating the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Psychological Distress, Emotion Regulation, and Neuroticism in Female Teachers with Gastroesophageal Reflux Disease

Seyed Mojtaba Aghili[1]*, Masoumeh Shariatnia[2]

[1]Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran
[2]Department of General Psychology, Payam Noor University, Gorgan, Iran

Article Info:

Received: **26 June 2025** ***Revised:*** **4 Sep 2025** ***Accepted*****: 5 Oct 2025**

ABSTRACT

Introduction: Dyspepsia and gastroesophageal reflux are among the most common gastrointestinal disorders, significantly reducing quality of life. This study aimed to examine the effectiveness of emotion-focused therapy on psychological distress, emotion regulation, and neuroticism in female teachers with gastroesophageal reflux disease (GERD). ***Materials and Methods:*** This semi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group. The population consisted of female teachers with GERD in schools of District 2, Gorgan, Iran, during the 2021–2022 academic year. Thirty participants were selected via convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received twelve 60-minute sessions of emotion-focused therapy (EFT), while the control group did not receive any intervention during the study. Assessment tools included the Kessler Psychological Distress Scale, the Gross & John Emotion Regulation Questionnaire, and the NEO Personality Inventory (Neuroticism subscale). ***Results:*** Findings indicated that EFT significantly reduced psychological distress, difficulties in emotion regulation, and neuroticism in the experimental group compared to the control group. ***Conclusion:*** The results suggest that EFT effectively reduces psychological distress, improves emotion regulation, and lowers neuroticism in female teachers with GERD, indicating its potential as a beneficial intervention for managing GERD-related psychological symptoms.

Keywords:

1. Anxiety
2. Medically Unexplained Symptoms
3. Psychophysiologic Disorders

***Corresponding Author:** Seyed Mojtaba Aghili

Email: *aghili@pnu.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.50]

بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر پریشانی روانشناختی، تنظیم هیجان و روان‌رنجورخویی در معلمان زن مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری

سید مجتبی عقیلی[1]*، معصومه شریعت‌نیا[2]

[1]گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
[2]گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۵ تیر ۱۴۰۴ **اصلاحیه:** ۱۳ شهریور ۱۴۰۴ **پذیرش:** ۱۳ مهر ۱۴۰۴

چـــــکیده

مقدمـــه: سـوءهاضمه و ریفلاکـس معـده بـه مـری از شـایع‌ترین اخـتلالات گـوارشی هسـتند کـه کیفیـت زنـدگی را به‌طـور قابل‌توجـهی کاهـش می‌دهنـد. هـدف ایـن مطالعـه بـررسی اثربخـشی درمـان متمرکـز بـر هیجـان بـر پریشـانی روانشـناختی، تنظیـم هیجـان و روان‌رنجورخـویی در معلمـان زن مبـتلا بـه بیمـاری ریفلاکـس معـده بـه مـری بـود. **مـواد و روش‌هـا:** ایـن مطالعـه نیمه‌تجـربی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و گـروه کنتـرل انجـام شـد. جامعـهٔ آمـاری شـامل معلمـان زن مبـتلا بـه بیمـاری ریفلاکـس معـده بـه مـری در مـدارس منطقـه ۲ گـرگان، ایـران، در سـال تحصیـلی ۱۴۰۱–۱۴۰۰ بـود. تعـداد ۳۰ شـرکت‌کننده به‌صـورت نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب و به‌طـور تصـادفی بـه گروه‌هـای آزمایـش و کنتـرل اختصـاص یافتنـد. گـروه آزمایـش ۱۲ جلسـه ۶۰ دقیقـه‌ای درمـان متمرکـز بـر هیجـان را دریافـت کـرد، در حـالی کـه گـروه کنتـرل در طـول مطالعـه هیـچ مداخلـه‌ای دریافـت نکـرد. ابزارهـای ارزیـابی شـامل مقیـاس پریشـانی روانشـناختی کسـلر، پرسشـنامه تنظیـم هیجـان گـراس و جـان، و مقیـاس ویژگی‌هـای شـخصیتی NEO (زیرمقیـاس روان‌رنجورخـویی) بودنـد. **یافته‌هـا:** نتایـج نشـان داد کـه درمـان متمرکـز بـر هیجـان به‌طـور معنـی‌داری پریشـانی روانشـناختی، دشـواری‌های تنظیـم هیجـان و روان‌رنجورخـویی را در گـروه آزمایـش در مقایسـه با گـروه کنترل کاهش داد. **نتیجه‌گیـری:** یافته‌هـا حـاکی از آن اسـت کـه درمـان متمرکـز بـر هیجـان می‌توانـد پریشـانی روانشـناختی و روان‌رنجورخـویی را در معلمـان زن مبـتلا بـه بیمـاری ریفلاکـس معـده به مـری را کاهش داده و تنظیـم هیجـان را بهبـود بخشـد، کـه نشـان‌دهنده پتانسـیل ایـن روش به‌عنـوان یـک مداخلـه مفیـد بـرای مدیریـت پیامدهـای روانشـناختی مرتبـط بـا بیمـاری ریفلاکـس معـده بـه مـری اسـت.

واژه‌های کلیدی:
۱- اضطراب
۲- علائم ناشناخته پزشکی
۳- اختلالات روان‌تنی

***نویسنده مسئول:** سید مجتبی عقیلی
پست الکترونیک: *aghili@pnu.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.50]

مقدمه

سوءهاضمه و ریفلاکس جزء شایع‌ترین بیماری‌های گوارشی هستند که باعث کاهش کیفیت‌زندگی و بار مالی سنگین می‌شوند (۱). از جمله اختلالات گوارشی، ریفلاکس معده_ مری است (۲). این بیماری نقصی در سد طبیعی ضد ریفلاکس است که سبب حرکت معکوس محتویات به مری است که ایجاد علائم بالینی و یا آسیب مخاطی را به دنبال دارد (۳). علائم ریفلاکس معدی به مری، در زنان بیش از مردان منجر به سوزش سر دل، رگورژیتاسیون[1] (حرکت بدون زحمت محتویات معده به داخل مری یا حلق)، خلط و علائم اضطراب است (۴). اگرچه بیماری ریفلاکس معده به مری را می‌توان ناشی از اختلالات محل اتصال معده به مری دانست، ولی عوامل روانشناختی نیز می‌توانند نقش مهمی را در گسترش، سیر بالینی و درمان بیماری ایفا کنند (۵).

مطالعاتی که با هدف بررسی سلامت‌روان صورت گرفته، نشان داده‌اند که فقدان اختلالات، شرط لازم برای سلامت‌روان بوده، اما شرط کافی نیست (۶). متغیری که هر دو مفهوم سلامت‌روان و اختلالات روانی را پوشش می‌دهد، پریشانی روانشناختی[2] بوده که به معنای حالت خاص و هیجانی همراه با ناراحتی و تنیدگی است که توسط افراد به شکل موقت یا دائم در پاسخ به تنیدگی‌های خاص و درخواست‌های آسیب‌زا تجربه می‌شود و به‌عنوان یک اختلال هیجانی در طولانی مدت می‌تواند عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تاثیر قرار داده و سبب ایجاد درماندگی در آن‌ها شود، پریشانی می‌تواند با کاهش فشار عضله اسفنکتر تحتانی مری و تغییر در حرکت مری مرتبط باشد، به علاوه، علائم رفلاکس معده به مری خود می‌توانند باعث بروز یا تشدید پریشانی روانی در افراد شوند (۷). این ارتباط دوسویه نشان‌دهنده اهمیت توجه به جنبه‌های روانی در مدیریت و درمان رفلاکس معده به مری است (۸). معلمان نسبت به بسیاری از گروه‌های شغلی دیگر، در برابر استرس مرتبط با کار و پریشانی‌روانی آسیب‌پذیرتر هستند (۹).

مطالعه اوکرگونی، ساتل، ویتهوفت[3] نشان داد که دشواری در تنظیم هیجانی یکی از مهم‌ترین عوامل تشدید کننده علائم بیماری‌ها است (۱۰). تنظیم هیجانی[4] فرآیندی است که طی آن افراد آگاهانه هیجان‌های خود را تعدیل می‌کنند و به صورت مناسب و سریع به تقاضاهای محیط اطراف پاسخ می‌دهند (۱۱). استرس و اضطراب می‌توانند فشار عضله اسفنکتر تحتانی مری را کاهش داده و حرکت مری را تغییر دهند، که این تغییرات می‌توانند به بروز علائم رفلاکس معده به مری منجر شوند و تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان ممکن است در پیشگیری و درمان مشکلات مرتبط با سلامت‌روان بسیار حائز اهمیت باشد (۱۲).

ویژگی‌های شخصیتی[5] نقش بسزایی در سازگاری با بیماری‌های مزمن دارند، چراکه می‌توانند تعیین کنند درد چگونه تجربه می‌شود و بیمار چگونه با آن مقابله می‌کند (۱۳). یکی از مهم‌ترین این عوامل روان‌رنجورخویی[6] است؛ بعد روان‌رنجورخویی، داشتن احساسات منفی همچون ترس، غم، برانگیختگی، خشم و احساس گناه را نشان می‌دهد (۱۴). روان‌رنجورخویی با بی‌ثباتی هیجانی مرتبط است و به‌عنوان گرایش کلی به تجربه حالت‌های عاطفی منفی مانند ترس، غم، شرم و خشم و گناه است (۱۵). افراد با سطوح بالای روان‌رنجورخویی ممکن است در برابر استرس‌های روانی آسیب‌پذیرتر باشند و این می‌تواند منجر به بروز یا تشدید علائم رفلاکس معده به مری شود، به عبارتی ویژگی‌های شخصیتی مانند روان‌رنجورخویی می‌توانند با شدت علائم رفلاکس مرتبط باشند (۱۶).

درمان هیجان‌مدار[7] یکی از رویکردهایی است که بر هیجانات فردی تمرکز دارد و شامل مهارت‌های مبتنی بر فعال کردن هیجان قوی اولیه‌ای است که در یک زمینه ارتباطی همدلانه برقرار می‌شود (۱۷-۱۸). تغییر در درمان هیجان‌مدار به این صورت است که پاسخ‌های هیجانی زیربنایی تعامل کشف شده و تجربه می‌شوند و مجدد مورد پردازش قرار می‌گیرند و در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می‌گیرند (۱۹). در این راستا مطالعات نشان دادند که درمان هیجان‌مدار بر مهارت تنظیم هیجان زنان اثربخش است (۲۰). درمان هیجان‌مدار منجر به افزایش تحمل‌پریشانی زنان می‌شود (۲۱). همچنین درمان‌هیجان‌مدار بر اضطراب بیماران قلبی اثربخش بود (۲۲). درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود تنظیم‌هیجان، اضطراب و روان‌رنجورخویی و پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان اثربخش بود (۲۵-۲۳).

بررسی ارتباط ریفلاکس معده به مری با متغیرهای متعدد هدف کوشش‌های پژوهشی متفاوتی بوده است که به یافته‌های ارزشمندی منتهی شده‌اند، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استرس‌های مزمن، اضطراب و ویژگی‌های شخصیتی از جمله روان‌رنجورخویی در تشدید علائم این بیماری نقش دارند، اما بیشتر این مطالعات بر جمعیت عمومی متمرکز بوده و کمتر به گروه‌های شغلی پرتنش مانند معلمان پرداخته‌اند. معلمان به دلیل ماهیت شغل خود در معرض فشارهای روانی و جسمانی فراوانی قرار دارند؛ مسئولیت آموزش و تربیت دانش‌آموزان، ارتباط مستمر با والدین و مدیران، ساعات کاری طولانی، تکالیف اداری و ارزیابی مداوم عملکرد،

[1] Regurgitation
[2] Psychological distress
[3] Oregon, Satel, Wittoft
[4] Emotion Regulation
[5] Personality characteristics
[6] Psychiatry
[7] Excitement-oriented approach

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.50]

همگی سطح استرس شغلی آنان را افزایش می‌دهد. همچنین سبک زندگی این گروه شامل ایستادن‌های طولانی، صرف غذا در زمان‌های محدود و گاه نامنظم و کمبود فرصت مراقبت از سلامت جسمی است که احتمال بروز اختلالات گوارشی را بیشتر می‌کند. ریفلاکس مزمن علاوه بر ایجاد ناراحتی جسمی، موجب خستگی، اختلال خواب و کاهش کیفیت تدریس می‌شود و به این ترتیب بر عملکرد آموزشی دانش‌آموزان نیز اثر منفی می‌گذارد. بنابراین انتخاب معلمان به‌عنوان گروه هدف، از نظر ارتقای سلامت روانی- جسمانی این قشر و بهبود کیفیت آموزش، اهمیت ویژه‌ای دارد. از سوی دیگر، اختلال در تنظیم هیجان و پریشانی روانشناختی از عوامل مهم تداوم علائم ریفلاکس محسوب می‌شوند و درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر پردازش و بیان هیجانات می‌تواند در کاهش این عوامل نقش مؤثری ایفا کند. با توجه به کمبود پژوهش‌های مداخله‌ای در این حوزه، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان هیجان‌مدار بر پریشانی روانشناختی، تنظیم هیجان و روان‌رنجورخویی معلمان زن مبتلا به ریفلاکس معده به مری اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش تمامی معلمان زن مبتلا به ریفلاکس معده به مری در مدارس منطقه ۲ شهر گرگان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند؛ حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین $n=2\ (Z_{1=a2}+Z_1-\beta)^2\delta^2/p^2$ در سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان آماری ۰/۹۰ محاسبه شد. به دلیل وجود دو گروه، T حجم نمونه نهایی با تصحیح ($\acute{n}=\sqrt{kn}$) برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. بنابراین از میان آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار به صورت دو روز در هفته قرار گرفت و گروه کنترل تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل زنان شاغل به تدریس در شهر گرگان، ابتلا به ریفلاکس معده به مری با تشخیص و تأییدیه پزشک، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، عدم استفاده از داروهای درمان ریفلاکس معده به مری، عدم شرکت هم‌زمان در مداخلات روانشناختی، محدوده سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، فقدان سابقه بیماری روانپزشکی فعال یا اختلالات شدید روانی همزمان بر اساس مصاحبه بالینی بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه پژوهش و پاسخ‌ندادن به تمامی پرسشنامه‌ها بود.

پس از دریافت کد اخلاق (IR.PNU.REC.1401.063) و مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش با همکاری مشاوران مدارس، جلسه توجیهی برای معلمین برگزار شد، با بیان اهداف پژوهش، علائم بیماری ریفلاکس معده به مری از قبیل: سوزش پشت جناق سینه و بازگشت اسید معده، دفعات و زمان پیدایش و شدت علائم، فعالیت‌های فیزیکی، ورزش، شغل و انجام کارهای روزمره، متوسط سرعت غذا خوردن بر حسب دقیقه در فصول مختلف سال برای صبحانه، ناهار، شام و فاصله زمانی دراز کشیدن بعد از مصرف غذا توضیح داده شد و از میان معلمینی که از بیماری ریفلاکس معده به مری رنج می‌بردند و واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان هیجان‌مدار، به صورت دو روز در هفته و در سالن اجتماعات مدرسه، شرکت کردند و گروه کنترل تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان جلسات گروه آزمایش و جمع‌آوری داده‌های نهایی، گروه کنترل نیز به طور کامل در ۱۲ جلسه درمان هیجان‌مدار شرکت کردند تا از مزایای مداخله بهره‌مند شوند. این اقدام تضمین کرد که تمامی شرکت‌کنندگان، صرف‌نظر از گروه اولیه، امکان دریافت مداخله درمانی را داشته باشند و الزامات اخلاق پژوهش رعایت شود. داده‌های گردآوری شده به استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح اطمینان ۰/۹۵ تجزیه و تحلیل شد.

مداخله‌درمانی

جلسات درمان هیجان‌مدار در پژوهش حاضر از برنامه مداخله درمان هیجان‌مدار، اقتباس شده است (۲۶). اجرای مداخله توسط یک دکتری روانشناسی سلامت و عضو هیئت علمی دانشگاه با تجربه گسترده

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.50]

در آموزش و اجرای مداخلات هیجان‌مدار انجام شد. محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل است.

جدول ۱- شرح جلسات درمان هیجان مدار

جلسات	اهداف	محتوا
اول	آشنایی و پیوستگی، مطرح کردن قواعد گروه و صحبت مقدماتی درباره دیدگاه درمانی	معرفی و ایجاد رابطه درمانی؛ پذیرش اعضای گروه و خوش آمدگویی؛ آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مشاور؛ بیان کلی در مورد اهداف درمان هیجان مدار؛ بیان مقررات و اصول جلسات؛ اهمیت رعایت نظم و فعال بودن در بحث‌ها و انجام دادن تکالیف و توافق بر سر زمان تشکیل جلسات؛ تعداد و مدت آن‌ها.
دوم	ارزیابی و شناسایی سبک‌های دلبستگی و چرخه تعاملات منفی	پذیرش و انعکاس تجربیات (تعاملی و هیجانی) مشترک اعضا، کشف تعاملات مشکل‌دار و شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی آشفته‌ساز، مشخص کردن رابطه پاسخ‌های هیجانی اعضا با سطوح دلبستگی‌شان، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی.
سوم	تحلیل و درک هیجانات	ایجاد فضای امن ارتباطی اعضای گروه؛ کشف و شناسایی احساسات زیربنایی و ابراز نشده؛ ابراز احساسات و هیجانات خالص؛ کشف ترس‌ها و ناایمنی‌های اساسی در ارتباطات اعضا؛ کمک به اعضا جهت تجربه مجدد عواطف.
چهارم	تغییر درک و چارچوب‌بندی مجدد از هیجانات	شکل‌دهی مجدد چرخه تعاملات، روشن ساختن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین شخص درمانگر و اعضای گروه؛ پذیرش چرخه تعامل توسط اعضا.
پنجم	درک عمیق هیجانات	پذیرش احساسات تعریف نشده، شناسایی نیازهای دلبستگی انکار شده هیجانات تلفیق نیازها با تعاملات، کمک به خودافشایی بیشتر اعضا.
ششم	پذیرش هیجانی خود و دیگران	گسترش تجربه‌های هیجانی هر یک از اعضاء، افزایش پذیرش تجربه‌های اطرافیان، تملک هیجانات، افزایش پذیرش پاسخ‌های تعاملی جدید، هماهنگ نمودن تشخیص درمانگر با اعضای گروه.
هفتم	تحکیم و یکپارچه‌سازی هیجانی	تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها جهت ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراک‌های جدید؛ تعاملات، تغییر رفتارهای آسیب‌رسان؛ بازسازی و تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی و پاسخ به سؤالات اعضای گروه.
هشتم	بازسازی تعاملات و ارتباطات درون‌فردی و بین‌فردی ۱	تحکیم چرخه ایجاد شده فعلی؛ پذیرش وضعیت‌های جدید؛ مرور یادگیری‌های اصلی درمان توسط اعضای گروه؛ بحث در مورد نقطه نظرات مثبت و منفی اجرای طرح آموزشی
نهم	رفع موانع	تمرکز بر عوامل ممانعت در شکل‌گیری و تداوم طرحواره‌ها مثل نقش فرد حامی (عوامل محیطی)، خلق و خوی و مزاج (عوامل زیستی یا وراثت).
دهم	بازسازی تعاملات و ارتباطات درون‌فردی و بین‌فردی ۲	شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و ثانویه و تجربه.
یازدهم	رفع موانع	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های احتمالی.
دوازدهم	جلسه پایانی	اجرای پس‌آزمون، بحث و نتیجه‌گیری، تاکید بر نقش عاملیت فردی در بهبود و ترمیم سبک‌های رفتاری ناسالم، اختتام جلسات.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.50]

ابزار پژوهش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان در زمینه سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات از طریق پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته به دست آمد.

مقیاس روان‌رنجورخویی: در این پژوهش به منظور سنجش روان‌رنجورخویی از خرده مقیاس روان‌رنجورخویی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو که توسط کاستا و مک‌کری در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است، استفاده شد. این خرده مقیاس دارای ۱۲ سوال (سوال‌های: ۱-۶-۱۱-۱۶-۲۱-۲۶-۳۱-۳۶-۴۱-۴۶-۵۱-۵۶) است که به صورت پنج گزینه‌ای بر اساس طیف لیکرت از کاملا مخالفم=۱ تا کاملا موافقم=۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمره ۱۲ نشان‌دهنده کمترین میزان روان‌رنجوری در بین افراد و نمره ۶۰ نشان‌دهنده بیشترین میزان روان‌رنجوری در بین افراد است (۲۷). هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو توسط گروسی، روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر انجام شد، ضرایب همبستگی پنج عامل اصلی بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش شد و روایی همزمان این ابزار با پرسشنامه شخصیتی آیزنک[8] مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که ضریب همبستگی ۰/۶۸ بود که از لحاظ آماری معنی‌دار است (۲۸). در مطالعات داخل کشور پژوهشگران از خرده مقیاس روان‌رنجورخویی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو استفاده نمودند که پایایی این خرده مقیاس به وسیله ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۹، ۳۰). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار آن ۰/۸۷ به‌دست آمد.

مقیاس پریشانی‌روانشناختی[9]: مقیاس پریشانی روانشناختی، توسط کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۲ جهت سنجش وضعیت روانی بیمار ساخته شده است. دارای ۱۰ سوال بوده و پاسخگویی به سوالات شامل ۵ گزینه تمام اوقات=۴، بیشتر اوقات=۳، بعضی اوقات=۲، به ندرت=۱ و هیچ وقت=۰ است. دامنه نمرات پاسخ سوالات بین ۴-۰ بوده و نمره ۴۰ حداکثر نمره کسب شده است. یافته‌های کسلر نشان می‌دهد که این ابزار دارای قدرت تشخیص پریشانی روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی بوده و از آن برای مهار و نظارت‌های بعد از درمان نیز می‌توان استفاده کرد (۳۱). در بررسی‌های انجام شده در ایران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی ۰/۹۱ به دست آمد و قابل قبول گزارش شده است (۳۲). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار آن ۰/۸۹ به‌دست آمد.

پرسشنامه دشواری در تنظیم شناختی هیجان[10]: این پرسشنامه توسط گرانفسکی، کرایج و اسپینهاون در سال ۲۰۰۱ ساخته شد، یک ابزار ۳۶ سؤالی است و راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در طیف لیکرت از هرگز=۱ تا همیشه=۵ بر حسب ۹ زیر مقیاس به این شرح می‌سنجد: ملامت‌خویش؛ ملامت‌دیگران نشخوارگری؛ فاجعه‌انگاری؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت کم اهمیت شماری. حداقل نمره در هر خرده مقیاس ۵ و حداکثر ۲۰ است. در بررسی مشخصات روانسنجی پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آوردند (۳۳). نسخه فارسی این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. اعتبار این مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی و روایی آن از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس محاسبه شد و همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و روایی ملاکی (۰/۸۵-۰/۶۲) گزارش شده است. همچنین روایی محتوای و روایی همگرا و تشخیصی از طریق اجرای هم زمان مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس و مقیاس سلامت روانی مورد تایید قرار گرفت و نتایج نشان داد این پرسشنامه از روایی کافی برخوردار است (۳۴). همچنین پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد (۳۵). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و مقدار آن ۰/۸۵ به‌دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴/۳±۳۶/۲ سال و در گروه کنترل ۳/۶±۳۵/۹ سال بود که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر سن مشاهده نشد (P=۰/۶۲). در گروه آزمایش، ۱۱ نفر (۷۳/۳) دارای تحصیلات کارشناسی و ۴ نفر (۲۶/۷) دارای تحصیلات کارشناسی‌ارشد بودند،

[8] Neuroticism scale
[9] Aysenck
[10] Psychological Distress Scale

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.50]

در حالی که در گروه کنترل، ۱۰ نفر (۶۶/۷) تحصیلات کارشناسی و ۵ نفر (۳۳/۳) تحصیلات کارشناسی‌ارشد داشتند (P=۰/۸۵). از نظر وضعیت تأهل، در گروه آزمایش ۱۲ نفر (۸۰ درصد) متاهل و ۳ نفر (۲۰ درصد) مجرد بودند، و در گروه کنترل ۱۳ نفر (۸۶/۷) متاهل و ۲ نفر (۱۳/۳) مجرد بودند (P=۰/۹۲). این نتایج نشان داد که دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از جمله سن، تحصیلات و وضعیت تأهل همگن بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- شاخص آماری متغیرهای پریشانی روانشناختی، تنظیم هیجان و روان‌رنجورخویی

متغیر	گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	گروه کنترل	میانگین	انحراف معیار	کولموگروف اسمیرنف	
							آماره	معنی‌داری
پریشانی روانشناختی	پیش‌آزمون	۲۰/۸۳	۹/۵۲	پیش‌آزمون	۲۰/۷۱	۹/۴۹	۱/۳۵۱	۰/۰۵۲
	پس‌آزمون	۱۴/۳۲	۴/۱۸	پس‌آزمون	۲۰/۲۷	۹/۳۷	۰/۸۷۱	۰/۴۳۵
تنظیم‌هیجان	پیش‌آزمون	۱۷/۳۱	۵/۵۹	پیش‌آزمون	۱۷/۲۶	۴/۷۹	۰/۸۱۳	۰/۵۲۲
	پس‌آزمون	۱۵/۴۷	۴/۲۵	پس‌آزمون	۱۷/۹۴	۴/۶۲	۱/۰۹۳	۰/۱۸۳
روان‌رنجورخویی	پیش‌آزمون	۱۴/۱۷	۳/۲۱	پیش‌آزمون	۱۴/۶۵	۳/۳۲	۰/۸۱۲	۰/۵۲۵
	پس‌آزمون	۱۰/۴۰	۲/۳۶	پس‌آزمون	۱۴/۵۳	۳/۶۸	۱/۳۵۴	۰/۰۵۱

جدول ۲، میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای پژوهش برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد که پس از درمان هیجان‌مدار، نمرات گروه آزمایش تفاوت معنی‌دار داشته است. همچنین آزمون کولموگروف_اسمیرنوف که نشان می‌دهد فرض طبیعی بودن برای تمامی متغیرهای پریشانی روانشناختی، تنظیم‌هیجان و روان‌رنجورخویی برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لوین نشان داد که فرض همگنی واریانس نیز برای متغیرهای پریشانی روانشناختی (F=۱/۷۳۹)، تنظیم‌هیجان (F=۱/۸۲۵) و روان‌رنجورخویی (F=۱/۸۵۷) برقرار است (P>۰/۰۵). آزمون امباکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس‌ها نشان داد که مقدار آماره امباکس برابر است با ۲۲/۷۵ و مقدار F برابر ا ت با ۱/۵۸ که با توجه به سطح معنی‌داری ۰/۰۹۵ معنی‌دار نیست و گویای همگنی ماتریس کوواریانس‌ها در میان گروه‌های مختلف متغیر وابسته است. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

آزمون	مقدار	F	درجهٔ آزادی فرضیه	درجهٔ آزادی خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۹۷	۱۳/۱۲	۱۰	۹	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۳۵/۹	۱۰	۹	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۰/۶۵	۷۶/۴۵	۱۰	۹	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه‌روی	۱۰/۶۵	۱۵/۸۷	۱۰	۹	۰/۰۰۱

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.50]

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که F به دست آمده در تمامی آزمون‌ها، با درجهٔ آزادی ۱۰ و ۹ در سطح P<۰/۰۵ معنی‌دار است. در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تاثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد.

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پریشانی روانشناختی، تنظیم هیجان و روان‌رنجورخویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P=۰/۰۰۱). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی درمان هیجان‌مدار است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
پریشانی روانشناختی	گروه	۱۲۹/۶۹۲	۱	۱۲۹/۶۹۲	۳۰/۷۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱
	خطا	۷۷/۵۴۶	۳۵	۳/۷۴۴			
	کل	۲۲۸۹۶/۱۰	۳۶				
تنظیم هیجان	گروه	۳۰۰۲/۳۳۵	۱	۳۰۰۲/۳۳۵	۲۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
	خطا	۱۲۷/۴۷۶	۳۵	۶/۰۷۰			
	کل	۱۵۲۱۴/۰۰	۳۶				
روان‌رنجورخویی	گروه	۵۱۴/۳۳۵	۱	۱۶۷/۳۳۵	۴۲/۳۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۸
	خطا	۱۹۷/۲۱۴	۳۵	۸/۱۶۳			
	کل	۳۲۸۱۴/۰۰	۳۶				

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تاثیرگذاری درمان هیجان‌مدار بر پریشانی‌روانشناختی، تنظیم‌هیجان و روان‌رنجورخویی معلمان زن مبتلا به ریفلاکس معده به مری انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر کاهش پریشانی روانشناختی، تنظیم هیجان و روان‌رنجورخویی در معلمان زن مبتلا به ریفلاکس معده به مری اثربخش است. یافته‌های این تحقیق با نتایج مطالعات تیموری و همکاران، حسین‌زاده و همکاران، گیلی و همکاران، کونولی و همکاران، ساندین و همکاران، رابینسون و همکاران همسو می‌باشد (۲۵-۲۰).

در تبیین یافته‌های پژوهش باید خاطر نشان کرد درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر شناسایی، پردازش و بیان هیجانات سرکوب‌شده یا نادیده گرفته‌شده، نقش مؤثری در کاهش پریشانی روانشناختی معلمان مبتلا به ریفلاکس معده به مری ایفا کرده است. این درمان با ایجاد فضایی امن برای آگاهی از هیجانات منفی مانند اضطراب، خشم و ناامیدی (که می‌توانند با افزایش ترشح اسید معده و تشدید علائم ریفلاکس مرتبط باشند) و پذیرش بدون قضاوت آن‌ها، امکان تنظیم مؤثر هیجان را فراهم می‌کند (۵). تمرین‌های درمان شامل تمرکز بر تنفس، بازشناسی محرک‌های هیجانی و تحلیل واکنش‌های بدنی و فکری در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا، باعث کاهش شدت پریشانی روانشناختی و علائم فیزیولوژیک مرتبط با ریفلاکس می‌شوند. فرآیند کاهش پریشانی روانشناختی در درمان هیجان‌مدار از طریق تقویت آگاهی هیجانی و مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی صورت می‌گیرد (۲۱). افزایش توانایی شناسایی و نام‌گذاری هیجانات منفی، مانند اضطراب، خشم و ناامیدی، به معلمان امکان می‌دهد تا پاسخ‌های هیجانی خود را آگاهانه مدیریت کنند و از واکنش‌های خودکار و ناسازگار جلوگیری نمایند. تمرین‌های بیان هیجان، شامل بازگو کردن تجربیات استرس‌زا و بررسی واکنش‌های فیزیکی و شناختی مرتبط، موجب تخلیه هیجانات سرکوب‌شده و کاهش فشار روانی می‌شوند. درمان هیجان‌مدار با کاهش واکنش‌های مزمن محور هیپوتالاموس_ هیپوفیز_ آدرنال و ارتقای مهارت‌های

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.50]

تنظیم هیجانی، پریشانی روانشناختی معلمان را کاهش داد، این مکانیسم موجب کاهش ترشح کورتیزول و کاهش تحریک مخاط معده شده و علائم ریفلاکس ر تعدیل کرد (۲۵). علاوه بر این، تمرین‌های پذیرش و مواجهه آگاهانه با هیجانات ناخوشایند، همراه با تمرکز بر کنترل تنفس و توجه به نشانه‌های بدنی مرتبط با استرس، باعث تعدیل پاسخ‌های فیزیولوژیک مرتبط با ریفلاکس معده شده و در نهایت منجر به کاهش پریشانی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی معلمان می‌گردد (۷).

درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر شناسایی و پردازش هیجانات منفی و افزایش آگاهی هیجانی، موجب کاهش دشواری‌های مربوط به تنظیم هیجان در معلمان مبتلا به ریفلاکس معده به مری شد. این روند شامل کاهش ملامت‌خویش و ملامت دیگران، مهار نشخوارگری ذهنی و فاجعه‌انگاری موقعیت‌های استرس‌زا بود که معمولاً به افزایش استرس و تحریک سیستم عصبی خودمختار و در نتیجه افزایش تولید اسید معده منجر می‌شوند. تمرین‌های درمانی، از جمله بازشناسی هیجانات و پذیرش بدون قضاوت آن‌ها، امکان کاهش پاسخ‌های هیجانی خودکار و منفی را فراهم می‌آورد و از شدت دشواری‌های شناختی مرتبط با تنظیم هیجان می‌کاهد (۹). مهارت‌های تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و تمرکز مجدد مثبت، همراه با ارزیابی مجدد مثبت موقعیت‌ها، باعث توانمندسازی در مدیریت واکنش‌های هیجانی خود شدند. این فرآیند، با افزایش احساس کنترل و کاهش تنش هیجانی، نه تنها مهارت تنظیم هیجان ر ارتقا می‌دهد، بلکه با کاهش تحریک سیستم عصبی سمپاتیک، تولید اسید معده و تشدید علائم ریفلاکس ر کاهش می‌دهد. تمرین‌های پذیرش و مواجهه آگاهانه با هیجانات ناخوشایند، همراه با تحلیل واکنش‌های بدنی و شناختی، به کاهش دشواری در تمامی خرده‌مقیاس‌ها، از جمله پذیرش و کم‌اهمیت شماری تجربیات ناخوشایند، کمک می‌کند (۲۰). ارتباط مستقیم بهبود تنظیم هیجان با کاهش علائم فیزیولوژیک ریفلاکس، از طریق تعدیل پاسخ‌های خودمختار و کاهش ترشح اسید معده تبیین می‌شود. کاهش دشواری در تنظیم هیجان باعث می‌شود افراد بتوانند در مواجهه با استرس‌های روزمره و هیجانات منفی، پاسخ‌های سازگارانه‌ای ارائه دهند که نه تنها فشار روانی و پریشانی را کاهش می‌دهد، بلکه موجب بهبود علائم جسمانی مرتبط با ریفلاکس معده می‌گردد (۱۲). تمرین‌های پذیرش هیجانات منفی و بازشناسی شناختی با تعدیل فعالیت شبکه عصبی سمپاتیک و واگال، توانایی مدیریت هیجانات را افزایش داد و دشواری در تنظیم هیجان کاهش یافت، کاهش پاسخ‌های عصبی سمپاتیک موجب کاهش تولید اسید معده شد (۱۳).

روان‌رنجورخویی با واکنش‌های هیجانی شدید و ناپایدار، اضطراب مزمن و حساسیت به محرک‌های استرس‌ز مشخص می‌شود که می‌توانند از طریق فعال‌سازی سیستم عصبی سمپاتیک، تولید اسید معده را افزایش داده و علائم ریفلاکس را تشدید کند. درمان هیجان‌مدار با فراهم کردن ابزارهایی برای پردازش و بیان هیجانات، موجب کاهش فعالیت هیجانات منفی و تثبیت پاسخ‌های هیجانی شد (۱۸). آموزش آگاهی هیجانی و تمرین‌های بازشناسی واکنش‌های بدنی و شناختی، باعث شد معلمان قادر باشند محرک‌های استرس‌زا را بدون واکنش‌های خودکار منفی مدیریت کنند، و به این ترتیب شدت روان‌رنجورخویی کاهش یابد. کنترل بهتر هیجانات منفی از طریق تمرین‌های تنظیم هیجان و پذیرش تجربیات ناخوشایند، موجب کاهش پاسخ‌های فیزیولوژیک ناشی از استرس، مانند افزایش ترشح اسید معده و تحریک سیستم عصبی خودمختار شد (۲۴). بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و ارزیابی شناختی موقعیت‌ها، امکان مدیریت مؤثر خشم، اضطراب و ناامیدی را فراهم آورد و در نهایت با کاهش فشار روانی، سطح روان‌رنجورخویی کاهش یافت. این مکانیسم‌ها نشان می‌دهند که درمان هیجان‌مدار همزمان توانست فرآیندهای روانی و فیزیولوژیک مرتبط با ریفلاکس معده را تعدیل کند و سلامت روان و جسم را بهبود بخشد. درمان هیجان‌مدار با تثبیت پاسخ‌های هیجانی و کاهش فعالیت آمیگدال، روان‌رنجورخویی را کاهش داد، کاهش تحریک آمیگدال باعث کاهش پاسخ‌های التهابی و اسیدی در مخاط گوارشی شد و علائم ریفلاکس معده بهبود یافت (۲۲).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تک‌جنسیتی بودن نمونه و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد، که تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر و جامعه بزرگ‌تر را محدود می‌کند. همچنین، امکان پیگیری نتایج در طولانی‌مدت به دلیل محدودیت زمانی پژوهش و دسترسی محدود به شرکت‌کنندگان پس از پایان جلسات درمان فراهم نشد. علاوه بر این، رعایت اصول سبک زندگی مرتبط با ریفلاکس معده، شامل رژیم غذایی، زمان‌بندی غذا، فعالیت بدنی و الگوی خواب، در طول پژوهش پایش نشد و این موضوع می‌تواند بر شدت علائم ریفلاکس و برخی متغیرهای روانشناختی اثرگذار باشد. با توجه به محدودیت‌های مذکور، پژوهش‌های آینده می‌توانند با حجم نمونه بزرگ‌تر، شامل هر دو جنس، و استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شوند و پیگیری طولانی‌مدت نتایج برای بررسی پایداری اثرات مداخله لحاظ شود. همچنین توصیه می‌شود رعایت سبک زندگی مرتبط با ریفلاکس معده در طول اجرای پژوهش پایش و کنترل

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.50]

شـود تـا نتایـج دقیق‌تـر و قابـل تعمیم‌تـر باشـند. در سـطح کاربـردی، بـا توجـه بـه اثربخـشی درمـان هیجان‌مـدار در کاهـش پریشـانی روانشـناختی ، بهبـود تنظیـم هیجـان و کاهـش روان‌رنجورخـویی، توصیـه می‌شـود محتـوا و روش‌های ایـن درمـان در قالـب بروشـور یـا کتابچـه علـمی در اختیـار مشـاوران مراکـز مشـاوره و واحدهـای آمـوزش و پـرورش قـرار گیـرد تـا آنـان بـا به‌کارگیـری ایـن مـداخلات، سلامـت روان و کیفیـت زنـدگی معلمـان را بهبـود بخشـند و بـه کاهـش علائـم جسـمانی مرتبـط بـا ریفلاکـس معـده کمـک کننـد.

تشکر و قدردانی

نویسـندگان از کلیـه عزیـزانی کـه در پژوهـش حاضـر شـرکت نمودنـد تشـکر و قـدردانی می‌نماینـد و نویسـندگان اعلام می‌کننـد کـه در ایـن پژوهـش هیچ‌گونـه تعـارض منافـعی وجـود نـدارد، ایـن مقالـه حـامی مـالی نداشـته اسـت.

منابع

1. Taghrangar V, Faithful M, Nahoji M. Ethnopharmacology study of effective medicinal plants in the treatment of gastrointestinal diseases in Mahenshan city. Medicinal Plants Quarterly. 2020; 19(75): 266–90.

2. Ronkanien J, Aro P, Storskubb T, Lind T, Talley N, Agreus L. Gastro-esophageal reflux symptoms and health-related quality of life in the adult general population—the Kalixanda Study. Alimentary Pharmacology&Therapeutics. 2019;23(12):1725–1733.

3. Richter J, Rubenstein J. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology. 2018; 154(1): 267–76.

4. Khan S, Orenstein S. Current and future developments in surgery: Oesophago-gastric surgery. Current Surgery Developments. 2018; 1(12): 189–232.

5. Favoretto C, Nunes Y, Macedo G, Lopes J, Quadros I. Chronic social defeat stress impact on ethanol-induced stimulation, corticosterone response, and brain monoamine levels. Journal of Psychopharmacology. 2020; 34(4): 412–19.

6. Farsijani N, Pourshahriar H, Malhi E, Razwandel Ramzi F. Structural equation model of the relationship between attachment styles and psychological distress: the mediating role of emotional schemas. Developmental Psychology. 2021; 10(4): 65–76.

7. Tabebordbar F, Shaeri Kholari F. Comparison of Mood States, Distress Tolerance, Self-Compassion, and Perceived Social Support in People with Migraine. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2023; 12(1): 44-57.

8. Ghalandrzadeh Z, Pournqash Tehrani S. Mediating role of psychological distress, emotion regulation strategies in the relationship between domestic violence and cognitive functions in women. Quarterly Journal of Applied Psychological Research. 2020; 11(2): 1–21.

9. Van Droogenbroeck F, Spruyt B. Do teachers have worse mental health? Review and results from the Belgian Health Interview Survey. Teaching and Teacher Education. 2017; 51(1): 88–100.

10. Okur Güney Z, Sattel H, Witthöft M, Henningsen P. Emotion regulation in somatic symptom disorders: A systematic review. PLOS ONE. 2019; 14(6): 217-227.

11. Hosseinpour H, soleymani E, Isazadegan A. Enhancing the Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy with Attentional Bias Modification to Reduce Worry and Emotion Regulation Difficulties in Women with Generalized Anxiety Disorder. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2025; 13(2): 20-30.

12. Karimi S, Ismaili M. Relationship between emotion regulation strategies and marital adjustment of female teachers. Quarterly Journal of Psychological Science. 2020; 19(87): 291–98.

13. Tabebordbar F. Developing a Structural Model for Cyberchondria Based on Personality Dimensions with Mediating Role of Self-Concept: A Cross-Sectional Study During the Corona. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2024; 12(2): 31-41.

14. Pourasmeli A, Heshmati R, Parnian Khoi M. Family functioning and neuroticism in couples applying for divorce. Women & Society Quarterly. 2018; 10(40): 155–174.

15. Donges U, Jachmann A, Kersting A, Egloff B, Suslow T. Attachment anxiety and implicit self-concept of neuroticism. Personality and Individual Differences. 2015; 72(1): 208–13.

16. Schmidt J, Hooten W, Carlson C. Utility of the NEO-FFI in orofacial pain assessment. Journal of Behavioral Medicine. 2018; 34(3): 170–181.

17. Tymulak L, McElvaney J. Transmutation of pervasive anxiety into an emotion approach. Ramadani A, trans. Science Publishing Circuit; 2017.

18. Aghili M, Safarinezhad M. Comparing the

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.50]

Effectiveness of Emotion-Oriented Therapy and Acceptance and Commitment-Based Therapy on Self-Criticism, Pain Catastrophizing and Severity of Gastrointestinal Symptoms in Patients with Irritable bowel Syndrome. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2025; 13(3): 54-65.

19. Shahar B. New developments in emotion-focused therapy for social anxiety disorder. Journal of Clinical Medicine. 2020; 9(9): 29–37.

20. Teymori V, Mojtabai M, Rezazadeh M. Emotion-focused vs self-compassion therapy on women affected by infidelity. Journal of Gilan University of Medical Sciences. 2021; 30(2): 130–143.

21. Hosseinzadeh Z, Gurban Shiroudi S, Khalatbari J, Rahmani M. Emotion-focused vs reality therapy on couples' stress tolerance. Quarterly Journal of Applied Psychology. 2019; 14(2): 101–22.

22. Gilly S, Sadeghi Firouzabadi V, Haqat A, Alizadeh Qavidel A, Rezaei Jamaloui H. Comparing emotion-focused therapy and tDCS in CHD. Quarterly Journal of Health Psychology. 2019; 9(36): 45–62.

23. Connolly-Zubot A, Timulak L, Hession N, Coleman N. EFT for anxiety and depression in breast cancer. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2020; 50(2): 113–122.

24. Sandín B, Simons J, Valiente R, Simons R, Chorot P. Psychometric properties of Spanish Distress Tolerance Scale. Psicothema. 2017; 29(3): 421–28.

25. Robinson A, McCague E, Whissell C. Single-case study of EFT group for anxiety/depression. International Journal of Integrated Psychotherapy. 2020; 3(1): 59–80.

26. Greenberg L. Emotion-oriented therapy: Principles and basics. Akbari H, Rafi T, trans. Bat Publications; 2016.

27. Costa P, McCrae R. Normal personality assessment in clinical practice. Psychological Assessment. 2004; 1(5): 1–13.

28. Grossi Farshi M, Mehyar A, Ghazi Tabatabai M. New NEO personality test in Iranian students. Al-Zahra Human Sciences. 2009; 11(39): 173–98.

29. Heshmati R, Pourasameli A, Parnian Khoi M. Family functioning and neuroticism in couples seeking divorce. Women & Society Quarterly. 2019; 10(40): 155–74.

30. Moshtaghi M, Asghari Ebrahimabad M, Agha Mohammadian Shearbaf H. ACT therapy for mothers of children with Down syndrome. Psychological Achievement. 2020; 27(2): 233–56.

31. Kessler R, Andrews G, Colpe L, Hiripi E, Mroczek D, Normand S, Zaslavsky A. Short screening scales for psychological distress. Psychological Medicine. 2002; 32(6): 959–76.

32. Yaghobi H. Psychometric features of the 10-item Kessler questionnaire. Quarterly Journal of Applied Psychological Research. 2015; 6(4): 45–57.

33. Geranofski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, emotion regulation, emotional problems. Personality and Individual Differences. 2001; 30(8): 1311–327.

34. Hasani J. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Clinical Psychology. 2010; 2(3): 73–84.

35. Ebrahimy M S, Zanganeh Motlagh F, Piraniz Z. Development of a Model of Loneliness and Death-Anxiety Based on Personality Traits and Cognitive-Emotional Regulation. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2022; 10(2): 68-81.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.50]