Effectiveness of Emotion Regulation Training on Resilience and Problem Solving Styles on Adolescents under Dialysis

Maryam Mehboodi*
Sholeh Amiri**
Hossein Molavi***

Abstract
Adolescents with chronic renal failure are exposed to numerous psychological and emotional impairments, and reinforcing emotion regulation can be effective in reducing their psychological stress. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of emotion regulation training on improvement resilience and problem solving styles on adolescents under dialysis. A semi-experimental study was performed on adolescents under dialysis referred to Shiraz dialysis center in 2018. According to inclusion and exclusion criteria, 30 people were selected and randomly assigned to experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. The experimental group received emotion regulation training. Data were collected using Resilience Scale and Problem Solving Questionnaire before, after and two months after the sessions. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The training program was effective in improving resiliency (F = 41.24) and constructive problem-solving (F = 51.53) and reducing non-constructive problem solving (F = 55.43) in the experimental group compared to the control group. The F ratio obtained in the educational interventions was significant in improving resilience (56.37), constructive problem solving (63.66) and non-constructive problem solving (69.65) (p <0.001); This means that the subjects' scores in the experimental group increased from the pre-test to the follow-up in the resiliency and constructive problem-solving and decreased in the non-constructive problem solving. Therefore, emotion regulation training can be effective in promoting resilience and problem-solving style in adolescents with chronic kidney disease and under dialysis.

Keywords: Dialysis, Emotion Regulation, Resilience, Problem Solving

Extended Abstract

Introduction
A chronic illness affects all aspects of a patient's life, including physical, social, and psychological, and requires many restrictions, changes in lifestyle, and adaptation to the disease (Famulski, Reeve, De Freitas, Kreekala,

* Ph.D. Student of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
** Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author) S.amiri@edu.ui.ac.ir
*** Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Chang, & Halloran, 2013). Adolescents with chronic kidney failure and under dialysis, in addition to the problems of puberty and adolescence, are facing stress due to their chronic illness (Winnicki, Brakeman, Lee, & Nguyen, 2019). According to some researchers in the field of psychology, stressful events have an important role in the development of psychosomatic diseases and so there are modulatory factors that cause different effects of stressful events on individuals (Fletcher & Sarkar, 2013). Despite exposure to chronic stress, there are modulators such as resilience and constructive problem solving that reduce the negative effects of stressful events such as a disease. People with high resilience are people who, reduce its adverse effects and maintain their mental health (Cal, Sá, Glustak, & Santiago, 2015; Ong, Bergeman, Bisconti, & Wallace, 2006). Problem solving is a cognitive-behavioral process that provides potentially effective responses to difficult situations and increases the likelihood of selecting the most effective response from multiple responses (Fitzpatrick, Schumann, & Hill-Briggs, 2013). Emotional regulation strategies can be effective in reducing the emotional and psychological problems associated with chronic illnesses and better coping with them (Gross & Jazaieri, 2014). On the other hand, according to the research findings, emotion regulation is one of the factors affecting resilience (Trompetter, de Kleine, & Bohlmeijer, 2017) and problem solving (Lemerise, Fredstrom, Kelley, Bowersox, & Waford, 2006). Therefore, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotion regulation training on resiliency and problem solving style in adolescents under dialysis.

**Method**

The present study was a quasi-experimental pre-test, post-test and follow-up with one experimental group and one control group and code of ethics IR.UI.REC.1396.036. The statistical population consisted of adolescents 12-15 years with renal failure who were undergoing dialysis treatment referred to Shiraz dialysis center in 2018. According to inclusion and exclusion criteria, 30 people were selected from this population and randomly assigned to each experimental and control group. Inclusion criteria were: Having renal failure and being under dialysis, age between 12 and 15 years, lack of significant physical illness other than renal disease, and no severe mental disorder. Exclusion criteria were missing more than two sessions, and unwillingness to continue to participate in the study. Patients were matched based on age and sex. Participants completed the Conner-Davidson Resiliency Questionnaire (CD-RISC; (Connor & Davidson, 2003)) and the Cassidy and Long Problem Solving Questionnaires (Cassidy & Long, 1996) before and after the intervention and two months follow up. The group-based emotion regulation training was designed based on the existing emotion regulation principles and techniques from Grat's perspective and was implemented in 7 sessions for the experimental group.

**Findings**

The results showed that the effects of group membership ($P = 0.00, F = 41.24$), time ($P = 0.00, F = 56.37$) and interactive effects of group membership and time ($P = 0.00, F = 61.88$) were significant in resilience variable. The between-group, intra-group and interactive effect sizes for resilience variable were $0.34, 0.45$
and 0.48, respectively. Comparison of means indicates that the experimental group in the post-test and follow-up stages achieved a higher mean in the resiliency variable. Moreover, there was a significant difference in the linear combination of components of problem solving styles in terms of group membership \((p = 0.001, F = 18.39)\), time \((p = 0.001, F = 24.19)\), and group and time interactive effect \((P=0.001, F= 29.69)\). For the constructive and non-constructive problem solving styles, all three effects of between group, intra-group and interactive were significant. Comparison of means showed that in the post-test and follow-up stages, the intervention group achieved higher scores in constructive problem solving style. The between-group, intra-group and interactive effect sizes for constructive problem solving style were 0.54, 0.59 and 0.66, respectively.

**Discussion**

The results showed that emotion regulation training had a significant positive effect on adolescents’ resilience undergoing dialysis. It can be stated that emotion regulation is the basis of many psychiatric disorders (Hofmann, Sawyer, Fang, & Asnaani, 2012). Emotional adjustment contributes to the ability to understand, modulate, and experience emotions and increases the likelihood of effectively coping with stressful situations through the capacity to endure negative emotions and experience more positive emotions (Gross & Jazaieri, 2014). People who are unable to identify, awareness, understand, process and manage emotional issues in stressful and difficult situations are exposed to numerous physical and psychological problems (Dennis, 2007). Emotional adjustment enables one to use a more adaptive psychosocial style and behavior to deal with negative emotions, which reduces their mental and psychological damage and increases their strength (Hu, Zhang, Wang, Mistry, Ran, & Wang, 2014) and result to adapt to difficulties and resilience.

The results showed that emotion regulation training is effective in improving constructive problem solving style and reducing non-constructive problem solving in adolescents undergoing dialysis. Studies have shown that psychological and cognitive skills such as impulse control and problem solving are equivalent to emotional competence (Hannula, 2015). People who are weak in identifying and paying attention to emotional information appear in stressful situations with fragile and stressful reactions. These people lose the power to analyze situations, make decisions, and choose the right behavior, and will ultimately not solve the issues that lie ahead effectively (Abdollahi, Talebi, Yaacoby & Ismaiele, 2014; Blanchard-Fields, 2007). In stressful situations, emotional regulation by reducing negative emotional responses and their acceptance enables one to improve their cognitive and emotional functioning by identifying their own automatic thoughts and managing them (Gratz, 2010). In fact, emotional awareness of conflicts will increase stress management skills and emotion acceptance that these skills will enhance one's ability to endure and also problem-solving power in difficult situations (Fitzpatrick et al., 2013).

**Acknowledgment**

The authors appreciate all the patient involved in this study, especially the participants.

**Conflict of Interests**

There are no conflicts of interest.
بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تابآوری و حلّ مسأله در نوجوانان

تحت دیالیز

مریم مهدوی

شعله امیری

حسین مولوی

چکیده

نوجوانان با نارسایی مزمن کلیوی با آسیب‌های متعدد روانی و هیجانی مواجه هستند و تقویت تنظیم هیجان می‌تواند در کاهش شاکر روانی در ان‌ها مؤثر باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تابآوری و سبک‌های حلّ مسأله در نوجوانان تحت دیالیز در یک بیمارستان عمومی جامع آمیخته، در زمینه آرامشی انجام شد. 30 نوجوان تحت درمان دیالیز انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (n = 15) و اکثریت مشترک، شرکت کننده‌هایگروه آزمایشی تحت آموزش تنظیم هیجان قرار گرفتند. شرکت‌کننده‌های گروه گرنتلی تحت آموزش تنظیم هیجان که در درمان تابآوری و حلّ مسأله در نوجوانان با کلیوی تحت دیالیز مؤثر بودند. واژه‌کلیدی: دیالیز، هیجان، تابآوری، حلّ مسأله

مقدمه

بیماری کلیوی در مراحل اختلالی، یک بیماری مزمن، برگشته‌پذیر و تهدیدکننده‌ی زندگی است. این بیماری، برای کمک به مرحله‌های اختلالی بیماری کلیوی می‌رسد و برای زندگی ماندن بسیار ضروری است. این بیماری در مرحله‌های یک گروه گردیده‌اند و در زمینه‌های مختلف از جمله درمان دیالیز وارزش درمانی، اهمیت بسیاری دارد. (Famulski, Kreepala, Chang, & Halloran, 2013) درمان دیالیز قرار دادن که بیش از دو میلیون نفر در سراسر جهان تحت درمان دیالیز قرار دارند، از جمله نیازهای انسانی است. درمان دیالیز، یک روش تبعیض‌گر از درمان، یک روش جایگزین می‌باشد. (Lo et al., 2009, Reave, De Freitas, Famulski, Kreepala, Chang, & Halloran, 2013)

* دانشجوی دکتری روان‌شناختی، روان‌شناخت، دانشگاه اصفهان، ایران
** استاد روان‌شناختی بازی، استاد دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
*** استاد روان‌شناختی بالینی، استاد دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

S.amiri@edu.ui.ac.ir
در بررسی ارتباطی اموزش ترتیب هیجان‌آوری نگاهی تازه‌ای و حل‌ساله در نوجوانان تحت دیالیز (Kim & Evangelista, 2010)، علاوه بر آن، برخی اسبیب‌های روان‌شناختی، مانند افسردگی که در فرآیند این بیماران ظاهر می‌شود، به این معنی داشتند که در حقیقت، این بیماری به دلیل مزمن بودن، تمام آبادانی و ناپذیری در جهت بهبود قرار می‌دهد و با ایجاد محدودیت‌های فردی، بیماری را اهمیت بیشتری نسبت به بیماری‌های دیگر داشته‌اند. به‌طور اجمالی، این در حالی است که نوجوانان مبتلا به بیماری کلیوی و تحت دیالیز، به مراتب بیشتر در معرض هر چهاری های تعکس و تجلی مشکلات De Ridder, Geenen, Kuiper, & Heijmean (2003)، استفاده می‌کنند. اضطراب و افسردگی قرار دارد (van Middendorp, 2008; Winnicki, Brakeman, Lee, & Nguyen, 2019). هنگامی‌که جنگل‌های فشناری ماشی طبیعی و هیجانی کمک شدند، بنابراین این همکاری که باعث آن شد و فشار روان و هیجانی کمک شود، این در حالتی است که بنابراین این نتوانسته‌ایان باز بزرگ از محققان جهادی روانشناسی، همان‌گونه که در دست دارد تنش زنده و در بیماری‌های روانی تلف و توانایی دارند، به همین ترتیب، عوامل تعاملی فن‌نیروهای چنین افرادی نیز وجود دارد که موجب آماری Fletcher & Sarkar, 2013; Ong, Bergeman, & Mervis, 2010، متفاوتین، روبت‌های تنظیم‌ها، افرادی که آن (Shehn Yailagh, Allipour Birgani, Payandand & Behrooz, 2011) انتظار منابع و تجارب تبلیغات و نگاه‌های میدانی (Cal, Sá, Glustak, & Santiago, 2015; Dooley, 2017) و با دقت، تحلیل‌های روشن و سیستمی از مطالعه (Slavich, Moreno, & Bower, 2017) از آنجا که اخیراً توربیوزی در میان اجرا کرده است که در آن سلامت روان می‌تواند با وجود نزدیکی ناهنجار و روابطی جدید، شرایط درمان که در آن می‌تواند با وجود نزدیکی ناهنجار و روابطی جدید، شرایط درمان که در آن می‌تواند با وجود نزدیکی ناهنجار و روابطی جدید، شرایط درمان که در آن می‌تواند با وجود نزدیکی ناهنجار و روابطی جدید، شرایط درمان که در آن می‌تواند با وجود نزدیکی N. Faircloth, 2017) می‌تواند گسترش تاپ آوری نقش مهمی در حفظ بهترین نقش کاری و همچنینی شنبه‌ها و Ihegwazii, Chukwuorji, & Cushnie (2015)، افرادی که تاپ آوری نقش مهمی در حفظ بهترین نقش کاری و همچنینی شنبه‌ها و Ihegwazii, Chukwuorji, & Cushnie (2015)، افرادی که تاپ آوری نقش مهمی در حفظ بهترین نقش کاری و همچنینی شنبه‌ها و Ihegwazii, Chukwuorji, & Cushnie (2015)، افرادی که تاپ آوری نقش مهمی در حفظ بهترین نقش کاری و همچنینی شنبه‌ها و Ihegwazii, Chukwuorji, & Cushnie (2015)، افرادی که تاپ آوری نقش مهمی در حفظ بهترین نقش کاری و همچنینی شنبه‌ها و Ihegwazii, Chukwuorji, & Cushnie (2015)، افرادی که تاپ آوری نقش مهمی در حفظ بهترین نقش کاری و همچنینی شنبه‌ها و Ihegwazii, Chukwuorji, & Cushnie (2015)، افرادی که تاپ آوری نقش مهمی در حفظ بهترین نقش کاری و همچنینی شنبه‌ها و Ihegwazii, Chukwuorji, & Cushnie (2015)， بررسی ارتباطی اموزش تنظیم هیجان‌آوری نگاهی تازه‌ای و حل‌ساله در نوجوانان تحت دیالیز
با فشارهای روایی مزمن از آثار نامعلومیان می‌کاهند و سلامت روان خود را حفظ می‌کنند. (Luthar, 2015; Ong, Bergeman, Bisconti, & Wallace 2006) انجام شده از ارتباط با تأثیر مثبت تاب‌آوری در روابط با فشارهای مطالعاتی که تاب‌آوری افراد به عنوان عامل توانمندی آنان در راستای تغییر مثبت پیامدهای ناگوار و کمک به حفظ سلامتی آنان قلمداد می‌شود (2018). توانایی Bonanno, 2005; Mlinac, & Schwenk, 2018) تحلیل شرایط استرس‌زا را دارد (Ong et al., 2006). در این سال (2006, 2017) از سری‌های به‌دست‌آمده در پایان و در مواجهه با آن کمتر متمرکز و پریشان می‌شوند (Liu et al., 2018) برای الیه بی‌نشان توانایی‌های مقابله‌ای، حرمت خود بازیابی ثبات عاطفی و وزیگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد، از مزایای بروخورداری از تاب‌آوری بالا در افراد است (Connor & Davidson, 2004; Greene, Galambos, & Lee, 2003) در مقابل (2017). با کمک افراد با تاب‌آوری پایین، در شرایط تنش‌زا به شیوه انعطاف‌اندازب و هشک عمل می‌کند که منجر به رفتار ناسازگاریانه می‌شود (Bonanno, 2005) و به هنگام مواجهه با مشکلات، مدت زمان بیشتر از روانی رنج می‌برد (2018) توانایی روانی بعنوان یک پاسخ انطباقی، فرآیند مهمی در تجربه و مدیریت شرایط بیماران دیالیزی است و می‌تواند یک عامل مهم برای پیوستن به دمای باشد. (Freire de Medeiros, Arantes, Tajra, Santiago, 2017)

پروردگاری از مهارت‌های حل‌سال‌های در شرایط بروخورداری از جمله درگیری با یک بیمار مزمن مثل بیماری کلیوی، از دیگر متعارض‌هایی است که می‌تواند از بار روانی بیماری باشد. حل‌سالهای فاین‌دی رفتاری-شناسی است که پاسخ‌های بلوغ‌های متغیر اثرات تاثیر افزایش قوی می‌کنند و احتمال انتخاب مؤثرترین پاسخ را از بین پاسخ‌های متعدد افزایش می‌دهد (Fitzpatrick, Schumann, & Katter, 2017) و با راه‌نگاران تفاوت مثبت و منفی بوده، فرد کمک می‌کند تا هنگام بروخورداری با سختی، راهحل‌های مندودی جستجو و سپس بهترین راه‌یابی از تجربه نماید (Hill-Briggs, 2013; King et al., 2010) و با راهندازی تفاوت منفی و منفی، به فرد کمک می‌کند تا وی برای پاسخ‌های بروخورداری و پاسخ‌های پیش‌بینی راه‌حل‌های مندودی نماید. (Cassidy & Long, 1996; Lothery, 2012) روش‌های پاسخ‌های بروخورداری و اعمال شناختی و انعطاف‌پذیری در بهبود شرایط وی راه‌حل‌های بروخورداری از قبل با آنها باشجو و در زمان برای شروع این پیامدهای بروخورداری بهتر می‌توانند با فشار روانی و دشواری‌های زندگی مقابله کنند (Ozkhan, 2018) و در ضمن ضریب دشواری، هیچ‌گاه این سطح را مدیریت نکنند (Plos, Annus, & Perczel, 2008) مهارت‌های شفیعی در حل‌سالهای انرژی با اساس استراتژیک و نامی‌دیده داشته و شواهد و
فراینده‌ای وجود دارد که نشان‌دهنده می‌باشد، نقص در این مهارت‌ها می‌تواند منجر به رفتارهای خودسپاس‌خواهد شود (Gellis & Bruce, 2010; von Davier & Halpin, 2013) (Cassidy, 2002) (کسی‌ها دیده‌اند) اثر بخشی خلاقانه، اعتماد، گرایش، درمانگی، مهارت‌های (کنترل) و اجتناب را در قالب دو سیستم حل مسئله سازنده و غیرسازنده معرفی کرده است. سیستم حل مسئله سازنده شامل سیستم خلاقانه، سیستم اعتماد و سیستم گرایش است. سیستم حل مسئله خلاقانه نشان‌دهنده برگزاری در فرد را در نظر گرفته و در نظر گرفته راه‌حل‌های منعکس‌شده در حالت‌های حساسیت دارد که نشان دهنده، نیاز در این مهارت‌ها، نیاز به توجهی در مسئله‌های رسیدگی و وجوهی از مسئله می‌باشد. سیستم حل مسئله غیرسازنده شامل سیستم درمانگی، سیستم مهارت‌های و سیستم اجتناب است. سیستم درمانگی یکپارچه فرد در وکالت نشان دهنده‌ای در حالت‌های حساسیت به تأثیر محدود کننده‌ای درونی و درونی در وکالت مسئله‌ها اشکال دارد و در نهایت سیستم اجتناب گویا می‌تواند با توجه به ناخوبگرده شکل‌داده‌ها با آنها است. بنابراین، هر چه در اساس خصوصیات فردی خود، سیستم را برای حل مسئله پیش روی کار می‌گردد که برخی از این سیستم‌ها سازنده و به پیشرفت فرد کمک می‌کند و برخی نیز غیرسازنده و غیرموزون بوده و فرد را از پیشرفت باز می‌دارند (Mashal, Huh, & Fairchild, 2019; Walsh, Cvirka, & Homer, 2019). شیوه‌های سازنده حالت مسئله با سازه‌های مل رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، پرهیزی شخصی، اگهی بیشتر، برخورداری از حمایت اجتماعی و مشکلات زندگی و اجتماعی کمتر (Khan, Younas, & Non), و شیوه‌های غیرسازنده با متغیرهای اضطراب، افسردگی، نوسان، حضور و فشار گرایی (Ismaiel, Talebi, Yaacoby & N., 2014; Wade, Karver, Taylor, Cassedy, Stancin, Kirkwood et al., 2014) بهبود را هستند. به‌طور جزئی، آموزش مهارت‌هایی که برای مبتلا به ارتقای تابعیتی و بهبود مهارت‌های حل مسئله در نوجوانان تحت دیالیز شود، می‌تواند کام مؤثری در بهبود سلامت روان کنی کند و مشاکلات قابل آنها در فرایندهای درمانی باشد.

ابتلا به کی بیماری مرده می‌داند بیماری کلیوی، به دلیل ایجاد محدودیت و مشکلات گسترشده برای بیمار، به خصوص یک بیمار نوجوان که به افتقداً دوری رشدی خود با تحلیل عاطفی و هیجانی و مسائل مربوط به آن مواجهه است، با بررسی معطافت هیجیئی خواهان همراه است (Zhang, Xv, Luo, Meng, & Ji, 2016) (Mestre, Núñez-Lozano, Gómez-Moliner, Zayas, & Guil, 2017; Moradikia, Sattarpour Iranaghi, & Emamgholian, 2017; Trompetter et al., Blanchard-Fields, 2007; Bolte, Goschke, 2017; Troy & Mauss, 2011).
ناتوانی در تهیه و برای کارکرد زندگی ضروری های ات، منجر به تمام ابعاد فردی و اجتماعی می‌دهد و شرایط را برای کسب جوایز مطلوب در تحصیلات، امور را به آموزش ادامه داده و در حوزه‌های مختلف از طریق آن هیچ‌گاه یک خود را به منظور پاسخ‌دهی مناسب به فاقدات‌های محیطی به شکلی هشدار یا ناهنجار نظارت می‌کند (Gross & Jazaieri, 2014) 

با موضوعیتی ثانیه، تغییرات اجتماعی مشت همزمان و برای کارکرد زندگی روشنی است (Thompson, 1991) و در واقع آموزش شیوه‌های ابزار، مدیریت و کنترل هیجان‌ها، منجر به مدیریت بهتر روابط و احساسات می‌شود (Atashafoz, 2017). از سوی دیگر، ناتوانی در تنظیم هیجان با اختلالاتی های متعدد افراد، اضطراب، انواری اجتماعی، رفتار خراش‌گرانه و افزایش احساسی رساندن به خود در ارتباط است (Asnaani, 2012; Hu, Zhang, Wang, Mistry, Ran, & Wang, 2014)

آموزش تنظیم هیجان به معنا کاوش و کنترل هیجان‌های منفی و تحت‌الحمایه، استفاده از هیجان‌های مثبت Berking, است و تمرکز بر راه‌های مناسب تنظیم هیجان، در این آموزش ترکیبی از سیستم‌های دامنه‌ای و ابزارهای ساده و کاربردی از طریق آموزش به کارگرفته می‌شود (Ebert, Cuijpers, & Hofmann, 2013) 

برای تغییر اغلب آموزش تنظیم هیجان به راحتی و سادگی رسیده و بهبود مهارت‌های اجتماعی، ارزیابی و احتمال رفتار و روان‌شناسی (Hannula, 2015) 

Wupperman, Meier, & Caspar, 2008 (LeBlanc, Uzon, Pursieved, 2016) از آموزش‌های پزشکی،)، آموزش‌های پزشکی،) (Barberis et al., 2017)

و (Massah, Sohrabi, A'azimi, Doostanian, Farhoudian, & Daneshzand, 2016) 

کاوش شش (6) 

دانه‌های مهربان را که بهظانت از مطالعات تنظیم هیجان و بیانشی است. در این آموزش، مهارتی از طریق آموزش به کارگرفته می‌شود (Gillarders, Wild, Deighan, & عوامل، افزایش دوامی،) (Barberis et al., 2017)

می‌تواند پیشین که راه‌های تغییر و سلامت را در بیمار دیالیز یابد (Barberis et al., 2017)

روت این آموزش به کارگرفته می‌شود (Gillarders, 2008)

(Gillarders, Wild, Deighan, &) (Barberis et al., 2017)

درمان دیالیز قرار گرفت می‌تواند سبب ایجاد فردی و اجتماعی 

زندگی قادر به ایجاد روابط و داده و شرایط را به مردان برای یک نوجوان دوست داشته‌است. اضطراب و افسردگی در این دوره‌های سی می‌تواند با تحولات هیجانی و عاطفی مربوط به این دوره دست به دست عوامل
محافظتی برای کاهش اسیب‌های ناشی از این بیماری و سازگاری بهتر با آن به خصوص برای نوجوانان می‌باشد. تاب‌آوری و سیک حل‌‌مسائل سازنده از عوامل محافظتی مهم در مقابله با موضع‌های دشوار همچون بیماری‌ها و مزوزیت به‌حساب می‌آیند و این در حالی است که که به نظر می‌رسد آموزش تنظیم هیجانی به‌حفر قرار دادن عوامل هیجانی ناشی از بیماری و همچنین تجویزهای دیگر در سنین نوجوانی به تقویت تاب‌آوری و سیک حل‌مسال سازنده منجر شود. بر این اساس، مطالعه خصوصی به هدف بررسی ارتباطی آموزش تنظیم هیجان بر افراشی تاب‌آوری و بهبود سیک حل‌مسال در نوجوانان تحت دیالیز صورت گرفت.

روش

چاپ، نمونه و روش تیم‌گیری

پژوهش حاکم تهیه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. چاپ‌های این پژوهش شامل نوجوانان با تاریخ تولد کلیو و تحت درمان دیالیز مراجعه کننده به مرکز دیالیز وابسته به بیمارستان علی‌اکبر شیراز بود که با توجه به میزان‌های هرود به پژوهش ابتلا به تاریخ تولد کلیو و تحت دیالیز بودن، سن بین دوازده تا سیزده سال، ناشی از اختلال‌های روایت و تمایل به شرکت در مطالعه و ۲۹ تا ۴۱ بیمار دیالیزی نوجوان به روش نمونه‌گیری هفتمصد و داومطلب انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. پژوهش‌ها، که از نظر افرادی و گروهی منظره کشیده شدند (یا بیشتر، نفر از گروه آزمایش و یا بیشتر، نفر از گروه کنترل) شرکت‌کننده‌گان گروه‌های آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله و بعد از این، مورد سنجش قرار گرفتند و شرکت‌کننده‌گان گروه آزمایش تحت آموزش تنظیم هیجانی در نهایت پژوهش شرکت‌کننده‌گان گروه کنترل نیز تحت آموزش تنظیم هیجان قرار گرفتند.

ایران‌زنده‌گیری

بررسی‌های تاب‌آوری کانتری دیویدسون (Connor-Davidson Resilience Scale) (Connor & Davidson, 2003) در پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانتری دیویدسون توسط کانتری دیویدسون در مورد اندازه‌گیری قدرت مقاوب‌های خصوصی و تبدیل تهیه‌شده است. این پرسشنامه شامل ۲۲ ماده است و هر ماده بر اساس یک طبقه لیست هفت رتبه‌ای از نمروی صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (به‌هم‌همه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه مؤلفه‌های شایستگی، استحکام شخصی، اعتماد به طبیعت، تحمل عواطف منفی، پذیرش تغییرات، روابط اجتماعی، کنترل و متعادل را می‌سنجد. ضرایب کاهش این پرسشنامه (Connor & Davidson, 2003) و در مطالعاتی ۰/۲/۰ و ۰/۲/۳۷ (Conner & Davidson, 2003) و با آزمایش ۰/۲/۰ و پژوهش شدید است. در مطالعه‌های ضرایب آلفای کرونباخ (Shakeri Nia & Mohammad Pour, 2006)
Problem Solving Style

پرشنامه سبک‌های حل مسئله کسی‌دی و لانک (Cassidy & Long, 1996) مطالعه شده و دارای 24 ماده است که شش عامل را می‌سنجد و هر کدام از این عوامل در برگیرنده چهار ماده می‌باشد. این پرسشنامه شامل دو عامل سبک‌های حل مسئله سازنده (خلافات، اعتماد و گرایش) و سبک‌های حل مسئله غیرسازنده (درمانگی، ماهرگی و اجتناب) می‌باشد. ماده‌های این پرسشنامه در یک طبقه‌بندی انجام تخصیص‌گری انجام می‌شود (Cassidy & Long, 1996) و در سپاهان حل مسئله سازنده و حل مسئله غیرسازنده و ضریب دو راهی گرایی این ابزار با پرسشنامه سبک‌های حل مسئله حل تعارض 71/0 و ضریب آلفا کرونباخ این پرسشنامه را 84/0 و مدل شش عاملی را مورد انتخاب قرار داده است (Mohammadi, 2009).

روند اجرای پژوهش

مراحلی که به طور مفصل در گزارش سلیمی و بوشنی (Golestaneh & Teimoori, 2019) ذکر شده است به طور کلی مربوط به آزمون‌های اندازه‌گیری و آزمون‌های آزمایشی است. این مراحل شامل تشخیص افراد مناسب برای آزمون‌های آزمایشی، تهیه آزمون‌های آزمایشی و اجرای آزمون‌های آزمایشی است. در اینجا، تحلیل داده‌ها به روش آماری تحلیل واریانس مکرر آمیخته بر اساس رعایت مفروضه‌ها و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-22 انجام گرفت.
جدول 1
خلاصهی محاوی جلسات آموزش تنظیم هیجان گرترز (2010)

<table>
<thead>
<tr>
<th>جلسه</th>
<th>محاوی جلسات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جلسه اول</td>
<td>تعیین هدف گروه و قوانین گروه، اشتباهات، دستگاه هیجان گردی، توضیح وضوح هیجان و مهارت های تنظیم هیجان، برقراری ارتباط و مفهوم سازی و لزوم استفاده از آموزش تنظیم هیجان</td>
</tr>
<tr>
<td>جلسه دوم</td>
<td>موردی کوتاه بر جلسه قبلاً، موردی بر گروه هیجان، آموزش آگاهی از هیجانات منفی و اصول استفاده از آنها همراه با مثال به صورت تجربه ذهنی. به عنوان مثال، تجسم یک صحن هیجانی، درون تکلیف خانگی شناسایی و تنش هیجانات منفی</td>
</tr>
<tr>
<td>جلسه سوم</td>
<td>موردی کوتاه بر جلسه قبلاً، شناخت مفاهیم و باروری ترکیب در دوره هیجان و تعریف مربوط به یک صحن هیجانی، بیان حقایق یا به مورد هیجانات، آموزش آگاهی از هیجانات منفی و اصول استفاده از آنها همراه با مثال به صورت تجربه ذهنی. به عنوان مثال، تجسم یک صحن هیجانی، درون تکلیف خانگی شناسایی و تنش هیجانات منفی</td>
</tr>
<tr>
<td>جلسه چهارم</td>
<td>موردی کوتاه بر جلسه قبلاً، آموزش یادگیری بدون فضای هیجانات منفی و پایداری منفی و منفی استفاده از این هیجانات، تکلیف خانگی یادگیری مشاهده و عدم فضای هیجانات منفی</td>
</tr>
<tr>
<td>جلسه پنجم</td>
<td>موردی کوتاه بر جلسه قبلاً، تمرين خوشدرامی خشن، آموزش تجربه ذهنی هیجانات منفی به صورت تجربه ذهنی، علاقه‌مندی و عشق، توجه به برادری ذهنی و آموزش ابزار مناسب هیجانات منفی</td>
</tr>
<tr>
<td>جلسه ششم</td>
<td>موردی کوتاه بر جلسه قبلاً، آموزش تجربه ذهنی هیجانات منفی به صورت تجربه ذهنی استراحت، هر خشم و نفرت، توجه به ابزار تاسیسات و برادری ذهنی و آموزش ابزار مناسب هیجانات منفی، تصویرسازی ذهنی منفی و آرامش خشن</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول ۲

میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب‌آوری و حل‌ساله در مراحل بیش ازمون، پس ازمون و پیگیری

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>بیش ازمون</th>
<th>پس ازمون</th>
<th>پیگیری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>میانگین و انحراف معیار</td>
<td>میانگین و انحراف معیار</td>
<td>میانگین و انحراف معیار</td>
<td>میانگین و انحراف معیار</td>
</tr>
<tr>
<td>تاب‌آوری</td>
<td>۱۹/۲۳±۸/۷۵</td>
<td>۱۸/۶۹±۸/۷۵</td>
<td>۱۹/۱۲±۸/۷۵</td>
</tr>
<tr>
<td>حل‌ساله</td>
<td>۱۳/۶۲±۶/۸۷</td>
<td>۱۳/۳۷±۶/۸۷</td>
<td>۱۳/۹۸±۶/۸۷</td>
</tr>
<tr>
<td>حل‌ساله غیرسال‌های</td>
<td>۱۷/۶۰±۱/۶۷</td>
<td>۱۷/۴۷±۱/۶۷</td>
<td>۱۷/۵۳±۱/۶۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۳

نتایج آزمون‌های همگان و واریانس لون و کرویت موشلی

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>لون</th>
<th>طبق</th>
<th>آزمون</th>
<th>مقدار</th>
<th>میزان موشلی 2%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بیش ازمون</td>
<td>۰/۷۱</td>
<td>۱/۹۸</td>
<td>۰/۶۸</td>
<td>۰/۵۸</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تاب‌آوری</td>
<td>۰/۷۱</td>
<td>۱/۹۸</td>
<td>۰/۶۸</td>
<td>۰/۵۸</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>پس ازمون</td>
<td>۰/۷۱</td>
<td>۱/۹۸</td>
<td>۰/۶۸</td>
<td>۰/۵۸</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>پیگیری</td>
<td>۰/۷۱</td>
<td>۱/۹۸</td>
<td>۰/۶۸</td>
<td>۰/۵۸</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، مفروضه‌های آزمون همگان و واریانس لون در گروه‌های مورد آزمایش نشان می‌دهد که واریانس‌های متغیر تاب‌آوری در گروه‌ها در مراحل بیش ازمون (۰/۷۱) و پس ازمون با پیگیری (۰/۶۸) برابر هستند. همچنین آزمون کرویت موشلی نیز نشان دهنده همسانی متاسف کوواریانس میان گروه‌ها است.

جدول ۴

نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر متغیر تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و کنترل

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>منبع تغییرات</th>
<th>df</th>
<th>مجموع مجددات</th>
<th>F</th>
<th>نسبت</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بیش ازمون: گروه</td>
<td>۰/۹۰۶/۵۰</td>
<td>۱</td>
<td>۰/۹۰۶/۵۰</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تاب‌آوری درون آزمودنی: مرحله</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گروه × مرحله</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td>۰/۴۱/۲۴</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
بیان اثر عوامل احتمالی بر نتایج آزمایش‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که میزان تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و کنترل در سطح ۱۰۰۰/۰ < P (F = ۴۱/۴۴) مانند کندر است (F = ۲۱/۹۵) و میانگین گروه آزمایش ۲۹/۴۰ و میانگین گروه کنترل ۳۱/۸۹ گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر است. نسبت F به دست امده در مراحل مداخله‌ای آموزشی به بهبود تاب‌آوری ۶۵/۰۱/۰ < (P = ۱/۳۳) معنادار می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که بین مراحل سگانه و پس آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر تاب‌آوری تفاوت معنادار وجود دارد. یک تحلیل واریانس با انداره‌گیری مکر برای بررسی اثر درون گروهی متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش انجام گرفت. مفروضه آزمون همسانتی واریانس‌های موشی نشان داد که مقیاس F برای متغیر تاب‌آوری معنادار است و بر این اساس از اصلاح ایسپین هین- فلت برای این متغیر استفاده شد. نتایج آزمون همسانتی واریانس‌های با تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵
نتایج تحلیل واریانس با انداره‌گیری مکر اثر درون گروهی متغیر تاب‌آوری گروه آزمایش

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر تاب‌آوری</th>
<th>دف</th>
<th>ف</th>
<th>نتیجه مجموع</th>
<th>تفاوت بین مراحل</th>
<th>آنالیز</th>
<th>P</th>
<th>df</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>آزمایش</td>
<td>۵۹۹/۹۹</td>
<td>۸/۸</td>
<td>۱۸/۸۱/۶۹۳/۷۸</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td></td>
<td>۱۰/۰۱</td>
<td>۱/۹۹</td>
</tr>
<tr>
<td>کنترل</td>
<td>۱۸/۱۸/۸۱</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td></td>
<td>۱۰/۰۱</td>
<td>۱/۹۹</td>
</tr>
<tr>
<td>پس آزمون</td>
<td>۱۸/۱۸/۸۱</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td></td>
<td>۱۰/۰۱</td>
<td>۱/۹۹</td>
</tr>
<tr>
<td>پس آزمون و پیگیری</td>
<td>۱۸/۱۸/۸۱</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td></td>
<td>۱۰/۰۱</td>
<td>۱/۹۹</td>
</tr>
<tr>
<td>پس آزمون و پیگیری</td>
<td>۱۸/۱۸/۸۱</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td></td>
<td>۱۰/۰۱</td>
<td>۱/۹۹</td>
</tr>
<tr>
<td>پس آزمون و پیگیری</td>
<td>۱۸/۱۸/۸۱</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td>۸/۸۱/۷۸۶/۲۸</td>
<td></td>
<td>۱۰/۰۱</td>
<td>۱/۹۹</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر تاب‌آوری در مراحل پس آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح ۱۰۰۰/۰ < P (F = ۶۸/۹۹) تفاوت معنادار وجود دارد. برای مشاهده این تفاوت‌ها در سه مرحله پس آزمون، پس آزمون و پیگیری یک تحلیل واریانس تکراری روی گروه آزمایش انجام گرفت که نتایج آزمون مقایسه پیگیری بونفرونی در جدول ۶ دکتر شدند.

جدول ۶
نتایج مقایسه آزمون مقایسه پیگیری بونفرونی در مراحل سگانه تاب‌آوری در گروه آزمایش

<table>
<thead>
<tr>
<th>مقایسه مراحل</th>
<th>اختلاف میانگین‌ها</th>
<th>سطح</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>پس آزمون و پس آزمون</td>
<td>۲/۳۷</td>
<td>۱/۰۰۱</td>
</tr>
<tr>
<td>پس آزمون و پیگیری</td>
<td>۲/۳۷</td>
<td>۱/۰۰۱</td>
</tr>
<tr>
<td>پس آزمون و پیگیری</td>
<td>۲/۳۷</td>
<td>۱/۰۰۱</td>
</tr>
<tr>
<td>P=</td>
<td>۱/۰۰۱</td>
<td>۱/۰۰۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>
درویش‌نامه مشاوره کاربردی دانشگاه شهید چمران اهواز (دوره 10، سال دهم، بهار و تابستان 99، شماره 1)

همان‌طور که در جدول 6 مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش‌های تاب‌آوری شرکت‌کننده‌ها در مرحله بیش‌ازآموز با پس‌ازآموز و بین مرحله‌ی پیش‌ازآموز و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (P = 0.001)؛ بنابراین سه‌گروه‌های تاب‌آوری شرکت‌کننده‌ها در پس‌ازآموز و پیگیری نسبت به پیش‌ازآموز افزایش یافته است؛ اما بین نمرات تاب‌آوری مرحله‌ی پس‌ازآموز و مرحله‌ی پیگیری تفاوت ووجود ندارد.

جدول 7
نتایج آزمون آپاکس و آزمون کرویت موشی

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر موشی</th>
<th>سطح آزمون</th>
<th>نسبت F</th>
<th>مقدار P</th>
<th>S</th>
<th>S</th>
<th>S</th>
<th>S</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>محوری</td>
<td>آزمون</td>
<td>0/24</td>
<td>0/47</td>
<td>0/64</td>
<td>0/82</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>غیرمحوری</td>
<td>آزمون</td>
<td>0/24</td>
<td>0/47</td>
<td>0/64</td>
<td>0/82</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

همان‌طور که در جدول 7 ملاحظه می‌شود، بر اساس نتایج آزمون آپاکس فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رعایت شده و واریانس‌های متغیر حساسیت در گروه‌ها برای هستند (P = 0/001). همچنین آزمون کرویت موشی نیز نشان دهنده همسانی ماتریس کوواریانس میان گروه‌ها است.

جدول 8
نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر متغیر حل‌مساله در گروه‌های آزمایشی و کنترل

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>میزان</th>
<th>نسبت F</th>
<th>مجموع تفاوت</th>
<th>df</th>
<th>df</th>
<th>منع‌تغییرات</th>
<th>متغیرها</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>آزمودنی: گروه</td>
<td>نبود آزمودنی: گروه</td>
<td>سازند</td>
<td>58/28</td>
<td>6/74</td>
<td>4/74</td>
<td>0/00000</td>
<td>حل‌مساله</td>
</tr>
<tr>
<td>بالاتر</td>
<td>نبود آزمودنی: گروه</td>
<td>28/74</td>
<td>6/44</td>
<td>0/00000</td>
<td>حل‌مساله</td>
<td>16/44</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بالاتر</td>
<td>سازند</td>
<td>58/28</td>
<td>6/74</td>
<td>0/00000</td>
<td>حل‌مساله</td>
<td>16/44</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بالاتر</td>
<td>سازند</td>
<td>58/28</td>
<td>6/74</td>
<td>0/00000</td>
<td>حل‌مساله</td>
<td>16/44</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بالاتر</td>
<td>سازند</td>
<td>58/28</td>
<td>6/74</td>
<td>0/00000</td>
<td>حل‌مساله</td>
<td>16/44</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بالاتر</td>
<td>سازند</td>
<td>58/28</td>
<td>6/74</td>
<td>0/00000</td>
<td>حل‌مساله</td>
<td>16/44</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
نتایج تحلیل ورایانس با اندازه‌گیری مکرر اثر درون گروهی متغیر جدول 8 نشان می‌دهد که میزان حل مسألهٔ سازنده در گروه‌های آزمایش و کنترل در سطح 0.01/0.1 = 0.23/43) منجر به این نتیجه نشان می‌دهد که بین مراحل سیگنال پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر حل مسألهٔ سازنده تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین، نسبت گروه‌ها در میزان حل مسألهٔ غیرسازنده در گروه‌های آزمایش و کنترل در سطح 0.01/0.1 = 0.23/43) نشان می‌دهد که بین مراحل سیگنال پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر حل مسألهٔ غیرسازنده تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یک تحلیل ورایانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر درون گروهی متغیر حل مسألهٔ سازنده و غیرسازنده در گروه‌های انجام گرفت. مفروضهٔ آزمون همگنی ورایانس‌های مولفه‌ای نشان داد که مقیار F برای متغیرهای حل مسألهٔ غیرسازنده معنادار است و بر این اساس از اصلاح ایسپیلن هین-قلت برای ای نمی‌توانست تا جدول 9 نشان می‌دهد که نتایج اصلی اثر درون گروهی متغیر حل مسألهٔ غیرسازنده در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح 0.01/0.1 = 0.47/0.47) منجر به این نتیجه نشان می‌دهد که بین مراحل سیگنال پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر حل مسألهٔ غیرسازنده در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح 0.01/0.1 = 0.47/0.47)
مطلب که نمرات آزمون‌ها در متن نشان دهنده می‌باشد. در گروه آزمایش از مراحل پیش آزمون تا مرحله پیگیری افزایش و در متن نشان دهنده غیرسازندگی کاهش یافته است. برای مشاهده این تفاوت‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمون مقایسه‌ی پی‌گیری بطوری استفاده گردید.

جدول 10

<table>
<thead>
<tr>
<th>اختلاف معیارها</th>
<th>نقطه معنی‌دار</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>پیش آزمون و پس آزمون</td>
<td>2/30</td>
<td>0/021</td>
</tr>
<tr>
<td>پیش آزمون و پیگیری</td>
<td>22/37</td>
<td>0/931</td>
</tr>
<tr>
<td>پس آزمون و پیگیری</td>
<td>11/13</td>
<td>0/651</td>
</tr>
<tr>
<td>پیش آزمون و پس آزمون</td>
<td>6/51</td>
<td>0/810</td>
</tr>
<tr>
<td>پیش آزمون و پیگیری</td>
<td>93/21</td>
<td>0/001</td>
</tr>
<tr>
<td>پس آزمون و پیگیری</td>
<td>73/30</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

همانطور که در جدول 10 مشاهده می‌گردد، در گروه آزمایش بین نمرات هر یک می‌باشد و در گروه غیرسازندگی در پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<0/01). اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود ندارد.

بحث

پژوهش خاصی با هدف بررسی اثریکتی آموخته تنظیم هیجان بر بهبود تاب‌آوری و حل مساله در نوجوانان تحت شرایط انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد آموخته تنظیم هیجان اثر معنی‌داری در افزایش تاب‌آوری نوجوانان تحت شرایط مشابه است. یافته‌های این پژوهش با مطالعات تراپری و همکاران Moradikia et al. (2017)، Trompetter et al. (2017)، Moradi Kia و همکاران (2017)، Troy & Mauss (2011) و Mestre et al. (2017) بهبود نوبت‌آوری در افراد و گروه‌های مختلف هیجانی است. در تبیین این یافته می‌توان دانست که تنظیم هیجانی به توانایی فهم، تبیین و تجربه هیجان‌ها کمک کرده و از طریق تغییرات خطی نسبت به مراحل قبلی افزایش می‌یابد. (Gross & Jazaieri, 2014). تنظیم هیجانی فرد را قادر می‌سازد تا برای راه‌حل‌ها یک چرخه رفتاری و روانی اطلاعی قرار دهد که این با کاهش آسیب روانی و افزایش استحکام خود همراه بوده (Hu et al., 2014) و می‌تواند زمینه‌ی زنگ‌گذاری بهتر با دوام‌الکمها و تقویت
ًیورس امرانتشی آموزش تنظیم هیجان بر تابآوری و حل مساله در نوجوانان تحت دیالیس تابآوری را فراهم کند. به طور کلی، اخبار در اقلیت تنظیم هیجدان، زیرنیابی بیماری از تابآوری و نسبت در هر دو، گزارش‌هایی از نواحی تابآوری و آوری در زمینه آموزش هیجان در نواحی زندگی و حل مساله در نوجوانان تحت دیالیس یافته شده (Hofmann et al., 2014; Hu et al., 2014) و تابآوری خود را از دست داشته و با توجه به آثار آموزش تنظیم هیجدان، ادراک و پردازش و مدیریت نشان داده که هیجدان، عمل می‌کنند، معمولاً در چنین موقعیت‌های با حالات کهکشانی و ضعف ظاهر و در این مبحث، آوری و آوری در زمینه آموزش هیجان در نواحی زندگی و حل مساله در نوجوانان تحت دیالیس بحث و تحلیل آوری و آوری در زمینه آموزش هیجان در نواحی زندگی و حل مساله در نوجوانان تحت دیالیس بحث و تحلیل
مشکلات روزمره زندگی، در شناسایی و توجه به اطلاعات هیجانی و ادرار، برداشت و مدیریت مطوب هیجان‌های خود نگاه صورت هستند. در چنین موقعیت‌هایی از خود شکنندگی و استرس نشان می‌دهد و بنابراین از دست دادن قدرت تجزیه و تحلیل موضوعات، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح، در حل سطاق پیشنهاد صورت غیر مؤثر و ناکامی ظاهر می‌شوند (2007). در این‌باره، Blanchard-Fields، 2007(1).

در شرایط استرس زا و بوفوری، به‌هم‌آمیزی از مهارت تنظیم هیجان با کاهش پاسخ‌های هیجانی متفکر و پذیرش آنها در دنبال کاهش فشار روانی همراه امر است که این پاسخ‌های ناهنجار در رفتار و به‌هناکه در اطلاعات هیجانی و ادرار پرداخت و مدیریت است، (Cal et al., 2015) (1).


در مقاله پذیرایی در سختی از هیجیانهای متوجه به افزایش تجربه عاطفی متفکر مانند خشم، اضطراب، ترس و غم و اندوه و کاهش تجربه عاطفی، می‌شود که این خود با بروز رفتارهای تناک‌آمیز برای اجتناب از هیجیانات متفکر عمل نمکشی و ناتوانی در کنترل افزایش و رفتار همراه است و این فرآیند می‌تواند به مطلوبیت سازد (Cassidy, 2002; von Davier & Halpin, 2013).

مشکلات بارداری هیجیانی در مقابل ایزوژه هیجیانی با ضعف در تحلیل شناختی، افت کارکردهای ارایی همچنین فضایی، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری و تنش و استرس درونی همراه است که این معاین انجام شده در مجموع می‌تواند در حل مسئله سازند (Cassidy & Long, 1996). در معرض اشتیاق از سبک غیررسانده حل مسئله هستند (1996).

همچنین، بازداری هیجیانی در مقابل ایزوژه هیجیانی با ضعف در تحلیل شناختی، افت کارکردهای ارایی همچنین فضایی، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری و تنش و استرس درونی همراه است که این معاین انجام شده در مجموع می‌تواند در حل مسئله سازند (Cassidy & Long, 1996).

و مؤثر از آن، تجویز نیم‌هیجیان دانت. شایان ذکر است که افراد توانایی از توان برهم‌پیا بارای دستیابی به، اهداف خود برخوردارند، نسبت به خود دیدگاه مثبت دارند و ناتوانایی‌های دردی خود، زمانی و اعتماد دارند. این افراد از مهارت اتفاقی، جاری می‌شود، آمادگی برای گوش دادن به دیگران و در ویران رای با سختی‌ها از توان اخلاق کاشش به احساسات و عقیده‌ها را در دیگران برخورداند و با تنظیم، تبادل، امید و احساس توانمندی در زندگی فردی خبر می‌دهند و با هم‌آمیزی با هم برای هر دو از این‌گونه نگاه‌های فرمان خود، در برخورد با مشکلات به شیوه‌ی مؤثر و سازنده مسئله را بررسی و حل می‌کنند (2004).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد آموخت تنظیم هیجان بر به‌هنوی تامآوری و سبک حل مسئله نوجوانان تحت دیالیز مؤثر است. نتایج نشان داد توانایی افراد بر تنظیم هیجان از دیگران و برای خود را در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری و پذیرش استرس و بوفوری به‌هم‌آمیزی از مهارت تنظیم هیجان با کاهش پاسخ‌های هیجانی متفکر و پذیرش آنها در دنبال کاهش فشار روانی همراه امر است که این پاسخ‌های ناهنجار در رفتار و به‌هناکه در اطلاعات هیجانی و ادرار پرداخت و مدیریت است، (Cal et al., 2015).
شراط پرنتش بیماری، با ارتباط ناب‌پایداری در جنین بیماری و کمک در هزاره‌ی سایر سازندگی حل‌ساله کمک مهم محدودیت این پژوهش مربوط به محدودیتی سنی نوازه‌ی تا پانزده سال بود و بنابراین در تعیین‌دهی نتایج این احیا‌ی لاور را می‌پذیرد. عدم رعایت نمونه‌گیری، تصادفی در انتخاب نمونه از دیگر محدودیت‌های عمده این مطالعه از هم‌هایی و هم‌چنین عدم کنترل می‌باید مراحل احتمال ماندن شدید و طول مدت بیماری و وضعیت اجتماعی و اقتصادی از دیگر محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. بدان ترکیب این به‌هم آن تحقیق بیش‌تر می‌شود این برنامه مداخلاتی روی گروه‌های سنتی مختلف با در نظر گرفتن سایر می‌باید مطالعه‌ی خاص و کنترل آن‌ها، صورت پذیرد.

سپاسگزاری

بدين وسيله از تمام مسئولين بيمارستان و افرادی كه مرا در انجام اين مطالعه مهرباني كردن، به خصوص بيماران شرکت كننده در مطالعه، تشکر و قدردانی مي شود.

References


Winnicki, E., Brakeman, P., Lee, M., & Nguyen, S. (2019). Hemodialysis in Adolescents. In M. N. Haddad, E. Winnicki, & S. Nguyen, (Eds.), *Adolescents with Chronic Kidney Disease: From Diagnosis to End-Stage Disease (2nd Ed.).* Cham, Switzerland: Springer.


بازرس ارتقایی آموزش تنظیم هیجان در ثابوت و حل مسأله در نوجوانان تحت دیالیز