

مقایسه رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر

عباس ابوالقاسمی*، سیده‌هایده کریمی یوسفی[✉]**

و بهنام خشنودیای چماچایی***

چکیده

این مطالعه با هدف مقایسه رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر اجرا شد. این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر رشت در سال ۱۳۹۴ بودند. نمونه پژوهش ۷۵ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بر اساس تشخیص روان‌پزشک و ۷۵ زن عادی بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه افکار اضطرابی و لوز، پرسشنامه خودتنظیمی براون، میلر و لاوندوسکی، مقیاس خودآگاهی هیجانی بار-آن و پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری اسکات و بروس استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات خودتنظیمی، سبک‌های تصمیم‌گیری شهودی و عقلانی و خودآگاهی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به طور معناداری کم‌تر از افراد عادی بود. همچنین میانگین نمرات سبک‌های تصمیم‌گیری اجتنابی و وابسته در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به طور معناداری از افراد عادی بیشتر بود، اما بین میانگین نمرات دو گروه در سبک تصمیم‌گیری آنی تفاوت معناداری مشاهده نشد. این نتایج تلویحات مهمی در آسیب‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر دارد. بر این اساس، متخصصان می‌توانند از نتایج پژوهش برای پیشگیری و درمان اختلال اضطراب فراگیر استفاده کنند.

کلید واژه‌ها: خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی، سبک‌های تصمیم‌گیری؛ اختلال اضطراب فراگیر

* استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت

**[✉] دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت karimihadeh@yahoo.com

*** کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۳/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۲۵

مقدمه

طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال اضطراب فراگیر^۱ نگرانی شدید درباره چندین رویداد یا فعالیت در اکثر روزها است و در ضمن، حداقل شش ماه دوام دارد. کنترل نگرانی در این اختلال مشکل است و علائم جسمی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری را دارا است (انجمن روانپزشکی آمریکا،^۲ ۲۰۱۳؛ به نقل از یزدی، درویزه و شیخی، ۱۳۹۴). این اختلال با بیماری‌های روانی و پزشکی چون اختلالات ترس، افسردگی اساسی (ویچن و ژاکوبی،^۳ ۲۰۰۵) و بیماری‌های دستگاه گوارش و تنفسی همبودی دارد (ویچن، کسلر، بسدو، کراس، هوفلر و هایر،^۴ ۲۰۰۲). میزان شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب فراگیر در جمعیت بزرگسال آمریکا ۲/۹٪ و در سایر کشورها بین ۰/۴٪ تا ۳/۶٪ است. زنان نیز دو برابر مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، در خودتنظیمی با مشکل مواجه هستند (دهشیری، ۱۳۹۱). خودتنظیمی^۵ فرایندی است که طی آن فرد رفتار خود را پایش کرده، مطابق با استانداردها، اهداف و معیارهایی که دارد، درباره رفتار خود قضاوت کرده و در نتیجه، رفتار خود را تنظیم می‌کند (جرث، کرافورد، بارنز و هاردن،^۶ ۲۰۱۵). در واقع نوعی تنظیم کنش‌های شناختی و رفتاری در جهت دستیابی به اهداف است (محمدی‌درویش‌بقال، حاتمی، اسدزاده و احدی، ۱۳۹۲) و شکست در آن با مشکلات رفتاری، عاطفی، شناختی و روانی متعددی از قبیل اضطراب همراه است (لندی،^۷ ۲۰۰۲؛ به نقل از هاشمی و جوکار، ۱۳۹۲). افراد با اضطراب بالا در وظایفی اختلال دارند که نیازمند خودتنظیمی باشد (کاشدان، ویکز و ساوستیانوا،^۸ ۲۰۱۱). تورک، هیمبرگ، لوترک، منین و

-
1. generalized anxiety disorder
 2. American Psychiatric Association
 3. Wittchen & Jacobi
 4. Kessler, Beesdo, Krause, Höfler & Hoyer
 5. self-regulation
 6. Jerath, Crawford, Barnes & Harden
 7. Landy
 8. Kashdan, Weeks & Savostyanova

فرسکو^۱ (۲۰۰۵) دریافتند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شدت ابراز هیجان، کنترل هیجان اضطرابی، خشم، افسردگی و ترس از هیجانات مثبت نسبت به گروه کنترل نمرات بیشتر و در ثابت نگه داشتن خلق نمرات پایین‌تری به دست می‌آورند. نوزادی، اسپینارد، ایزنبرگ و آگوم-ویلکنز^۲ (۲۰۱۵) دریافتند که خودتنظیمی با نشانگان اختلال اضطراب فراگیر رابطه منفی دارد. همچنین بشارت، میرجلیلی و بهرامی‌احسان (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که بین نگرانی و تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ارتباط وجود دارد.

یکی دیگر از متغیرهایی که با نگرانی و اضطراب ارتباط معناداری دارد، خودآگاهی هیجانی^۳ است (منین، همبرگ، تورک و فرسکو^۴، ۲۰۰۵). اینکه افراد چگونه تجارب هیجانی خود را درک و توصیف می‌کنند و متوجه آن‌ها می‌شوند، از جنبه‌های مهم خودآگاهی هیجانی است. خودآگاهی هیجانی ابعادی مانند وضوح هیجانی^۵، تمایز هیجانات^۶ و توجه به هیجانات^۷ دارد (بودن و برنام^۸، ۲۰۱۱). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر درک کمتری از ماهیت هیجان‌های خود دارند (مشهدی، سلطانی شورباخورلو و هاشمی‌زرینی، ۱۳۸۹). سالتر-پنوالت، رامر، تول، روکر و منین^۹ (۲۰۰۶) دریافتند که هرگونه نقص در وضوح هیجانات و عدم پذیرش آن‌ها باعث نقص در هدف‌گذاری برای جهت‌دهی رفتارها به هنگام اضطراب می‌شود و این عدم دسترسی به راهبردهای منظم، فرد را با نگرانی همراه می‌کند. نوک-کلین^{۱۰}، تورک، منین، هویت و گالاگر^{۱۱} (۲۰۰۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به گروه شاهد از لحاظ خودآگاهی هیجانی، در سطح بالاتری قرار دارند، اما برخی نیز مانند دسکر، تورک، هس و مورای^{۱۲} (۲۰۰۸) نشان دادند که بیماران مبتلا

1. Turk, Heimberg, Luterek, Mennin & Fresco
2. Nozadi, Spinrad, Eisenberg & Eggum-Wilkens
3. emotional awareness
4. Mennin, Heimberg, Turk & Fresco
5. emotional clarification
6. emotional Differentiation
7. emotional attention
8. Boden & Berenbaum
9. Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker & Mennin
10. Novick-Kline, Turk, Mennin,
11. Hoyt & Gallagher
12. Decker, Turk, Hess & Murray

به اختلال اضطراب فراگیر از نظر تمایز و روشن‌سازی هیجان تفاوتی با افراد عادی ندارند و در بعضی از راهبردهای تنظیم هیجان بهتر از گروه کنترل عمل می‌کنند. لیزرتی و اکسترمر^۱ (۲۰۱۱) طی تحقیقی دریافتند که وضوح هیجانی با اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رابطه دارد. لیزرتی، کاستا و جیمنو- بایان^۲ (۲۰۱۴) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که افراد مبتلا به اضطراب، نیازمند دریافت کمک در حوزه مهارت‌های هیجانی هستند. کرانزler، یانگ، هانکین، آبلا، الیاس و سلبی^۳ (۲۰۱۶) نیز در پژوهشی دریافتند خودآگاهی هیجانی به طور معناداری اضطراب را پیش‌بینی می‌کند.

همچنین نتایج مطالعات حاکی از ارتباط سلامت روانی با سبک‌های تصمیم‌گیری^۴ است (باولار و اروسوا^۵، ۲۰۱۵). تصمیم‌گیری، انتخاب یک راهکار از میان دو یا چند گزینه به منظور حصول یک هدف خاص با حداقل ریسک ممکن است (هادی‌زاده‌مقدم و طهرانی، ۱۳۸۷) و سبک تصمیم‌گیری افراد، نشان‌دهنده الگوی عاداتی است که در هنگام تصمیم‌گیری از سوی آن‌ها استفاده می‌شود (تانهلم^۶، ۲۰۰۴). اسکومیکر^۷ (۲۰۱۰) به این نتیجه رسید که سبک‌های تصمیم‌گیری شهودی، آنی، وابسته، عقلانی و اجتنابی با نشانگان اختلال اضطراب فراگیر رابطه معناداری دارد و هر پنج مؤلفه قابلیت پیش‌بینی این اختلال را دارند. همچنین لیکن و دی‌رایس^۸ (۲۰۱۰) دریافتند که اضطراب با سبک‌های تصمیم‌گیری اجتنابی و وابسته ارتباط مثبت و با سبک‌های تصمیم‌گیری آنی و شهودی رابطه منفی معناداری دارد. مطالعات ماسوریک، رومن^۹، رومن و توفی^{۱۰} (۲۰۱۴) و پیتیگ، آلپرز، نیلز و کراسک^{۱۱} (۲۰۱۴) نشان داد که سطوح بالای اضطراب با سبک‌های تصمیم‌گیری اجتنابی و گوش‌بزنگی بیماران مبتلا به

-
1. Extremera
 2. Lizeretti, Costa & Gimeno-Bayón
 3. Kranzler, Young, Hankin, Abela, Elias & Selby
 4. decision making styles
 5. Baval'ar & Orosova
 6. Thunholm
 7. Schoemaker
 8. Leykin & DeRubeis
 9. Masoreik, Roman
 10. Toefy
 11. Pittig, Alpers, Andrea & Craske

اختلال اضطراب فراگیر ارتباط معناداری دارد. مهدیانی، رجائی‌پور و عابدینی (۲۰۱۴) دریافتند که سبک‌های تصمیم‌گیری عقلانی، وابسته، آنی و اجتنابی، توان پیش‌بینی باورهای مثبت درباره نگرانی را دارا هستند. مگنانو، پائولیلو و گیاکومینلی^۱ (۲۰۱۵) طی پژوهشی دریافتند که بین سبک‌های تصمیم‌گیری با نگرانی و اضطراب ارتباط مثبت معناداری وجود دارد. الوود و سالو^۲ (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که نگرانی و تنش با سبک‌های تصمیم‌گیری وابسته و اجتنابی رابطه معناداری دارد، اما با سبک‌های تصمیم‌گیری عقلانی، شهودی و آنی رابطه معناداری به دست نیامد. همچنین زندکریمی، یزدی و خسروی (۱۳۹۵) طی پژوهشی نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با افزایش دشواری تکلیف، در انتخاب تعادل زیادی نشان می‌دهند.

با توجه به شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر، وجود برخی نتایج متناقض و برجسته نشدن تفاوت رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر، هدف پژوهش حاضر مقایسه رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر بود. همچنین این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سؤال اساسی بود: آیا بین رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر تفاوت وجود دارد؟

روش

این تحقیق توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای بود. در این پژوهش رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر مقایسه شدند.

جامعه آماری این تحقیق زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به مراکز بالینی شهر رشت در سال ۱۳۹۴ بودند. نمونه پژوهش ۷۵ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بر اساس تشخیص روان‌پزشک و ۷۵ زن عادی بود که به صورت دسترس انتخاب و بر اساس سن، وضعیت تأهل و تحصیلات هم‌متا شدند. در تحقیقات علی-مقایسه‌ای حداقل ۱۵ نفر

-
1. Magnano, Paolillo & Giacominielli
 2. Allwood & Salo

پیشنهاد شده است، اما برای در نظر گرفتن افزایش اعتبار و تعمیم‌پذیری نتایج از هر گروه ۷۵ نفر انتخاب شدند.

ابزارهای استفاده شده در پژوهش به شرح زیر بود:

پرسشنامه افکار اضطرابی ولز^۱: این پرسشنامه را ولز (۱۹۹۴) ساخته و دارای ۲۲ سؤال است که به هر سؤال در مقیاس چهار درجه‌ای «تقریباً هرگز=۰»، «گاهی اوقات=۱»، «اغلب اوقات=۲» و «تقریباً همیشه=۳» پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه شامل خرده مقیاس‌های نگرانی اجتماعی^۲، نگرانی بهداشتی^۳ و فرانگرانی^۴ است. ولز (۱۹۹۴) ضریب آلفای کرونباخ نگرانی اجتماعی را ۰/۸۴، نگرانی بهداشتی را ۰/۸۱ و فرانگرانی را ۰/۷۵ گزارش کرده است. بهرامی و رضوان (۱۳۸۶) گزارش دادند که روایی محتوایی این پرسشنامه را ۲۰ نفر از روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان تأیید شده است و پایایی آن با اجرا بر روی ۶۰ دانش‌آموز به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۷ و ۰/۶۸ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۶ به دست آمد و برای شناسایی بیماران دارای افکار اضطرابی استفاده شده است.

پرسشنامه خود-تنظیمی^۵: پرسشنامه خود-تنظیمی را براون، میلر و لاوندوسکی^۶ (۱۹۹۹) به منظور ارزیابی فرایندهای خود تنظیمی ساخته‌اند. این پرسشنامه، از ۶۳ سؤال و ۷ خرده مقیاس تشکیل شده که برای سنجش توانایی کلی در تنظیم رفتار طراحی شده است. هر سؤال براساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (به شدت مخالفم، مخالفم، مطمئن نیستم، موافقم، به شدت موافقم) پاسخ داده می‌شود و دامنه نمرات بین ۶۳ تا ۳۱۵ است. این آزمون، در بیماران وابسته به الکل هنجاریابی شده است که آلفای کرونباخ و بازآزمایی با فاصله ۴۸ ساعت در بین ۸۳ مصرف‌کننده الکل به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۴ به دست آمد (براون و همکاران، ۱۹۹۹). رضوی نعمت‌اللهی، حسینی فرد و شمس‌الدینی لری (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ را در افراد

-
1. Wells's Anxious Thoughts Inventory (ANTI)
 2. social worry
 3. health worry
 4. meta-worry
 5. Self-Regulation Questionnaire (SRQ)
 6. Brown, Miller & Lawendowski

مقایسه رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و ۱۳

وابسته به مواد مخدر ۰/۹۱ به‌دست آوردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۳ به‌دست آمد.

هوش هیجانی، بار-آن: پرسشنامه هیجانی بار-آن، یک ابزار فرافرهنگی برای ارزیابی هوش هیجانی است که بار-آن در سال ۱۹۹۷، آن را تهیه کرد و ۱۱۷ سؤال و ۱۵ مقیاس دارد. از نظر روایی، سموعی در سال ۱۳۸۱، آن را در ایران هنجاریابی کرد و از ۱۱۷ سؤال به ۹۰ سؤال تقلیل یافت و بین نمره هر یک از مقیاس‌ها و نمره کل آزمون رابطه معنادار یافت شد و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۳ گزارش شد. همچنین این پرسشنامه را دهشیری در سال ۱۳۸۲ هنجاریابی کرد که میانگین ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های آن برابر با ۰/۷۳ و میانگین ضرایب بازآزمایی مقیاس‌ها بعد از یک ماه ۰/۷۳ گزارش شد. در پژوهش حاضر از ۶ سؤال مربوط به مقیاس خودآگاهی هیجانی^۱ استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ به‌دست آمد.

پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری^۲: پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری را اسکات و بروس^۳ در سال ۱۹۹۵ تهیه کردند که دارای خرده‌مقیاس‌های سبک تصمیم‌گیری عقلانی^۴، سبک تصمیم‌گیری شهودی^۵، سبک تصمیم‌گیری وابسته^۶، سبک تصمیم‌گیری اجتنابی^۷ و سبک تصمیم‌گیری آنی^۸ است. این پرسشنامه ۲۵ سؤالی (هر خرده‌مقیاس ۵ سؤال) بود و دارای طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای سبک‌های مختلف از ۰/۶۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (اسکات و بروس، ۱۹۹۵). در ایران زارع و اعراب‌شیبانی (۱۳۹۰) مقدار پایایی پرسشنامه را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵، بازآزمایی با فاصله ۴ هفته را ۰/۶۸ و برای روش فرم موازی ضریب همبستگی ۰/۷۵ را گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۵ به‌دست آمد.

-
1. Emotional Self-Awareness Scale
 2. Decision Making Styles Questionnaire
 3. Scott & Bruce
 4. rational
 5. intuitive
 6. dependent
 7. avoidant
 8. spontaneous

نتایج

میانگین (و انحراف معیار) سنی زنان با و بدون افکار اضطرابی به ترتیب $31/84 \pm 1/09$ و $29/61 \pm 1/04$ است. میانگین و انحراف معیار خود-تنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار میانگین متغیرهای مورد مطالعه در زنان با و بدون افکار اضطرابی

متغیر	زنان دارای افکار اضطرابی		زنان بدون افکار اضطرابی	
	SD	M	SD	M
خود-تنظیمی	۱۹۰/۹۷	۱۹/۶۲	۲۰۲/۸۸	۱۶/۹۵
سبک اجتنابی	۱۵/۸۰	۳/۷۹	۱۲/۵۸	۳/۶۴
سبک آنی	۱۵/۱۳	۳/۴۴	۱۳/۹۹	۴/۲۹
سبک وابسته	۱۲/۷۶	۲/۵۹	۱۴/۴۳	۳/۵۶
سبک شهودی	۱۳/۱۱	۴/۰۷	۱۴/۷۲	۴/۱۵
سبک عقلانی	۱۴/۹۶	۴/۶۰	۱۷/۸۷	۴۷/۵۸
خودآگاهی هیجانی	۱۶/۹۳	۳/۳۴	۲۰/۱۹	۴/۴۶
افکار اضطرابی	۵۱/۹۷	۱۱/۵۱	۳۶/۸۲	۸/۷۷

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون باکس و لوین استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($P=0/11$). $\{Box=13/32, F=2/91(df1=28, df2=7919)\}$. براساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای متغیرهای خود تنظیمی، سبک‌های تصمیم‌گیری و خودآگاهی هیجانی، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خود تنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری معنادار است ($\{Wilks=0/600, F=13/81(df1=7, df2=145), p<0/001, \eta^2=0/40\}$). همچنین سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که میان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و عادی، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور بتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی

مقایسه رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و ۱۵

بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه معنادار است و میزان این تفاوت ۰/۴۰ است؛ ۴۰ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تأثیر متقابل متغیرها است.

همان‌طور که نتایج تحلیل واریانس چند متغیری و مقادیر F ، در جدول ۲ مشاهده می‌شود، خودتنظیمی ($F=18/16$)، سبک تصمیم‌گیری شهودی ($F=5/87$)، سبک تصمیم‌گیری عقلانی ($F=15/42$) و خودآگاهی هیجانی ($F=26/01$) به‌طور معناداری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از افراد عادی کمتر است ($P<0/05$). همچنین مقادیر F سبک‌های تصمیم‌گیری اجتنابی ($F=28/79$) و وابسته ($F=11/07$) به‌طور معناداری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از افراد عادی بیشتر است ($P<0/001$). همچنین بین نمرات دو گروه در سبک آنی تفاوت معناداری به‌دست نیامد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین متغیرهای مورد مطالعه در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P
خودتنظیمی	۵۵۲۴/۷۷	۱	۵۵۲۴/۷۷	۱۸/۱۶	۰/۰۰۰۱
سبک اجتنابی	۲۹۷/۲۰	۱	۲۹۷/۲۰	۲۸/۷۹	۰/۰۰۰۱
سبک آنی	۲۶/۵۲	۱	۲۶/۵۲	۱/۷۶	۰/۱۹
سبک وابسته	۱۰۶/۶۷	۱	۱۰۶/۶۷	۱۱/۰۷	۰/۰۰۱
سبک شهودی	۹۹/۲۷	۱	۹۹/۲۷	۵/۸۷	۰/۰۲
سبک عقلانی	۳۲۴/۱۸	۱	۳۲۴/۱۸	۱۵/۴۲	۰/۰۰۰۱
خودآگاهی هیجانی	۴۰۶/۰۹	۱	۴۰۶/۰۹	۲۶/۰۱	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات خودتنظیمی در زنان با اختلال اضطراب فراگیر از افراد عادی کم‌تر است. این یافته با نتیجه پژوهش‌های نوزادی و همکاران (۲۰۱۵) و بشارت و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر میانگین نمرات

خودتنظیمی کم‌تر در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همخوان است. خودتنظیمی به نوعی تنظیم کنش‌های شناختی و رفتاری خود در جهت دستیابی به اهداف است و شکست در آن با مشکلات رفتاری، عاطفی، شناختی و روانی متعددی از قبیل اضطراب همراه است (محمدی‌درویش‌بقال و همکاران، ۱۳۹۲). به عبارت دیگر، شخص دارای خودتنظیمی هدف خود را تعیین می‌کند، راهکارهایی را برای دستیابی به هدف خود مشخص می‌کند و بر پیشرفت خویش نظارت کرده و در صورت لزوم ارزیابی‌هایی نیز انجام داده و حتی آن‌ها را بازبینی می‌کند و در نهایت به تعادل می‌رسد؛ در حالی که در اضطراب و استرس، انگیزش برای حفظ آرامش ذهنی کاهش یافته و فرآیندهای منفی فکر به کار گرفته می‌شوند (جرث و همکاران، ۲۰۱۵). در واقع افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به جای به‌کارگیری رفتارهای سازنده، مستعد درک تهدید و در نتیجه پاسخ اجتنابی هستند، از سویی افکار و احساسات و رفتارهای اضطرابی مداوم و مکرر هستند. در نتیجه در مواقعی از آگاهی خارج می‌شوند و افراد در برابر نشانه‌ها و راه‌اندازهای اضطراب، راهبرد مقابله‌ای ندارند. به همین دلیل است که افراد مبتلا به اضطراب از لحاظ رفتارهای خودتنظیمی دارای نقص و کمبود هستند (دهشیری، ۱۳۹۱).

همچنین نتیجه دیگر پژوهش نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات خودآگاهی هیجانی در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با نتیجه پژوهش‌های کرانزler و همکاران (۲۰۱۶)؛ لیزرتی و اکسترما (۲۰۱۱) و تورک و همکاران (۲۰۰۵) مبنی بر میانگین نمرات خودآگاهی هیجانی کم‌تر در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همخوان است، اما از سویی نوک-کلین و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به گروه شاهد از لحاظ خودآگاهی هیجانی، به طور جالب توجهی در سطح بالاتری قرار دارند. همچنین برخی نیز مانند دسکر و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از نظر تمایز و روشن‌سازی هیجان تفاوتی با افراد عادی ندارند و در بعضی از راهبردهای تنظیم هیجان بهتر از گروه کنترل عمل می‌کنند. در تبیین این یافته باید اذعان داشت افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر درک کم‌تری از ماهیت هیجان‌های خود دارند و از سویی توان کم‌تری نیز برای فایق آمدن بر تجارب هیجانی منفی دارند (مشهدی و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین هرگونه

نقص در وضوح هیجان‌ها و عدم پذیرش آن‌ها باعث نقص در هدف‌گذاری برای جهت‌دهی رفتارها به هنگام اضطراب می‌شود و این عدم دسترسی به راهبردهای منظم، فرد را با نگرانی همراه می‌کند (سالتر-پنوالْت و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین، کاملاً بدیهی است که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که همواره دچار نگرانی مزمن هستند، نسبت به افراد عادی خودآگاهی هیجانی در سطح پایین‌تری قرار داشته باشد.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که میانگین نمرات سبک‌های تصمیم‌گیری شهودی و عقلانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کم‌تر از زنان عادی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های مهدیانی و همکاران (۲۰۱۴)؛ ماسوریک و همکاران (۲۰۱۴)؛ پیتیگ و همکاران (۲۰۱۴) و مگنانو و همکاران (۲۰۱۵) همخوان و با پژوهش الوود و سالو (۲۰۱۵) ناهمخوان است. در تبیین این یافته باید گفت که در تصمیم‌گیری عقلانی فرد تمامی راه‌های ممکن را بررسی می‌کند تا بهترین گزینه را بیابد. شخص می‌تواند به صورت معقولانه پیامدها و رویدادهای هر روش را تجسم کرده و در نهایت راه بهتر را برگزیند (هادی‌زاده‌مقدم و طهرانی، ۱۳۸۷)، در تصمیم‌گیری شهودی نیز از یادگیری‌های ضمنی استفاده می‌شود، هر چند که در این نوع از تصمیم‌گیری کاملاً از یک روش نظام‌مند بهره‌برده نمی‌شود، اما این نوع از تصمیم‌گیری با روش عقلانی مکمل هم هستند. این دو نوع سبک تصمیم‌گیری در افراد مبتلا اضطراب به چشم نمی‌خورند، زیرا حساسیت بیش از اندازه در سیستم‌های نورولوژیکی و شناختی افراد مبتلا به اضطراب باعث بیش برآورد کردن محرک‌های منفی و شرایط خاص می‌شود و پاسخ‌های شناختی و عاطفی نیز بر روند صعودی اضطراب و کاهش توانایی برای تمرکز تأثیر می‌گذارند (ماسوریک و همکاران، ۲۰۱۴). همه این امور به بیشتر مضطرب شدن افراد کمک می‌کند و آن‌ها را از استفاده منظم و بهینه از دانسته‌ها دور ساخته و مستأصل می‌کند. بنابراین، استفاده کم‌تر از سبک‌های تصمیم‌گیری شهودی و عقلانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر طبیعی به نظر می‌رسد.

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات سبک‌های تصمیم‌گیری اجتنابی و وابسته در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از زنان عادی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ماسوریک و همکاران (۲۰۱۴)؛ پیتیگ و همکاران (۲۰۱۴)؛ مهدیانی و همکاران (۲۰۱۴)؛ الوود و سالو (۲۰۱۵) و مگنانو و همکاران (۲۰۱۵) همخوان است. در راستای تبیین این یافته باید

گفت که عدم قطعیت در موقعیت‌های تصمیم‌گیری باعث ایجاد تمایل خطرگریزی در افراد مضطرب می‌شود. بدین دلیل که این افراد نگران عواقب تصمیمات خود هستند و به دلیل سوگیری‌های شناختی و عدم قطعیت، رو به سوی خطرگریزی و ایمن ماندن و دوری از فشار دارند. در نتیجه در بسیاری مواقع تصمیم‌گیری را به تعویق می‌اندازند که همان سبک تصمیم‌گیری اجتنابی نامیده می‌شود (پیتینگ و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین در تبیین میانگین نمرات بیشتر زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در سبک تصمیم‌گیری وابسته می‌توان گفت که افراد مضطرب به دلیل ناشناخته بودن پیامدها و ابهام موجود در تصمیمات و گرایش به سمت تفسیر مغرضانه منفی از این نوع شرایط، به صورت معناداری از شیوه وابسته در تصمیم‌گیری‌های خود استفاده می‌کنند (هلتزی و فلیس، ۲۰۱۲) که در این سبک تصمیم‌گیری، بر حمایت‌ها و راهنمایی‌های دیگران تکیه می‌شود (هادی‌زاده‌مقدم و طهرانی، ۱۳۸۷). به عبارت دیگر، فرد نقش منفعلانه بر عهده می‌گیرد و از مسئولیت ناشی از تصمیم‌گیری، خود را رها می‌کند.

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد بین میانگین نمرات سبک تصمیم‌گیری آنی در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اسکومیکر (۲۰۱۰)، لیکین و دی‌رابیس (۲۰۱۰)، مهدیانی و همکاران (۲۰۱۴)، پیتینگ و همکاران (۲۰۱۴) و ماسوریک و همکاران (۲۰۱۴) ناهمخوان، و با پژوهش الوود و سالو (۲۰۱۵) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این نوع از تصمیم‌گیری، بیان‌کننده احساس اضطراب تصمیم‌گیرنده و گرفتن تصمیم در کوتاه‌ترین و سریع‌ترین زمان ممکن است. به عبارتی، فرد در مواجه شدن با موقعیت تصمیم‌گیری، بی‌درنگ و بلافاصله، تصمیم نهایی خود را اتخاذ می‌کند (هادی‌زاده‌مقدم و طهرانی، ۱۳۸۷) که احتمال این نوع تصمیم‌گیری در هر فردی با توجه به اضطراب موقعیت امکان‌پذیر است و ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر لزوماً پیش‌بینی‌کننده اتخاذ سبک تصمیم‌گیری آنی نیست.

نکته حائز اهمیت پژوهش حاضر، تناقض نتایج با یافته‌های پیشین است. بدین صورت که در پژوهش حاضر خودتنظیمی، سبک‌های تصمیم‌گیری شهودی و عقلانی و خودآگاهی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کم‌تر از افراد عادی است. در صورتی که در پژوهش نوک-کلین و همکاران (۲۰۰۵) در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر،

خودآگاهی هیجانی بالاتر بود؛ یا نتایج دسکر و همکاران (۲۰۰۸) که نشان دادند این بیماران از نظر خودآگاهی هیجانی تفاوتی با افراد عادی ندارند و در بعضی از جنبه‌های هیجان بهتر نیز عمل می‌کنند. نتیجه متناقض دیگر در خصوص سبک‌های تصمیم‌گیری شهودی و عقلانی در دو گروه بود که پژوهش الوود و سالو (۲۰۱۵) نشان داد که سبک‌های تصمیم‌گیری شهودی و عقلانی با نشانگان اختلال اضطراب فراگیر ارتباط ندارد. نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که سبک‌های تصمیم‌گیری اجتنابی و وابسته افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از افراد عادی بیشتر است؛ اما بین دو گروه در سبک تصمیم‌گیری آنی تفاوتی وجود ندارد. در صورتی که در نتایج پژوهش‌های اسکومیکر (۲۰۱۰)، لیکین و دی‌رابیس (۲۰۱۰)، مهدیانی و همکاران (۲۰۱۴)، پیتینگ و همکاران (۲۰۱۴) و ماسوریک و همکاران (۲۰۱۴) حاکی از رابطه سبک تصمیم‌گیری آنی با نشانگان اختلال اضطراب فراگیر است.

محدود بودن نمونه به زنان، منحصر بودن تحقیق به شهرستان رشت، از محدودیت‌های این پژوهش است که در تعمیم نتایج باید احتیاط شود. تحقیق روی مردان و سایر شهرها و فرهنگ‌ها می‌تواند نتایج مطمئن‌تری به دست دهد. همچنین پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر اختلالات روانی نیز انجام شود. از این نتایج می‌توان در آسیب‌شناسی و درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و طراحی دوره‌های درمانی مبتنی بر رفتار خود-تنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از تمامی مراکز درمانی همکاری‌کننده و بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه قدردانی می‌کنند. بدون شک همکاری آن‌ها اجرای این پژوهش را امکان‌پذیر کرد.

منابع

- بهرامی، فاطمه و رضوان، شیوا (۱۳۸۶). رابطه افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳): ۲۴۹-۲۵۵.
- دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۴(۲): ۱۹-۲۸.
- دهشیری، غلامرضا (۱۳۸۲). *هنجاریابی پرسشنامه هوش‌بهر هیجانی بار-اون (EQ-I) برای ارزیابی جنبه‌های مختلف هوش دانشجویان دانشگاه‌های تهران*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- رضوی نعمت‌اللهی، ویدا؛ حسینی فرد، سید مهدی و شمس‌الدینی لری، سلوی (۱۳۹۱). مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و افراد عادی در میزان خودکارآمدی و خودتنظیمی رفتاری. *فصلنامه تحقیقات روان‌شناختی*، ۴(۱۵): ۸۱-۹۲.
- زارع، حسین و اعراب شیبانی، خدیجه (۱۳۹۰). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه سبک‌های تصمیم‌گیری در دانشجویان ایرانی. *دوفصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۴(۲): ۱۲۵-۱۱۲.
- زندکریمی، غزال، یزدی، سیده منور و خسروی، زهره (۱۳۹۵). تصمیم‌گیری و توجه اختصاصی در اختلالات افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۲(۱): ۴۷-۶۴.
- سموعی، راحله (۱۳۸۱). *ترجمه و هنجاریابی آزمون هوش هیجانی*. مؤسسه تحقیقاتی علوم رفتاری سینا (روان تجهیز).
- محمدی‌درویش‌بقال، ناهید، حاتمی، حمیدرضا، اسدزاده، حسن و احدی، حسن (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش راهبردهای خودتنظیمی (شناختی و فراشناختی) بر باورهای انگیزشی (انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی، اضطراب آزمون) دانش‌آموزان دبیرستان. *روان‌شناسی تربیتی*، ۹(۲۷): ۴۹-۶۶.
- مشهدی، علی، سلطانی شورباخورلو، اسماعیل و هاشمی‌زرینی، سعداله (۱۳۸۹). رابطه هوش

مقایسه رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و ... ۲۱

هیجانی و مؤلفه‌های آن با علائم اضطرابی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۴): ۶۶۱-۶۵۲.
هادی‌زاده‌مقدم، اکرم و طهرانی، مریم (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سبک‌های عمومی
تصمیم‌گیری مدیران در سازمان‌های دولتی. *نشریه مدیریت دولتی*، ۱(۱): ۱۳۸-۱۲۳.
هاشمی، زهرا و جوکار، بهرام (۱۳۹۲). مدل‌یابی علی‌تاب‌آوری هیجانی: نقش دلبستگی به
والدین و همسالان، راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجانانگیز. *فصلنامه مطالعات
روان‌شناختی*، ۹(۱): ۳۸-۹.

یزدی، سیده منور، درویشه، زهرا و شیخی، زهرا (۱۳۹۴). مقایسه نارسایی‌های شناختی و
شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال فسردهی اساسی، اختلال اضطراب
فراگیر و همبود. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۳): ۲۸-۷.

Allwood, C. M. & Salo, I. (2011). Decision-making styles, stress and gender among
investigators. *Policing an International Journal of Police Strategies and
Management*, 34(1): 97-119.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of
mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bahrami, F. & Rezvan, S. (2007). Relationship between Anxious Thoughts and
Metacognitive Beliefs in High School Students with Generalized Anxiety
Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13(3): 249-255
(Text in Persian).

Bavol'ár, J. & Orosova, O. (2015). Decision-making styles and their associations
with decision-making competencies and mental health. *Judgment and Decision
Making*, 10(1): 115-122.

Besharat, M. A., Mirjalili, R. S. & Bahrami Ehsan, H. (2015). The mediating role of
meta-cognitive beliefs and cognitive emotion regulation deficit on the
relationship between cognitive perfectionism and worry in generalized anxiety
disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(3): 115-122.

Boden, M. T. & Berenbaum, H. (2011). What you are feeling and why: Two distinct
types of emotional clarity. *Personality and Individual Differences*, 51(5): 652-
656.

Brown, J. M., Miller, W. R. & Lawendowski, L. A. (1999). *The self-regulation
questionnaire*. In L. VandeCreek, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical
practice: A sourcebook*, (pp. 281-292).

Decker, M. L., Turk, C. L., Hess, B. & Murray, C. E. (2008). Emotion regulation
among individuals classified with and without generalized anxiety disorder.
Journal of Anxiety Disorders, 22(3): 485-494.

Dehshiri, Gh, R. (2003). *Standardization of Emotional Intelligence Questionnaire*

- Bar-On to assess various aspects of intelligence of the students at Tehran University*. Psychology master's thesis, Allameh Tabatabaei University, Faculty of Psychology and Educational Sciences (Text in Persian).
- Dehshiri, Gh. R. (2012). The Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy on Anxiety and Worry of People with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 4(2): 19-28 (Text in Persian).
- Hadizadeh Moghadam, A. & Tehrani, M. (2009). A study of the relationship between general decision making styles of managers in public organizations. *Journal of Public Administration*, 1(1): 123-138 (Text in Persian).
- Hashemi, Z. & Jowkar, B. (2013). A causal modeling of emotional resilience: Parent and peer attachment, cognitive emotion regulation and coping strategies. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 9(1): 9-38 (Text in Persian).
- Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A. & Harden, K. (2015). Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Psychophysiology Biofeedback*, 40(2): 107-115.
- Kashdan, T. B., Weeks, J. W. & Savostyanova, A. A. (2011). Whether, how, and when social anxiety shapes positive experiences and events: A self-regulatory framework and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 31(5): 786-799.
- Kranzler, A., Young, J. F., Hankin, B. L., Abela, J. R., Elias, M. J. & Selby, E. A. (2016). Emotional awareness: A transdiagnostic predictor of depression and anxiety for children and adolescents? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(3): 262-269.
- Leykin, Y., & DeRubeis, R. J. (2010). Decision-making styles and depressive symptomatology: Development of the decision styles questionnaire. *Judgment and Decision Making*, 5(7): 506-515.
- Lizeretti, N. P. & Extremera, N. (2011). Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD). *The Psychiatric Quarterly*, 82(3): 253-260.
- Lizeretti, N. P., Costa, V. M. & Gimeno-Bayón, A. (2014). Emotional intelligence and personality in anxiety disorders. *Advances in Psychiatry*, Article ID 968359, 7 pages, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/968359>.
- Magnano, P., Oaolillo, A. & Giacominielli, B. (2015). Dispositional optimism as a correlate of decision-making styles in adolescence. *Sage Open*, 5(2), 1-12.
- Mahdiani, A., Rajaeipour, S. & Abedini, Y. (2014). The relationship between components of meta-cognition and decision making styles among managers at university of Isfahan and medical science university of Isfahan. *Journal of Education and Practice*, 5(10): 92-100.
- Mashhadi, A., Soltani Shurbakhorloo, E. & Hashemi Razini, S. A. (2011). On the relationship between emotional intelligence and its components with symptoms

- of anxiety. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 12(4): 652-661 (Text in Persian).
- Masureik, N., Roman, N. V., Roman, N. J. & Toefy, A. (2014). Stress, anxiety levels and decision making styles of South African senior learners: Results of a science fair project. *International Journal of Educational*, 6(3): 57-69.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10): 1281-1310.
- Mohammadi, Darvish Baqal, N., Hatami, H. R., Asadzadeh, H. & Ahadi, H. (2013). A study of the effect of teaching (cognitive and metacognitive) self-regulation strategies on high school students' motivational beliefs (educational motivation, self-efficacy, test anxiety). *Educational Psychology*, 9(27): 49-66 (Text in Persian).
- Novick-Kline, P., Turk, C. L., Mennin, D. S., Hoyt, E. A. & Gallagher, C. L. (2005). Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(5): 557-572.
- Nozadi, S. S., Spinrad, T. L., Eisenberg, N. & Eggum-Wilkens, N. D. (2015). Associations of anger and fear to later self-regulation and problem behavior symptoms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 38: 60-69.
- Pittig, A., Alpers, G. W., Andrea, N. N. & Craske, M. G. (2014). Avoidant decision-making in social anxiety disorder: A laboratory task linked to in vivo anxiety and treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 73: 96-103.
- Razavi Nemat Ollahi, V., Hoseini Fard, S. M., & Shamseddini Lorry, S. (2012). The study and comparison of self-efficacy, and self-regulation among opioid substance, stimulant substance dependents, and general persons. *Journal of Psychological Researches*, 4(15): 81-92 (Text in Persian).
- Salters-Pedneault, K., Roemer, I., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4): 469-480.
- Schoemaker, A. F. (2010). *The relationship between decision making style and negative affect in college students*. A Thesis Submitted to the Faculty of Drexel University.
- Scott, S. G. & Bruce, R. A. (1995). Decision making style: the development and assessment of a new measure. *Educational and Psychological Measurement*, 55(5): 818-831.
- Thunholm, P. (2004). Decision-Making Style: habit, style or both? *Journal of Personality and Individual Differences*, 36(4): 931-944.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005).

- Emotion dysregulation in general anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1): 89-106.
- Wells, A. (1994). A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory. *Anxiety Stress and Coping*, 6(4): 289-299.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4): 357-367.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Hofler, M. & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition and management. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(8): 24-34.
- Yazdi, S. M., Darvizeh, Z. & Sheikhi, Z. (2015). A comparative study on cognitive failures and coping strategies in people with major depression disorder (MDD), generalized anxiety disorder (GAD), and comorbidity. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 11(3): 7-28 (Text in Persian).
- Samoei, R. (2002). *Translated and validated tests of emotional intelligence*. Sina Behavioral Science Research Institute (Ravan Tajhiz) (Text in Persian).
- Zand Karimi, Gh., Yazdi, S. M. & Khosravi, Z. (2016). Decision making and Special Attention in Major Depressive and Generalized Anxiety Disorders. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 12(1): 47-64 (Text in Persian).
- Zare, H. & Arab Sheibani, Kh. (2011). Study of the reliability and validity of risk perception scale in Iranian university students. *Journal of Psychological Research*, 14(2): 112-125 (Text in Persian).

**Comparisons of self-regulation behavior,
emotional self-awareness and decision making
styles in women with and without generalized
anxiety disorder**

Abbas Abolghasemi*, Seyedeh Haedeh Karimi Yousefi**

& Behnam Khoshnoodnia Chomachaei***

Abstract

The purpose of this study was to compare self-regulation behavior, emotional self-awareness and decision making styles in women with and without generalized anxiety disorder. The present study was causal-comparative. The statistical population of this research included all women with generalized anxiety disorder who referred to clinical centers in Rasht in 2015. The sample consisted of 75 patients with generalized anxiety disorder, diagnosed by psychiatrist and 75 normal women that were chosen by convenience sampling. Data were collected, using the anxious thoughts inventory of Wells, self-regulation questionnaire of Brown, Miller and Lawendowski, emotional self-awareness scale of Bar-On and decision making styles questionnaire of Scott and Bruce. The results of multivariate analysis of variance (MANOVA) showed that the average scores of the self-regulation, rational and intuitive decision making styles and emotional self-awareness in peoples with generalized anxiety disorder were significantly lower than the peoples without generalized anxiety disorder. Also, the average scores of the avoidant and dependent decision making styles in peoples with generalized anxiety disorder were

* Professor of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

** Student of Phd Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

*** M.A in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

DOI: 10.22051/psy.2017.10216.1166

Reseived:2016/1/30

Accepted:2016/11/23

significantly more than the peoples without generalized anxiety disorder. But, in the average scores of spontaneous decision making styles were not no significantly difference between these two groups. This finding has important implications for pathology of generalized anxiety disorder. Accordingly, professionals can use from these results for the prevention and treatment of generalized anxiety disorder.

Keywords: self-regulation; emotional self-awareness; decision making styles; generalized anxiety disorder

