

نقش میانجی گرانه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در رابطه سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

جواد خلعتبری^{۱*}، فرزانه نوروزی^۲، وحید همتی ثابت^۳، محمد ابراهیم مداحی^۴

مقاله پژوهشی

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی گرانه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در رابطه سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس شهر تهران انجام شده است.

روش بررسی: روش پژوهش مقطعی تحلیلی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به بیمارستان سینا شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند که با استفاده از محاسبه حجم نمونه در معادلات ساختاری و روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۵۴ نفر به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شد. برای سنجش متغیرهای مورد مطالعه از پرسش‌نامه‌های راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، سبک‌های دلبستگی Hazan and Shaver (۱۹۹۰) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۷) استفاده گردید. ارزیابی الگوی پیشنهادی از طریق الگویابی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم افزارهای SPSS21 و Smart-Pls 2 و Amos-22 انجام گرفت. ویژگی‌های فنی پرسش‌نامه شامل پایایی، روایی همگرا و روایی واگرا بررسی گردید و هم چنین ضرایب مسیر و ضرایب معناداری نرم‌افزار برای بررسی فرضیه‌های پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند.

نتایج: آن‌گونه که نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد، سبک دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس با نقش میانجی گرانه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان رابطه دارد.

نتیجه‌گیری: بنابراین نتایج پژوهش می‌تواند به شناخت بیشتر و مداخله برای ترویج سلامت روانی پس از شروع مولتیپل اسکروزیس کمک کند.

واژه‌های کلیدی: تنظیم شناختی، هیجان، دلبستگی، کیفیت زندگی، بیماری مولتیپل اسکروزیس

ارجاع: خلعتبری جواد، نوروزی فرزانه، همتی ثابت وحید، مداحی محمد ابراهیم. نقش میانجی گرانه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در رابطه سبک‌های دل بستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۷؛ ۲۶ (۵): ۲۵-۴۱

۱- دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن

۳- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، کرمانشاه

۴- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۲۰۱۲۱۰۶۳، پست الکترونیکی Javadkhalatbaripsy2@gmail.com: کد پستی: ۴۶۸۴۱۶۱۱۶۷

تأثیر شدت، طول مدت بیماری و داروهای مصرفی بیمار قرار می‌گیرد. امروزه بسیاری از دولت‌ها ارتقاء کیفیت زندگی را جزء مهم و لاینفک از توسعه اجتماعی و اقتصادی می‌دانند (۶). اولین مطالعه درباره کیفیت زندگی مربوط به سلامت بیماران ام‌اس در سال ۱۹۹۰ به چاپ رسید. از آن سال تا به حال مطالعات زیادی بر روی کیفیت زندگی این بیماران انجام شده است (۷،۸). نتایج این مطالعات نشان داده است که این بیماران در مقایسه با افراد سالم جامعه از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند.

یکی از عوامل مرتبط با سطوح کیفیت زندگی پایین در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس وجود سبک دلبستگی ناایمن در فرد است (۹). سبک دلبستگی، فرایندهایی را که طی آن پیوند بین فرد و خانواده شکل می‌گیرد، توصیف می‌کند. سبک‌های دلبستگی به مدل‌های درون‌کاری برآمده از پیوندهای عمیق عاطفی کودک-مادر گفته می‌شود که شکل پاسخ‌های رفتاری افراد به جدایی‌نگاره‌های دلبستگی و پیوند مجدد با این نگاره‌ها را تعیین می‌کنند. این سبک‌ها به سه دسته ایمن، اجتنابی و دوسوگرا تقسیم می‌شوند (۱۰). افراد در طول رشد مجموعه‌ای از شواهد ذهنی برای موفقیت خود به واسطه مجاورت کافی با نگاره‌های دلبستگی را به عنوان مدل‌های درون‌کاری ثبت و ضبط می‌کنند (۱۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با سبک دلبستگی ایمن، سطوح پایین‌تری از عواطف منفی را تجربه می‌کنند و روابط مستحکمی را با کسانی برقرار می‌سازند که هنگام درماندگی هیجانی، برای دریافت حمایت مراجعه می‌کنند. افراد با سبک دلبستگی ناایمن، در مقایسه با ایمن‌ها، سطوح پایین‌تری از عواطف مثبت را تجربه می‌کنند و در مدیریت استرس، اضطراب و سایر عواطف منفی، ناتوانی نشان می‌دهند (۱۲). در پژوهش دیگری به این نتیجه دست یافتند که افراد دارای سبک‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای تنظیم عواطف و پردازش اطلاعات هیجانی از راهبردهای کاملاً متفاوتی استفاده می‌کنند که این راهبردها به نوبه خود کیفیت زندگی را افزایش یا کاهش می‌دهد (۱۳).

مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری التهابی، مزمن و خودایمن است که با از بین رفتن غلاف میلین دستگاه عصبی مرکزی همراه است. علامت این بیماری ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (۱). معمولاً اولین تظاهرات این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی با علائمی چون اضطراب، ضعف، اختلال در تعادل، اختلال بینایی و افسردگی بروز می‌یابد. فصل تولد در آن تأثیرگذار است به گونه‌ای که بیشترین آمار مربوط به متولدین فصل بهار و کمترین مربوط به متولدین فصل پاییز می‌باشد (۲). اپیدمیولوژی مولتیپل اسکلروزیس در دهه‌های اخیر تغییر نموده است تا آنجا که روزانه گزارشات متعددی مبنی بر افزایش میزان شیوع این بیماری در سراسر جهان منتشر می‌شود، طبق برآورد مطالعات انجام شده، در سراسر جهان ۲/۵ میلیون نفر از بیماری ام‌اس رنج می‌برند (۳). انجمن ملی ام‌اس در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۱/۲ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند. کشور ما، ایران یکی از مناطق نسبتاً شایع ام‌اس است. میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی‌ها (۵-۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. طبق گزارش انجمن ام‌اس ایران در حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آنها ثبت شده‌اند، این رقم رو به افزایش است (۶).

کاهش یا ناتوانی کار کردن، بار اقتصادی زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند. موسسه ملی بیماری اعصاب و سکنه مغزی در آمریکا تخمین می‌زند که هزینه ناشی از ام‌اس در آمریکا سالیانه بیش از ۲/۵ بلیون دلار است (۵). افراد مبتلا به بیماری ناتوان‌کننده و مزمن ام‌اس با مشکلات زیادی رو برو هستند؛ این مشکلات، شرکت بیماران را در فعالیت‌های ارتقاء سلامتی محدود نموده و در نتیجه سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت در زندگی مستقل گردیده است که در نهایت تأثیر منفی بر کیفیت زندگی آنها دارد. ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن دستخوش تغییرات فراوان می‌شود. در این بیماران کیفیت زندگی تحت

پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری به گروه راهبردهای سازش یافته تعلق دارند (۱۸). یافته های پژوهشی کلی بیان گر این است که راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان با اختلالات هیجانی و آسیب شناسی روانی در ارتباط است و استفاده مطلوب از راهبردهای سازش یافته هم چون ارزیابی مجدد مثبت منجر به کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت می شود (۱۹). گروهی از پژوهشگران نشان دادند که افراد با سبک های دلبستگی ناایمن ممکن است استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان ناموثر را در دستور کار قرار دهند که خطر بیماری های روان تنی را افزایش می دهد (۲۰).

امروزه یکی از سوال های بسیار جذاب مدل های شناختی، بررسی مسئله میزان ارتباط کنترل و تنظیم هیجانی با مولفه های شناختی اختلالات است که این پژوهش، یکی از زوایای این ارتباط را بررسی کرده است. مواجه شدن با حوادث استرس زای زندگی می تواند وضع روانی، روابط اجتماعی، و عملکردهای جسمانی را دگرگون سازد و آسیب پذیری عمومی فرد را افزایش دهد و به طور مستقیم یا غیرمستقیم موجب بیماری مولتیپل اسکلروزیس شود مطالعات زیادی بر روی عوامل روان شناختی موثر بر این بیماری در سراسر جهان انجام شده است، اما به نظر می رسد در ایران تعداد این مطالعات چندان زیاد نیست. پژوهش حاضر در نظر دارد وضعیت برخی از این متغیرها را در بیماران ایرانی مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مطالعه کرده و با استفاده از آنها میزان سازگاری در بیماران پیش بینی نماید. با توجه به این که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، علاوه بر ناتوانی فیزیکی از عوامل روانشناختی و محیطی غیرمرتبط با بیماری، نیز تاثیر می پذیرد و در حال حاضر روش های درمانی غیردارویی متعدد، از قبیل روش های مختلف روان درمانی، برای افزایش سازگاری وجود دارد و به این وسیله می توان به ارتقای بهزیستی روانی و نظم جویی شناختی هیجانی این افراد کمک کرد، توجه به این عوامل و اصلاح به موقع آن ها امری ضروری است که کارآمدی

افزون بر آن، می توان اذعان داشت در سازه دلبستگی عنصر هیجانی وجود دارد و تعامل های هیجانی و نظم جویی هیجان در شکل گیری دلبستگی نقش اساسی را ایفا می کنند. هم چنین، مدیریت سازش یافته تجارب هیجانی برای کنش وری اجتماعی و کیفیت زندگی اهمیت اساسی دارد (۱۴). مرور پژوهش ها، این فرض را مطرح می کنند که ممکن است نظم جویی شناختی هیجان در رابطه بین سبک های دلبستگی و کیفیت زندگی نقش واسطه ای داشته باشد. تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش های هیجانی به شیوه ای که برای عملکرد بهنجار سودمند است، اشاره دارد و ماهیتا فرایندی را در بر می گیرد که از طریق آن افراد هیجان هایشان را خواه به صورت هشیار یا ناهشیار به وسیله اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخواننده هیجان تنظیم می کنند. دلبستگی، پایه و اساس تنظیم هیجان و رفتار است (۱۵). دلبستگی، کیفیت زندگی و تنظیم هیجان پیوندی ناگشودنی با یکدیگر دارند به طوری که ظرفیت بیشتر برای مدیریت و تنظیم هیجان ها یکی از دلایلی است که باعث می شوند افراد با دلبستگی ایمن، رفتار شایسته تری نسبت به دیگران و مشکلات کمتری داشته باشند (۱۶). گروهی از پژوهشگران در یک تحقیق با تاکید بر تعامل هیجان و شناخت، معتقدند که دانش هیجانی نقشی تسهیل کننده در رشد تنظیم هیجانی دارد. شناخت ها یا فرایندهای شناختی به افراد کمک می کنند تا هیجان ها و احساسات خود را تنظیم کرده و مغلوب شدت هیجان ها نشوند، فرایندهای شناختی را می تواند به فرایندهای ناهشیار و هشیار تقسیم کرد (۱۷). جمعی دیگر از پژوهشگران با بازنگری ادبیات پژوهشی و نظری در زمینه های شناختی مقابله و نظم جویی هیجان، ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی را مطرح نمودند. از بین این راهبردها، ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت دیگران جز راهبردهای سازش نیافته نظم جویی شناختی هیجان قرار می گیرند در حالی که راهبردهای

پزشکی شدید از جمله اختلالات پسیکوتیک و اختلالات عصبی شناختی (آلزایمر، دلیریوم، آسیب های ضربه‌ای مغز، پارکینسون، هانتینگتون و اختلالات عصبی شناختی ناشی از یک بیماری طبی دیگر) بود. در مدل‌یابی معادلات ساختاری تعیین حجم نمونه می‌تواند بین ۵ تا ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده تعیین شود: $5q \leq n \leq 15q$ ؛ که در آن q تعداد متغیرهای مشاهده شده یا تعداد گویه‌ها (سؤالات) پرسش نامه و n حجم نمونه است (۲۱). در این پژوهش حجم نمونه برای هر سؤال ۵ آزمودنی و به‌طور کلی ۳۵۴ نفر در نظر گرفته شد. پس از اخذ مجوز از شورای پژوهشی و هماهنگی با انجمن ام‌اس؛ پژوهش‌گران با مراجعه به محیط پژوهش پس از معرفی خود و کسب رضایت آگاهانه و توضیحات لازم، با توجه به معیارهای ورود، پرسش نامه‌ها را در اختیار شرکت کنندگان قرار دادند و پس از تکمیل، آنها را جمع‌آوری کردند.

ابزار گردآوری اطلاعات مشتمل بر یک پرسش‌نامه عمومی و ۳ ابزار استاندارد تایید شده بین‌المللی به شرح زیر بود: چک‌لیست گردآوری اطلاعات: فرمی که مشخصات فردی (شامل: سن، جنسیت، وضعیت تحصیلی، طول مدت ابتلا به بیماری، وضعیت اقتصادی، تاهل) و سایر اطلاعات دموگرافیک را در بر می‌گرفت. راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان (۲۲): این پرسش‌نامه به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌های زندگی به کار می‌برد، طراحی گردید. بر خلاف سایر پرسش‌نامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار و اعمال واقعی فرد تمایز قایل نمی‌شوند، این پرسش‌نامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی و ناخوشایند ارزیابی می‌کند. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این پرسش‌نامه استفاده شد. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی و دارای ۱۸ ماده می‌باشد که بر روی افراد ۱۲ سال به بالا اجرا می‌شود. پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان متشکل از ۹ خرده‌مقیاس متفاوت شامل «ملامت خویش، ملامت دیگران، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه‌سازی و دیدگاه‌پذیری» است.

و استقلال افراد مبتلا را افزایش می‌دهد. در ضمن، هیچ یک از مطالعات بررسی شده، ترکیبی از عوامل شخصی و محیطی را در پیش‌بینی سازگاری افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بررسی نکرده‌اند و مشخص نیست سهم کدام دسته از این عوامل بیشتر است. بنابراین پژوهش‌گر به دنبال این مسئله است: نقش میانجی‌گرانه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان چه رابطه‌ای با سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارد؟ با توجه به هدف‌های پژوهش، ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود، فرضیه‌های پژوهش حاضر به این شرح آزمون شدند: فرضیه اول: بین سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه وجود دارد. فرضیه دوم: بین سبک‌های دلبستگی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه وجود دارد. فرضیه سوم: بین راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه وجود دارد. فرضیه چهارم: راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در رابطه سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی نقش میانجی دارد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مقطعی تحلیلی می‌باشد. نمونه‌گیری از بین بیمارانی که در فاصله زمانی اردیبهشت تا تیر سال ۱۳۹۶ به کلینیک ام‌اس بیمارستان سینا شهر تهران مراجعه می‌کردند به صورت در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: محدوده سن ۲۰-۴۰ سال، حداقل سابقه شش ماهه بیماری مولتیپل اسکلروزیس، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و توانایی جسمانی و روانی کافی برای نوشتن و ابتلا به اختلال ام‌اس از نوع عود-فرونشانی بر طبق تشخیص پزشک متخصص نورولوژی، داشتن بصیرت کافی و توانایی لازم برای همکاری در مطالعه در نظر گرفته شد. معیارهای خروج شامل: افرادی که سایر مشکلات جسمی و روانی (بیماری‌های مزمن دیگر مانند بیماری ریوی، روماتیسم و غیره) دارند که منجر به ناهماهنگی نمونه‌ها می‌شود، ابتلا به اختلالات روان

به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است (28). فرم کوتاه این پرسش نامه (WHO-QOLI-BREF) از 26 ماده تشکیل شده است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با 24 سوال (به ترتیب دارای 7، 6، 3، 8 سوال می باشد) مورد ارزیابی قرار می دهد. در ایران این مقیاس بر روی 1167 نفر نرم شده است. پایایی پرسش نامه را به روش آلفای کرونباخ برای جمعیت سالم درحیطه سلامت جسمانی 0/70، سلامت روانی 0/73، روابط اجتماعی 0/55 و ارتباطات محیطی 0/84 به دست آورده اند و ضریب پایایی به روش بازآمایی را پس از 2 هفته 0/7 گزارش کردند (29).

روایی

به منظور تعیین روایی پرسش نامه از روایی ظاهری Faced Validity، محتوایی Content Validity و سازه Construct Validity استفاده شد. در روایی ظاهری پرسش نامه‌ها قبل از توزیع توسط پژوهش‌گر، چند نفر از اعضای نمونه و برخی خبرگان دانشگاهی و پزشکی (مسئولین بیمارستان) به دور از ایرادات ویرایشی، شکلی، املائی و ... تدوین گردید. در روایی محتوایی در قالب یک روش دلفی و با کمک فرم‌های CVR و CVI و به کمک ده نفر از خبرگان شامل اعضای مصاحبه شونده، خبرگان دانشگاهی و پزشکی، دانشجویان دکتری متخصص در این حوزه، چند نفر از آزمودنی‌ها و ... محتوای پرسش نامه از نظر سؤال‌های اضافی و یا اصلاح سؤال‌ها مورد بررسی قرار گرفت. فرم CVI نشان داد که همه سؤال‌های متغیرهای راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی از نقطه نظر ساده بودن، واضح بودن و مربوط بودن از وضعیت مناسبی برخوردارند (میزان این ضریب برای هر یک از سؤال‌ها بالاتر از 0/79 بود)؛ هم چنین با توجه به اینکه مقدار CVR برای همه سؤال‌ها بالای 0/62 به دست آمد هیچ سؤالی نیاز به حذف شدن نداشت. در مورد روایی سازه نیز از دو نوع روایی همگرا و واگرا با کمک نرم‌افزار Smart-Pls2 استفاده شد. در بررسی روایی همگرا یافته‌ها نشان داد ضرایب معناداری تمام بارهای عاملی

دامنه نمرات مقیاس از 1 (تقریباً هرگز) تا 5 (تقریباً همیشه) در نظر گرفته شده است. در بررسی مشخصات روان سنجی آزمون، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب 0/91، 0/87 و 0/93 به دست آمد (23). در فرهنگ ایرانی، نتایج آلفای کرونباخ با دامنه 0/68 تا 0/82 نشان داد که 9 خرده مقیاس فرم کوتاه نسخه فارسی پرسش نامه نظم جویی شناختی هیجان دارای اعتبار مطلوبی می باشد. تحلیل مولفه اصلی ضمن تبیین 75 درصد واریانس، الگوی 9 عاملی اصلی این پرسش نامه را مورد حمایت قرار داد. هم چنین، هم بستگی بین خرده مقیاس‌ها به نسبت بالا بود (24).

سبک‌های دلبستگی‌ها زن و شیور (1990): این پرسش نامه شامل 15 پرسش است که توسط هازن و شاور در سال 1987 ارائه شد. این آزمون در یک مقیاس لیکرتی (5 نقطه ای) درجه بندی می شود که به «هرگز» نمره 1 و به «تقریباً همیشه» نمره 5 تعلق می گیرد. این پرسش نامه دارای سه خرده مقیاس است که 5 ماده نخست مربوط به سبک دلبستگی نایمن-اجتنابی، 5 ماده دوم مربوط به سبک دلبستگی ایمن، و 5 ماده سوم مربوط به سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا می باشد. تحلیل عاملی پرسش نامه‌ها زن و شاور (25) به استخراج سه عامل عمده منجر شد که توسط پژوهش‌گران به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط نزدیک و صمیمی تفسیر می شود. پایایی بازآمایی کل پرسش نامه را 0/81 و پایایی با آلفای کرونباخ را 0/78 به دست آمد. هم پایایی با آلفای کرونباخ 0/79 را در مورد این ابزار گزارش شد (26). روایی هم زمان این پرسش نامه در ایران برای این پرسش نامه به ترتیب برای سبک دلبستگی ایمن 0/77، برای سبک نایمن اجتنابی 0/81 و برای نایمن دوسوگرا 0/83 به دست آمده است. روایی هم زمان این پرسش نامه نیز با مصاحبه ساختار یافته ماین برای دلبستگی بزرگ سالان به ترتیب ایمن 0/79، نایمن اجتنابی 0/84 و نایمن اضطرابی 0/87 برآورد شده است (27).

کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی توسط سازمان جهانی بهداشت

آزمون بار عرضی نشان داد، بارهای عاملی هر کدام از متغیرهای پژوهش بیشتر از بارهای عاملی مشاهده‌پذیرهای دیگر مدل‌های اندازه‌گیری موجود در مدل بود و از طرف دیگر بار عاملی هر متغیر مشاهده‌پذیر بر روی متغیر پنهان متناظرش حداقل ۰/۱ بیشتر از بارهای عاملی همان متغیر مشاهده‌پذیر بر متغیرهای پنهان دیگر بود؛ بنابراین نتایج این دو آزمون بیانگر روایی واگرا بود.

پایایی

در این پژوهش پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی (Composite Reliability (CR) و با استفاده از مازولی که در نرم‌افزار لیزرل تعریف شده است، محاسبه می‌شود. مقادیر این دو ضریب برای هر چهار سازه پژوهش بالای ۰/۷ به دست آمد که نشان دهنده پایا بودن ابزار اندازه‌گیری بود. البته شایان ذکر است که پایایی و روایی هر سه ابزار توسط پژوهش‌های پیشین تأیید شده است. اطلاعات پرسش نامه، ضرایب پایایی و روایی در جدول زیر قابل مشاهده است.

بزرگ‌تر از ۲/۵۸ بود یعنی تمامی بارهای عاملی با اطمینان ۹۹ درصد معنادار بود؛ ضرایب تمام بارهای عاملی بالای ۰/۵ بود؛ میانگین واریانس استخراج شده Variance Average Extracted (AVE) همه مؤلفه‌ها بالای ۰/۵ بود و همین‌طور پایایی ترکیبی همه مؤلفه‌ها بزرگ‌تر از میانگین واریانس استخراج شده آن بود؛ لذا می‌توان گفت که روایی همگرایی سازه‌های مدل تأیید می‌شوند.

در بررسی روایی واگرا نیز از آزمون فورنل و لارکر (این آزمون روایی واگرا (تشخیصی) را در سطح متغیرهای پنهان با استفاده از مازولی که در نرم‌افزار لیزرل تعریف شده می‌سنجد) و آزمون بار عرضی Cross Loadings (این آزمون روایی واگرا را در سطح متغیرهای مشاهده‌پذیر توسط مازولی که در نرم‌افزار لیزرل تعریف شده می‌سنجد) استفاده شد. در آزمون فورنل و لارکر یافته‌ها نشان داد، جذر میانگین واریانس استخراج‌شده هر متغیر پنهان بیشتر از حداکثر هم بستگی آن متغیر با دیگر متغیرهای پنهان مدل بود؛ هم چنین نتایج

جدول ۱: اطلاعات پرسش نامه و محاسبه ویژگی‌های روان‌سنجی ابزار

نظم جویی شناختی هیجان	کیفیت زندگی	سبک دلبستگی	ASV	MSV	AVE	CR	آلفای کرونباخ	تعداد گویه‌ها	منبع	بعد
---	---	۰/۷۵	۰/۳۰۵	۰/۴۴۱	۰/۵۱۶	۰/۸۱۸	۰/۸۴۱	۱۵	هازن و شیور (۱۹۹۰)	سبک دلبستگی
-----	۰/۸۱	۰/۴۲	۰/۱۰۱	۰/۱۷۸	۰/۵۲۰	۰/۸۷۸	۰/۸۵۳	۲۶	سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۷)	کیفیت زندگی
۰/۷۴	۰/۳۸۳	۰/۶۰	۰/۲۵۹	۰/۴۴۳	۰/۶۳۴	۰/۸۶۵	۰/۷۹۶	۱۸	گارفنلسکی و همکاران (۲۰۰۱)	نظم جویی شناختی هیجان

تجزیه و تحلیل آماری

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در بخش توصیفی از میانگین، انحراف معیار، جداول و ... با استفاده از نرم‌افزار Spss-21 و در بخش استنباطی از هم بستگی پیرسون، آزمون تی تک گروهی با استفاده از نرم‌افزار Spss-21 و مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار Smart-Pls2 و Amos-v22 استفاده شد.

با توجه به جدول فوق می‌توان گفت: پایایی سازه‌ها مورد تأیید است زیرا آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی بالای ۰/۷ است و هم چنین $AVE > 0/5$ است. روایی همگرا مورد تأیید است، زیرا $CR > 0/7$ ؛ $CR > AVE$ ؛ $AVE > 0/5$ و همین‌طور روایی واگرا نیز مورد تأیید است زیرا Maximum Shared Average و Squared Variance (MSV) $MSV < AVE$ و Shared Squared Variance (ASV) $ASV < AVE$

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن تایید شده است. (کد اخلاق: IR.IAU.TON.REC.1397.012)

نتایج

در این بخش فرضیه‌های پژوهش با استفاده از آزمون مناسب و نرم‌افزارهای SPSS و Smart-Pls و Amos مورد

بررسی و ارزیابی قرار می‌گیرد. در ادامه قبل از آزمون فرضیه‌های پژوهش، وضعیت موجود متغیرها و هم بستگی بین آن‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد. البته شایان ذکر است که بررسی چولگی و کشیدگی داده‌ها نشان داد که توزیع داده‌های همه متغیرها نرمال است.

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد مربوط به آزمودنی‌ها به تفکیک متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
وضعیت تاهل	مجرد	۱۶۲	۴۵/۸
	متاهل	۱۹۲	۵۴/۲
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۱۲۱	۳۴/۲
	۳۱ تا ۴۰ سال	۲۳۳	۶۵/۸
تحصیلات	سیکل و دیپلم	۱۴۵	۴۱
	کاردانی	۶۷	۱۸/۹
	کارشناسی	۱۱۱	۳۱/۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳۱	۸/۸

جدول ۲: وضعیت موجود متغیرها و هم بستگی بین آن‌ها

بعد	عدد معناداری	حد پایین	حد بالا	وضعیت	۱	۲	۳
۱. سبک‌های دل‌بستگی	۰/۰۰۱	۰/۱۷۶	۰/۴۸۵	مناسب	---	۰/۴۳	۰/۵۹
۲. کیفیت زندگی	۰/۰۰۱	۰/۴۱۱	۰/۸۷۹	مناسب	۰/۴۳	-----	۰/۳۹
۳. نظم جویی شناختی هیجان	۰/۰۰۱	۰/۱۲۱	۰/۳۱۴	مناسب	۰/۵۹	۰/۳۹	---

معناداری با یکدیگر دارند ($p < 0/01$). از طرف دیگر نتایج جدول نشان داد هر سه بعد در وضعیت مناسبی قرار دارد.

بررسی مدل‌های اندازه‌گیری سازه‌های پژوهش

قبل از وارد شدن به مرحله آزمون فرضیات و مدل‌های مفهومی پژوهش لازم است تا از صحت مدل‌های اندازه‌گیری متغیرهای مستقل (سبک‌های دل‌بستگی)، متغیر میانجی (نظم جویی شناختی هیجان) و متغیر وابسته (کیفیت زندگی) اطمینان حاصل شود. لذا نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم به منظور بررسی مدل‌های اندازه‌گیری این چهار بعد آورده شد. تحلیل عاملی تأییدی یکی از قدیمی‌ترین روش‌های آماری است که برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مکنون و متغیرهای مشاهده شده (سؤالات) به

مطابق با جدول ۱، بیشتر گروه نمونه افراد متاهل هستند. هم چنین بیشترین فراوانی برای افراد بین ۳۱ تا ۴۰ سال با ۶۵/۸ درصد است. هم چنین بیشترین فراوانی برای افراد با تحصیلات دیپلم و سیکل است.

بررسی وضعیت موجود متغیرها و هم بستگی بین آن‌ها

با توجه به اینکه توزیع داده‌ها نرمال و مقیاس فاصله‌ای بود، برای بررسی وضعیت موجود متغیرها از آزمون تی تک نمونه‌ای و هم چنین برای بررسی روابط بین متغیرها از آزمون هم بستگی پیرسون استفاده شد. در جدول زیر وضعیت موجود متغیرها و هم بستگی بین آن‌ها آورده شده است. با توجه به جدول فوق نتایج تحلیل هم بستگی نشان داد که هر چهار بعد رابطه مثبت و

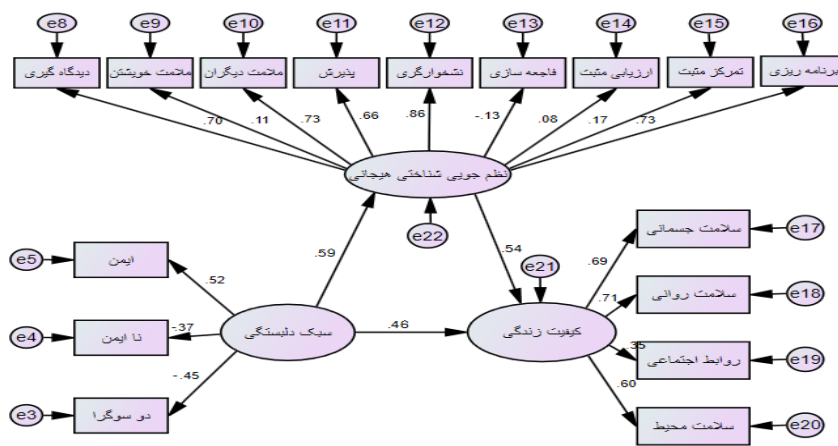
های مدلسازی معادلات ساختاری نرمال بودن توزیع چند متغیری است. برای این منظور در نرم افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری ماردیا استفاده می شود. مقدار ضریب ماردیا برای داده های پژوهش حاضر برابر با ۲/۴۷ است که نشان می دهد مفروضه نرمال بودن چند متغیره برقرار است.

در شکل زیر مدل پژوهش در حالت ضرایب استاندارد به منظور بررسی نقش میانجی گرانه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در رابطه سبک های دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس آورده شده است:

کار برده می شود و بیانگر مدل اندازه گیری است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی ابعاد سبک های دلبستگی، کیفیت زندگی و نظم جویی شناختی هیجان نشان داد، کلیه مدل های اندازه گیری مناسب و کلیه اعداد و پارامترهای مدل معنادار است. همچنین شاخص های تناسب مدل اندازه گیری نشانگر مناسب بودن کلیه مدل های اندازه گیری بود.

بررسی مدل های ساختاری پژوهش

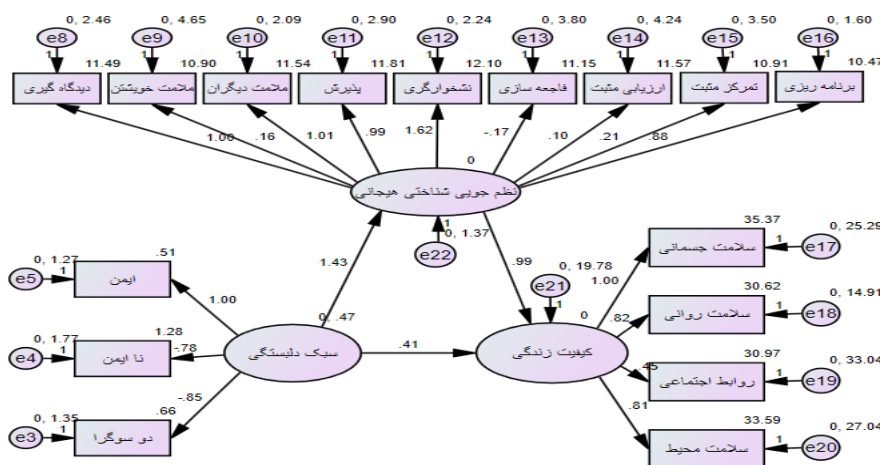
پس از آزمون مدل های اندازه گیری اکنون لازم است تا مدل ساختاری که نشانگر ارتباط بین متغیرهای مکنون پژوهش است، ارائه شود. با استفاده از مدل ساختاری می توان به بررسی فرضیه های پژوهش پرداخت. علاوه بر تایید مدل اندازه گیری، یکی از مفروضه



شکل ۲: مدل ساختاری پژوهش در حالت تخمین ضرایب استاندارد

شکل ۲ به بررسی فرضیات پژوهش می پردازیم. در جدول زیر نتایج حاصل از آزمون مدل را می توان مشاهده کرد.

در شکل زیر مدل پژوهش در حالت ضرایب استاندارد نشده آورده شده است. با توجه به مقادیر به دست آمده در



شکل ۳: مدل ساختاری پژوهش در حالت ضرایب استاندارد نشده

جدول ۳: نتایج آزمون مدل پژوهش

پذیرش / رد فرضیه‌ها	t-value	ضرایب استاندارد شده	بررسی فرضیه‌ها
پذیرش	۴/۲۱	۰/۴۶	۱ رابطه سبک های دلبستگی و کیفیت زندگی
پذیرش	۵/۵۳	۰/۵۹	۲ رابطه سبک های دلبستگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان
پذیرش	۵/۱۲	۰/۵۴	۳ رابطه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و کیفیت زندگی

برای بررسی میزان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته لازم است تا اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم برای متغیر درون‌زای مدل ارائه شود که این اثرات در جدول زیر قابل مشاهده است:

بر اساس جدول بالا می‌توان نوع و میزان اثر هر یک از متغیرهای پژوهش را در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مشاهده کرد که بر این اساس کلیه فرضیه‌های پژوهش در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار هستند.

جدول ۴: تفکیک اثرات، مستقیم، غیرمستقیم و کل در مدل پژوهش

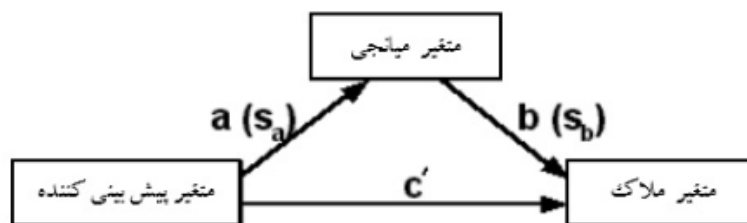
متغیر وابسته	متغیر مستقل	اثر	
		مستقیم	غیرمستقیم
نظم جویی شناختی هیجان	سبک دلبستگی	۰/۵۹	-
کیفیت زندگی	نظم جویی شناختی هیجان	۰/۵۴	-
کیفیت زندگی	سبک دلبستگی	۰/۴۶	۰/۵۹ + ۰/۵۴ = ۰/۳۲

همان‌طور که در جدول قابل مشاهده است، نقش میانجی گرانه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در رابطه سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس به میزان ۰/۷۸ است. لازم به ذکر است جهت بررسی اثر متغیر میانجی نظم جویی شناختی هیجانی در رابطه بین سبک دلبستگی با کیفیت زندگی، از آزمون سوبل استفاده گردید. یک روش مورد استفاده برای سنجش معنی داری اثر متغیر واسطه آزمون سوبل (۱۹۸۲) است که مستقیماً معنی داری ab را نسبت به توزیع بهنجار Z با استفاده از خطای استاندارد متغیر میانجی می‌سنجد. بدین ترتیب که پس از تقسیم حاصل ضرب دو ضریب

غیر استاندارد می‌گیریم که مسیرهای متغیر واسطه را تشکیل می‌دهند بر خطای استاندارد این حاصل ضرب، نسبت به دست آمده با جدول توزیع بهنجار مقایسه می‌شود؛ اگر نسبت به دست آمده بزرگ‌تر از $1/96$ باشد نتیجه گرفته می‌شود که اثر متغیر میانجی معنی دار است. برای اعمال روش سوبل جهت تعیین معنی داری این رابطه معادله زیر باید محاسبه گردد:

$$z\text{-value} = a*b/\text{SQRT}(b^2*s_a^2 + a^2*s_b^2 + s_a^2*s_b^2)$$

در این معادله a ضریب مسیر a و b ضریب مسیر b ، s_a^2 و s_b^2 به ترتیب خطاهای استاندارد مسیرهای a و b می‌باشند. مسیرهای مورد نظر در شکل ۴-۱ نشان داده شده است.



شکل ۴. نمودار مسیرها در مدل میانجی

زیادی از مقدار کای اسکور مدل استقلال فاصله بگیرد اما به دلیل معنادار شدن مقدار کای دو مدل ($P=0/000$) می توان نتیجه گرفت که مدل قابل قبول تلقی می شود. حال که شاخص ها برازش خوبی را از داده ها نسبت به مدل نشان می دهد نوبت به سنجش شاخص های جزئی برازش می رسد. تفاوت شاخص های برازش با شاخص های سه گانه برازش کلی در این است که شاخص های برازش کلی در مورد مناسب بودن کل مدل و نه اجزا آن قضاوت می کنند و شاخص های جزئی در مورد رابطه های جزئی مدل قضاوت می کنند. شاخص های جزئی برازش (نسبت های بحرانی و سطح معناداری آن ها) نشان می دهند که همه بارهای عاملی دارای معنا دارند.

بنابراین برای استفاده از این فرمول ضرایب غیر استاندارد و خطای استاندارد دو مسیر مورد نیاز می باشد. سوپل معتقد است که این نسبت به گونه ای مجانب دارای توزیع بهنجار است و زمانی که این نسبت بزرگتر از $\pm 1/96$ باشد برای نمونه های بزرگ منجر به رد فرض صفر در سطح $0/05$ می گردد.

براین اساس آماره سوپل در این پژوهش $3/01$ محاسب شد و براین اساس نتیجه گرفته می شود که فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم سبک های دلبستگی بر کیفیت زندگی با 95 درصد اطمینان مورد تأیید بوده است.

بررسی برازش مدل پژوهش

آن چه از محاسبات انجام شده می توان نتیجه گرفت آن است که هر چند مدل تدوین شده باعث شده است که تا حد

جدول ۵: نتایج آزمون مدل سازی معادلات ساختاری برای برازش مدل مفهومی پژوهش

شاخص	اختصار	مقدار	برازش قابل قبول
سطح تحت پوشش کای اسکور	χ^2	۱۸۹۰ / ۸۴	-
شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۷	بزرگتر از ۹۰ درصد
نیکویی برازش	GFI	۰/۹۴	بزرگتر از ۸۰ درصد
شاخص برازش افزایشی	IFI	۰/۹۷	بزرگتر از ۹۰ درصد
میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰/۰۶۹	کمتر از ۸ درصد
کای اسکور بهنجار شده	CMIN/df	۲/۲۵	بین ۱ تا ۵
نیکویی برازش تعدیل یافته	AGFI	۰/۹۰	بزرگتر از ۸۰ درصد
شاخص نرم شده برازندگی	NFI	۰/۹۵	بزرگتر از ۹۰ درصد

می کنند که این راهبردها به نوبه خود کیفیت زندگی را افزایش یا کاهش می دهد. پیامد فرایند دلبستگی ایمن، ایجاد احساس ایمنی در فرد می باشد در حالی که پیامد دلبستگی های نا ایمن، ایجاد ترس و وحشت در فرد است (۱۳). پیامد فرایند دلبستگی ایمن، ایجاد احساس ایمنی در فرد می باشد در حالی که پیامد دلبستگی های نا ایمن، ایجاد ترس و وحشت در فرد است. در این باره عنوان شده است که پیامد روان شناختی سبک های دلبستگی نا ایمن در شرایط استرس زا ایجاد اضطراب و افسردگی می باشد در حالی که پیامد روان شناختی سبک دلبستگی ایمن در چنین شرایطی بهزیستی و در نهایت کیفیت زندگی بالاتر است. هم چنین

بحث

در پژوهش حاضر به بررسی نقش میانجی گرانه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در رابطه سبک های دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداخته شد. در بررسی فرضیه اول نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک های دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با بعضی از یافته های پیشین هم خوانی دارد (۳۰، ۳۱). گروهی از پژوهشگران در توجیه این امر معتقدند که افراد دارای سبک های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای تنظیم عواطف و پردازش اطلاعات هیجانی از راهبردهای کاملاً متفاوتی استفاده

مربوط به پیام های هیجانی را بازداری می کنند و آگاهی نسبت به احساس ها و تصمیم ها را در خود و در مورد دیگران مسدود می سازند. با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده ها، در خصوص فرضیه سوم، نشان داد که بین راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه وجود دارد. نتایج این پژوهش با بعضی از یافته های پیشین هم سو می باشد (۳۶، ۳۵). کیفیت زندگی و تنظیم هیجان پیوندی ناگشودنی با یکدیگر دارند (۱۶).

نتایج پژوهشی نشان داد که افراد مبتلا به ام. اس مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجانی تجربه می کنند که این مشکل تنظیم هیجانی در افراد ام. اس کیفیت زندگی پایین تر را پیش بینی می کند (۳۷). در تبیین این یافته، عنوان شده است که هیجان های مثبت منبع مهم تفسیر موقعیت به حساب می آیند و سبب می شوند افراد با هیجان های مثبت نسبت به کسانی که هیجان های منفی تری دارند، شناخت ها، احساسات و اقدامات سنجیده تری انجام دهند. ولی با توجه به این که راهبردهای مثبت یا منفی تنظیم شناختی هیجان شکل خاصی از خود نظم بخشی است که به عنوان فرایندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش های هیجانی به کار می رود و در سطوح ناهشیار، نیمه هشیار و هشیار به کار گرفته می شود، این امر می تواند شناسایی هیجان ها توسط خود شخص را با مشکل مواجه کند و فرد به دلیل استفاده نا آگاهانه از این مکانیسم نتواند پاسخ های درستی در شناسایی نوع هیجان داشته باشد و باعث شود کیفیت زندگی فرد پایین بیاید (۳۸).

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده ها، در خصوص فرضیه چهارم، نشان داد که راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در رابطه با سبک دلبستگی و کیفیت زندگی تاثیر واسطه ای دارد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که بخشی از رابطه سبک های دلبستگی و کیفیت زندگی از طریق راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان اعمال می شود. مدیریت و تنظیم هیجان ها، از طریق به کارگیری راهبردهای مقابله شناختی تنظیم می شوند.

می توان گفت سبک دلبستگی ایمن، منبعی ایمن بخش برای مواجهه و مقابله با استرس است، در حالی که سبک های دلبستگی نا ایمن، چنین منبعی را فراهم نمی کنند و فرد را در برابر استرس ها تنها و درمانده رها می سازند و حتی راهبردهای مقابله ضعیف فرد را نیز از بین می برند، به عبارتی سبک دلبستگی ایمن از غنی ترین منابع درون فردی است که فرد را در برابر تنیدگی ها و آثار نامطلوب آنها توانمند می سازد و فقدان آن فرد را در مقابله با شرایط بحران زا آسیب پذیر می کند (۳۲).

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده ها، در خصوص فرضیه دوم، نشان داد که بین سبک های دلبستگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان رابطه وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با چندین یافته پیشین هم سو می باشد (۳۳، ۱۴). بنابراین می توان اذعان داشت در سازه دلبستگی عنصر هیجانی وجود دارد و تعامل های هیجانی و نظم جویی هیجان در شکل گیری دلبستگی نقش اساسی را ایفا می کنند. هم چنین، مدیریت سازش یافته تجارب هیجانی برای کنش وری اجتماعی و بهزیستی روان شناختی اهمیت اساسی دارد (۱۴).

در همین راستا نتایج پژوهشی نشان داد که دو دسته راهبردهای سازش یافته و سازش نیافته نظم دهی شناختی هیجان در رابطه بین سبک های دلبستگی و ناگویی هیجانی رابطه وجود دارند، سبک های دلبستگی ایمن و نا ایمن از طریق راهبردهای سازش یافته و سازش نیافته نظم دهی شناختی هیجانی در دو جهت متضاد با هم رابطه دارند (۳۴). سبک دلبستگی ایمن یکی از منابع اصلی تنوع راهبردهای تنظیم عواطف و هیجان ها محسوب می شود (۲).

پیوندها و تعامل های ایمن، پایگاهی امن برای افراد فراهم می سازند که بر اساس آن فرد می تواند با استفاده از راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان ها، تجربه هایش را سازمان دهی و با درماندگی ها مقابله کند. پیوندها و تعامل های سبک دلبستگی نا ایمن، فرایند تنظیم عواطف و هیجان ها را با اختلال مواجه می سازد. طبق نظریه دلبستگی، دفاع های عاطفی مرتبط با دلبستگی نا ایمن، پردازش اطلاعات

خود گزارش دهی، امکان تحریف اطلاعات به علت دفاع های ناخودآگاه و تعصب در پاسخ دهی را مطرح می سازد. انجام پژوهش بر روی نمونه هایی از سایر مناطق کشور، لحاظ کردن متغیرهای جمعیت شناختی مانند جنسیت و سابقه بیماری و هم چنین بررسی سایر متغیرهای موثر بر کیفیت زندگی بیماران ام اس ضمن افزایش تعمیم پذیری نتایج به فهم بهتر موضوع کمک می نماید.

نتیجه گیری

در مجموع مطالعه حاضر نشان دهنده رابطه نقش میانجی گرانه راهبردهای نظم جویی شناختی با سبک دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می باشد که نتایج این پژوهش می تواند به شناخت بیشتر و مداخله برای ترویج سلامت روانی پس از شروع مولتیپل اسکلروزیس کمک کند.

سپاسگزاری

به این وسیله از کلیه شرکت کنندگان پژوهش حاضر قدردانی به عمل می آید. این پژوهش حاصل از طرح تحقیقاتی می باشد که منبع مالی آن توسط نویسندگان تامین شده است. **تعارض در منافع:** وجود ندارد.

این راهبردها ممکن است سازش یافته باشند مثل کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی یا سازش نایافته مثل خود سرزنش گری، دیگر سرزنش گری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری، فاجعه نمایی (۲۳). سبک دلبستگی ایمن به عنوان عامل اصلی تاثیرگذار بر تحول مهارت های موثر تنظیم عواطف، از طریق راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان این امکان را برای فرد فراهم می سازد تا در عرصه روابط عاطفی و اجتماعی هیجان ها را به خوبی شناسایی، ابراز و مبادله کند. برعکس، سبک های دلبستگی نایمن از طریق راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان فرصت های تحولی بالقوه برای کسب و فراگیری مهارت های تنظیم عواطف در چهارچوب روابط افراد را سلب و توانایی های فرد برای شناسایی، ابراز و مبادله هیجان ها را تضعیف می کنند. یافته های پژوهشی نشان داده اند که افراد ایمن، اجتنابی و دوسوگرا راهبردهای کاملا متفاوت برای تنظیم عواطف و پردازش اطلاعات هیجانی به کار می برند و در نتیجه کیفیت زندگی آنها متفاوت است (۳۹).

انتخاب غیرتصادفی، عدم کنترل متغیرهایی مانند مصرف دارو، شدت و مدت بیماری از محدودیت های پژوهش حاضر است. هم چنین، جمع آوری اطلاعات بر اساس مقیاس های

References:

- 1-Olival GSD, Lima BM, Sumita LM, Serafim, V, Fink MC, Nali LH, et al. **Multiple sclerosis and herpesvirus interaction.** Arq neuro-psiquiatria 2013; 71(9B): 727-30.
- 2-Becker J, Callegaro D, Lana-Peixoto MA, Ferreira ML. B, Melo A, da Gama PD, Matta AP. **Season of birth as a risk factor for multiple sclerosis in Brazil.** J Neurological Sci 2013; 329(1): 6-10.
- 3-Dörr J, Döring A, Paul F. **Can we prevent or treat multiple sclerosis by individualised vitamin D supply?** EPMA J 2013; 4(1):4
- 4-Abedini E, Ghanbari Hashem Abadi B A, Talebian Sharif J. **Effectiveness of Group Therapy Based on Hope Approach on Hope and Depression in Women with Multiple Sclerosis.** J Clin Psychol 2016; 8(2): 1-11. [Persian]

- 5-Ajilchi B, Oskoei AS, Kargar, FR. *Marital Satisfaction and Mental Health in Multiple Sclerosis Patients' and Healthy Individuals' Accordance to Sex*. Psychol 2013; 4(11): 845-49.
- 6-HaresAbadi M, Karimi Monaghi H, Froghipor M, Mazlom S R. *Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis referring to Ghaem Hospital, Mashhad*. J North Khorasan Uni Med Sci 2009; 2(4): 7-12. [Persian]
- 7-Uccelli MM, Traversa S, Ponzio M. *A survey study comparing young adults with MS and healthy controls on self-esteem, self-efficacy, mood and quality of life*. J neurological Sci 2016; 368: 369-73.
- 8- Newland PK, Lunsford V, Flach A. *The interaction of fatigue, physical activity, and health-related quality of life in adults with multiple sclerosis (MS) and cardiovascular disease (CVD)*. Appl Nurs Res 2017; 33: 49-53.
- 9-Lee JS, Koo HK. *The relationship between adult attachment and depression in Korean mothers during the first 2 years postpartum: A moderated mediation model of self-esteem and maternal efficacy*. Personality and Individual Differ 2015; 79: 50-56.
- 10- Hocking EC, Simons RM, Surette RJ. *Attachment style as a mediator between childhood maltreatment and the experience of betrayal trauma as an adult*. Child Abuse Negl 2016; 52: 94-101.
- 11- Simpson JA, Rholes WS. *Adult attachment, stress, and romantic relationships*. Curr Opin Psych 2017; 13: 19-24.
- 12- Hesse C, Floyd K. *Affection mediates the impact of alexithymia on relationships*. Personality Individual Differ 2011; 50(4): 451-56.
- 13- Lichtenstein MB, Christiansen E, Elklit A, Bilenberg N, Støvning RK. *Exercise addiction: a study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles*. Psychiatry Res 2014; 215(2): 410-16.
- 14- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*. Clin Psychology Rev 2010; 30: 217-37
- 15- Cooper MJ, Warren L. *The relationship between body weight (body mass index) and attachment history in young women*. Eat Behav 2011; 12: 94-6.
- 16- Parrigon, KS, Kerns KA, Movahed Abtahi M, Koehn A. *Attachment and Emotion in Middle Childhood and Adolescence*. Psychological Topics 2015; 24: 27-50.
- 17- Izard CE, Woodburn EM, Finlon KJ, Krauthamer-Ewing ES, Grossman SR, Seidenfeld A. *Emotion knowledge, emotion utilization, and emotion regulation*. Emotion Rev 2011; 3(1): 44-52.
- 18- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp. The Netherlands: DATEC; 2002.

- 19- Schneider RL, Arch JJ, Landy LN, Hankin BL. *The Longitudinal Effect of Emotion Regulation Strategies on Anxiety Levels in Children and Adolescents*. J Clin Child & Adolescent Psychol 2016; 45: 1-14.
- 20- Marganska A, Gallagher M, Miranda R. *Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder*. American J Orthopsychiatry 2013; 83(1): 131-41.
- 21- Houman H A. *Structural Equation Modeling Using LISREL Software*. Tehran: Samt; 2006.
- 22- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. *Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems*. Personality Individual Differ 2001; 30(8): 1311-27.
- 23- Garnefski N, Kraaij V. *Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short)*. Personality and Individual Differ 2006; 41(6): 1045-53.
- 24- Hasani J. *The psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)*. J Clinical Psychol 2010; 2(3): 73-83.[Persian]
- 25- Hazan C, Shaver Ph. *Romantic love conceptualized as an attachment process*. J personality Social psychol 1987; 52(3): 511-24.
- 26- Collins NL. *Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior*. J personality Social psychol 1996; 71(4): 810-32.
- 27- Rahimian Bougar E., Nouri A, Arizi Samani SH, Molavi H, Foroughi Mobarakeh A. *Relationship between Adult Attachment Styles and Job Satisfaction and Stress in Nurses*. Iran J Psychiatry Clinical Psychol 2007; 13(2): 148-57. [Persian]
- 28- World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life; 1997.
- 29- Nejat S, Montazeri A, Mohammad K, et al. *Quality of Life in Multiple Sclerosis Compared to the Healthy Population in Tehran*. Iran J Epidem 2006; 2(3): 19-24.
- 30- DiTommaso E, Brannen-McNulty C, Ross L, Burgess M. *Attachment styles, social skills and loneliness in young adults*. Personality Individual Differ 2003; 35(2): 303-12.
- 31- Crowell JA, Fraley RC, Shaver PR. *Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment*. Handbook of attachment: Theory, Res Clin Appl 2008; 2: 599-634.
- 32- Roberts JE, Gotlib I H, Kassel JD. *Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem*. J personality Social psycho 1996; 70(2): 310.
- 33- Besharat MA, Shahidi V. *Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Attachment Styles and Alexithymia*. J Develop Psychology 2013; 10(37): 5-16. [Persian]
- 34- Morley S, Eccleston C. *The object of fear in pain*. Understanding Treating Fear of pain. 2004; 163-88.

- 35- Tanaka A, Sakamoto A, Ishigaki Y, Nikaido O, Sun G, Hase Y, Watanabe H. *An ultraviolet-B-resistant mutant with enhanced DNA repair in Arabidopsis*. Plant Physiology 2002; 129(1): 64-71.
- 36- Phillips LH, Henry JD, Nouzova E, Cooper C, Radlak B, Summers F. *Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life*. J Clin Experiment Neuropsych 2014; 36(8): 831-42.
- 37- Abolghasemi A, Sadeghi H, Shahri M. *The relationship between personality factors, emotion regulation and recognition with quality of life in patients with chronic low back pain*. Iran J Health Psychology 2013; 2(7): 32-43. [Persian]
- 38- Gresham D, Gullone E. *Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment*. Personality Individual Differ 2012; 52(5): 616-21.

Mediating role of cognitive-emotional ordering strategies in relation to attachment styles and quality of life in patients with multiple sclerosis

Javad Khalatbari^{1*}, Farzaneh Noroozi², Vahid Hemmati Sabet³, Mohammad Ebrahim Maddahi⁴

Original Article

Introduction: The aim of this study was to investigate the mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and quality of life in the patients with multiple sclerosis in Tehran.

Methods: The research method was descriptive-correlational. The statistical population of the study was all the patients with multiple sclerosis referred to Sina Hospital in Tehran in 1396. By using the sample size calculations in structural equations and available sampling method, 354 participants were selected as a sample size. In order to measure the variables, the cognitive emotion regulation strategies Questionnaire (Garnefski et al., 2001) (), Hazan and Shaver Attachment Styles (1990) and World Health Organization Quality of Life (1997) were used. The proposed model was evaluated by structural equation modeling using SPSS21 and Smart-Pls 2 and Amos-22 softwares. The technical characteristics of the questionnaire, including reliability, convergent validity and divergent validity were investigated. Moreover, path coefficients and software significance coefficients were used to examine the research hypotheses.

Results: The results of the present study showed that cognitive emotion regulation strategies have a mediating role in attachment styles and quality of life.

Conclusion: Therefore, the results of the study can lead to a better understanding to promote mental health after the onset of multiple sclerosis.

Keywords: Cognitive Regulation, Emotion, Attachment, Quality of life, Multiple sclerosis

Citation: Khalatbari J, Noroozi F, Hemmati Sabet V, Maddahi ME **Mediating role of cognitive-emotional ordering strategies in relation to attachment styles and quality of life in patients with multiple sclerosis** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2018; 26(5): 410-25

¹Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran

²Islamic Azad University of Tonekabon Branch, Mazandaran, Iran

³Islamic Azad University of Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran

⁴Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran

*Corresponding author: Tel: 09120121063, email: Javadkhalatbaripsy2@gmail.com