

The Assessment of Cognitive Emotion Regulation Strategies, Sensory Processing Sensitivity and Anxiety Sensitivity in Patients with Multiple Sclerosis

Esmeil Soleymani^{1*}, Mojtaba Habibi², Emrah Tajoddini³

1- Assistant Professor in Psychology, Department of Educational Sciences, Urmia University, Azerbaijan -e-Gharbi, Iran.

2- Assistant Professor in Psychology, Department of Psychology, Family Therapy Institute, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.

3- Ph D Student in Psychology, Department of Educational Sciences, Urmia University, Azerbaijan-e-Gharbi, Iran.

Received: 28 Jun 2016, Accepted: 10 Aug 2016

Abstract

Background: The purpose of this study was to compare the cognitive emotional regulation strategies, sensory processing sensitivity and anxiety sensitivity in patients with multiple sclerosis and normal people.

Materials and Methods: Statistical population of this study was all of patients with multiple sclerosis that referred to M.S association of Iran in the tehran. Sample of this study was 30 individuals of patients with multiple sclerosis selected by available sampling method and were matched with 30 individuals of normal people. Two groups completed cognitive emotion regulation, high sensory processing sensitivity and anxiety sensitivity questionnaires. Data were analyzed by one-way analysis of variance and Multivariate Analysis of Variance.

Results: The results indicated that there is significant difference between two groups in view of cognitive emotion regulation strategies in which the mean of scores of patients with multiple sclerosis in maladaptive strategies of self-blame, catastrophizing and other blame were more than normal people and mean of scores of them in adaptive strategies of positive refocusing, positive reappraisal and putting into perspective were less than normal people. The results also indicated that there is a significant difference between two groups in anxiety sensitivity and sensory processing sensitivity.

Conclusion: The most of emotional problems in patients with multiple sclerosis can be the result of more application of maladaptive strategies of cognitive emotion regulation, high sensory processing sensitivity and high anxiety sensitivity.

Keywords: Anxiety sensitivity, Cognitive Emotion Regulation Strategie, M.S, Sensory processing sensitivity

*Corresponding Author:

Address: Department of Educational Sciences, Urmia University, Azerbaijan –e-Gharbi, Iran.

Email: E.soleimani@urmia.ac.ir

بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، حساسیت پردازش حسی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به MS

اسماعیل سلیمانی^{۱*}، مجتبی حبیبی^۲، امراه تاج‌الدینی^۳

۱- استادیار روان‌شناسی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه ارومیه، آذربایجان غربی، ایران.

۲- استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، پژوهشکده خانواده درمانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه ارومیه، آذربایجان غربی، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۴/۰۸ تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۵/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، حساسیت پردازش حسی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به MS و افراد عادی بود.

مواد و روش‌ها: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به MS مراجعه‌کننده به انجمن MS ایران در شهر تهران بود. نمونه‌ی این پژوهش نیز ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به MS مراجعه‌کننده به انجمن MS ایران در شهر تهران بودند که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با ۳۰ نفر از افراد عادی مورد هم‌تاسازی قرار گرفتند. دو گروه پرسش‌نامه‌ی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، پرسش‌نامه‌ی حساسیت پردازشی حسی بالا و پرسش‌نامه‌ی حساسیت اضطرابی را پر کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک طرفه (آنووا) و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بین دو گروه وجود دارد، به طوری که میانگین نمرات بیماران مبتلا به MS در راهبردهای سازش نیافته ملامت خویش، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران بیش‌تر از افراد عادی و میانگین نمرات آن‌ها در راهبردهای سازش‌یافته تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری کمتر از افراد سالم بود. نتایج هم‌چنین نشان داد که بین دو گروه در حساسیت اضطرابی و حساسیت پردازش حسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: مشکلات هیجانی بیشتر بیماران مبتلا به MS می‌تواند در نتیجه‌ی استفاده‌ی بیشتر آن‌ها از راهبردهای سازش نیافته‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان، حساسیت پردازش حسی بالا و حساسیت اضطرابی بالای آن‌ها باشد.

واژگان کلیدی: حساسیت پردازش حسی، حساسیت اضطرابی، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، MS

*نویسنده مسئول: ایران، آذربایجان غربی، دانشگاه ارومیه، گروه علوم تربیتی

Email: E.soleimani@urmia.ac.ir

مقدمه

MS یک بیماری مزمن تباهی‌کننده سیستم عصبی مرکزی است که علائم آن بسته به نوع و شدت بیماری که فرد مبتلا تجربه می‌کند متفاوت است (۱). این بیماری اغلب در سال‌هایی رخ می‌دهد که فرد از آن سال‌ها انتظار سلامتی دارد و با ایجاد بیماری اطمینان فرد از بدن و سلامتی‌اش مخدوش می‌گردد (۲). نکته‌ی قابل توجه این‌که تعداد افراد مبتلا به این بیماری رو به فزونی است به طوری که از ۲/۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۸ به ۲/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۱۳ افزایش داشته است (۳) و همین امر لزوم توجه بیشتر به مشکلات این بیماران را دوچندان کرده است.

علاوه بر علائم جسمانی گسترده‌ای که در اثر این بیماری ظاهر می‌شود (۴)، مشکلات هیجانی و روانی که این بیماران تجربه می‌کنند منجر به کاهش توانایی سازگاری با بیماری شده و مشکلات زندگی را برای آنها دوچندان می‌کند. به عنوان مثال، پژوهش‌ها میزان بالایی از افسردگی را در بیماران مبتلا به ام اس با شیوع ۵۰ درصدی در طول زندگی و شیوع سالیانه‌ی ۲۰ درصدی گزارش کرده‌اند (۵). افسردگی به عنوان شایع‌ترین علت شناخته شده‌ی ایجاد درد و رنج عاطفی در زندگی و عامل اصلی در کاهش قابل ملاحظه‌ی کیفیت زندگی مطرح می‌شود (۶). همبودی افسردگی با MS باعث کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطر خودکشی در آنها می‌شود (۷). مثالی دیگر مشکلات اضطرابی است که در این بیماران از ۱۴ درصد تا ۴۱ درصد متغیر است (۸). در واقع علائم افسردگی و اضطرابی شایع‌ترین واکنش‌های روانی مشاهده شده در این بیماران به شمار می‌روند (۱).

اولین متغیر مورد مقایسه بین بیماران MS و افراد عادی در پژوهش حاضر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجانی می‌باشد. نظم‌جویی شناختی هیجان یکی از راهکارهای نظم‌جویی هیجان به شمار می‌آید. بر اساس رویکرد نظم‌جویی هیجان، هیجانات عاملی اساسی و مهم در تجارب انسان‌ها محسوب می‌شوند با این حال زمانی که با توانایی فرد برای

سازگارانه رفتار کردن تداخل پیدا می‌کنند، ناکارآمد می‌شوند. نظم‌جویی هیجان را می‌توان راهکار مقابله‌ای که فرد به هنگام مواجهه با هیجانات ناخوشایند به کار می‌گیرد، تعریف کرد (۹). مهارت‌های نظم‌جویی هیجان برای سلامت روانی حیاتی است (۱۰) و می‌تواند سلامت روانی را در تمام دوره‌های زندگی پیش‌بینی کند (۱۱). در واقع هر گونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روانی هم‌چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد (۱۲). از طرفی، نظم‌جویی شناختی هیجان بر جنبه‌ی شناختی مقابله تأکید دارند. به عبارتی، در نظم‌جویی شناختی هیجان چگونگی ارزیابی سیستم شناختی فرد در مواجهه با حوادث منفی از اهمیت بالایی برخوردار است (۱۳). گارنفسکی، کرایج و اسپنهایون (۱۴) با بازنگری ادبیات پژوهشی و نظری در زمینه‌های شناختی مقابله و نظم‌جویی هیجان، ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را مطرح نمودند. از بین این راهبردها، ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران جزء راهبردهای سازش‌نا یافته نظم‌جویی شناختی هیجان قرار می‌گیرند در حالی که راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری به گروه راهبردهای سازش یافته تعلق دارند. یافته‌های پژوهشی کلی بیان‌گر این است که راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با اختلالات هیجانی و آسیب‌شناسی روانی در ارتباط است و استفاده‌ی مطلوب از راهبردهای سازش یافته هم‌چون ارزیابی مجدد مثبت منجر به کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت می‌شود (۱۵، ۱۶).

متغیر بعدی مورد مطالعه در پژوهش حاضر حساسیت اضطرابی است. حساسیت اضطرابی ترس از احساسات پیکری (هم‌چون افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، تعریق کردن و غیره) است که به هنگام برانگیختگی اضطراب

این مشکلات کرده باشد. در همین راستا و در پی یافتن دلایل زیربنایی مشکلات هیجانی و روانی در بیماران مبتلا به MS، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سوال است که راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، حساسیت اضطرابی و حساسیت پردازش حسی در بیماران مبتلا به MS با افراد عادی متفاوت است یا نه. از سوی دیگر، با توجه به بررسی‌های انجام شده، پژوهشی که این متغیرها را در این بیماران مورد بررسی قرار دهد یافت نشد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی این متغیرها و ارتقاء آگاهی در مورد علت‌های احتمالی مشکلات هیجانی هم‌چون افسردگی و اضطراب در این بیماران انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر گذشته‌نگر بوده و به لحاظ شیوه‌ی گردآوری داده‌ها و عدم دستکاری متغیرهای موجود به طرح‌های علی مقایسه‌ای از نوع مقطعی تعلق دارد. متغیرهای وابسته در این مطالعه، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، حساسیت پردازش حسی و حساسیت اضطرابی بود. متغیرهای مستقل نیز بیماران مبتلا به MS و افراد عادی بود.

جامعه‌ی مورد مطالعه پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به MS بودند که در بازه‌ی زمانی زمستان سال ۹۴ به انجمن MS ایران در شهر تهران مراجعه کرده بودند. در پژوهش حاضر دو گروه آزمودنی شامل افراد مبتلا به MS و افراد عادی شرکت داشتند. با توجه به طرح پژوهشی که روش علی مقایسه‌ای بوده و در این روش پژوهشی حداقل نمونه‌ی توصیف شده ۱۵ نفر می‌باشد (۲۶)، اما به دلیل افزایش اعتبار پژوهشی و احتمال افت آزمودنی‌ها ۳۰ نفر برای هر گروه مورد مطالعه انتخاب گردید. بدین صورت که ابتدا بر اساس شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از افراد مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن MS ایران در شهر تهران انتخاب شدند. در مرحله بعد ۳۰ نفر از افراد عادی بر اساس متغیرهای سن و سطح تحصیلات با گروه اول مورد هم‌تاسازی قرار گرفته و به عنوان

پدیدار می‌شوند و از این عقیده ناشی می‌شود که این علائم به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی و بدنی منجر می‌شود (۱۷). افراد با حساسیت اضطرابی بالا گرایش دارند این گونه احساسات و علائم را فاجعه‌سازی کنند. یکی از ویژگی‌های افراد با حساسیت اضطرابی بالا ارزیابی منفی و ترس زیاد از همه‌ی نشانه‌های عادی اضطراب است. این امر باعث می‌شود آنها به این علائم عادی واکنش شدیدتری از خود نشان دهند و همین امر نیز منجر می‌شود شدت علائم اضطراب در آنها افزایش یابد. به این ترتیب فرد در یک دور معیوب قرار می‌گیرد (۱۸). شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهند که حساسیت اضطرابی نقش بسیار مهمی را در اختلالات بالینی بویژه اختلالات اضطرابی ایفا می‌کند (۱۹).

آخرین تغییری که در این پژوهش مورد مطالعه قرار می‌گیرد حساسیت پردازش حسی است. حساسیت پردازش حسی نوعی خلق و خو یا صفت شخصیتی است که با حساسیت به محرک‌های درونی و بیرونی هم‌چون علائم اجتماعی و هیجانی (۲۰)، واکنش‌پذیری بالا، حساسیت به محرک‌های ظریف و آشفتگی به هنگام مواجهه با محرک‌های جدید (۲۱) شناخته می‌شود. آرون (۲۲) حساسیت پردازش حسی را متشکل از چهار مولفه در نظر می‌گیرد: ۱- عمق پردازش ۲- استعداد بیش برانگیختگی ۳- تهییج‌پذیری بالا و ۴- حساسیت به محرک‌های ظریف. بررسی متون روان‌شناختی نشان می‌دهند که افراد با حساسیت پردازشی حسی بالا، سطوح بالاتری از اضطراب، هیجان‌ناپذیری و خجالت و شرم را از خود نشان می‌دهند (۲۳-۲۵).

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که مشکلات هیجانی و روانی هم‌چون افسردگی و اضطراب در این بیماران شایع است. این مشکلات کیفیت زندگی و رضایت از زندگی را در این بیماران پایین آورده و در کنار مشکلات جسمانی حاصل از این بیماری، مشکلات را برای آنها دو چندان می‌سازد. بنابراین توجه به مشکلات هیجانی این بیماران و علل زمینه‌ساز آنها می‌تواند کمک شایانی در مسیر مرتفع ساختن

نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه‌ی نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده مقیاس شامل ۴ ماده است. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیان‌گر میزان استفاده‌ی بیشتر از راهبرد مذکور در مواجهه و مقابله با وقایع استرس‌زا است (۱۴). نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه در ایران توسط حسینی (۲۷) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، اعتبار مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه‌ی همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسش‌نامه از طریق تحلیل مولفه‌ی اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه‌ی همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش شده است.

مقیاس شخص با حساسیت پردازش حسی بالا (HSPSS): این مقیاس را آرون و آرون (۲۱) برای سنجش افرادی که با شدت بیشتری به محرک‌های محیطی واکنش نشان می‌دهند، ساخته‌اند. سه بعد تشکیل‌دهنده‌ی این مقیاس عبارتند از «به آسانی برانگیخته شدن» (دارای ۱۲ ماده)، «حساسیت زیباشناختی» (دارای ۷ ماده) و «آستانه‌ی حسی پایین» (دارای ۶ ماده) (۲۸). تحلیل عاملی تاییدی این مقیاس در مقایسه با تحلیل اکتشافی نشان داد که ضریب هم‌بستگی به آسانی برانگیخته شدن و حساسیت زیباشناختی ۰/۴۰، آستانه‌ی حسی پایین و حساسیت زیباشناختی ۰/۴۵ و آستانه‌ی حسی پایین و به آسانی برانگیخته شدن ۰/۷۳ است. اسمولوسکا، مک‌کاب و وودی (۲۸) اعتبار این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش نمودند.

پرسش‌نامه‌ی حساسیت اضطرابی: پرسش‌نامه‌ی حساسیت اضطرابی (ASI) یک پرسش‌نامه‌ی خودگزارش دهی است که ۱۶ گویه دارد و بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی (خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴) است. هر گویه این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت

گروه مقایسه انتخاب شدند. ملاک‌های ورودی در انتخاب افراد مبتلا به MS عبارت بودند از: محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰ سالگی، حداقل میزان تحصیلات سیکل و عدم ابتلا به دیگر بیماری‌های پزشکی. علاوه بر این افراد عادی افرادی بودند که بر اساس گزارش شخصی و مصاحبه‌ی بالینی، سابقه‌ی مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس را نداشتند و به اختلال جسمانی-فیزیولوژیکی خاصی مبتلا نبودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک راه (ANOVA) و تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل پرسش‌نامه اطلاعات فردی مبنی بر دو قسمت خصوصیات جمعیت شناختی (سن، جنس، قد، وزن، میزان تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل، کفایت درآمد، نوع حمایت مالی) و اطلاعات مربوط به بیماری (طول مدت ابتلا، دفعات بستری در بیمارستان، مهم‌ترین مشکل ناتوان‌کننده بیماری، ابتلا به سایر بیماری‌ها، نوع داروی مصرفی، نوع MS، وضعیت گسترش ناتوانی) و پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان، مقیاس شخص با حساسیت پردازش حسی بالا و پرسش‌نامه‌ی حساسیت اضطرابی است.

پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ-P): پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان یک پرسش‌نامه‌ی چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر خلاف سایر پرسش‌نامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسش‌نامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه‌ی منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۳۶ ماده می‌باشد. این پرسش‌نامه برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم جمعیت به هنجار و هم جمعیت بالینی) قابل استفاده می‌باشد. این پرسش‌نامه از ۹ خرده مقیاس تشکیل می‌شود. خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش،

زاده (۳۲) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و با همین روش در پژوهش قاسمی (۳۳)، ۰/۸۹ گزارش شد. به منظور اجرای پژوهش، پس از اخذ نامه‌ای از دانشگاه، به انجمن MS ایران در شهر تهران مراجعه شد. با رعایت ملاک‌های ورود و خروج پژوهش حاضر و براساس نوع نمونه‌گیری که در دسترس بود به تربیت با مراجعه بیماران به انجمن و با رضایت خود بیماران و اخذ رضایت کتبی، مقیاس‌های متغیرهای وابسته اجرا گردید. سپس براساس روش هم‌تاسازی از لحاظ سن، جنس و سطح تحصیلات گروه غیر مبتلا از بین مردم عام انتخاب و مقیاس‌های متغیرهای وابسته اجرا گردید. در نهایت داده‌های به دست آمده به وسیله نرم افزار SPSS و با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری مانکووا (MACOVA)، آزمون شاپیرو ویلک، آزمون باکس و آزمون لوین تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سن و سطح تحصیلات آزمودنی‌های دو گروه درج شده است.

ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارند. درجه‌ی تجربه‌ی ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۶۴ است. ساختار این پرسش‌نامه از سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است (۲۹). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از دو هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ به دست آمد که حاکی از این است که حساسیت اضطرابی یک سازه‌ی شخصیتی پایدار است (۳۰). اعتبار آن در نمونه‌ی ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. روایی پرسش‌نامه مذکور با توجه به همبستگی خرده مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر محاسبه شد. ضرایب همبستگی با نمره‌ی کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود (۳۱). پایایی مقیاس مذکور در پژوهش مشهدی، قاسم پور، اکبری، ایل بیگی و حسن

جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بر اساس سن و سطح تحصیلات

گروه	N	سطح تحصیلات (سال)			سن		
		M & SD	T	Sig	M & SD	T	sig
بیماران مبتلا به MS	۳۰	۱۲/۸۳ (۰/۳۷)	-	۰/۴۹۲	۳۷/۲۷ (۱/۲۴)	۰/۹۲۲	۰/۳۶۰
افراد سالم	۳۰	۱۳/۲۰ (۰/۳۷)	۰/۶۹۱		۳۵/۷۷ (۱/۰۵)		

حسی و حساسیت اضطرابی از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمودنی در حساسیت پردازش حسی و حساسیت اضطرابی همراه با مقادیر F را نشان می‌دهد.

بررسی داده‌های جدول ۱ در متغیر سن و سطح تحصیلات نشان می‌دهد که دو گروه در این متغیرها تفاوت معنی‌اداری ندارند و با یکدیگر مورد هم‌تاسازی قرار گرفته‌اند. به منظور مقایسه دو گروه آزمودنی در حساسیت پردازش

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون F برای مقایسه گروه‌ها در حساسیت پردازش حسی و حساسیت اضطرابی

گروه	متغیر وابسته مورد مطالعه							
	حساسیت اضطرابی				حساسیت پردازش حسی			
	sig	F	SD	M	sig	F	SD	M
بیماران مبتلا به MS	۰/۰۱۴	۶/۳۸	۱۲/۰۱	۴۸/۷۳	۰/۰۰۳	۹/۹۶	۶/۴۰۰	۷۴/۸۳۳
افراد سالم			۵/۳۳	۴۲/۶۷			۵/۱۴۸	۷۰/۱۰۰

متغیری نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با این حال این معنی‌داری مشخص نمی‌کند گروه‌ها در کدام راهبردها با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل واریانس یک راه استفاده شد. در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک راهه قید شده است.

داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه در حساسیت اضطرابی و حساسیت پردازش حسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به منظور بررسی تفاوت بین دو گروه در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان ابتدا از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج چهار آزمون آماری تحلیل واریانس چند

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان

راهبرد	گروه	M	SD	F	sig	[η^2]
ملاحت خویش	بیماران مبتلا به MS	۱۰/۸۷	۲/۷	۱۹/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۲۵۲
	افراد سالم	۸/۳۷	۱/۵۱			
نشخوارگری	بیماران مبتلا به MS	۱۳/۱۷	۲/۵۳	۱/۰۴۵	۰/۳۱۱	۰/۰۱۸
	افراد سالم	۱۲/۶	۱/۶۷			
فاجعه‌سازی	بیماران مبتلا به MS	۱۳/۶	۱/۸۳	۲۷/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۳۲۲
	افراد سالم	۱۰/۸۰	۲/۲۸			
ملاحت دیگران	بیماران مبتلا به MS	۱۲/۳۶	۲/۷۶	۱۸/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۲۳۹
	افراد سالم	۹/۷۷	۲/۴۳			
پذیرش	بیماران مبتلا به MS	۱۱/۹۰	۲/۴۷	۰/۳۳۰	۰/۵۶۸	۰/۰۰۶
	افراد سالم	۱۲/۲۰	۱/۴۴			
تمرکز مجدد مثبت	بیماران مبتلا به MS	۱۰/۵۳	۲/۵۷	۱۷/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۲۲۷
	افراد سالم	۱۲/۹	۱/۸۰			
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	بیماران مبتلا به MS	۱۲/۲	۲/۴	۰/۹۰۶	۰/۳۴۵	۰/۰۱۵
	افراد سالم	۱۲/۸	۲/۴۸			
ارزیابی مجدد مثبت	بیماران مبتلا به MS	۱۰/۳۴	۲/۵۴	۲۱/۰۸	۰/۰۰۰	۰/۲۶۷
	افراد سالم	۱۳/۱۳	۱/۹۸			
دیدگاه‌گیری	بیماران مبتلا به MS	۱۰/۶۰	۳/۱۲	۷/۱۲	۰/۰۱۰	۰/۱۰۹
	افراد سالم	۱۲/۴۳	۲/۰۹			

بیماران مبتلا به MS کمتر از افراد عادی به کار گرفته می‌شود. در راهبرد سازش نایافته نشخوارگری و راهبردهای سازش یافته پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

همان‌طور که داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، راهبردهای سازش نایافته نظم‌جویی شناختی ملاحت خویش، فاجعه‌سازی و ملاحت دیگران در بیماران مبتلا به MS بیشتر از افراد عادی مشهود است و راهبردهای سازش یافته تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری از سوی

بحث

از بالا بودن افسردگی و به ویژه اضطراب در افرادی است که حساسیت پردازش حسی بالایی دارند. یافته‌ی پژوهش حاضر مبنی بر بالا بودن حساسیت پردازش حسی در بیماران مبتلا به MS با این یافته‌ها همسو می‌باشد. افراد با حساسیت پردازش حسی بالا تمایل به پردازش اطلاعاتی با آستانه‌های پایین‌تر دارند و همین امر این افراد را نسبت به محرک‌های محیطی آسیب‌پذیر می‌کند و باعث می‌شود از نظر فیزیولوژیکی بیشتر واکنش نشان دهند و سریع‌تر برانگیخته شوند (۳۵). حساسیت اضطرابی عامل دیگری است که می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات هیجانی شود. شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهند که حساسیت اضطرابی نقش بسیار مهمی را در اختلالات بالینی به ویژه اختلالات اضطرابی ایفا می‌کند (۱۹). همسو با یافته‌های مرتبط، پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به MS در مقایسه با افراد عادی حساسیت اضطرابی و حساسیت پردازش حسی بالایی را در مقایسه با افراد عادی از خود نشان می‌دهند. در توجیه و تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان داشت که بیماران مبتلا به MS مشکلات هیجانی (هم‌چون استرس و اضطراب) بیش‌تری را در مقایسه با افراد عادی تجربه می‌کنند (۵، ۸). با توجه به این که MS نوعی بیماری است که می‌تواند فرد را در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زای زیادی که منجر به هیجان‌ات منفی می‌شوند، قرار دهد، هر گونه نقص در تنظیم این هیجان‌های منفی می‌تواند فرد را در برابر مشکلات هیجانی هم‌چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد. یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به MS بیشتر از راهبردهای سازش‌نیافته نظم‌جویی شناختی هیجان و کمتر از راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی هیجان استفاده می‌کنند که این می‌تواند علت احتمالی برای بیشتر بودن مشکلات هیجانی هم‌چون افسردگی و اضطراب در آنها باشد. این یافته همسو با پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه است که نشان می‌دهند افرادی که از راهبردهای سازش‌نیافته نظم‌جویی شناختی هیجان استفاده می‌کنند نسبت به سایر افراد در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرترند در حالی که افرادی که از راهبردهای سازش‌یافته استفاده می‌کنند، آسیب‌پذیری کمتر است (۳۴). از سوی دیگر، یافته‌های پژوهشی (۳۵-۳۷) حاکی

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، حساسیت پردازش حسی و حساسیت اضطرابی بین بیماران مبتلا به ام.س و افراد عادی بود. یافته‌ها بیان‌گر این بود که بیماران مبتلا به MS در مقایسه با افراد عادی به هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا، بیشتر از راهبردهای سازش‌نیافته نظم‌جویی شناختی هیجان (ملامت خویش، ملامت دیگران و فاجعه‌سازی) و کمتر از راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی شناختی هیجان (تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری) استفاده می‌کنند. پژوهش حاضر هم‌چنین نشان داد که بیماران مبتلا به MS حساسیت اضطرابی و حساسیت پردازش حسی بالایی را در مقایسه با افراد عادی از خود نشان می‌دهند. در توجیه و تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان داشت که بیماران مبتلا به MS مشکلات هیجانی (هم‌چون استرس و اضطراب) بیش‌تری را در مقایسه با افراد عادی تجربه می‌کنند (۵، ۸). با توجه به این که MS نوعی بیماری است که می‌تواند فرد را در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زای زیادی که منجر به هیجان‌ات منفی می‌شوند، قرار دهد، هر گونه نقص در تنظیم این هیجان‌های منفی می‌تواند فرد را در برابر مشکلات هیجانی هم‌چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد. یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به MS بیشتر از راهبردهای سازش‌نیافته نظم‌جویی شناختی هیجان و کمتر از راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی هیجان استفاده می‌کنند که این می‌تواند علت احتمالی برای بیشتر بودن مشکلات هیجانی هم‌چون افسردگی و اضطراب در آنها باشد. این یافته همسو با پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه است که نشان می‌دهند افرادی که از راهبردهای سازش‌نیافته نظم‌جویی شناختی هیجان استفاده می‌کنند نسبت به سایر افراد در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرترند در حالی که افرادی که از راهبردهای سازش‌یافته استفاده می‌کنند، آسیب‌پذیری کمتر است (۳۴). از سوی دیگر، یافته‌های پژوهشی (۳۵-۳۷) حاکی

نتیجه‌گیری

در مجموع، یافته‌ی پژوهش حاضر بیان‌گر حساسیت اضطرابی بالا، حساسیت پردازش حسی بالا و استفاده‌ی بیشتر از راهبردهای سازش‌نیافته نظم‌جویی شناختی هیجان در بیماران مبتلا به MS است. هر یک از عوامل می‌توانند به عنوان عوامل زمینه‌ساز مشکلات هیجانی در این بیماران در نظر گرفته شوند. این نتایج می‌تواند تلویحات کاربردی زیادی در فرآیند آموزش راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی شناختی هیجان و ارائه راهبردهای لازم برای کاهش حساسیت اضطرابی و حساسیت پردازش حسی به منظور کنترل عوامل زمینه‌ساز مشکلات هیجانی در این بیماران داشته باشد. در نهایت، یادآور می‌شود که پژوهش حاضر به لحاظ استفاده از نمونه‌گیری در دسترس محدودیت داشته است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن مرتفع ساختن محدودیت مذکور، به

try and Clinical Neurosciences 2011; 23:198 – 200.

8. Korostil M, Feinstein A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Mult Scler* 2007;13: 67-72.

9- Leahy RL. *Emotion Regulation in Psychotherapy*. New York: Guilford Press. 2012.

10. Moyal N, Henik A, Anholt GE. Cognitive strategies to regulate emotions—current evidence and future directions, *Front. Psychol*, 2014.

11. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Journal of Behavioural Medicine* 2012; 25:128-134.

12. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *J Youth Adolesc* 2003; 10(32):401-8.

13. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Pers Individ Dif*. 2003; (25):603-11.

14. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies*. Leiderdorp: The Netherlands: DATEC; 2002.

15. Harvey A., Watkins E., Mansell W, Shafran R. *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.

16. Rottenberg J, Gross JJ. When emotion goes wrong: realizing the promise of affective science. *Clin Psychol Sci Pract* 2007; 10(2):227-32.

17. Deacon BJ, Jonathan S, Carol M, David F. The Anxiety Sensitivity Index - Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behavior Research and Therapy* 2003; 41: 1427–1449.

18. Wheaton MG., Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: evaluation of the ASI-3. *J anxiety disord* 2012;26(3):401-8.

بررسی مشکلات هیجانی بیماران MS از دیگر زوایا پرداخته تا درک کامل‌تری از آنها به دست آید.

تشکر و قدردانی

از همکاری انجمن MS ایران در شهر تهران و به ویژه کلیه بیمارانی که قبول زحمت کرده و ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود. همچنین این تحقیق با حمایت ستاد راهبردی توسعه‌ی علوم و فناوری‌های شناختی انجام گرفته است و از کلیه کسانی که در اجرای این تحقیق با محققین همکاری نمودند، کمال سپاس‌گزاری و تشکر را داریم.

منابع

- Ioanna T, Margarita A, George Z. *Depressive and Anxiety Symptomatology amongst Multiple Sclerosis Young Women: The Occupational Therapy's Perspective*. *Health Science Journal* 2015;9:3-7.
- Merkelbach S, Sittinger H, Koenig J. Is there a differential impact of Fatigue and physical disability on quality of life in Multiple Sclerosis? *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2002; 190(6):13-22.
- Multiple Sclerosis International Federation. *Atlas of MS*. http://www.msif.org/includes/documents/cm_docs/2013/m/msif-atlas-of-ms-2013-report.
- Doring A, Pfueller CF, Paul F, Dorr J. Exercise in multiple sclerosis -- an integral component of disease management. *EPMA J* 2012; 3(1): 2.
- Siebert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76:469–475.
- Nuval JA. *The relationship of depression with intrinsic and extrinsic components of religiosity in the older adult female*. Ph.D dissertation, Indiana state University, Terre Haute, Indiana. 2010.
- Byatt N, Rothschild AJ, Riskind P, Ionete C, Hunt AT. Relationships between Multiple Sclerosis and Depression. *The Journal of Neuropsychia-*

19. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the anxiety sensitivity index-3. *Psychological Assessment* 2007;19(2):176-188.
20. Jagiellowicz J, Xu X, Aron A, Aron E, Cao G, Tingyong FT, et al. The trait of sensory processing sensitivity and neural responses to changes in visual scenes, *Social Cognitive and Affective Neuroscience Advance* 2010.
21. Aron EN, Aron A. Sensory-Processing Sensitivity and Its Relation to Introversion and Emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology* 1997; 73(2):345-368.
22. Aron EN. Author's Note, 2012. Retrieved from http://hsperson.com/pdf/Authors_note_HSPbk_Preface.pdf.
23. Neal J, Edelmann RJ, Glachan M. Behavioral inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology* 2002; 41:361-374.
24. Jerome EM, Liss M. Relationships between sensory processing style, adult attachment, and coping. *Personality and Individual Differences* 2005; 38: 1341-1352.
25. Aron EN, Aron A. Adult shyness: The interaction of temperamental sensitivity and an adverse childhood environment. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2005; 31: 181-197.
26. Delavar A. Probability and applied statistics in psychology and education sciences. Tehran: roshd; 2008.
27. Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]. *J Clin Psychol* 2011; 2(3):73-83. [Persian].
28. Smolewska KA, McCabe SB, Woody EZ. A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and "Big Five". *Personality and Individual Differences* 2006; 40: 1269-1279.
29. Floyd M, Garfield A, Marcus T. Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences* 2005;38, 1223-1229.
30. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy* 1986 ;4(3): 241-248.
31. Bayrami M, Akbari E, Qasempoor A, Azimi Z. study of anxiety sensitivity, meta- Worry and components of emotion regulation in students with clinical symptoms of social anxiety and normal students. *Journal of Clinical Psychology*, 2011; 2(8):43-49.
32. Mashhadi A, Qasempoor A, Akbari E, Elbeigi R, Hasanzadeh SH. The Role of Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation in Prediction of Students Social Anxiety Disorder. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2013; 14(2): 89-99.
33. Qasemi N. comparison of anxiety sensitivity and welfare between people with irritable bowel syndrome and normal people in Shiraz. *Journal of fasa university medical*
34. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five practicing clinician. London: Routledge 2009; p. 187-204.
35. Jerome EM, Liss M. Relationships between sensory processing style, adult attachment, and coping. *Personality and Individual Differences* 2005; 38, 1341-1352.
36. Aron EN, Aron A, Davies K.M. Adult shyness: The interaction of temperamental sensitivity and an adverse childhood environment. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin* 2005;31(2), 181-197.
37. Neal J, Edelmann RJ, Glachan M. Behavioral inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology* 2002 ; 41, 361-374.