



مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس و افراد سالم

شهرستان کرمان

مریم شکرخدایی، ویدا سادات رضوی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران.

گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران.

چکیده

این تحقیق با هدف مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس و افراد سالم شهرستان کرمان در سال ۱۳۹۵ انجام شد. روش تحقیق توصیفی و از نوع علی مقایسه ای بوده است. جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به مالتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به انجمن ام اس مرکز مشاوره شادزی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ که به تعداد ۳۷۴ نفر می باشند و نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به انجمن ام اس مرکز مشاوره شادزی شهر کرمان که بصورت نمونه گیری در دسترس و ۴۰ نفر از افراد سالم مراجعه کننده به مرکز مشاوره شادزی شهر کرمان در نظر گرفته شد که با روش نمونه گیری غیر تصادفی و داوطلبانه انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسش نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و کرایج (۲۰۰۱) بود. یافته ها با استفاده از آزمون تی مستقل تحلیل شد و نشان داد که بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به ام اس و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، مالتیپل اسکروزیس

مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس یکی از بیماری های قرن حاضر است که متأسفانه قشر وسیعی از دختران و پسران جوان به آن مبتلا می شوند. علت ایجاد این بیماری اکنون مشخص نشده است و نظرات مختلفی توسط متخصصان ارائه شده و روش قطعی برای درمان آن مطرح نشده است. این بیماری را ویروسی می نامند و دلیل قانع کننده ای هم برای آن ندارند. این بیماری دارای علائم و نشانه های مختلفی است و همچنین عوارض و عواقب متفاوتی به همراه دارد. کم توانی و نهایتاً ناتوانی، محدودیت های حرکتی، استرس، اختلالات روحی- روانی و عصبی، افسردگی و... از عوارض مهم و عمده ای است که می تواند در زندگی فردی و اجتماعی این بیماران اثر گذاشته و بیماران مبتلا به بیماری ام اس را مبدل به افرادی منزوی و گوشه گیر نماید (خداپناهی، ۱۳۸۸).

حمایت اجتماعی تبادلات بین فردی در میان اعضای شبکه اجتماعی است که به صورت روابط دوسویه و غیررسمی و معمولاً خود به خودی و سودمند می باشد و دارای دو حیطه عملکردی حمایت اجتماعی درک شده و ساختاری اندازه شبکه اجتماعی است. حمایت اجتماعی درک شده، نظر افراد در مورد حمایت از ایه شده را منعکس می کند و اندازه شبکه اجتماعی نیز به همه افراد شناخته شده به وسیله فرد یا بیمار بر می گردد (صحت، ۱۳۸۹).

از طرفی بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می دهد، مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می کند باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب پذیری، گیجی، درد، علایم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می شود. عملکردهای روزانه، فعالیت های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می کند و در عوض نقشهای جدیدی را مطرح می سازد و باعث می شود بیماران به دیگران وابسته و کمتر قادر به حمایت کردن از سایرین باشند و به علاوه نتوانند در فعالیت های اجتماعی معمول شرکت کنند. تمامی این مشکلات به علاوه بستری شدن های طولانی، مراجعات مکرر به پزشک، درمان های مختلف، عوارض آنها و هزینه های بالای درمان باعث کاهش کیفیت زندگی این بیماران می شود (محمودی، ۱۳۸۶).

نتایج کلی این پژوهش نشان می دهد که تنظیم هیجانات به عنوان قوی ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری افراد با بیماری ام اس و شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند و از طریق ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود وضعیت های بهداشتی و در پایان بهبودی کیفیت زندگی افراد می شود (احمدی، ۱۳۸۷).

مدیریت و تنظیم هیجانها، بر اساس فرایندها و فنون متعدد صورت می گیرد؛ فزونی که ممکن است به صورت خودکار یا هدفمند و هشیار یا ناهشیار به کار بسته شوند. یکی از گسترده های اصلی فعالیت هیجانها، انگیزتگی و تنظیم آنها در پاسخ به عوامل استرس زا است. در این گستره، راهبردهای تنظیم هیجان به مثابه راهبردهای مقابله با استرس در نظر گرفته شده اند (بشارت، ۱۳۹۲).

تنظیم هیجان، به فرایند تعدیل یک یا چند جنبه از تجربیات یا پاسخ های هیجانی تعریف شده است. تنظیم هیجان نقش مهم و اساسی در بهزیستی روانشناختی ایفا می کند (نیکلینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). تنظیم هیجان به عنوان یک فاکتور مهم جهت عملکرد سازگارانه لازم است و استفاده از راهبردهای سازگارانه منجر به نتایج منفی از جمله بهزیستی پایین می شود. تنظیم هیجان و بهزیستی دو مفهوم مرتبط هستند که از زوایای مختلف با هم ارتباط دارند. این دو مفهوم از نواحی مغزی مشابهی برانگیخته می شوند که در رفتار تعاملی با دیگران نقش دارند. بعلاوه این دو بر عملکرد بهینه و غیر بهینه، آسیب شناسی روانی، انزوای اجتماعی و علائم جسمانی تاثیر دارند. هدف بسیاری از بررسیهای انجام شده در زمینه هیجان، تنظیم پیامدهای آن بر رفتار و شناخت است هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی روبرو می شود، احساس خوب و خوش بینی، به تنهایی برای کنترل هیجان های وی کافی نیست. او نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد و می کوشد هیجان های خود را کنترل کند. کنترل هیجان شامل ایجاد افکار و رفتار هایی است که به افراد آگاهی می دهد چه نوع هیجانی دارند، چه هنگام این هیجان در آنها پدید می آید و چگونه باید آن را ابراز نمایند (ساراسون، ۲۰۰۸). تنظیم هیجان بیشتر در دو چارچوب مهم بررسی می شود:

۱. راهبردهای تنظیم هیجان پیش از رخداد حادثه (پیش از ایجاد هیجان و یا در آغاز بروز آن فعال می شوند و از بروز هیجان های شدید پیشگیری می کنند) و ۲. راهبردهایی که پس از بروز حادثه و یا پس از پیدایی هیجان فعال می شوند (این راهبردها نمی توانند از ایجاد هیجان های شدید پیشگیری کنند)

¹ Nikling

راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی که پیش از رخداد حادثه استرس زا فعال می شوند باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می گردند که پاسخ هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش می دهند این فرایند باز ارزیابی نامیده می شود (نیکلینگ و همکاران، ۲۰۱۱). در ارزیابی تأثیر تنظیم هیجان بر شادکامی که یکی از زیر مولفه های بهزیستی روان شناختی می باشد، پژوهش ها نشان دادند که افراد به دلیل ارزیابی مثبت از رویدادها، شادتر هستند و همچنین پژوهش ها نشان می دهند که بازداری هیجانی که از راهبردهای تنظیم هیجان است با کاهش هیجانات مثبت عملکرد بین شخصی با کاهش بهزیستی مرتبط است. نتایج پژوهشی حاکی است که بر خلاف بازداری هیجانی، باز ارزیابی شناختی که دیگر راهبرد تنظیم هیجانی می باشد به طور مثبت با عاطفه مثبت و بهزیستی روان شناختی رابطه دارد و موجب افزایش عملکرد بین فردی و خلق مثبت افراد و کاهش عاطفه منفی علاوه، می شود بر این مطالعات نشان داده است که مداخله های روان شناختی با تعدیل تنظیم هیجان در کاهش نشانه های اختلالات روان شناختی موثر بوده اند (سلیمانی، ۱۳۹۳). لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال اساسی می باشد که آیا بین تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به ام اس و افراد سالم تفاوت معنی داری وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر علی مقایسه ای است جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس مرکز مشاوره شادزی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ که به تعداد ۳۷۴ نفر می باشند. جامعه آماری کلیه افراد سالم مراجعه کننده به مرکز مشاوره شادزی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ می باشند پژوهش حاضر ۴۰ نفر از بیماران ام اس مراجعه کننده به مرکز مشاوره شادزی شهر کرمان که بصورت نمونه گیری در دسترس بوده است و ۴۰ نفر افراد سالم مراجعه کننده جهت مشاوره به مرکز مشاوره شادزی بوده که به صورت غیر تصادفی و داوطلبانه انتخاب شده اند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان: CERQ

این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال بوده و هدف آن سنجش خرده مقیاس های نظم جویی شناختی هیجان (ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه گیری، فاجعه سازی، ملامت دیگران) است. این پرسش نامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخدادها تهدید کننده یا استرس های زندگی به کار می برد ابداع شده است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه در جدول زیر ارائه گردیده است:

هرگز= ۱ گاهی= ۲ مرتباً= ۳ اغلب= ۴ همیشه= ۵

این مقیاس شامل ۹ خرده مقیاس است که هر کدام یک راهبرد خاص از راهبردهای شناختی را ارزیابی می کند. خرده مقیاس ها عبارتند از: مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، پذیرش رخداد، توجه مجدد برنامه ریزی برای چگونگی برخورد با رخداد، توجه مثبت مجدد به مسائل خوشایند به جای تفکر درباره آن رخداد واقعی، نشخوار فکری، باز ارزیابی مثبت، رسیدن به یک دور نما (افکار مربوط به نسبی بودن آن رخداد در مقایسه با سایر رخدادها) و مصیبت بار تلقی کردن. از میان این راهبردها، راهبردهای مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری، مصیبت بار تلقی کردن رخداد راهبردهای منفی تنظیم هیجان هستند و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مثبت مجدد، باز ارزیابی مثبت و رسیدن به یک دور نما راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می دهند. نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل دهنده آن راهبرد به دست می آید و می تواند در دامنه ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد و جمع کل نمرات در دامنه ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می گیرد.

پرسشنامه فوق دارای نه خرده مقیاس بوده که سوالات مربوط به هر بعد در جدول زیر ارائه گردیده است:

سوالات مربوطه	بعد
۱، ۱۰، ۱۹، ۲۸	ملاطت خویش
۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹	پذیرش
۳، ۱۲، ۲۱، ۳۰	نشخوارگری
۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱	تمرکز مجدد مثبت
۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی
۶، ۱۵، ۳۳، ۲۴	ارزیابی مجدد مثبت
۷، ۳۴، ۲۵، ۱۶	دیدگاه گیری
۸، ۱۷، ۳۵، ۲۶	فاجعه سازی
۹، ۳۶، ۲۷، ۱۸	ملاطت دیگران

برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را با هم جمع نمایید. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. در بررسی مشخصات روان سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۹۱/۰، ۸۷/۰، ۹۳/۰ به دست آوردند. در ایران نیز روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس ها آزمون بررسی شد که دامنه ای از ۴۰/۰ تا ۶۸/۰ با میانگین ۵۶/۰ را در برمی گرفت که همگی آن ها معنادار بودند. در سال ۱۳۸۲ پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط یوسفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس های شناختی ۸۲/۰ گزارش شده است.

یافته های پژوهش

جدول ۱. آزمون نرمال بودن توزیع متغیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

متغیر	شاپیرو-ویلک ^۳	p-مقدار ^۲
راهبردهای تنظیم شناختی هیجان	۰/۹۸۶	۰/۵۶۳

جدول ۲ و آزمون پیش فرض همگنی واریانس داده های آزمون

آزمون همگنی واریانس	آماره آزمون لوین ^۴	p-مقدار
راهبردهای تنظیم شناختی هیجان	۲/۰۴۱	۰/۱۵۷

² P-value

³ Shapiro-Wilk

⁴ Levene Statistic



جدول ۳. آزمون تأثیر بیماری ام اس بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

مقدار p	درجه آزادی	آماره آزمون
۰/۰۰۱	۷۸	-۳/۸۹۴

بحث و نتیجه گیری

"بین تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به ام اس و افراد سالم تفاوت معنی داری وجود دارد"

نتایج پژوهش نشان داد که بیماری ام اس بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تأثیر معنی دار داشته است و با توجه به نتایج آمار افراد سالم در سطح بهتر و بالاتر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان قرار گرفته اند.

نتایج این پژوهش با پژوهش های عیس زادگان و قربانی (۱۳۹۲)، زارع و مسلگی (۱۳۹۱)، گالین^۵ (۲۰۱۴)، زیگلر^۶ (۲۰۰۹)، بولگر^۷ (۲۰۰۸) همسو و همخوان می باشد.

در تبیین این فرضیه می توان گفت وقتی بیماری مولتیپل اسکلروزیس در فردی تشخیص داده می شود، بدین معنی است که بیمار و خانواده اش باید بطور ناگهانی خود را با یک زندگی همراه با یک بیماری مزمن، ناتوان کننده و کاملاً غیرقابل پیش بینی هماهنگ کنند. افراد مختلف وقتی می شنوند که دچار بیماری مولتیپل اسکلروزیس شده اند واکنشهای متفاوتی را ارائه می کنند. بعضی از بیماران درچنین مواقعی برای خودشان احساس تاسف می کنند، بعضی ها با عصبانیت از کوره درمی روند، بعضی ها ترس سراسر وجودشان را فرا می گیرد و بعضیها نیز دچار افسردگی شدیدی می شوند. رایج ترین علایم بیماری مولتیپل اسکلروزیس شامل نشانه های حرکتی، حسی، بینایی، روده ای، مثانه ای، جنسی و همین طور نشانه های شناختی و هیجانی است. بر اساس نتایج پژوهشها که بیانگر وجود رابطه قوی بین راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان با مشکلات هیجانی است.

در واقع، نظم جویی شناختی هیجان به فرایندهای شناختی اطلاق می شود که اطلاعات برانگیزاننده هیجانی را مدیریت می کند. به عبارت دیگر، راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب زا برای آنها اطلاق می شود. افراد در برخورد با حوادث منفی از راهبردهای شناختی مختلفی به منظور نظم جویی هیجان استفاده می کنند. در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس به دلیل کنار آمدن با یک بیماری یا آسیب تهدید کننده زندگی، یا بالقوه ناتوان کننده، ممکن است نیازمند تلاش بسیار باشد. بسیاری از بیماران دچار بیماری مولتیپل اسکلروزیس قادر به انجام و پیگیری این تلاش برای سازگاری و مقابله نبوده و زندگی فردی و میان فردی آنها به خطر می افتد و یا با تغییرات جدی مواجه می شود. از جمله این تغییرات می تواند به تغییر در راهبردهای تنظیم هیجان اشاره کرد. تغییرات ایجاد شده در ویژگیهای شناختی و روان شناختی افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس علاوه بر این که ممکن است ناشی از تغییرات نورولوژی ایجاد شده در ساختار مغز باشند، ممکن است ناشی از چالش های متعددی باشد که بیماری مولتیپل اسکلروزیس به عنوان یک عامل تنیدگی زا برای بهزیستی فیزیکی و روان شناختی و هیجانی شناختی بیمار پدید می آورد. افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس، علائم ناخوشایند و غیرقابل پیش بینی، برنامه های درمانی دشوار، عوارض جانبی داورها، و ناتوانی فزاینده فیزیکی را تجربه می کنند. افزون بر این افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس با پیامدهای روانی اجتماعی این بیماری که شامل شکست در اهداف زندگی، شغل، درآمد، روابط، فعالیت های اوقات فراغت، و فعالیتهای روزانه زندگی مواجه اند. بنابراین منطقی به نظر می رسد که مشکلات روان شناختی و هیجانی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس در مقایسه با افراد طبیعی و بدون بیماری مولتیپل اسکلروزیس و نیز در مقایسه با سایر بیماریهای مزمن بسیار شایع است.

از طرفی می توان گفت که شیوع بالای اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات هیجانی و تأثیر این مشکلات روی عملکرد کلی فرد موجب شده است که برخی پژوهشگران عوامل مرتبط با این مشکلات را شناسایی و مورد توجه قرار دهند از جمله یکی از این عوامل، وجود نوعی اختلال در نظم هیجانی ذکر شده است. اختلالهای استرس، افسردگی و اضطراب در نتیجه مشکلاتی در تنظیم هیجان دیده شده اند تا جایی پژوهشگران افسردگی را شایع ترین اختلال روانپزشکی مشاهده شده در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس می دانند و شیوع تخمینی بالایی، بین دارد. اضطراب در بیماران مبتلا به بیماری، مولتیپل اسکلروزیس تا مدت ها مورد توجه پژوهشگران نبود، اما، پژوهشهای اخیر خبر از شیوع ۱۷ درصدی اختلالهای اضطرابی در این بیماران می دهند افزون بر این ۱۷ درصد از افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس اضطراب را ناتوان

⁵ Galin

⁶ Zigler

⁷ Boolger

کننده ترین نشانه این بیماری دانسته و آن را در سال اول پس از تشخیص بسیار شدید گزارش کرده اند. پس آنچه که دلیل استفاده زنان مبتلا به استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان منفی و استفاده کمتر از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت است اضطراب، افسردگی و استرس در آنان در پی بیماری مولتیپل اسکروزیس است.

بیماران مبتلا به بیماری های مزمن و ناتوان کننده همچون بیماری مولتیپل اسکروزیس با مشکلات وابسته به بیماری شان رو به رو هستند. مشکلات شرکت آنان را در فعالیت های مربوط به تندرستی محدود نموده و در نتیجه افزایش عوارض ثانویه و محدودیت هایی در زندگی مستقل شان می شود و در نهایت تاثیر منفی بر کیفیت زندگی آنها می گذارد

منابع

- احمدی، ف (۱۳۹۲) مقایسه طرح داده هاس ناسازگار اولیه سبک های مقابله راهبردهای تنظیم هیجان شناختی در بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب و افراد سالم ..پایان نامه ارشد دانشگاه آزاد کرج.
- بکتاش، س.، یعقوبی، ح.، و یوسفی، ر. (۱۳۹۲). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری با افراد عادی. دو ماهنامه علمی و پژوهشی فیض. ۱۷ (۵)، ۴۸۰-۴۷۱.
- بشارت، مع؛ بزازیان، س (۱۳۹۲). بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه ای از جامعه ایرانی. نشریه علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشکده علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی. دوره ۲۴.
- حسینی، ج.، آزاد فلاح، پ.، رسول زاده طباطبایی، س ک.، و عشایری، ح (۱۳۸۷). بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس ابعاد روان نژندی و برون گرایی. تازه های علوم شناختی. ۱۱ (۴) صص، ۱-۱۱.
- خانجانی، ز (۱۳۹۱). عوامل روان شناختی موثر در مولتیپل اسکروزیس: صفات شخصیتی، افسردگی، اضطراب و تنیدگی روانی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۴ (۴). ۱۳۱-۱۳۵.
- سنگلجی، ب.، سلیمی، ی.، دستورپور، م (۱۳۹۲). رابطه ناتوانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجمن ام اس تهران. مجله بهداشت و توسعه. ۲ (۱). ۲۱۱-۲۱۴.
- سلیمانی، ا. (۱۳۹۳). ارتباط تنظیم هیجان و تاب آوری با بهزیستی روان شناختی در دانش آموزان. مجله روان شناسی مدرسه. دوره ۳.
- صفاری نیا، م. عیسی زادگان ع. (۱۳۹۰). بررسی نارسائی های شناختی، راهبردهای تنظیم هیجان با حمایت ادراک شده در بین افراد مبتلا به MS غیر مبتلا ی شهر دانشکده ادبیات و علوم انسانی، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- مجدآبادی ج (۱۳۹۱). رابطه جهت گیری هدف و حمایت ادراک شده با فرسودگی تحصیلی دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، وزارت علوم و تحقیقات دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، پایان نامه کارشناسی ارشد.
- صالحی، بهرامی، ف و احمدی، ا (۱۳۹۰). بررسی اثرسنجی آموزش راهبردهای هیجان بر اساس رفتاردرمانی دیالکتیک و در درمان مشکلات هیجانی، پایان نامه دکترای مشاوره دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان .
- علی پور، ف (۱۳۸۵). بررسی رابطه طرحواره های هیجانی، اجتناب شناختی رفتاری و نظام- شناختی عاطفی با بیماری ام اس. پژوهنده، ۱۸ (۵ پیاپی ۲۵): ۲۷۶-۲۶۷.
- عسگری، ف؛ نگل زاده ز. (۱۳۸۹). نقش طرحواره های ناسازگار اولیه و دشواری در نظم بخشی هیجانی در اضطراب و حمایت اجتماعی در دانشجویان مبتلا به ام اس. مجله علوم رفتاری، ۷ (۴): ۳۰۵-۲۹۷.

Afrooz, G. and S, A. (2009) in the context of occupational stress and coping strategies, university publishers.

American psy chiatric acoossiation (1994).diagnostic and statical manual of mental disorder (4thed).washington dc: American psychiatric association.

Bakhsipour R, A. and compliance, H(2008). to examine the relationship between life satisfaction and social support and mental health in college students, Journal of Mental Health, Winter 84, No. 27-28.

Abaregh, T., Vilimaz R. L. (200۷). Model of emotional schemas. Cognitive and Behavioral Practice 9, 177–190.

Beralli Debilugii, D.C. 2004. Anxiety disorders In: a.e. Kazdin, (Ed). Encyclopedia of psychology. Qxford University press.



- Campbell-Sills L, Barlow DH. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders.
- Lazarous, J. L. (2000). What does the painful "organ" represent in hypochondriasis. *Schweizer Archiv fur Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie= Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et de psychiatrie*, 131(1), 41-54.
- Ellingsen, A. E., & Wilhelmson, I. (2002). Disease anxiety among medical students and law students. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*, 122(8), 785-787.
- Deimond L (2008). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*. 15(6) 713-724.
- Fortenberry, K. T., & Wiebe, D. J. (2007). Medical excuse making and individual differences in self-assessed health: The unique effects of anxious attachment, trait anxiety, and hypochondriasis. *Personality and individual differences*, 43(1), 83-94.
- Beranool, H., Shomaker, M., (2009). *Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press.
- Gross, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press.
- Kaplan, H. I & Sadock B.J. (2003). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Rafie H, Sobhanian (Persian translator). Tehran. Arjomand Puplication; 78-85,
- Lang P (1994). The varieties of emotional experience: A meditation on James-Lange theory. *Psychological Review*. 101(2) 211-221.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31(04), 577-584.
- Lindzii, D. K., (2008). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 127-139.
- Nyklicek, I., Vingerhoets, A. D. & Marcel Zeelenberg, M. (2011). *Emotion Regulation and Well-being*. New York, Dordrecht Heidelberg London. 101-115.