

مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در میان افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد غیر مبتلا

محمد عمو میرزا^۱، علی‌اکبر ملکی راد^۲، الهه سلیمی^{۳*}

^۱گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، سمنان، ایران؛ ^۲گروه زیست‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران؛

^۳مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۳

چکیده:

زمینه و هدف: افراد مبتلا به ام اس علاوه بر مسائل فیزیکی، مشکلات روانی متعددی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگی برای آن‌ها دشوارتر می‌شود. هدف پژوهش حاضر، مقایسه راهبردهای تنظیم هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس و افراد غیر مبتلا بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس بیمارستان سینا و عضو انجمن ام اس شهر تهران می‌باشد که ۳۰ نفر از آن بیماران به صورت تصادفی انتخاب شدند. جامعه غیر مبتلا شامل افراد سالم همان منطقه بودند که ۳۰ از آن‌ها به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و از نظر جنسیت، سطح تحصیلات و سن با گروه مبتلا به ام اس همگن شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه تنظیم هیجانی CERQ و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف بود. جهت مقایسه دو گروه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی به لحاظ نمره تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در افراد عادی به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد مبتلا به MS بود؛ همچنین بین دو گروه افراد مبتلا به MS و افراد عادی از لحاظ مولفه‌های تنظیم هیجانی نیز تفاوت معنی‌دار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، بین دو گروه افراد مبتلا به MS و افراد عادی از لحاظ پذیرش خود، خودمختاری، رشد فردی، هدفمندی در زندگی، ارتباط مثبت با دیگران و تسلط بر محیط تفاوت معنی‌دار وجود دارد. مولفه‌های یاد شده در افراد عادی به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد مبتلا به MS است.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، تنظیم هیجان، بهزیستی روان‌شناختی.

مقدمه:

علت این بیماری مشخص نیست؛ اما به نظر می‌رسد که فعال شدن مکانیسم‌های آنتی‌ژن میلین در ایجاد بیماری دخیل باشد. ام اس با علائمی چون اضطراب، ضعف، کاهش قدرت هماهنگی، اختلال بینایی و تغییرات روانی مانند افسردگی، ناامیدی و کاهش قدرت حل مشکل بروز می‌کند (۳).

مولتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis= MS) یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی و عامل غیر تروماتیک ناتوانی در اکثر کشورها می‌باشد (۱). ام اس یک بیماری مزمن بوده که منجر به زوال سلول‌های عصبی مرکزی شده، اغلب در افراد جوان ظاهر می‌شود و منجر به محدودیت‌های فیزیکی و عوارض جانبی روانی در بیماران می‌گردد (۲).

جدیدترین اطلاعات اطلس MS نشان می‌دهد که میزان شیوع این بیماری در جهان ۳۳ در ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده و شیوع آن در کشور ما متوسط است (۴،۵). بیماری ام اس در تمام جوانب زندگی شخص مبتلا تأثیرگذار است (۶). افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس طیف وسیعی از اختلالات فیزیکی، شناختی، عاطفی را تجربه می‌کنند و در نتیجه کیفیت زندگی به‌طور کلی کاهش پیدا می‌کند (۸،۷). شخص را به‌سوی احساس عدم شایستگی و اطمینان به خود سوق می‌دهد (۹).

از دیرباز دانشمندان و فلاسفه بر این عقیده بوده‌اند که بین بیماری جسمانی و آسیب‌های روان‌شناختی رابطه‌ای دوسویه وجود دارد. حوزه‌های نسبتاً جدید در روان‌شناسی سلامت، به نام ایمنی‌شناسی روانی عصبی، به این موضوع می‌پردازد که چگونه عوامل روان‌شناختی دستگاه ایمنی را تغییر داده و خطر ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهند. موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد افسردگی، درماندگی، ناامیدی و رویدادهای تنش‌زای زندگی با تغییر ایمنی در افراد موجب بیماری می‌شوند (۱۰).

افراد ام اس با مشکلات روانی متعددی روبه‌رو هستند، اما بیشترین اقدامات در بیماری ام اس صرفاً بر علائم فیزیکی این بیماری متمرکز دارد؛ بنابراین مسائل عاطفی باید به‌طور گسترده‌تر به همان اندازه که علائم حرکتی این بیماری به رسمیت شناخته می‌شود توسط پزشکان مورد بحث و ارزیابی قرار گیرد (۱۱). تغییرات ایجاد شده در ویژگی‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به ام اس علاوه بر اینکه ممکن است ناشی از تغییرات نورولوژیکی ایجاد شده در ساختار مغز باشد، ممکن است ناشی از چالش‌های متعددی باشد که ام اس به‌عنوان یک عامل تنیدگی‌زا برای بهزیستی فیزیکی و روان‌شناختی بیمار به وجود می‌آورد (۱۲).

بیماران ام اس به دلیل وضعیت دشوار و ناکام‌کننده بیماری خود، با اختلالات و بیماری‌های روانی متعددی دست‌وپنجه نرم می‌کنند که ازجمله مهم‌ترین آن‌ها، کاهش کیفیت زندگی؛ اضطراب و افسردگی؛ اختلال جنسی؛ مشکلات در نقش اجتماعی و رفاه بستگان بیماران مبتلا را می‌توان نام برد (۲، ۱۵-۱۱). ازجمله راهکارهای مقابله با مشکلات روانی ناشی از بیماری‌های مزمن و به‌طور اختصاصی بیماری مولتیپل اسکلروزیس که موضوع مورد بررسی در این پژوهش است، می‌توان به راهبردها یا مهارت‌های تنظیم هیجانی (Emotion Regulation) و بهزیستی روان‌شناختی (Psychological Well-being) اشاره کرد. تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (۱۸-۱۶). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ظرفیت افراد در تنظیم موثر هیجان‌ها بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می‌گذارد (۲۱-۱۹).

نتایج پژوهش Phillips و همکاران نشان داد که افراد مبتلا به ام اس مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجانی نسبت به افراد سالم تجربه می‌کنند که این مشکل تنظیم هیجانی در افراد ام اس کیفیت زندگی پایین‌تر را پیش‌بینی می‌کند (۲۲)؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت، افزایش تنظیم هیجانی، منجر به افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس می‌شود (۲۳).

در مقابل تمرکز و توجه سنتی که علم روان‌شناسی به آسیب‌شناسی داشته است، امروز به نظر می‌رسد که یک پارادایم جدید در علوم وابسته به سلامت به‌طور اعم و در روان‌شناسی به‌طور اخص در حال ظهور است. در این پارادایم، تمرکز روی سلامتی و بهزیستی و نیز توضیح و تبیین ماهیت بهزیستی روان‌شناختی است (۲۱). مولتیپل اسکلروزیس کیفیت

زندگی و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به آن را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۴،۲).

در تحقیقی که توسط دهنوی و همکاران انجام شد، نتایج نشان داد که در همه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی بین افراد مبتلا به ام اس و بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد (۲۵). تفاوت معنی داری در ارتباط با جنسیت و وضعیت تأهل بین افراد مبتلا به ام اس وجود نداشت؛ اما افراد با سطح بالای تحصیلات در مجموع نمرات بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی کلی، ارتباط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی داشتند. همچنین در مطالعه بزرگی که در لهستان صورت گرفت، نتایج کاهش کیفیت زندگی در بیماران ام اس را در مقایسه با جمعیت عمومی نشان داد (۲۶).

با توجه به روند رو به افزایش بیماران مولتیپل اسکلروزیس در ایران، توجه به مسائل همه‌گیرشناسی، سبب‌شناسی و مولفه‌های روان‌شناختی این بیماری جهت شناخت و سازگاری بیشتر با بیماری ضروری است. علی‌رغم افزایش مبتلایان به این بیماری در سال‌های اخیر، متأسفانه در کشور ما توجه کمی به این موضوع شده است. اهمیت مولفه‌های روان‌شناختی در این بیماری تا حدی است که در سال‌های اخیر پژوهش‌های بیشتری روی این حوزه تمرکز کرده‌اند. تنظیم هیجانی یکی از این مولفه‌ها است که به نظر می‌رسد با سلامت روانی رابطه داشته و بر قدرت سازگاری بیماران با بیماریشان اثرگذار است. با توجه به مزایای یک زندگی خوب برای افراد جامعه، برخی از روانشناسان کوشیده‌اند تا روش‌هایی را برای افزایش میزان کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد پیدا کنند. داشتن راهبردهای تنظیم هیجانی مناسب آن هم در مواقع بحرانی چون بیماری‌های صعب‌العلاج می‌تواند به بهبود و بهزیستی روان‌شناختی افراد کمک کند. بررسی

تفاوت افراد بیمار با افراد عادی در این زمینه می‌تواند به درمانگران و پزشکان کمک کند که ضمن شناسایی عناصر تأثیرگذار در بهزیستی روان‌شناختی بیماران به بهبودی آن‌ها کمک کرده و راه‌های افزایش کیفیت زندگی آن‌ها را هموار کنند. با توجه به نقش هیجانات و کنترل آن‌ها در زندگی و تأثیر بهزیستی روان‌شناختی در زندگی افراد و وجود خلاهای پژوهشی در این زمینه هدف از پژوهش حاضر بررسی راهبردهای تنظیم هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد غیر مبتلا است.

روش بررسی:

پژوهش حاضر در بخش تحقیقات علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری بیماران مبتلا به ام اس، شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس در بیمارستان سینا و عضو انجمن ام اس تهران می‌باشند. جامعه غیر مبتلا شامل افراد ساکن همان منطقه در شهر تهران بودند. نمونه آماری شامل ۶۰ نفر است که ۳۰ نفر بیمار مبتلا به ام اس در بیمارستان سینا بودند. آن‌ها عضو انجمن ام اس تهران می‌باشند که به صورت نمونه‌گیری تصادفی و از لیست انجمن انتخاب شدند. در گروه غیر مبتلا به صورت دردسترس از ساکنین منطقه یک شهر تهران انتخاب شدند که ۳۰ نفر از آن‌ها از نظر جنسیت، سطح تحصیلات و سن با گروه مبتلا به ام اس همگن شدند.

۱. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف را ریف (Ryff) در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود (۲۷). فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود؛ ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. روایی و پایایی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در پژوهش‌های متعددی مناسب گزارش گردیده است. Van Dierendonck همسانی

درونی (Internal Consistency) خرده مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آن‌ها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ یافته است (۲۸). Ryff و Schmutte همسانی درونی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش داده‌اند (۲۹). در پژوهش دیگری ریف ضریب همسانی درونی مقیاس‌ها را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ یافته است. در ایران این مقیاس بر روی یک نمونه ۳۲۱ نفری اجرا شده و در مورد آن ضریب همسانی درونی مقیاس‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی پس از ۶ هفته روی یک نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمده است؛ همچنین همسانی درونی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی این آزمون بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ به دست آمد. روایی نسخه فارسی پرسشنامه در مطالعه بیانی و همکاران مطلوب گزارش شده بود (۳۰). همبستگی فرم کوتاه پرسشنامه روان‌شناختی ریف (۱۸ سوالی) با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان است (۲۷، ۳۱).

۲. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی (CERQ) توسط Garnefski و همکاران به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌های زندگی به کار می‌برد ابداع شده است (۳۲). این پرسشنامه شامل ۳۶ عبارت است که نحوه پاسخ به آن بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده و در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. این مقیاس شامل ۹ خرده مقیاس است که هر کدام یک راهبرد خاص از راهبردهای شناختی را ارزیابی می‌کند. پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی را یوسفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ گزارش کرده است (۳۳). روایی پرسشنامه نیز از طریق همبستگی میان راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی بررسی شد؛ و به این ترتیب

ضریبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح $P < 0.001$ معنی دار بودند. پیوسته گر و حیدری عبدی در پژوهشی دیگر ابتدا سوال‌های آزمون را به زبان فارسی ترجمه و سپس اعتباریابی کرده‌اند (۳۴). نتایج حاصل از اعتبار و پایایی به دست آمده در این تحقیق با نتایج تحقیقات انجام شده قبلی که اعتبار و پایایی مناسبی را نشان داده‌اند، همخوانی دارد.

با مراجعه به انجمن ام اس تهران به منظور اجرای پژوهش، پس از انتخاب آزمودنی‌ها به شیوه تصادفی و از روی لیست انجمن، گفتگوی مقدماتی و اطمینان از تمایل بیمار برای همکاری در این تحقیق، پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت و اگر بیمار به علت مشکل جسمی قادر به تکمیل پرسشنامه‌ها نبود، سوالات توسط محقق برای وی خوانده می‌شد تا پاسخ دهد. معیار ورود بیماران به پژوهش شامل: (۱) تشخیص گذاری پزشک برای تعیین بیماری مولتیپل اسکروزیس، (۲) دامنه سنی ۳۵-۲۰ سال، (۳) عدم وجود اختلال بارز روانی دیگر، (۴) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش. معیار ورود افراد غیر مبتلا به پژوهش شامل: (۱) عدم ابتلا به بیماری ام اس، (۲) دامنه سنی ۳۵-۲۰ سال، (۳) عدم وجود اختلال بارز روانی، (۴) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش بود. کلیه شرکت کنندگان در اتاق آرام و به صورت فردی مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین همه بیماران عضو انجمن ام اس بوده که با شرکت پژوهشگر در کلاس‌های مهارت زندگی ویژه بیماران، پرسشنامه‌ها توزیع و بعد از تکمیل جمع‌آوری گردید که این کار در ۶ جلسه انجام شد. برای انتخاب گروه سالم و به هنجار به صورت دردسترس در همان منطقه بیمارستان سینا پرسشنامه‌ها بین افراد مایل به همکاری توزیع گردید و از بین آن‌ها ۳۰ نفر که از لحاظ سن، جنسیت و سطح تحصیلات با گروه افراد مبتلا

همگن بودند، انتخاب شدند و پرسشنامه‌های آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

چندمتغیره استفاده گردید. داده‌های مربوط در جداول زیر آمده است.

یافته‌ها:

همان‌طور که ملاحظه می‌گردد با توجه به جدول شماره ۱ میانگین بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آن در گروه عادی بیشتر از گروه مبتلا به MS است. بیشترین تفاوت بین دو گروه در خودمختاری و پذیرش خود دیده می‌شود.

جهت مقایسه دو گروه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی به لحاظ نمره تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی از آزمون تحلیل واریانس

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی روان‌شناختی برای افراد مبتلا به MS و افراد عادی

متغیر	افراد مبتلا به MS	افراد عادی
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف استاندارد
پذیرش خود	۲/۵۷ \pm ۰/۶۶	۳/۶۰ \pm ۰/۶۲
خودمختاری	۲/۲۱ \pm ۰/۷۰	۳/۴۹ \pm ۰/۸۷
رشد فردی	۲/۳۴ \pm ۰/۶۶	۲/۷۹ \pm ۰/۵۹
هدفمندی در زندگی	۲/۲۵ \pm ۰/۶۲	۲/۹۲ \pm ۰/۷۶
ارتباط مثبت با دیگران	۲/۱۳ \pm ۰/۶۱	۲/۶۶ \pm ۰/۸۳
تسلط بر محیط	۲/۴۰ \pm ۰/۵۳	۲/۹۰ \pm ۰/۴۸
نمره کلی	۲/۳۲ \pm ۰/۳۸	۳/۰۳ \pm ۰/۴۷

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات ۹ مولفه تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به MS و افراد عادی آمده است. همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌گردد، میانگین ۴ مولفه اول در افراد مبتلا به MS بیشتر از افراد عادی است. این در حالی است که ۵ مولفه دیگر در افراد عادی بیشتر است. در واقع راهبردهای منفی در افراد مبتلا به MS بیشتر از افراد عادی و راهبردهای مثبت در افراد عادی بیشتر است.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی روان‌شناختی برای افراد مبتلا به MS و افراد عادی

متغیر	افراد مبتلا به MS	افراد عادی
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
مقصر دانستن خود	۳/۳۰ \pm ۰/۷۷	۲/۴۹ \pm ۰/۹۰
مقصر دانستن دیگران	۲/۹۴ \pm ۰/۷۰	۲/۵۰ \pm ۰/۷۷
نشخوار فکری	۳/۰۷ \pm ۰/۷۸	۲/۱۹ \pm ۰/۶۳
مصیبت‌بار تلقی کردن رخداد	۳/۳۵ \pm ۰/۶۷	۲/۸۸ \pm ۰/۷۳
پذیرش	۲/۰۵ \pm ۰/۵۷	۲/۶۱ \pm ۰/۸۱
توجه مجدد به برنامه‌ریزی	۲/۳۵ \pm ۰/۹۲	۳/۲۹ \pm ۰/۹۷
توجه مثبت مجدد	۲/۸۰ \pm ۰/۸۷	۳/۵۶ \pm ۰/۷۳
باز ارزیابی مثبت	۲/۷۵ \pm ۰/۶۹	۳/۲۶ \pm ۰/۶۳
رسیدن به یک دورنما	۲/۶۳ \pm ۰/۶۶	۳/۱۷ \pm ۰/۶۲

با توجه به نتایج حاصل از جدول شماره ۳ بین دو گروه افراد مبتلا به MS و افراد عادی از لحاظ پذیرش خود ($F=36/091$, $P<0/005$) خودمختاری ($F=6/758$, $P<0/005$)، رشد فردی ($F=13/530$, $P<0/005$)، هدفمندی در زندگی ($F=6/620$, $P<0/005$)، ارتباط مثبت با دیگران ($F=12/973$, $P<0/005$) و تسلط بر محیط ($F=6/620$, $P<0/005$) تفاوت معنی دار وجود دارد. مولفه‌های یاد شده در افراد عادی به طور معنی داری بیشتر از افراد مبتلا به MS است.

جدول شماره ۳: آزمون معنی داری اثرات بین آزمودنی ها در متغیر بهزیستی در دو گروه افراد مبتلا به MS و افراد عادی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پذیرش خود	۱۴/۵۰۰	۱	۱۴/۵۰۰	۳۶/۰۹۱	۰/۰۰۰
خودمختاری	۲۲/۱۴۶	۱	۲۲/۱۴۶	۳۶/۵۰۰	۰/۰۰۰
رشد فردی	۲/۶۲۷	۱	۲/۶۲۷	۶/۷۵۸	۰/۰۱۲
هدفمندی در زندگی	۶/۶۰۷	۱	۶/۶۰۷	۱۳/۵۳۰	۰/۰۰۱
ارتباط مثبت با دیگران	۳/۴۶۴	۱	۳/۴۶۴	۶/۶۲۰	۰/۰۱۳
تسلط بر محیط	۳/۳۳۱	۱	۳/۳۳۱	۱۲/۹۷۳	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج حاصل از جدول شماره ۴ بین دو گروه افراد مبتلا به MS و افراد عادی از لحاظ مقصر دانستن خود ($F=12/684$, $P<0/005$)، مقصر دانستن دیگران ($F=4/937$, $P<0/005$)، نشخوار فکری ($F=20/876$, $P<0/005$)، مصیبت بار تلقی کردن رخداد ($F=5/342$, $P<0/005$)، پذیرش ($F=9/126$, $P<0/005$)، توجه مجدد به برنامه ریزی ($F=12/676$, $P<0/005$)، توجه مثبت مجدد ($F=12/078$, $P<0/005$)، باز ارزیابی مثبت ($F=8/091$, $P<0/005$) و رسیدن به یک دورنما ($F=9/485$, $P<0/005$) این مولفه‌ها: مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری و مصیبت بار تلقی کردن رخداد در افراد مبتلا به MS بیشتر از افراد عادی است. این در حالی است که پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مثبت مجدد، باز ارزیابی مثبت و رسیدن به یک دورنما در افراد عادی بیشتر از افراد مبتلا به MS است.

جدول شماره ۴: آزمون معنی داری اثرات بین آزمودنی ها در متغیر تنظیم شناختی هیجان در دو گروه افراد مبتلا به MS و افراد عادی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
مقصر دانستن خود	۹/۲۴۳	۱	۹/۲۴۳	۱۲/۶۸۴	۰/۰۰۱
مقصر دانستن دیگران	۲/۶۱۷	۱	۲/۶۱۷	۴/۹۳۷	۰/۰۳۰
نشخوار فکری	۱۰/۷۶۱	۱	۱۰/۷۶۱	۲۰/۸۷۶	۰/۰۰۰
مصیبت بار تلقی کردن رخداد	۲/۶۱۳	۱	۲/۶۱۳	۵/۳۴۲	۰/۰۲۵
پذیرش	۴/۴۲۵	۱	۴/۴۲۵	۹/۱۲۶	۰/۰۰۴
توجه مجدد به برنامه ریزی	۱۱/۶۵۲	۱	۱۱/۶۵۲	۱۲/۶۷۶	۰/۰۰۱
توجه مثبت مجدد	۸/۰۹۱	۱	۸/۰۹۱	۱۲/۰۷۸	۰/۰۰۱
باز ارزیابی مثبت	۳/۸۹۱	۱	۳/۸۹۱	۸/۷۴۲	۰/۰۰۵
رسیدن به یک دورنما	۳/۸۷۶	۱	۳/۸۷۶	۹/۴۸۵	۰/۰۰۳

بحث:

بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت بین میانگین دو گروه بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی از لحاظ بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های دهنوی و همکاران، مسعودی و همکاران نشان می‌دهد بین دو گروه افراد مبتلا به MS و افراد عادی از لحاظ پذیرش خود، خودمختاری، رشد فردی، هدفمندی در زندگی، ارتباط مثبت با دیگران و تسلط بر محیط تفاوت معنی دار وجود دارد (۳۵،۲۵). مولفه‌های یاد شده در افراد عادی به‌طور معنی داری بیشتر از افراد مبتلا به MS است؛ لذا کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به ام اس به‌طور آشکاری پایین‌تر از افراد عادی می‌باشد.

یافته‌های این مطالعه همسو با پژوهش دهنوی و همکاران است که نشان داد، در همه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی بین افراد مبتلا به ام اس و بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد (۲۵). تفاوت معنی داری در ارتباط با جنسیت و وضعیت تأهل بین افراد مبتلا به ام اس وجود نداشت؛ اما افراد با سطح بالای تحصیلات در مجموع نمرات بالاتری از بهزیستی روان‌شناختی کلی، ارتباط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی داشتند. همچنین در مطالعه بزرگی که در لهستان صورت گرفت، نتایج کاهش کیفیت زندگی در بیماران ام اس را در مقایسه با جمعیت عمومی نشان داد (۲۶). پژوهش‌های دیگر که حاکی از کاهش کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران ام اس می‌باشد، یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید می‌کند (۱۳،۱۲،۲).

احساس بهزیستی اساساً این‌گونه تعریف می‌شود: احساس مثبت و احساس رضایتمندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده، شغل و غیره است. احساس بهزیستی هم دارای مولفه‌های عاطفی و هم مولفه‌های شناختی است. افراد

با احساس بهزیستی بالا به‌طور عمده‌ای هیجانانگیز مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. درحالی‌که افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگی خود را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانانگیز منفی مانند اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (۳۶).

بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده به دلیل تأثیری که بر توانایی و فعالیت‌های روزمره زندگی دارند، قادرند تمامی ابعاد زندگی را متأثر نموده و باعث افت کیفیت زندگی گردد. بار ناشی از مشکلات ام اس، سلامت جسمی و روانی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کاهش بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به علائم و نتایج بیماری نسبت داد. افراد مبتلا به ام اس، با عدم اطمینان در برخورد با آینده، علائم ناخوشایند و غیر قابل پیش بینی، رژیم‌های درمانی دشوار و عوارض جانبی داروها مواجه هستند. مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند عواقب عمیقی همچون اختلال در: اهداف زندگی، اشتغال، درآمد، روابط اجتماعی، فعالیت‌های اوقات فراغت و فعالیت‌های روزمره داشته باشد. این قابل توجه است که بیماری ام اس برای اکثر مبتلایان در سن جوانی آغاز می‌شود، دوره‌ای که در اغلب افراد، برای رشد حرفه‌ای و تشکیل خانواده بسیار مهم است. پس بنابراین تعجب‌آور نیست که بیماران مشکلات بسیاری را در زمینه بهزیستی روان‌شناختی تجربه کنند (۳۷).

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بین میانگین دو گروه بیماران مبتلا به اختلال مولتیپل اسکلروزیس و افراد عادی از لحاظ تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به نتایج حاصل بین دو گروه افراد مبتلا به MS و افراد عادی از لحاظ مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری، مصیبت بار تلقی کردن رخداد، پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، باز ارزیابی

مثبت و رسیدن به یک دورنما، تفاوت معنی دار وجود دارد. از این مولفه‌ها، مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، نشخوار فکری و مصیبت‌بار تلقی کردن رخداد در افراد مبتلا به MS بیشتر از افراد عادی است. این در حالی است که پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، باز ارزیابی مثبت و رسیدن به یک دورنما در افراد عادی بیشتر از افراد مبتلا به MS است. یافته‌های فوق همسو با مطالعه Phillips و همکاران نشان می‌دهد که افراد مبتلا به ام اس مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجانی نسبت به افراد سالم تجربه می‌کنند که این مشکل تنظیم هیجانی در افراد ام اس کیفیت زندگی پایین‌تر را پیش‌بینی می‌کند (۲۲). نتایج این مطالعه با پژوهش Mikaeili و همکاران، Brittney و همکاران نیز همخوان است (۳۸،۷).

در پژوهش Mikaeili و همکاران، با عنوان نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مشخص شد که حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس می‌باشند (۳۸). Brittney و همکاران، در پژوهش خود نشان دادند که شواهد روشنی مبنی بر رابطه بین تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی افراد ام اس وجود دارد (۷). یافته‌های مطالعه فوق و سایر مطالعات انجام شده در زمینه ی بیماری ام اس میزان شیوع اختلالات هیجانی از جمله افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به ام اس بالاست (۱۳،۱۲). مطالعات صورت گرفته مبین این است که افسردگی بین بیماری ام اس و تنظیم هیجانی میانجیگری کرده و منجر به اختلال تنظیم هیجانی می‌شود (۲۲). نظریه فراشناختی بر این اصل استوار است که برخلاف شباهت‌های بنیادی در مکانیزم‌های آسیب‌شناختی اختلال‌های روان‌شناختی مختلف، هر اختلال محتوای خاص خود را در سطوح شناختی و فراشناختی دارد. یکی از ویژگی‌های اختلال‌های روان‌شناختی نظیر اضطراب یا افسردگی آن است که

Schirda در پژوهش خود نشان داد که افزایش تنظیم هیجانی، منجر به افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس می‌شود. Barrett و Salovey در پژوهشی که به منظور بررسی اثرات سبک‌های مختلف تنظیم هیجان پرداختند، نشان دادند که تفاوت‌های افراد در استفاده از سبک‌های هیجان موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود (۲۳، ۴۰). چنان که استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با هیجان‌های مثبت و عملکردهای میان فردی بهتر و بهزیستی بالاتر ارتباط دارد. یوسفی در پژوهش خود نشان داد که استفاده از راهبردهای غیر انطباقی و سنتی تنظیم هیجان، نظیر مقصر دانستن خود و مصیبت‌بار تلقی کردن یک واقعه، می‌تواند به‌مثابه یکی از عوامل مرتبط با رشد آسیب‌شناختی روانی تلقی شود (۴۱). Quidbach و همکاران به بررسی تأثیر راهبردهای مثبت و سازگارانه تنظیم هیجان در دو مولفه بهزیستی روان‌شناختی (کاهش پریشانی و رضایت از زندگی) بر روی ۲۸۲ نفر پرداختند (۴۲). آن‌ها نشان دادند که گفتن به دیگران (یا به اشتراک‌گذاری یک رویداد مثبت با دیگران) موجب رضایت از زندگی و درگیر شدن در نشخوار یک رویداد مثبت منجر به کاهش پریشانی می‌شود. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی می‌شود. این الگو «سندرم شناختی توجهی» خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی با رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است.

تنظیم هیجان نقش مهم و اساسی در بهزیستی روان‌شناختی ایفا می‌کند (۴۳). تنظیم هیجان به‌عنوان یک فاکتور مهم جهت عملکرد سازگارانه لازم است و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه منجر به نتایج منفی از جمله

بهزیستی پایین، بیماری‌های جسمانی می‌شود (۴۰). تنظیم هیجان و بهزیستی دو مفهوم مرتبط هستند که از زوایای مختلف با هم ارتباط دارند. این دو مفهوم از نواحی مغزی مشابهی برانگیخته می‌شوند که در رفتار تعاملی با دیگران نقش دارند. به علاوه، این دو بر عملکرد بهینه و غیر بهینه، آسیب‌شناسی روانی، انزوای اجتماعی و علائم جسمانی تأثیر دارند (۴۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برخی از راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر مثبتی بر بهزیستی روان‌شناختی دارند. یکی از این راهبردهای موثر بازداری هیجانی است. این راهبرد به گروه راهبردهای تنظیم هیجان پاسخ محور تعلق دارد و شامل بازداری عمدی از ابراز هیجان در حالت برانگیختگی هیجانی است. به‌طور واضح این راهبرد در تمام جوامع بشری و در شرایط موقعیتی، جهت تعاملات اجتماعی مفید واقع می‌شود. به‌هرحال پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این راهبرد با کاهش هیجان‌ات مثبت، کاهش عملکرد بین شخصی کاهش بهزیستی مرتبط هستند (۴۰).

از دیگر راهبردهای تنظیم هیجان که در پژوهش‌های زیادی با بهزیستی مرتبط است، راهبرد ارزیابی مجدد است که جزء راهبردهای پیش‌اند مدار محسوب می‌شود و منعکس‌کننده تفسیر دوباره محرک به وجود آورنده هیجان است که باعث تعدیل در تأثیر هیجانی می‌شود. برخلاف بازداری هیجانی، ارزیابی مجدد به‌طور مثبت با عاطفه مثبت و بهزیستی روان‌شناختی رابطه دارد و موجب افزایش عملکرد بین فردی و خلق مثبت افراد می‌گردد (۴۰)؛ لذا کاهش اختلال تنظیم هیجانی ممکن است، یک مسیر ارتباطی مهم در ارتباط با کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس باشد، به خصوص در مبتلایانی که علائم بالاتری از افسردگی را تجربه می‌کنند (۷).

یکی از محدودیت‌های این پژوهش که خاص تحقیقات پرسشنامه‌ای است این است که پاسخ دهنده‌ها گاهی بی‌علاقگی و بی‌انگیزگی در پاسخ دادن از خود نشان می‌دهند. همچنین گاهی افراد برای ارائه تصویر

بهتر از خود پاسخ برخی از سوالات را به‌درستی نمی‌دهند. این پژوهش به بیماران مبتلا به ام اس در استان تهران، محدود شده است؛ بنابراین می‌بایست در تعمیم نتایج آن به بیماران مبتلا به ام اس سایر استان‌ها جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین عدم توانایی بیماران و پایین بودن سطح سواد آن‌ها، تکمیل پرسشنامه را با مشکل مواجه می‌کرد. به دلیل متمرکز بودن نمونه در یک مکان (انجمن حمایت از بیماران ام اس) نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی وجود نداشت، لذا انتخاب نمونه صرفاً به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام شد.

پیشنهاد می‌گردد چنانچه هدف، انجام تحقیق در این زمینه می‌باشد، برای همگن بودن نمونه‌ها و قابلیت تعمیم نتایج به جامعه مورد نظر برخی از متغیرها از جمله، مدت زمان شروع اختلال، داروی مصرف و غیره کنترل گردد. بهتر است این پژوهش در مبتلایان به بیماری ام اس در استان‌های دیگر با فرهنگ‌های متفاوت انجام شود تا بتوان قابلیت تعمیم این پژوهش را افزایش داد. همچنین استفاده از جلسات مصاحبه قبل و بعد از اجرای آزمون‌های مربوطه ممکن است نتایج بهتری را ایجاد کند؛ بنابراین بررسی و مقایسه دیگر انواع این بیماری از قبیل پیشرونده اولیه و پیشرونده ثانویه؛ انجام مطالعات طولی در این زمینه؛ بررسی وضعیت اجتماعی-اقتصادی و خانوادگی بیماران مبتلا به ام اس در مطالعات آتی؛ کار تحقیقی روی نمونه‌های مجزا از جنس زن و مرد و بررسی جداگانه آن‌ها توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر، مبین پایین بودن وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و مهارت تنظیم هیجانی در افراد مبتلا به ام اس است؛ لذا باید در روند درمان بیماران مبتلا به ام اس در کنار مشکلات جسمانی آن‌ها، توجه به مشکلات روانی مدنظر قرار گیرد. انجام مطالعات بیشتر و برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح بهزیستی و کیفیت زندگی این بیماران توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی:

در پایان از همکاری صمیمانه کلیه عوامل به خصوص شرکت کنندگان عزیزی که بی دریغ در انجام این پژوهش یاری گر ما بودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

منابع:

1. Abedini M, Paksersht M, Rafiei A, Valadan R, Amjadi O, Khajavi R, et al. Demographic and Clinical Characteristics of multiple sclerosis. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016; 25(132): 13-22.
2. Zamani SN, Hajializadeh K. Studying effect of instructing spiritual intelligence on life quality and psychological well-being in patients with multiple sclerosis. *South J Educat Psychol Couns*. 2015; 2(1): 28-36.
3. Esmaeili M, Hosseini F. multiple sclerosis and stressful thought habit. *J Nur Res*. 2009; 3(11): 25-32.
4. MS international Federation (MSI). Atlas of MS 2013; 2013. Available from: <https://www.msif.org/about-us/who-we-are-and-what-we-do/advocacy/atlas/>.
5. Etemadifar M, Sajjadi S, Nasr Z, Firoozeei TS, Abtahi S-H, Akbari M, et al. Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: A systematic review. *Eur Neurol*. 2013; 70(5-6): 356-63.
6. Esmonde L, Long AF. Complementary therapy use by persons with multiple sclerosis: benefits and research priorities. *Complement Ther Clin Pract*. 2008; 14(3): 176-84.
7. Brittney S, Jacqueline N, Prakash A, Shaurya R. Examining trait mindfulness, emotion dysregulation, and quality of life in multiple sclerosis. *J Health Psych*. 2015; 34(11): 1107-15.
8. Fernandez-Munoz J, Moron-Verdasco A, Cigaran-Mendez M, Munoz-Hellin E, Perez-de-Heredia-Torres M, Fernandez-de-las-Penas C. Disability, quality of life, personality, cognitive and psychological variables associated with fatigue in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand*. 2015; 132(2): 118-24.
9. Asadizaker M, Majidinasab N, Atapour M, Latifi M, Babadi M. Effects of applying hydrotherapy on quality of life in women with multiple sclerosis. *Sci Med J*. 2010; 9(2): 189-98.
10. Rosenhan D, Seligman M. Abnormal psychology psychopathology. Translated to persian by: Seyed Mohammadi Y. Tehran: Savalan Pub; 2003.
11. Laing C, Phillips LH, Cooper CL, Hosie JA, Summers F. Anger, quality of life and mood in multiple sclerosis. *J Mult Scler*. 2015; 2(1): 1-6.
12. Khanjani Z. Effective psychological factors on multiple sclerosis: Personality traits, depression, anxiety and stress. *Med J Tabriz Uni*. 2012; 34(12): 60-7.
13. Kerina HJ, David VF, Philip AJ, Ann J, Rodden M, Hazel L, et al. A large-scale study of anxiety and depression in people with multiple sclerosis: A survey via the web portal of the UK MS register. *J Plosone*. 2012; 7(7). Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041910>.
14. Celik DB, Poyraz EC, Bingol A, Idiman E, Ozakbas S, Kaya D. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: Gender differences. *J Neurol Sci*. 2013; 324(1): 17-20.
15. A. Hakim E, Bakheit A, Bryant T, Roberts M, McIntosh-Michaelis S, Spackman A, et al. The social impact of multiple sclerosis: A study of 305 patients and their relatives. *Disabil Rehabil*. 2000; 22(6): 288-93.
16. Golman T. Emotional intelligence. NewYork: Bantam Books; 1995.

17. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, et al. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Pers Individ Dif*. 1998; 25(2): 167-77.
18. Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*. 1999; 27(4): 267-98.
19. Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, future. *Cogn Emot*. 1999; 13(5): 551-73.
20. Klinger E. Clinical approaches to mood control. In: Wegner DM, Poennebaker JW, Editors. *Handbook of mental control*, Century Psychology Series. Newjersy: Englewood cliffs, NS, Prentice-Hall, Inc. 1993; 258-77.
21. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychos*. 1996; 65(1): 14-23.
22. 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 Exp Neuropsychol*. 2014; 36(8): 831-42.
23. Schirda BL. Examining the role of trait mindfulness and emotion regulation in quality of life in multiple sclerosis [dissertation]. The Ohio State University; 2014.
24. Amato M, Ponziani G, Rossi F, Liedl C, Stefanile C, Rossi L. Quality of life in multiple sclerosis: The impact of depression, fatigue and disability. *Mult Scler J*. 2001; 7(5): 340-4.
25. Dehnavi SR, Heidarian F, Ashtari F, Shaygannejad V. Psychological well-being in people with multiple sclerosis in an Iranian population. *J Res Med Sci*. 2015; 20(6): 535-8.
26. Mitosek-Szewczyk K, Kulakowska A, Bartosik-Psujek H, Hozejowski R, Drozdowski W, Stelmasiak Z. Quality of life in Polish patients with multiple sclerosis. *Adv Med Sci*. 2014; 59(1): 34-8.
27. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Curr Dir Psychol Sci*. 1995; 4(4): 99-104.
28. Van Dierendonck D. The construct validity of Ryff's Scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Pers Individ Dif*. 2004; 36(3): 629-43.
29. Schmutte PS, Ryff CD. Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *J Pers Soc Psychol*. 1997; 73(3): 549-59.
30. Bayani AA, Koocheky AM, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iran J Psychiat Clin Psychol*. 2008; 14(2): 146-51.
31. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Soc Sci Res*. 2006; 35(4): 1103-19.
32. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*. 2001; 30(8): 1311-27.
33. Yousefi F. Causal model of emotional intelligence cognitive development, cognitive emotion regulation and general health. *Educational Psychology [dissertation]*. Shiraz University; 2003.
34. Pyvastegar M, Heidari abdy MA. The comparison of relationship cognitive emotion regulation strategies with depressive symptoms in clinical and non clinical adolescent. *J Appl Phys*. 2008; 3(2): 549-63.
35. Masoudi R, Mohammadi I, Ahmadi F, Hasanpour-Dehkordi A. The effect of self-care program education based on Orem's theory on mental aspect of quality of life in multiple sclerosis patients. *Iran J Nurs*. 2009; 22(60): 53-64.
36. Koromi Noori R, Mokri A, Mohmmadifar M, Yazdani E. Study of factors affecting on happiness and well-being in students of Tehran University. *J Psychol Educ*. 2002; 32(1): 3-41.
37. Dennison L, Moss-Morris R. Cognitive-behavioral therapy: What benefits can it offer people with multiple sclerosis? *Expert Rev Neurother*. 2010; 10(9): 1383-90.
38. Mikaeili N, Mokhtarpour Habashi E, Meysami Bonab S. The role of perceived social support, coping strategies and resilience in the prediction of the quality of life in patients with multiple sclerosis. *J Soc Psychol*. 2012; 7(23): 5-17.

39. Mohammadkhani S, farjad M. The relationship of the metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in nonclinical population. *J Clin Psychol*. 2009; 1(3): 35-51.
40. Barrett LF, Salovey P. *The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence*. North Caifornia: Guilford Press; 2002.
41. Yousefi F. The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in students of special middle schools for talented students in Shiraz. *Res Except Children*. 2007; 6(4): 871-92.
42. Quoidbach J, Berry EV, Hansenne M, Mikolajczak M. Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Pers Individ Diff*. 2010; 49(5): 368-73.
43. Nyklicek I, Vingerhoets AD, Zeelen Berg M. *Emotion regulation and well-being*. New York: Dordrech, Heidelberg London. 2011; 101-15.

Comparison of emotional regulation strategies and psychological well-being of MS patients and non-patients people

Amou Mirza M¹, Maleki Rad A², Salimi E^{3*}

¹Clinical Psychology Dept., Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, I.R. Iran;
²Biology Dept., Payame Noor, Tehran, I.R. Iran; ³Family Advisor, Allameh University, Tehran, I.R. Iran.

Received: 2/Jan/2016 Accepted: 24/Oct/2016

Background and aims: People with MS in addition to physical problems experienced numerous psychological problems making the living conditions more difficult for them. The aim of this study was comparison of emotional regulation strategies and psychological well-being of MS patients and non-patient people.

Methods: The approach of the current study was causal-comparative. Statistical society was all MS patients in Sina hospital and members of MS society that 30 MS patients were selected randomly. Statistical society of healthy people was the people on the same region that are selected by convenience sampling method and homogenized in the terms of age, sex and education level. The data collection tools are CERQ Emotion Regulation Questionnaire and psychological well-being questionnaire of reef. Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to compare two groups of multiple sclerosis patients and normal people in terms of scores of emotional regulation and psychological well-being.

Results: Based on the results, psychological well-being components in normal people are significantly more than MS patients. Also, there is a significant difference between two groups of MS patients and normal people in terms of emotional regulation components.

Conclusion: The results show that there is a significant difference between people suffering from MS and ordinary people based on their self-acceptance, autonomy, individual development, being purposeful in life, having good relations with others and having control over the environment. The abovementioned elements in ordinary people are more than people suffering MS.

Keywords: Multiple sclerosis, Emotional regulation, Psychological well-being.

Cite this article as: Amou Mirza M, Maleki Rad A, Salimi E. Comparison of emotional regulation strategies and psychological well-being of MS patients and non-patients people. J Shahrekord Univ Med Sci. 2017; 19(4): 78-90.

***Corresponding author:**

Family Advisor, Allameh University, Tehran, I.R. Iran. Tel: 00989183670772,
E-mail: e_salimi84@yahoo.com