

تأثیر حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی سلامت‌روانی افراد مبتلا به اسکروزیس چندگانه*
 سید سعید پورنقاش تهرانی^۱، سمیرا مرتضوی‌فر^۲، سمیه مرتضوی‌فر^۳

The effect of social support and emotion regulation strategies on predicting the mental health of people with multiple sclerosis

Seyed Saeid Pournaghash Tehrani¹, Samira Mortazavifar², Somaye Mortazavifar³

چکیده

زمینه: تحقیقات متعددی پیرامون حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان انجام شده است، اما تأثیر حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی سلامت‌روانی افراد مبتلا به اسکروزیس چندگانه مورد غفلت واقع شده است. **هدف:** تأثیر حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی سلامت‌روانی افراد مبتلا به اسکروزیس چندگانه بود. **روش:** پژوهش از نوع همبستگی بود، جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به مرکز درمانی اسکروزیس سینا در فصل بهار سال ۱۳۹۷ بود، ۲۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (ریف، ۱۹۸۹)، تنظیم شناختی هیجان (گارفنفسکی، ۲۰۰۱) و حمایت اجتماعی (زیمان، ۱۹۸۸). تحلیل داده‌ها با روش آماری رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. **یافته‌ها:** نشان داد که، در سطح ($p < 0/01$) حمایت اجتماعی ادراک شده و سبک‌های تنظیم هیجان واریانس بهزیستی روانشناختی تبیین کردند. همچنین مشخص شد که سبک‌های شناختی تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده همبستگی ضعیف تا متوسط در سطح ($p < 0/05$) دارند. **نتیجه‌گیری:** حمایت اجتماعی و سبک‌های شناختی تنظیم هیجان قادر به پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بودند. **واژه کلیدیها:** سلامت‌روانی، راهبردهای تنظیم هیجان، حمایت اجتماعی، بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه

Background: Several studies have been done on social support and emotion regulation strategies, but the impact of social support and emotion regulation strategies on predicting mental health of people with multiple sclerosis has been neglected. **Aims:** The effect of social support and emotion regulation strategies on predicting mental health of people with multiple sclerosis. **Method:** This was a correlational study. The population consisted of all those who referred to Sina Sclerosis Medical Center in spring(2018), 200 were selected by convenience sampling method. The research instruments were the Psychological Well-being Questionnaire (Reef, 1989), Cognitive Emotion Regulation (GARNFEIGS, 2001) and Social Support (Zimman, 1988). Data were analyzed using multiple regression and Pearson correlation coefficient. **Results:** The results showed that, at the level of ($p < 0/01$) perceived social support and emotion regulation styles explained psychological well-being variance. It was also found that cognitive styles of emotion regulation and perceived social support had a weak to moderate correlation at the level ($p < 0/05$). **Conclusions:** Social support and cognitive emotion regulation styles were able to predict psychological well-being in patients with multiple sclerosis. **Key Words:** Mental health, emotion regulation strategies, social support, patients with multiple sclerosis

Corresponding Author: spnaghash@ut.ac.ir

* این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران (طرح شماره ۵۱۰۶۰۱۶/۱/۱۶) انجام شده است.

^۱ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۲ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران ایران

^۲ Ph.D Student in Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران ایران

^۳ M.A in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science Research Branch, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۱/۰۳

دریافت: ۹۸/۰۳/۰۴

مقدمه

شناختی تنظیم هیجان می‌پردازیم که با هدف مدیریت هیجان‌ها برای افزایش سازگاری و تطابق به کار می‌رود (لازاروس، ۱۹۹۳). 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. بعلاوه این دو بر عملکرد بهینه و غیر بهینه، آسیب‌شناسی روانی، انزوای اجتماعی و علائم جسمانی تأثیر دارند (مک لاگلین و همکاران، ۲۰۱۱). در کل تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد؛ به طوری که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر شادکامی روانشناختی، جسمانی و بین فردی وی تأثیر می‌گذارد (ریف و سینگر، ۱۹۹۶).

از طرفی عوامل روانی اجتماعی متعددی می‌توانند، بهزیستی روانشناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهند. یکی از این موارد، حمایت اجتماعی ادراک شده^۶ است. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه نگر دارای قدرت بالقوه‌ی تأثیر بر کیفیت زندگی است (ارسوی کارت و گلدو، ۲۰۰۵). مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از منظر شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران می‌نگرد (استری تر و فرانکلین، ۱۹۹۲). حمایت اجتماعی برای ادامه زندگی افراد اجتماع به ویژه بهزیستی روانی ضروری است (عسگری و شرف الدین، ۱۳۸۹). شی فرکویین و لازاروس (۱۹۸۱) سه محور را برای حمایت اجتماعی برشمرده‌اند. (۱) حمایت اجتماعی هیجانی یا عاطفی؛ (۲) حمایت عینی یا ملموس؛ و (۳) حمایت اطلاعاتی (لی و همکاران، ۲۰۰۷).

نتایج تحقیقات نشان دادند حمایت‌های اجتماعی اثر مستقیم بر بهزیستی روانشناختی و افسردگی داشت، همچنین حمایت‌های اجتماعی به طور غیرمستقیم و از طریق حرمت خود و نیاز به ارتباط و نیاز به صلاحیت، منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش افسردگی شده بود (مرادی و چراغی، ۱۳۹۴). نتایج تحقیقات انجام شده نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده ($P=0/002$) با بهزیستی روانی، رابطه معنادار و مثبت وجود دارد (گودرز و همکاران، ۱۳۹۴). محققان دریافتند که حمایت اجتماعی اثرات مستقیم و غیرمستقیم، از طریق نیاز به ارتباط و نیاز به صلاحیت، بر بهزیستی روانشناختی زنان شاغل دارد. همچنین، نتایج نشان دادند که تفاوت معنادار در حمایت اجتماعی، نیازهای اساسی روانشناختی و بهزیستی روانشناختی زنان شاغل مجرد و متأهل وجود ندارد (مرادی

اسکلروز چندگانه یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با تخریب غلاف میلین نورون‌های عصبی همراه است و قطعات متعدد غلاف میلین تخریب شده حاصل از بیماری، سر تا سر ماده سفید را فرامی‌گیرد و عملکرد حسی و حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اسکولز، ۲۰۱۴). عوارض بیماری به دلیل ماهیت ناتوان کننده آن تمام جنبه‌های زندگی فرد مبتلا را در بر می‌گیرد و در نتیجه روند طبیعی زندگی خانوادگی را مختل می‌کند (کاسرو همکاران، ۲۰۱۵). ولی احتمالاً یک مکانیسم خود ایمنی توسط عوامل محیطی در این افراد که خود از نظر ژنتیکی مستعد هستند باعث ایجاد پلاک می‌شود. در تجربه بسیاری از افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس یک ارتباط قوی بین استرس و عود بیماری وجود دارد (مارک و همکاران، ۲۰۱۴).

طی دو دهه گذشته نتایج مطالعات نشان داده‌اند که هدف اصلی درمان تنها بر طرف کردن علائم و نشانه‌های فیزیکی بیماری نیست بلکه باید بهبود کلی بهزیستی روانشناختی و سلامت روان بیماران مد نظر باشد (حسین زاده فیروزآباد و همکاران، ۱۳۹۵). افزایش سلامت روانی و توجه به نکات مثبت و سازنده در زندگی (به جای توجه به نشانه‌های منفی و تلاش برای از بین بردن آنها) سبب بهبود و کاهش پریشانی و اختلالات در شرایط آسیب‌زا می‌شود (فاوا و روینی، ۲۰۰۳). افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند (دینر و دینر، ۱۹۹۵). سلامت روانی ساختار مهمی است که در سطح پایین منجر به افسردگی و انزوای اجتماعی و باعث فقدان احساس رضایت و اعتماد به نفس و احساس نبود اراده یا هدف در زندگی شده و به کاهش سلامت روانی و روانی منجر می‌شود (کینگ، ۲۰۰۱).

امروزه محققان، نظرات ساده انگارانه اختصاصی بودن اندام را برای توجیه علائم جسمی رد می‌کنند و بر تعامل بین حالات روانشناختی و متغیرهای زیست شناختی و اجتماعی تأکید می‌کنند، که یکی از این متغیرهای روانشناختی، نظم هیجانی می‌باشد. مفهوم تنظیم هیجان مفهومی است بسیار گسترده و فرآیندهای تنظیمی بی شماری را در بر می‌گیرد. ممکن است علاوه بر فرآیندهای هشیار و یا ناهشیار شناختی، حیطة وسیعی از فرآیندهای جسمی، اجتماعی و رفتاری را هم شامل گردد. در این پژوهش ما فقط به جنبه‌های

های تنظیم هیجان شناختی سازگار تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت پیش‌بینی کننده سلامت روانشناختی بودند (عبدی و باباپور خیرالدین و فتحی، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که اول آن که وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی کننده های بهتری برای رضایت‌مندی از زندگی و بالانس عاطفی در دختران نسبت به پسران هستند. دوم آن که بهزیستی روانشناختی و اجتماعی در دختران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از خانواده و در پسران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از دوستان پیش‌بینی می‌شود. سوم آن که حمایت اجتماعی ادراک شده از فرد خاص و از افراد گروه در دانشکده اثری بر روی ابعاد مختلف بهزیستی فرد ندارند (فانندی و یعقوبی، ۱۳۸۷).

نتایج پژوهش‌ها نشان داد که تنظیم هیجانی، می‌تواند تجارب طولانی چون اضطراب و استرس را در مواقعی چون داشتن مشکلات بین فردی، مشکلات رفتاری و سلامت و عدم انعطاف‌پذیری را تحت تأثیر قرار داده و رهبری و هدایت نماید (الدوا و همکاران، ۲۰۱۵ و ۲۰۱۰). مطالعات مختلف نشان دادند که سبک‌های تنظیم هیجان در بزرگسالی، نقش حیاتی در عملکرد عاطفی افراد و سلامت آنها دارد (توال و الدوا، ۲۰۱۵، آگوستین و همنور، ۲۰۰۸، شپس و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که کیفیت زندگی در افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نه تنها تحت تأثیر ناتوانی فیزیکی آنها است بلکه عواملی چون میزان حمایت اجتماعی، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و مذهبی بودن نیز بر آن اثر می‌گذارد (یاموت و همکاران، ۲۰۱۳). محققان در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که یکی از عوامل مهم سازگاری و کنار آمدن در افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، حمایت اجتماعی است که بر کیفیت زندگی آنان نیز تأثیر می‌گذارد. (پلوقمن و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج یک مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی است در واقع بین سلامت مربوط به کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس رابطه مثبت وجود دارد (کاسترو کوستا و همکاران، ۲۰۱۲). محققان در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی سازگاری افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس را افزایش دهد (میشل و همکاران، ۲۰۰۵).

مطالعات نشان داده است که حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به ام. اس از افسردگی و حدود ۱۶/۵ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می‌برند که به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر می‌گذارد

کیا و همکاران، ۱۳۹۵). محققان در پژوهش دیگری دریافتند که حمایت اجتماعی و شادکامی پیش‌بینی کننده بهزیستی روانی می‌باشند ولی شادکامی در پیش‌بینی کنندگی بهزیستی روانی نقش مهمتری ایفا نمود (تمنایی فر، سلامی و دشتبان‌زاده، ۱۳۹۲).

نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که حمایت اجتماعی به طور معناداری بر بهزیستی روانشناختی زنان باردار تأثیر می‌گذارد (نادری بلداجی و همکاران، ۱۳۹۲). پژوهش‌ها نشان دادند که سبک‌های دلبستگی، تاب‌آوری و تنظیم هیجانی، پیش‌بینی کننده مناسبی برای بهزیستی روانی می‌باشد (بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۲). نتایج تحقیقات نشان دادند که بین خودکارآمدی، سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی، رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد. براساس این داده‌ها، افرادی که خودکارآمدی، سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده بالایی دارند از بهزیستی روانی بالایی برخوردارند (نجد، مصاحبی و آتش‌پور، ۱۳۹۲). محققان دریافتند که میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری مبتلایان به بیماری ام. اس می‌تواند سلامت روانی و جسمی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (میکاییلی و همکاران، ۱۳۹۱). پژوهش‌ها نشان دادند که در دو گروه والدین، رابطه‌ی بین نمره ابعاد حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی و عاطفه مثبت، مثبت و با عاطفه منفی، منفی و معنادار و رابطه‌ی بین سبک مقابله‌ی مسئله‌مدار با رضایت از زندگی و عاطفه مثبت، مثبت و با عاطفه منفی، منفی و معنادار بودند. همچنین رابطه‌ی بین سبک مقابله‌ی هیجان‌مدار با رضایت از زندگی مثبت و غیرمعنادار و با عاطفه مثبت و عاطفه منفی، مثبت و معنادار بود و رابطه‌ی بین سبک مقابله‌ی اجتنابی با رضایت از زندگی و عاطفه مثبت، مثبت و معنادار و با عاطفه منفی، منفی و غیرمعنادار بود (کاکابری و همکاران، ۱۳۹۱).

محققان در پژوهشی دریافتند که سخت‌رویی و همچنین خرده‌مقیاس‌های کنترل، چالش، تعهد و حمایت دوستان با سلامت روان همبستگی مثبت دارند. البته میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان و نیز با وضعیت ناتوانی زنان مبتلا به MS رابطه معناداری بدست نیامد (علی پور و صحرایان و دهکردی و حاجی آقا بابایی، ۱۳۹۰). محققان دریافتند که بین سبک‌های تنظیم هیجان شناختی با سلامت عمومی همبستگی معنی‌داری وجود داشت. در میان سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار فاجعه‌انگاری و سرزنش دیگری پیش‌بینی کننده سلامت روانشناختی بودند و در میان سبک

مستقیم و غیر مستقیم منجر به ارتقا سلامت روانی فرد بیمار شود. در این تحقیق فرضیه‌های زیر مورد آزمون قرار گرفت:

فرضیه‌های پژوهش

سلامت روانی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه براساس حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان قابل پیش‌بینی است. بین حمایت اجتماعی با سلامت روانی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه رابطه وجود دارد. بین راهبردهای تنظیم هیجان با سلامت روانی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه رابطه وجود دارد. بین حمایت اجتماعی با راهبردهای تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه رابطه وجود دارد.

روش

این پژوهش از لحاظ طبقه‌بندی بر مبنای هدف و از نظر نوع پژوهش کاربردی بود. پژوهش حاضر، پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مراجعه کننده به مرکز درمانی مولتیپل اسکروزیس سینا در فصل بهار سال ۱۳۹۶ بود. برای برآورد حجم نمونه براساس فرمول پلنت $n < 8x + 50$ عمل شد، به این صورت n تعداد متغیر است و با وجود ۱۳ متغیر در این تحقیق (سه نوع حمایت اجتماعی، نه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان به اضافه سلامت روانی)، حجم مورد نیاز ۱۵۴ نفر بود که با در نظر گرفتن ریزش ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد. جهت توانایی شرکت افراد در پژوهش، افرادی انتخاب شدند که در طول دوره مطالعه تغییرات دارویی نداشتند و امتیاز وضعیت گسترش ناتوانی ((EDSS آنها بین ۰-۵/۵ است، بود (امتیاز فوق توسط پزشک انجمن تعیین می‌شود). امتیاز EDSS بین ۰-۱۰ می‌باشد که ۱۰ نشان دهنده مرگ و صفر نشان دهنده وضعیت طبیعی و نداشتن هیچ‌گونه مشکل در زمینه عملکرد سیستم‌ها است (کارزک، ۱۹۸۳). برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. ابتدا به مرکز درمانی اسکروز چندگانه سینا شهر تهران مراجعه شد و پس از اخذ مجوزهای لازم جهت همکاری این مرکز، نمونه‌های واجد شرایط با بیان هدف و اخذ رضایت آگاهانه از آنها، به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. از فروردین ماه تا اواخر تیر ماه سال ۱۳۹۶ هفته‌ای دو روز به مرکز مذکور مراجعه شد و روزی به طور میانگین ۸-۹ نفر در پژوهش شرکت می‌کردند و در نهایت اطلاعات ۲۰۰ نفر (۸۳ نفر مرد و ۱۱۷ نفر زن) با استفاده از پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد.

(گرسمن و همکاران، ۲۰۱۰). یافته‌های محققان نشان داد که درک حمایت اجتماعی، می‌تواند از بروز عوامل نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نماید و میزان مراقبت از خود را افزایش دهد و تأثیر منفی بر وضعیت جسمی و اجتماعی بیمار بر جای گذارد و در نتیجه باعث افزایش عملکرد فرد گردد (رامبد، ۲۰۱۰). نتایج تحقیقات حاکی از آن است که در مبتلایان به ام.اس مشکلات روانشناختی منبع اصلی ناتوانایی‌ها، آسیب‌های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی این افراد می‌شود (چپاراولوتی و دلاکو، ۲۰۰۸). بیماران ام.اس احتمالاً به دلیل شرایط نامطلوب جسمانی که دارند، خود را دوست نداشتنی و منفی ارزیابی می‌کنند لذا برخورداری از حمایت اجتماعی، دوستان خویشاوندان و شبکه‌های حمایت اجتماعی، ضمن فراهم کردن رفاه جسمانی می‌تواند از لحاظ عاطفی و هیجانی نیز روی این بیماران اثر گذاشته و به بهبود کیفیت زندگی آنان منجر گردد (کروکاوکو و همکاران، ۲۰۰۸). متخصصان معتقدند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌اتشان در برابر وقایع زندگی نیستند، بیشتر از سایرین دچار آسیب‌های روانی می‌گردند (نولن و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین می‌توان گفت، تنظیم هیجان عاملی مهم و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کنش‌وری اثربخش می‌باشد، که نقش اساسی در سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی ایفا می‌کند (گرافسکی و کرایجی، ۲۰۰۶) همچنین مطالعات دیگری که به منظور مقایسه کیفیت زندگی بیماران ام.اس با بیماران مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن مثل صرع، دیابت، آرتریت روماتوئید و بیماری‌های التهابی روده انجام شد، نشان دادند که بیماران مبتلا به ام.اس به طور معنی‌داری از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (سک و همکاران، ۲۰۰۷، پیتوک و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج تحقیقات نشان دادند که، استفاده از راهکارهای سازگاران جهت تنظیم هیجان‌ات در تعدیل استرس‌های ادراکی مؤثر بوده و مانع از ابتلاء به بیماری‌های مزمن می‌گردد (سوزانه، ۲۰۰۳).

با علم به این که عواملی به جز مراقبت از خود می‌توانند اثر منفی بر کنترل بیماری داشته باشند، بدیهی است تعیین عوامل روانی - اجتماعی مؤثر در سلامت روانی، نقش مهمی در درمان بیماران، افزایش مراقبت از خود، پیشگیری از عوارض بیماری آنها خواهد داشت. عاملی که می‌تواند در مدیریت بیماری و فراهم‌آوری حمایت‌های فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی تأثیر گذاشته و بطور

جهت بررسی سلامت روانی استفاده شده است. این مقیاس توسط ریف (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. فرم کوتاه این پرسشنامه برگرفته از فرم اصلی با ۱۲۰ سؤال است. این نسخه مشتمل بر ۶ عامل است که عبارتند از: استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، عامل ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود. نمره بالا در این آزمون نشان دهنده سلامت روانی بالا و نمره پایین نشان دهنده سلامت روانی پایین است. ریف و سینگر (۲۰۰۶) همبستگی این آزمون را با مقیاس ۸۴ سؤالی این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند. در ایران خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال را به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۳، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به دست آوردند. همچنین این پژوهشگران آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۷۱ گزارش نمودند. خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) با استفاده از تحلیل عامل‌های این پرسشنامه برازش خوبی برخوردار می‌باشند.

مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) یکی از بی‌شمار مقیاس‌هایی است که به ارزیابی حمایت اجتماعی می‌پردازد. این پرسشنامه را زمین و همکارانش در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخ‌گو نظر خود را در یک مقیاس ۷ گزینه‌ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا هفت برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند. برور و همکارانش در سال ۲۰۰۸، پایایی درونی این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستان با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ تا ۰/۸۶ درصد برای خرده مقیاس‌های این ابزار و ۰/۸۶ درصد برای کل ابزار گزارش نموده‌اند. سلیمی و همکارانش، ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۰/۸۹ درصد، ۰/۸۶ درصد و ۰/۸۲ درصد ذکر نموده‌اند. در ادامه خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به همراه آیت‌های تشکیل دهنده آن به اشتراک گذاشته شده است. در پژوهش حاضر اعتبار کلی پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده به روش آلفای کرونباخ (۰/۹) در دامنه قابل قبول (بیشتر از ۰/۵) قرار دارد و در سطح زیر مقیاسی نیز اعتبار خرده مقیاس‌ها، خانواده (۰/۷۹)، دوستان (۰/۸۲)، افراد مهم (۰/۸۶) است که میزان اعتبار قابل قبولی است

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی از لحاظ جنسیت، بیشتر آزمودنی‌ها معادل ۱۱۷ نفر (۵۸/۵٪) زن و سایرین معادل ۸۳ نفر (۴۱/۵٪) مرد بودند از لحاظ دامنه سنی، بیشتر آزمودنی‌ها معادل ۵۹ نفر (۲۹/۵٪) زیر ۲۵ سال سن داشتند، این در حالی است که ۴۰ نفر (۲۰/۵٪) بیش از ۳۵ سال سن داشتند. از لحاظ دامنه وضعیت تأهل، بیشتر آزمودنی‌ها معادل ۸۱ نفر (۴۰/۵٪) متأهل، ۷۹ نفر (۳۹/۵٪) مجرد و فقط ۴۰ نفر (۲۰٪) مطلقه بودند. از لحاظ تحصیلات، بیشتر آزمودنی‌ها معادل ۷۹ نفر (۳۹/۵٪) تحصیلات دیپلم داشتند، این در حالی است که فقط ۱۱ نفر (۵/۵٪) تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر داشتند. از لحاظ مدت بیماری، بیشتر آزمودنی‌ها معادل ۴۸ نفر (۲۴٪) بین ۲ تا ۴ سال بوده که به بیماری ام‌اس مبتلا شدند، این در حالی است که فقط ۲۶ نفر (۱۳٪) از بیماران بین ۱۱ تا ۱۵ سال بوده که سابقه این بیماری را داشتند.

ابزار

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده به عمل آمد. از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)، جهت بررسی راهبردهای تنظیم هیجان استفاده شد. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه (۹) راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می‌کند. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به تازگی تجربه کرده‌اند را بوسیله پاسخ به ۵ تا پرسش که استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کند مشخص نماید. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت صورت می‌گیرد. در بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. فرم فارسی این مقیاس به وسیله سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد اعتباریابی قرار گرفته است. برای بررسی روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس استفاده شده است.

مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف فرم کوتاه (RSPWB-SF)

(سلامی و همکاران، ۲۰۰۹).

بررسی رابطه و بررسی اثر عدم هم خطی) توسط نرم افزار SPSS ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش شامل اطلاعات توصیفی و آزمون فرضیه‌های پژوهش است. در قسمت اول اطلاعات توصیفی از جمله محاسبه میانگین، انحراف معیار و فراوانی و در بخش دوم به بررسی فرضیه‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های رگرسیون چند متغیره استاندارد و ضریب همبستگی پیرسون پرداخته می‌شود.

سپس هر سه پرسشنامه به آزمودنی‌ها ارائه شد و از آنها خواسته شد، اطلاعات پرسشنامه‌ای شخصی‌شان را تا حد امکان پاسخ دهند و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، به منظور تجزیه تحلیل داده‌های آماری از روش‌های آمار توصیفی شامل گرایش‌های مرکزی و گرایش‌های پراکنده و در بخش آمار استنباطی از ضرایب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره با رعایت پیش فرض‌های مربوط (آزمون S-K به منظور بررسی نرمال بودن توزیع، همبستگی پیرسون به منظور

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	میانه	نما	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
استقلال	۱۲/۱۱	۱۳	۱۳	۳/۰۱	-۰/۳۷	-۰/۰۴۷
تسلط بر محیط	۱۱/۰۴	۱۲	۱۳	۲/۷۴	-۰/۲۵	۰/۲۴۷
رشد شخصی	۱۰/۲۲	۱۰	۸	۲/۳۲	۰/۱۴۴	-۱/۱۱
ارتباط مثبت با دیگران	۹/۲۹	۸	۸	۲/۶۳	۰/۵۴۳	-۰/۲۱
هدفمندی در زندگی	۱۰/۰۳	۹	۸	۳/۴۶	۰/۰۶۷	-۰/۲۰۶
پذیرش خود	۸/۶۹	۸	۸	۲/۵۲	۰/۲۱	۱/۱۴
کل	۶۱/۳۹	۶۱	۶۱	۵/۹۳	-۰/۰۶۲	-۰/۵۴۶
تمرکز مثبت	۲۹/۳۷	۲۹	۲۵	۶/۱۶	۰/۰۷۷	-۱/۲۵
مثبت ارزیابی	۱۶/۰۵	۱۶	۱۵	۳/۳۶	-۰/۱۲۷	-۰/۸۸۵
کل	۴۲/۴۲	۴۵	۳۸	۸/۰۷	۰/۰۲۴	-۱/۲۱۳
سرزنش خود	۹/۶	۱۰	۱۰	۱/۹۷	-۰/۷۱۲	۰/۵۲۱
سرزنش دیگران	۹/۶۲	۱۰	۱۰	۲/۰۱۱	-۰/۶۲۱	۰/۵۵
نشخوار فکری	۱۱/۷	۱۲	۱۰	۲/۴۵	۰/۱۷	-۱/۲۱۴
فاجعه آمیز کردن	۱۳/۰۸	۱۳	۱۲	۲/۳۵	۰/۱۹۷	-۰/۶۱۶
پذیرش	۹/۵۹	۱۰	۱۰	۲/۰۷	-۰/۴۶۳	۰/۲۶۵
کل	۵۳/۶	۵۴	۵۱	۷/۰۹۹	-۰/۲۴۶	-۰/۴۴
حمایت خانواده	۱۲/۲۳	۱۲	۱۵	۲/۵۳	-۰/۰۶۵	-۱/۳۱۲
حمایت دوستان	۱۲/۶۷	۱۳	۱۵	۲/۳۲	-۰/۳۱	-۱/۱۲۳
حمایت دیگران	۱۲/۶۶	۱۳	۱۵	۲/۴۵	-۰/۲۸۳	-۱/۱۸۵
کل	۳۷/۵۷	۳۸	۴۲	۵/۴۴	-۰/۴۲۱	-۰/۷۳

همچنین براساس آزمون کولموگروف اسمیرنف سطح معناداری همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین نمرات حاصله نرمال می‌باشند. سلامت روانی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه براساس حمایت اجتماعی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان قابل پیش بینی است.

با توجه به آنچه در جدول بالا نشان داده شده است در همه متغیرهای پژوهش مقادیر میانگین، میانه و نما به یکدیگر نزدیک می‌باشند که بیانگر نرمال بودن نمرات هستند، همچنین مقادیر کجی و کشیدگی با قرار گرفتن بین (-۲) تا (+۲) موید این مطلب است.

جدول ۲. تحلیل واریانس فرضیه اصلی

سطح معناداری	R2	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	رگرسیون
۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۹	۳۶۵/۸۶	۷۹۱/۱۳۳۱	۳	باقیمانده
-	-	-	۴۲۱/۱۵	۱۹۶	کل
-	-	-	-	۱۹۹	

جدول فوق به طور معناداری در پیش‌بینی سلامت روانی سهمیم هستند. بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با سلامت روانی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه رابطه وجود دارد. نتایج رگرسیون به لحاظ آماری معنادار است. این مدل ۶۱٪ واریانس بهزیستی روانشناختی را نشان می‌دهد. مطابق داده‌ها مؤلفه‌های متغیر پیش‌بین تنظیم شناختی هیجان به طور معناداری در پیش‌بینی سلامت روانی سهمیم هستند. بین حمایت اجتماعی با راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه رابطه وجود دارد.

نتایج رگرسیون به لحاظ آماری معنادار است. این مدل ۵۶٪/۹ واریانس سلامت روانی را نشان می‌دهد. مطابق داده‌ها مفروضه عدم هم خطی رعایت شده و متغیرهای پیش‌بین راهبردهای تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی به طور معناداری در پیش‌بینی متغیر سلامت روانی سهمیم هستند. بین حمایت اجتماعی با سلامت روانی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه رابطه وجود دارد. نتایج رگرسیون به لحاظ آماری معنادار است. این مدل ۴۲٪ واریانس بهزیستی روانشناختی را نشان می‌دهد. مطابق داده‌ها مؤلفه‌های متغیر پیش‌بین حمایت اجتماعی در

جدول ۳. تحلیل رگرسیون فرضیه اصلی

متغیر	B	خطای استاندارد	بتا	T	سطح معناداری	عامل تورم واریانس	تحمل
ثابت	۴/۹۲	۴/۶۱	-	۹/۳۲	۰/۰۰۰۱	-	-
تنظیم هیجانی مثبت	۰/۳۱	۰/۰۴	۰/۳۴	۵/۳۴	۰/۰۰۰۱	۱/۷	۰/۶
تنظیم هیجانی منفی	-۰/۱۸	۰/۰۵	-۰/۳۱	-۳/۴۵	۰/۰۰۰۱	۱/۶	۰/۶۲
حمایت اجتماعی	۰/۴۲	۰/۰۵	۰/۴۱	۶/۲۳	۰/۰۰۰۱	۱/۳۹	۰/۷

جدول ۴. تحلیل واریانس فرضیه اول

درجه آزادی	میانگین مربعات	F	R2	سطح معناداری
۳	۸۶۹/۹۵۸	۳۸۳/۴۵	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱
۱۹۶	۱۲۹/۲۱	-	-	-
۱۹۹	-	-	-	-

جدول ۵. تحلیل رگرسیون فرضیه اول

متغیر	B	خطای استاندارد	بتا	T	سطح معناداری	عامل تورم واریانس	تحمل
ثابت	۳۵/۹۶	۲/۳۳	-	۱۶/۳۲	۰/۰۰۰۱	-	-
حمایت خانواده	۰/۸۹	۰/۱۵	۰/۴۱	۷/۳۴	۰/۰۰۰۱	۱/۱	۰/۶
حمایت دوستان	۰/۳۹	۰/۱۶	۰/۱۷	۳/۰۵	۰/۰۰۰۱	۱/۲	۰/۹
حمایت دیگران	۰/۷۲	۰/۱۵	۰/۳۱	۳/۲۳	۰/۰۰۰۱	۱/۱۶	۰/۷

جدول ۶. تحلیل واریانس فرضیه دوم

درجه آزادی	میانگین مربعات	F	R2	سطح معناداری
۷	۶۱۳/۶۷۱	۴۳/۲۸	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱
۱۹۲	۱۴/۱۷۸	-	-	-
۱۹۹	-	-	-	-

جدول ۷. تحلیل رگرسیون فرضیه دوم							
متغیر	B	خطای استاندارد	بتا	T	سطح معناداری	عامل تورم واریانس	تحمل
ثابت	۷/۱	۴/۰۵	-	۵۰/۷۹	۰/۰۰۰۱	-	-
تمرکز مثبت	۰/۱۸	۰/۰۶	۰/۱۹	۳/۳۵	۰/۰۰۰۱	۱/۵۲۲	۰/۵۹
ارزیابی مثبت	۰/۶۱	۰/۰۹	۰/۲۹	۶/۳۳	۰/۰۰۰۱	۱/۴۱۷	۰/۸۱
سرزنش خود	۰/۷۲	۰/۱۵	-۰/۲۲	-۴/۷۲	۰/۰۰۰۱	۱/۲۸۹	۰/۷۲
سرزنش دیگران	۰/۰۷	۰/۲۰	۰/۰۳	۰/۴۴	۰/۷۱۲	۲/۳۳۲	۰/۴۵
نشخوار فکری	-۰/۶۹	۰/۱۳	-۰/۲۹	-۶/۰۶	۰/۰۰۰۱	۱/۳۱۴	۰/۶۹
فاجعه آمیز کردن	-۰/۲۵	۰/۱۳	-۰/۱۱	-۲/۱	۰/۰۳۱	۱/۱۵۶	۰/۸۸
پذیرش	۰/۱۴	۰/۱۸	۰/۰۵	۰/۷۱	۰/۵۲۳	۲/۱۹۷	۰/۳۹

جدول ۸. تحلیل استنباطی فرضیه S.L				
متغیر	حمایت خانواده	حمایت دوستان	حمایت دیگران	حمایت اجتماعی
تمرکز مثبت	۰/۳۴**	۰/۳۷**	۰/۲۵**	۰/۴۳**
ارزیابی مثبت	۰/۳۱**	۰/۲۸**	۰/۴۰**	۰/۴۵**
سرزنش خود	۰/۴۱**	۰/۳۹**	۰/۳۶**	-۰/۲۹**
سرزنش دیگران	-۰/۳۷**	۰/۱۶*	-۰/۱۹*	-۰/۲۲*
نشخوار فکری	-۰/۲۱*	-۰/۱۴*	-۰/۱۵*	-۰/۴۰**
فاجعه آمیز کردن	-۰/۳۶**	۰/۲۳*	-۰/۱۱	-۰/۳۴**
پذیرش	-۰/۲۳*	-۰/۱۹*	-۰/۱۸*	-۰/۲۵*
تنظیم شناختی منفی	-۰/۴۵**	۲۲۵*	-۰/۱۵*	-۰/۲۶*
تنظیم شناختی مثبت	۰/۳۸**	۰/۴**	۰/۳۵**	۰/۵۶**

** سطح معناداری ۰/۰۱ و * سطح معناداری ۰/۰۵

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی سلامت‌روانی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه براساس حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان بود. نتایج نشان داد که سلامت‌روانی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه براساس حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان قابل پیش‌بینی است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت از آنجایی که، بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه در تطابق با بیماری خود دچار تنش عمومی و روز افزون می‌شوند؛ این بیماری تنش‌های زیادی به بیمار و خانواده آنان تحمیل می‌کند، بنابراین بیمار با توجه به هدف خود (بهزیستی) می‌تواند دوام یک هیجان را تعدیل، تشدید یا تسهیل کند و به این طریق مشکلات و تنش ناشی از بیماری را در خود کاهش دهد چرا که بیماران با انتخاب و بکارگیری راهبردهای تنظیمی سازگارانه که مناسب موقعیت‌اند می‌توانند رویدادها درونی و بیرونی را به شیوه مناسب کنترل کنند و به این طریق مطابق با اهداف بلند مدتشان سازگاری با بیماری، ارتقاء سطح کیفیت زندگی، رضایت از زندگی

و سلامت روانشناختی) پیش روند، از سویی، آنچه در این راستا می‌تواند برای رسیدن به سطح مطلوب (بهزیستی) یاریگر بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس باشد حمایت اجتماعی ادراک شده است. نتایج این فرضیه با برخی تحقیقات از جمله تحقیقات پلوقمن و همکاران (۲۰۱۲)، میشل و همکاران (۲۰۰۵)، کاسترو کوستا و همکاران (۲۰۱۲)، رامبد (۲۰۱۰)، چپاراولوتی و دلاکو (۲۰۰۸)، کروکاوکوا و همکاران (۲۰۰۸)، بسک و همکاران (۲۰۰۷)، پیتوک و همکاران (۲۰۰۴)، الدوا و همکاران (۲۰۱۵ و ۲۰۱۰)، قاندی و یعقوبی (۱۳۸۷)، میکاییلی و همکاران (۱۳۹۱)، نجد و همکاران (۱۳۹۲)، بیگدلی و همکاران (۱۳۹۲)، تمنایی فر و همکاران (۱۳۹۲)، مرادی و همکاران (۱۳۹۳) همخوان است.

نتایج همچنین نشان داد که، بین حمایت اجتماعی با سلامت روانی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه رابطه وجود دارد. در واقع بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه رابطه مثبت وجود دارد. در تبیین نتایج می‌توان گفت از آنجایی که حمایت اجتماعی بیانگر برخورداری از محبت،

برخورد آنها با مسئله در سازگاری و روند بهبود فرد تأثیر بسزایی دارد. هیجان‌های مثبت و سرزندگی که ناشی از حمایت اطرافیان است سبب انعطاف‌پذیری فرد در جهت مقابله هرچه بهتر و مناسب‌تر فرد با بیماریش می‌شود؛ تنظیم هیجانی که فرآیندی معطوف به هدف است و با تعدیل حالت‌های هیجانی بیماران مزمن را به سازگاری مطلوب‌تر با بیماریشان رهنمون می‌کند، لذا سبب سازگاری اجتماعی و زیست‌شناختی، فردی نیز می‌شود. نتایج این فرضیه با برخی تحقیقات از جمله تحقیقات توال و الدوا (۲۰۱۵)، الدوا و همکاران (۲۰۱۰)، آگوستین و همنوور (۲۰۰۸)، شپس و همکاران (۲۰۱۵)، میشل و همکاران (۲۰۰۵)، عبدی و همکاران (۱۳۸۹) همخوانی دارد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که نتایج و یافته‌های بدست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد و نمی‌توان آن را به جامعه آماری دیگر تعمیم داد. همچنین در این پژوهش امکان کنترل متغیرهایی مثل ویژگی‌های فرهنگی و شخصیتی گروه مورد مطالعه وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود، پژوهش به روش نیمه آزمایشی انجام شود و سایر متغیرهای روانشناختی مورد بررسی قرار بگیرند.

منابع

- امیری، محسن؛ پورحسین، رضا؛ معراجی‌فر، لیلا و حسینی، زهرا (۱۳۹۶). بررسی رابطه روان‌آزردگی، نارسایی خودنظم‌جویی هیجان، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی با نشانگان افسردگی در بیماران مبتلا به آسم. *مجله علمی - پژوهشی علوم روانشناختی*، ۶۴ (۱۶)، ۴۷۷-۴۶۲.
- بشارت، محمدعلی؛ زمانی فروشانی، نسرین و معافی، علیرضا (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گری راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و درماندگی روانشناختی در خواهر برادرهای کودکان مبتلا به سرطان. *مجله علمی - پژوهشی علوم روانشناختی*، ۶۲ (۱۶)، ۱۹۷-۱۷۹.
- بیگدلی، ایمان‌اله؛ نجفی، محمود و رستمی، مریم (۱۳۹۲). رابطه سبک‌های دل‌بستگی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله آموزش در علوم پزشکی*، ۱۳ (۹)، ۷۲۹-۷۲۱.
- تمنایی فر، محمدرضا؛ سلامی محمدآبادی، فاطمه و دشتیان زاده، سمیه (۱۳۹۲). بررسی رابطه بهزیستی روانی با حمایت اجتماعی و شادکامی. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۵ (۱۸)، ۷۴-۵۳.

توجه و مساعدت اعضای خانواده و دوستان و سایر افرادی می‌باشد که فرد با آنها مرادده دارد، می‌تواند باعث ایجاد اطمینان در فرد برای بروز بهتر شایستگی‌ها جهت رویارویی با تجارب جدید شده و بهزیستی روانی را برای فرد به ارمغان آورد و همچنین می‌تواند تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل کند و از بروز عوامل نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نماید و میزان مراقبت از خود را در آنها افزایش دهد. نتایج این فرضیه با برخی تحقیقات از جمله تحقیقات یاموت و همکاران (۲۰۱۳)؛ کاسترو کوستا و همکاران (۲۰۱۲)؛ علی‌پور و همکاران (۱۳۹۰)؛ کاکابرایی و همکاران (۱۳۹۱)؛ میکاییلی و همکاران (۱۳۹۱)؛ نجد و همکاران (۱۳۹۲)؛ قائدی و یعقوبی (۱۳۸۷)؛ نادری و همکاران (۱۳۹۲)؛ گودرز و همکاران (۱۳۹۴)؛ مرادی و چراغی (۱۳۹۴) همخوانی دارد.

نتایج همچنین نشان داد که بین راهبردهای تنظیم هیجان با سلامت روانی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه رابطه وجود دارد. در واقع تنظیم هیجان عاملی مهم و تعیین کننده در سلامت روانی و کنش وری اثربخش می‌باشد، که نقش اساسی در سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی ایفا می‌کند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که تنظیم هیجانی مثبت می‌تواند نقش مهمی در سازگاری فرد با وقایع استرس‌زای زندگی داشته باشد، حال آنکه هیجان منفی در بیماران ام.اس که می‌تواند ناشی از چالش‌های بی‌شماری (چون مسائل روزمره مانند حضور در جمع تا مسائل مهم‌تر مانند راه‌های کنترل بیماری ام.اس) باشد که این بیماران با آن روبرو هستند، با ایجاد مشکلات روانشناختی در بیماران سبب کاهش بهزیستی روانشناختی در آنها می‌شود. پس این بیماران با تنظیم شناختی هیجان خود، می‌توانند کیفیت زندگی خود را ارتقاء داده و از این طریق به سطح بهزیستی روانی مطلوب‌تری دست یابند. نتایج این فرضیه با برخی تحقیقات از جمله تحقیقات گرسمن و همکاران (۲۰۱۰)، چیاراوالوتی و دلاکو (۲۰۰۸) ف نولن و همکاران (۲۰۰۸)، گرانفسکی و کرایجی (۲۰۰۶) ف سوزانه (۲۰۰۳)، الدوا و همکاران (۲۰۱۵ و ۲۰۱۰) همخوانی دارد.

نتایج نیز نشان داد که بین راهبردهای تنظیم هیجان با حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه رابطه وجود دارد. در واقع حمایت اجتماعی سازگاری افراد مبتلا به اسکروز چندگانه را افزایش دهد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت از زمان بروز بیماری مزمن در فرد اطرافیان او به شیوه‌های مختلفی با این مسئله کنار می‌آیند، نحوه

- اسکلروزیس. یافته‌های نو در روانشناسی (روانشناسی اجتماعی)، ۷(۲۳)، ۱۷-۵.
- نادری بلداجی، رودابه؛ مرادی، اعظم؛ مباشری، محمود؛ میرزائیان، راضیه و یوسفی، زهرا (۱۳۹۲). بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سبک‌های دلبستگی بر بهزیستی روانشناختی زنان باردار شهرستان بروجن. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۲(۴)، ۴۴-۳۷.
- نجد، محمدرضا؛ مصاحبی، محمدرضا؛ و آتش پور، حمید (۱۳۹۲). پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی از طریق مؤلفه‌های خودکارآمدی سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۸(۳۰)، ۴۷-۵۶.
- یعقوبی راد، مهسا؛ پورحسین، رضا و غلامعلی لوانسانی، مسعود (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی فن مرور خویشتن در کاهش افسردگی، اضطراب و تنیدگی در بیماران مبتلا به چندین اسکروز (ام‌اس). *مجله علمی-پژوهشی علوم روانشناختی*، ۶۰(۱۵)، ۴۴۴-۴۴۳.
- Aldao, A., & Tull, M. T. (2015). Putting emotion regulation in context. *Current Opinion in Psychology*, 3, 100-107.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Augustine, A. A., & Hemenover, S. H. (2008). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A metaanalysis. *Cognition and Emotion*, 23, 1181-1220.
- Beiske, A.G., Naess, H., Aarseth, J. H., Anderson, D., & Elovaara, I. (2007). Health related quality of life in secondary progressive MS. *Mult Scler*, 13 (3), 386-392.
- Castro Costa D, José Sá M, Calheiros J. (2012). The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*, 70(2), 108-113.
- Chiaravalloti, N, D., DeLuca, J. (2008). Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Lancet Neurol*. Dec, 7(12), 1139-51.
- Diener, E., Diener, M. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, v 69, p 851-864.
- Ersoy-Kart M, Guldu O. (2005). Vulnerability to stress, perceived social support, and coping styles among chronic hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation*, 34(10), 662-671.
- Fava, G, A., Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. Mar, 34(1), 45-63.
- Garnefski N, Kraaij V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and حسین‌زاده فیروزآباد، یحیی؛ محمدآبادی، محمدصالح و موسوی، اسماعیل (۱۳۹۵). بررسی رابطه سلامت‌روان و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت. *توسعه پرستاری در سلامت*، ۷(۱)، ۵۷-۶۶.
- عبدی، سلمان؛ باباپورخیرالدین، جلیل و فتحی، حیدر (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های تنظیم هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۸(۴)، ۲۶۴-۲۵۸.
- عسگری، پرویز و شرف‌الدین، هدی (۱۳۸۹). رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان. *یافته‌های نو در روانشناسی*، ۳(۹)، ۳۶-۲۵.
- علی پور، احمد؛ صحراپیان، محمدعلی؛ علی اکبری دهکردی، مهناز و حاجی آقابابایی، مرضیه (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت‌رویی با سلامت‌روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱(۱۰)، ۱۰۰-۱۳۳.
- قائدی، غلامحسین و یعقوبی، حمید (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر *ارمغان دانش*، ۱۳(۲)، ۸۱-۶۹.
- کاآبرایی، کیوان؛ ارجمندینیا، علی اکبر و افروز غلامعلی (۱۳۹۱). رابطه سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده با مقیاس‌های بهزیستی روانی در بین والدین با کودکان استثنایی و عادی شهر کرمانشاه. *فصلنامه افراد/استثنایی*، ۲(۷)، ۲۶-۱.
- گودرز، مجید؛ فروغان، مهشید؛ مکارم، اصغر و راشدی، وحید (۱۳۹۴). رابطه حمایت اجتماعی و بهزیستی روانی در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی روزانه. *مجله سالمندی ایران*، ۱۰(۳)، ۱۱۹-۱۱۰.
- مرادی کیا، حامد؛ ارجمندینیا، علی اکبر و غباری بناب، باقر (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر بهزیستی روانشناختی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *نشریه پرستاری کودکان*، ۳(۱)، ۶۰-۵۱.
- مرادی، مرتضی و چراغی، اعظم (۱۳۹۴). رابطه حمایت‌های اجتماعی با بهزیستی روانشناختی و افسردگی: نقش واسطه‌ای حرمت خود و نیازهای اساسی روانشناختی، *روانشناسی تحولی*، ۱۱(۴۳)، ۲۹۷-۳۱۲.
- میکاییلی، نیلوفر؛ مختارپورحیثی، الهام و میسمی، سهیلا (۱۳۹۱). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل

- Psychological Science*, 3,400 – 424.
- Pittock, S.J., Mayr, W.T., & McClelland, R.L. (2004). Quality of life is favorable for most patients with multiple sclerosis: A population based cohort study. *Arch Neurol*, 61(5), 679–86.
- Ploughman M, Austin MW, Murdoch M, Kearney A, Godwin M, Stefanelli M. (2012). The path to selfmanagement: a qualitative study involving older people with multiple sclerosis. *Physiother Can*, 64(1), 6-17.
- Rambod M, Rafii F. (2010). Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients. *J Nurs Scholarship*, 42(3), 242-9.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning measurement and implication for psychotherapy. *Psychotherapy Psychosomatic*, 65, 14-23.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 4, 1103-1119.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Salami AR, Joukar B, Nikpour R. (2009). internet and communication: perceived social support and loneliness as antecedent variable. *Psychological studies*, 5(3), 81-102. [Persian]
- Schulz, W. (2014). Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Acta Neurol Scand*, 107(6): 394-9.
- Schaefer, C., Coyne, J, C., Lazarus, R, S. (1981). The health-related functions of social support. *J Behav Med. Dec*, 4(4), 381-406.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379–405.
- Streeter, C, L., Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: Guidelines for social work practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2 (1), 81-98.
- Suzanne C. S. (2003). Individual differences, immunity, and cancer: Lessons from personality psychology. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17, 92-97.
- Tull, M. T., & Aldao, A. (2015). Editorial overview: New directions in the science of emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, iv–x.
- Yamout B, Issa Z, Herlopian A, El Bejjani M, Khalifa A, Ghadieh AS, et al. (2013). Predictors of quality of life among multiple sclerosis patients: a comprehensive analysis. *Eur J Neurol*, 20(5), 756-64.
- depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659–1669.
- Garnefski N, Kraaij V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif*, 40, 1659- 69.
- Garnefski N, Baan N, Kraaij V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot and mouth crisis. *Pers Individ Dif*, 38, 1317-27.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2000). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327.
- Grossman P, Kappos L, Gensicke H, D'Souza M, Mohr DC, Penner IK, et al. (2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training A randomized trial. *Neurology*, 75(13), 1141-9.
- Kasser SL, Jacobs JV, Ford M, Tourville TW. (2015). Effects of balance-specific exercises on balance, physical activity and quality of life in adults with multiple sclerosis: a pilot investigation. *Disabil Rehabil*. 4,1-12.
- King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 798–807.
- Krokavcova, a., Jitse, P., van, Dijkb.c., IvetaNagyova, b.; Jaroslav, Rosenberger b., Gavelova, d., Berrie, Middel c., Gdovinova, a., Johan, W. & Groothoff, c. (2008). *Patient Education and Counseling*, 73,159–165.
- Lazarus, R.S. (1993). 'From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks'. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lee JR, Kim SA, Yoo JW, Kang YK. (2007). The present status of diabetes education and the role recognition as a diabetes educator of nurses in Korean. *Diabetes Res Clin Pract*, 77(Suppl 1), 199-204.
- Marck, C, H., Hadgkiss, E, J., Weiland, T, J., van der Meer, D, M., Pereira, N, G., Jelinek, G, A. (2014). Physical activity and associated levels of disability and quality of life in people with multiple sclerosis: a large international survey. *BMC Neurology*, 14, 143.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 544–554.
- Mitchell A, Benito-Leon J, Morales Ganzalez MJ, Rivera-Navarro J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurol*, (9), 556-660.
- Nolen-Hoeksema S, Wisco B. E, Lyubomirsky S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on*