

## رابطه نگرانی و نقص در تعدیل هیجانی با سلامت روانی و کیفیت زندگی در

### دانشجویان

# The relationship between worry and deficiency in emotion regulation with mental health and quality of life in university students

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۵/۲۰

Zare-Bahramabadi M. PhD\*, Zargar M. MSc  
Chegini. A.A. MSc

مهدی زارع بهرام‌آبادی\*، محمد زرگر<sup>۱</sup>  
علی اصغر چگینی<sup>۱</sup>

### Abstract

**Introduction:** The effect of emotion regulation on life difficulties has been a focus of attention for researchers and scientists. The aim of this investigation was to examine the relationships among affect regulation and worry with mental health and quality of life.

**Method:** The sample consisted of 193 students from Imam Khomeini University who were selected by a categorical randomized method. The General Health Questionnaire, the Difficulties in Emotion Regulation Scale, the Short Form (36) Health Survey and the Worry Questionnaire, were used to measure variables. Data were analyzed using correlation coefficient and regression analysis.

**Results:** Significant relationships were observed between affect deregulation and worry about quality of life and mental health. Among affect regulation components, *acceptance* was positively related and *clarity* was negatively related with quality of life and mental health. Significant correlations were observed between worry and all components (except body-related components) of mental health and quality of life. The results of a regression analysis showed that worry, acceptance, and clarity predict variability in mental health and life quality.

**Conclusion:** Emotion regulation can affect mental health and quality of life. Worry had a negative effect on quality of life and mental health.

**Keywords:** Emotion Regulation, Life Quality, Mental Health, Worry

### چکیده

**مقدمه:** در دهه‌های اخیر، تعدیل هیجانی و تاثیر آن بر رویارویی با مشکلات زندگی مورد توجه پژوهشگران و دانشمندان قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تعدیل هیجانی و نگرانی، با سلامت روانی و کیفیت زندگی بود.

**روش:** نمونه مورد نظر شامل ۱۹۳ نفر از دانشجویان دانشگاه امام خمینی قزوین بود که به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی، مقیاس نقص در تعدیل هیجانی، پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه نگرانی استفاده شد. داده‌های بدست آمده با روش‌های آماری ضریب همبستگی و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** بررسی نتایج بدست آمده بیانگر رابطه معنادار میان نقص در تعدیل هیجانی و نگرانی با کیفیت زندگی و سلامت روانی بود. در میان مؤلفه‌های تعدیل هیجانی، مولفه پذیرش با سلامت روانی و کیفیت زندگی همبستگی مثبت و با مولفه وضوح، همبستگی منفی داشت. همچنین میان میزان نگرانی، با تمام مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سلامت روانی (به جز مؤلفه‌های مربوط به عملکرد جسمانی) رابطه معنادار مشاهده شد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که متغیرهای نگرانی، پذیرش و وضوح قادر به پیش‌بینی واریانس کیفیت زندگی و سلامت روانی بودند.

**نتیجه‌گیری:** توانایی تعدیل هیجان‌ها به‌ویژه در بعد پذیرش و وضوح می‌تواند سلامت روانی و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین نگرانی تأثیر منفی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی دارد.

**کلیدواژه‌ها:** تعدیل هیجانی، سلامت روانی، کیفیت زندگی، نگرانی

\* **Corresponding Author:** The center for Research and Development in Humanities, The organization for Researching and Composing University Textbook in the humanities (SAMT), Tehran, Iran  
Email: mz.bahramabadi@gmail.com

\* مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، تهران، ایران  
۱- دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، قزوین، ایران

سلامت‌روانی و کیفیت زندگی افراد، ارتباط متقابل با بهزیستی و بهره‌وری جامعه دارند، یک منبع مهم در چگونگی مواجهه با مشکلات برای افراد، خانواده‌ها و جوامع بوده و شاخصی برای بهینه‌بودن زندگی فردی و اجتماعی هستند. سلامت‌روان خوب موجب خود‌انگاره مثبت و در نتیجه رضایت از ارتباط با دوستان و افراد دیگر می‌گردد و به فرد کمک می‌کند که خوب و درست تصمیم‌گیری کند و برای حل مشکلات زندگی در خانه، محل کار یا مدرسه اقدام کند [۱]. همچنین سلامت‌روانی، کارکرد موفقیت‌آمیز اعمال روانی و توانایی مقابله با ناملایمات را موجب می‌گردد [۲]. به‌طوری که فرد می‌تواند با فشارهای مکرر و روزمره زندگی کنار آمده و با محیط سازگار شود و به حل تعارضات و کشمکش‌های درونی بپردازد [۳]. کیفیت زندگی نیز یک مفهوم ذهنی و شخصی است که معمولاً بر پایه رضایت فرد از زندگی خود [۴]، دستیابی به اهداف شخصی و امید نسبت به آینده [۵]، و نیز برنامه‌ریزی‌ها و امکانات فردی - اجتماعی نظیر امکانات بهداشتی و اقتصادی [۶] بنا می‌شود. بنا به تعریف گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL)، کیفیت زندگی به ادراک فرد از جایگاه خودش در زندگی، به توجه به بافت فرهنگی جامعه و نیز با توجه به اهداف، معیارها و نگرانی‌های فرد اشاره دارد و از متغیرهای گوناگونی نظیر سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی، استقلال و روابط اجتماعی ناشی می‌شود [۷]. کیفیت زندگی و سلامت‌روانی دو مفهوم کاملاً مرتبط هستند. بیماری‌های روانی همانطور که وضعیت جسمی و روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و شغلی فرد را نیز متأثر می‌سازند. کاهش کیفیت زندگی یکی از عواقب عمده مشکلات روانشناختی است [۸].

سلامت‌روانی و کیفیت زندگی، تحت تأثیر عوامل مختلف فردی و اجتماعی از جمله رهایی از نگرانی، انعطاف‌پذیری [۹، ۱۰] و سلامت هیجانی [۱۱] قرار دارند. یکی از ابعاد سلامت هیجانی، تسلط بر هیجان‌ها و توانایی تشخیص و ابراز مناسب آنها، یا به عبارتی برخورداری از مهارت‌های تعدیل‌هیجانی است. تعدیل‌هیجانی، فرایند درونی و تبادلی است که فرد از طریق آن هیجان جاری خود را - به‌صورت هشیار یا ناهشیار - مدیریت و کنترل می‌کند و به این وسیله تجربه، رفتار، حالت یا برانگیختگی خود را تعدیل می‌نماید. تعدیل‌هیجانی مسئول نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی فرد است و وی را در دستیابی به اهدافش یاری می‌کند [۱۲]. از دید تحولی، تعدیل‌هیجانی پیش‌نیازی مهم برای بسیاری از کارکردهای روانی - اجتماعی فرد، نظیر پردازش شناختی، رفتارهای کاوشگری، توانایی اجتماعی و حل مسأله محسوب می‌شود [۱۳]. از طرفی نقص در تعدیل هیجان‌ها، موجب می‌شود که پاسخ‌های هیجانی فرد با پاسخ‌های

مورد انتظار از دامنه بهنجار هیجان‌ها متفاوت شده و موجب ایجاد مشکلات مزمن روانشناختی شود. برای مثال در اختلال اضطراب تعمیم‌یافته بر تعامل نقص در تعدیل هیجان‌ها و نگرانی تأکید شده است و سه مؤلفه مؤثر در این اختلال یعنی میزان فهم پایین از حالات هیجانی، واکنش منفی به هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه، به ناتوانی در تعدیل هیجان‌ها مربوط می‌شوند [۱۴، ۱۵]. در افرادی که هیجان‌های زیادی تجربه می‌کنند، ناتوانی در تعدیل هیجان‌ها سبب می‌شود که در شناسایی و پذیرش هیجان‌های خود مشکل داشته باشند. هیجان‌ها را غیرروشن و ناواضح، و خود را فاقد راهبردهای مؤثر تعدیل‌کننده هیجان‌ها می‌بینند، و از این رو مستعد اختلالات هیجانی هستند. به این ترتیب نقص در تعدیل هیجان‌ها می‌تواند موجب تداوم اختلال گردد [۱۴، ۱۶]. به‌طور کلی نقص در تعدیل هیجان‌ها در اختلالات روانی نظیر اختلال شخصیت مرزی [۱۷] اختلال خوردن [۱۸] و آسیب‌شناسی اختلالات کودکان [۱۹] دیده می‌شود. همچنین پژوهش‌های نشان می‌دهد که داشتن مهارت‌های تعدیل‌هیجانی و توانایی مدیریت هیجان‌ها برای افزایش کارآمدی درمان بیماری‌های روانی مفید است. برای مثال بهره‌گیری از آموزش مهارت‌های تعدیل‌هیجانی در کنار درمان رفتاری شناختی می‌تواند در نتایج درمان تأثیرگذار باشد [۲۰].

از دیگر متغیرهای روانشناختی که رابطه نزدیکی با مدیریت هیجان‌ها دارد نگرانی است. نگرانی، نوعی پاسخ در مقابل حوادث استرس‌زا است و در دهه‌های اخیر نقش آن در زمینه اختلالات اضطرابی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است [۲۰، ۲۱]. از دیدگاه شناختی، نگرانی به زنجیره‌ای از افکار و تصاویر ذهنی گفته می‌شود که دارای بار عاطفی منفی و تا حدودی غیرقابل کنترل هستند و به تلاش‌های فرد برای حل مسأله‌ای که پیامدهای آن مبهم است و احتمال ضرر در موردش می‌رود، مربوط می‌شوند. برخی روانشناسان نیز نگرانی را نوعی پاسخ هیجانی اجتنابی می‌دانند که در کوتاه مدت موجب کاهش پریشانی هیجانی، به‌دست آوردن کنترل و جلوگیری از آشکارشدن هیجان‌های منفی شدیدتر می‌شود [۲۲]. اما بر خلاف این کارکرد خود محافظتی، نگرانی می‌تواند در طولانی مدت موجب اضطراب، علائم افسردگی و کم‌برآوردکردن توانایی‌های مقابله‌ای شود. بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده، نگرانی هم در اختلالات روانی و هم در وضعیت سلامت جسمانی نقش مهمی ایفا می‌کند [۲۳، ۲۴].

اما از آنجایی که همه افراد در زندگی روزانه خود با تجارب استرس‌زای متفاوتی روبه‌رو می‌شود و استرس‌های روزمره بخشی از زندگی اجتماعی افراد است، توانایی تعدیل هیجان‌ها و میزان نگرانی می‌تواند در زندگی روزانه افراد نیز قابل توجه بوده و نقش مهمی در سلامت‌روانی و کیفیت زندگی افراد داشته باشد. اما

تک تک مقیاس‌ها بیش از ۰/۸۸ و اعتبار بازآزمایی ۰/۸۸ گزارش شده است [۲۵]. این مقیاس برای نخستین بار در ایران در پژوهش حاضر به کار رفت و ثبات درونی خوبی نشان داد (۰/۹۱).  
**مقیاس نگرانی پن‌استیت (PSWQ):** مقیاسی ۱۶ سوالی و خودگزارشی است که برای سنجش شدت نگرانی تهیه شده است. پاسخ هر سوال به صورت ۵ گزینه‌ای است و دامنه نمرات از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است. ۱۶ سوال پرسشنامه پس از تحلیل عاملی از ۱۶۱ سوال مربوط به نگرانی انتخاب شدند. در مطالعات ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ و اعتبار آزمون-بازآزمون مناسبی، بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۲ (در فاصله بین ۲ تا ۱۰ هفته) بدست آمده است [۲۶]. میزان آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۲ بدست آمد.

**پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ):** این پرسشنامه ۲۸ سوالی به منظور سنجش سلامت روانی افراد طراحی شده و شامل ۴ خرده مقیاس افسردگی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی، علائم جسمانی است. روش نمره‌گذاری هر سوال به صورت لیکرتی ۴ گزینه‌ای - دامنه ۰ تا ۳ - است. اعتبار پرسشنامه مزبور بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ و روایی آن ۰/۵۵ برآورد شده است. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ متغیر است [۲۷].

**پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36):** این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال است و کیفیت زندگی را در دو بعد کلی سلامت جسمانی و سلامت روانی و در مقیاس چندگزینه‌ای می‌سنجد. بعد سلامت جسمانی شامل چهار خرده مقیاس عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی و سلامت عمومی، و بعد سلامت روانی شامل چهار مقیاس سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی است. ضرایب اعتبار بازآزمایی و ثبات درونی این مقیاس بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است [۲۸].

#### یافته‌ها

به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش، همبستگی میان آنها مورد آزمون قرار گرفت. نتایج نشان داد که مؤلفه وضوح با خرده مقیاس‌ها و نمره کل سلامت روانی رابطه منفی و مؤلفه پذیرش با آنها رابطه مثبت دارد. بالاترین همبستگی در بعد پذیرش و رابطه آن با علائم اضطرابی ( $r = 0/409$ ,  $\alpha < 0/01$ ) و نمره کل سلامت عمومی ( $r = 0/393$ ,  $\alpha < 0/01$ ) مربوط می‌شود. نمره کل نقص در تعدیل هیجان‌ها هم با نمره کلی مقیاس سلامت عمومی ( $r = 0/248$ ,  $\alpha < 0/01$ ) و هم با تمامی خرده مقیاس‌های آن، رابطه مثبت معنادار نشان می‌دهد. ولی برای مؤلفه‌های آگاهی و راهبردها، همبستگی معناداری بدست نیامد. از طرفی نمره نگرانی، با تمام خرده مقیاس‌ها و نمره کل سلامت عمومی رابطه مثبت معنادار دارد ( $\alpha < 0/01$ ) (جدول ۱).

بیشتر مطالعات انجام شده در مورد این متغیرها بیشتر به اختلالات اضطرابی پرداخته‌اند و نقش نقص در تعدیل هیجان‌ها و نگرانی در سلامت روانی و زندگی روزمره افراد کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از این رو در این پژوهش سعی بر آن بوده که نقش تعدیل هیجانی و نگرانی در سلامت روانی و جسمانی جامعه غیربالینی پرداخته شود. همچنین به این مسأله توجه شده که آیا نگرانی در بعد هیجانی، با توانایی مدیریت هیجان‌ها ارتباط دارد یا نه. زیرا این دو متغیر از این جهت که هر دو شامل مؤلفه‌هایی از اجتناب هیجانی هستند مرتبط به نظر می‌رسند و در این پژوهش چنین فرض شده که نقص در تعدیل هیجان‌ها می‌تواند نگرانی مزمن را نیز پیش‌بینی کند. به آنچه مطرح شد در این پژوهش کوشش شد تا به پرسش‌هایی که در پی می‌آیند پاسخ داده شود: آیا نگرانی و ابعاد تعدیل هیجانی سطح سلامت روانی دانشجویان را پیش‌بینی می‌کند؟ آیا نگرانی و ابعاد تعدیل هیجانی سطح کیفیت زندگی دانشجویان را پیش‌بینی می‌کند؟ آیا بین نگرانی و ابعاد تعدیل هیجانی رابطه وجود دارد و تعدیل هیجانی می‌تواند نگرانی را پیش‌بینی کند؟

#### روش

روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش حاضر کلیه دانشجویان دانشکده علوم انسانی دانشگاه بین‌المللی امام‌خمینی قزوین بودند که ۱۹۳ نفر آنها به صورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. نحوه انتخاب نمونه با توجه به نسبت تعداد دانشجویان هر رشته به کل دانشجویان دانشکده و نیز نسبت پسران به دختران در هر رشته صورت گرفت. میانگین سن پسران، ۲۲/۵۲ سال ( $S = 1/24$ ) و میانگین سن دختران ۲۱/۷۳ سال ( $S = 1/68$ ) بود. برای گردآوری اطلاعات از مقیاس نقص در تعدیل هیجانی، مقیاس نگرانی پن‌استیت، پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد.

**مقیاس نقص در تعدیل هیجانی (DERS):** این مقیاس در سال ۲۰۰۳، برای سنجش جنبه‌های مختلف تعدیل هیجانی و نقص در آن ساخته شد [۲۵]. نسخه ۲۵ سوالی این پرسشنامه، برای سنجش توانایی تعدیل هیجانی در ارتباط با اختلالات اضطرابی مورد استفاده قرار گرفت [۲۰]. این پرسشنامه چهار خرده مقیاس دارد: پذیرش (نقص در پذیرش هیجان‌ها)، راهبردها (نقص در برخورداری از راهبردهای مؤثر)، وضوح (نقص در وضوح و شفافیت هیجان‌ها) و آگاهی (نقص در آگاهی و هشجاری نسبت به هیجان‌ها). به سوال‌های آزمون به صورت چند گزینه‌ای - از دامنه ۱ تا ۵ - پاسخ داده می‌شود. نمره بالاتر در هر کدام از این خرده مقیاس‌ها، نشان‌دهنده داشتن مشکل بیشتر در مؤلفه مورد سنجش است. میزان ثبات درونی برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای

جدول ۱- همبستگی‌های بدست آمده بین مؤلفه‌های سلامت عمومی، نقص در تعدیل هیجان‌ها و نگرانی

نمره کل (DERS)	پذیرش (DERS)	آگاهی (DERS)	راهبردها (DERS)	وضوح (DERS)	نگرانی
۰/۲۰۶ (**)	۰/۳۱۱ (**)	۰/۰۸۵	۰/۱۰۱	۰/۱۷۶ (*)	۰/۴۳۰ (**)
۰/۱۵۸ (*)	۰/۳۰۹ (**)	۰/۰۶۹	۰/۰۵۹	۰/۲۱۶ (**)	۰/۳۶۴ (**)
۰/۲۶۲ (**)	۰/۴۰۹ (**)	۰/۱۲۸	۰/۰۸۸	۰/۲۵۴ (**)	۰/۴۶۸ (**)
۰/۱۸۱ (*)	۰/۳۰۲ (**)	۰/۱۰۹	۰/۰۴۰	۰/۱۹۰ (*)	۰/۳۸۷ (**)
۰/۲۴۸ (**)	۰/۳۹۳ (**)	۰/۱۱۳	۰/۰۹۴	۰/۲۳۷ (**)	۰/۴۹۰ (**)

(\*\*) P < 0.01      (\*) P < 0.05

دارند. اما بین درد بدنی، نقش جسمانی و عملکرد جسمانی، با مؤلفه‌های نقص در تعدیل هیجانی رابطه معناداری مشاهده نمی‌شود. همچنین مؤلفه راهبردها نیز با هیچ کدام از ابعاد کیفیت زندگی رابطه معناداری ندارد. رابطه پذیرش و نگرانی با نقش جسمانی و عملکرد جسمانی نیز معنادار نیست (جدول ۲).

همبستگی‌های مشاهده شده بین نگرانی با نمره کل کیفیت زندگی ( $r = -0/434$ ,  $\alpha < 0/01$ ) و ابعاد سلامت روانی ( $r = -0/465$ ,  $\alpha < 0/01$ ) و سلامت جسمانی ( $r = -0/283$ ,  $\alpha < 0/01$ ) نیز معنادار است. نمره کل مقیاس نقص در تعدیل هیجانی و بعد پذیرش نیز با کیفیت زندگی، سلامت روانی و سلامت جسمانی رابطه منفی معنادار

جدول ۲- همبستگی‌های بدست آمده بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی، نقص در تعدیل هیجان‌ها و نگرانی

نمره کل (DERS)	پذیرش (DERS)	آگاهی (DERS)	راهبردها (DERS)	وضوح (DERS)	نگرانی
۰/۲۲۰ (**)	۰/۳۰۰ (**)	۰/۱۹۴ (**)	۰/۲۲۰ (**)	۰/۲۰۰ (**)	۰/۳۶۹ (**)
۰/۰۶۳	۰/۱۷۳ (*)	۰/۰۲۵	۰/۰۶۵	۰/۱۵۰	۰/۳۶۸ (**)
۰/۱۲۵	۰/۲۱۰ (**)	۰/۰۹۵	۰/۱۰۲	۰/۲۳۷ (**)	۰/۳۶۵ (**)
۰/۲۴۳ (**)	۰/۲۸۸ (**)	۰/۰۹۸	۰/۰۸۷	۰/۰۶۹	۰/۴۱۴ (**)
۰/۲۵۰ (**)	۰/۲۹۷ (**)	۰/۱۶۶ (*)	۰/۰۶۱	۰/۱۴۹ (*)	۰/۳۱۳ (**)
۰/۱۳۹	۰/۱۳۹	۰/۱۶۴ (*)	۰/۰۰۸	۰/۱۳۲	۰/۱۶۱ (*)
۰/۰۷۸	۰/۱۰۲	۰/۱۴۱	۰/۰۱۱	۰/۰۹۸	۰/۰۷۹
۰/۱۰۱	۰/۰۱۴	۰/۰۷۳	۰/۰۹۴	۰/۰۴۳	۰/۰۰۹
۰/۲۰۴ (**)	۰/۲۹۳ (**)	۰/۱۲۹	۰/۰۸۳۰	۰/۱۹۶ (*)	۰/۴۶۵ (**)
۰/۲۱۹ (**)	۰/۲۱۳ (**)	۰/۲۳۴ (**)	۰/۰۰۸	۰/۰۹۸	۰/۳۸۳ (**)
۰/۲۲۷ (**)	۰/۳۰۵ (**)	۰/۱۹۵ (*)	۰/۰۵۰	۰/۲۱۳ (**)	۰/۴۳۴ (**)

(\*\*) P < 0.01      (\*) P < 0.05

آگاهی نیز منفی است اما معنادار نیست. در این میان همبستگی بین نگرانی و پذیرش ( $r = 0/556$ ,  $\alpha = 0/01$ )، بالاترین مقدار را دارد (جدول ۳).

مقیاس نگرانی، با همه مؤلفه‌ها (بجز آگاهی) و نیز با نمره کل نقص در تعدیل هیجان‌ها همبستگی دارد. اما همبستگی بین نگرانی و مؤلفه وضوح منفی است. همبستگی بین نگرانی و

جدول ۳- همبستگی‌های بدست آمده بین مؤلفه‌های نقص در تعدیل هیجان‌ها و نگرانی

نمره کل (DERS)	پذیرش (DERS)	آگاهی (DERS)	راهبردها (DERS)	وضوح (DERS)	نگرانی
۰/۵۶۰ (**)	—	—	—	—	—
۰/۵۵۴ (**)	۰/۱۸۷ (*)	—	—	—	—
۰/۴۷۲ (**)	۰/۱۸۷ (*)	۰/۱۲۹	—	—	—
۰/۲۰۴ (**)	۰/۴۱۳ (**)	۰/۱۲۸	۰/۰۸۲	—	—
۰/۲۳۵ (**)	۰/۵۵۶ (**)	۰/۱۳۲	۰/۱۷۵ (*)	۰/۳۱۸ (**)	—

(\*\*) P < 0.01      (\*) P < 0.05

## رابطه نگرانی و نقص در تعدیل هیجانی با سلامت روانی و کیفیت زندگی در دانشجویان ۲۳۹

در سلامت روانی و کیفیت زندگی از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. الف) تعیین سهم نسبی متغیرهای نقص در تعدیل هیجانی و نگرانی در تبیین متغیر سلامت روانی:

مقایسه میانگین‌ها، تفاوت معناداری در نمره‌های نقص در تعدیل هیجان‌ها و نگرانی بین دو جنس پسر و دختر نشان نداد. برای نشان دادن سهم هر یک از متغیرهای نقص در تعدیل هیجانی و نگرانی

جدول ۴- تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی سلامت روانی

مدل	R	R 2	R 2 جامعه	خطای استاندارد رگرسیون
نگرانی	۰/۴۶۹	۰/۲۲۰	۰/۲۱۵	۲/۶۷
پذیرش	۰/۵۱۷	۰/۲۶۷	۰/۲۶۱	۲/۵۱
وضوح	۰/۵۳۲	۰/۲۸۳	۰/۲۷۵	۲/۴۵
راهبردها / آگاهی	۰/۵۳۷	۰/۲۸۸	۰/۲۷۵	۲/۴۷

مقدار ضریب همبستگی چندگانه به مقدار ۲۸/۳ درصد افزایش یافته است. با افزوده شدن متغیرهای راهبردها و آگاهی در گام نهایی، تغییر اندکی در ضریب همبستگی چندگانه صورت گرفته است. در مجموع، این پنج متغیر قادر به پیش‌بینی ۲۸/۸ درصد واریانس سلامت روانی بوده‌اند.

با توجه به اهمیت متغیرها، در گام اول، متغیر نگرانی که بیشترین رابطه را با سلامت روانی داشت وارد معادله شد. نتایج نشان می‌دهند نگرانی، ۲۲ درصد واریانس مشترک با سلامت روانی را تعیین می‌کند. با افزوده شدن متغیر پذیرش، این مقدار به ۲۶/۷ درصد رسیده است. متغیر وضوح در گام سوم وارد معادله شده و

جدول ۵- ضرایب رگرسیون گام به گام سلامت روانی در متغیرهای نگرانی و ابعاد تعدیل هیجانی

مدل	ضرایب غیر استاندارد		بتا	t	سطح معناداری
	خطای استاندارد	بتا			
نگرانی	۰/۰۴۷	۰/۵۷۴	۰/۵۲۹	۷/۷۹۷	۰/۰۰۰۱
نگرانی	۰/۰۴۹	۰/۵۵۷	۰/۴۵۹	۶/۳۵۳	۰/۰۰۰۱
پذیرش	۰/۱۰۱	۰/۴۵۲	۰/۲۱۸	۴/۵۶۹	۰/۰۱۲
نگرانی	۰/۰۴۹	۰/۵۳۷	۰/۳۲۱	۵/۳۹۹	۰/۰۰۰۱
پذیرش	۰/۱۰۱	۰/۴۳۴	-۰/۲۰۲	۴/۳۰۴	۰/۰۱۷
وضوح	۰/۲۵۱	-۰/۳۹۴	۰/۱۹۵	-۲/۱۰۸	۰/۰۲۴

تحلیل واریانس انجام شده، اعتبار تحلیل رگرسیون در پیش‌بینی سلامت روانی را تایید کرد ( $F= ۴۶/۱۹۶$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ ). با توجه به جدول ۵ می‌توان (با توجه به گام سوم در تحلیل گام به گام رگرسیون) از معادله زیر برای پیش‌بینی سلامت روانی استفاده کرد:  
 $(۰/۵۳۷ \times \text{نمره نگرانی}) + (۰/۴۳۴ \times \text{نمره پذیرش}) + (-۰/۳۹۴)$

نمره وضوح) = نمره وضوح) × نمره سلامت روانی  
 لازم به ذکر است که متغیرهای آگاهی و راهبردها به علت معنادار نبودن، از این مدل رگرسیون حذف شدند.  
 ب) تعیین سهم نسبی متغیرهای نقص در تعدیل هیجانی و نگرانی در تبیین متغیر کیفیت زندگی:

تحلیل واریانس انجام شده، اعتبار تحلیل رگرسیون در پیش‌بینی سلامت روانی را تایید کرد ( $F= ۴۶/۱۹۶$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ ). با توجه به جدول ۵ می‌توان (با توجه به گام سوم در تحلیل گام به گام رگرسیون) از معادله زیر برای پیش‌بینی سلامت روانی استفاده کرد:  
 $(۰/۵۳۷ \times \text{نمره نگرانی}) + (۰/۴۳۴ \times \text{نمره پذیرش}) + (-۰/۳۹۴)$

جدول ۶- تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی کیفیت زندگی

مدل	R	R 2	R 2 جامعه	خطای استاندارد رگرسیون
نگرانی	۰/۴۶۳	۰/۲۱۴	۰/۲۰۴	۶/۱۸۳
پذیرش	۰/۵۱۱	۰/۲۶۱	۰/۲۵۳	۵/۶۵۳
وضوح	۰/۵۴۷	۰/۲۹۹	۰/۲۸۷	۵/۵۸۱
راهبردها / آگاهی	۰/۵۵۱	۰/۳۰۳	۰/۲۹۰	۵/۶۳۸

در جدول ۷، همبستگی‌های چندگانه متغیرهای نگرانی، عدم پذیرش، وضوح، راهبردها و آگاهی با کیفیت زندگی نمایش داده شده‌اند. چنانکه در جدول مشخص است، در اولین گام متغیر نگرانی وارد معادله شد. نتایج نشان می‌دهد که نگرانی ۲۱/۴ درصد واریانس مشترک با کیفیت زندگی را تعیین می‌کند. با

وارد شدن متغیرهای پذیرش در گام دوم و وضوح در گام سوم، به ترتیب، ۴/۶ درصد و ۳/۸ درصد به این مقدار افزوده شده است و این سه متغیر در مجموع، ۲۹/۹ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. اما در گام چهارم، تغییر اندکی دیده می‌شود. تحلیل واریانس انجام شده، اعتبار تحلیل رگرسیون در پیش‌بینی

جدول ۷- ضرایب رگرسیون گام به گام کیفیت زندگی در متغیرهای نگرانی و ابعاد تعدیل هیجانی

سطح معناداری	t	بتا	ضرایب غیر استاندارد		مدل
			خطای استاندارد	بتا	
۰/۰۰۱	۱۸/۵۹۹		۰/۶۸۳	۱۷/۰۹۶	ثابت
۰/۰۰۱	-۵/۳۱۵	-۰/۳۹۴	۰/۱۰۵	-۰/۵۵۸	نگرانی
۰/۰۰۱	۱۳/۶۹۴		۰/۷۲۵	۲۵/۲۰۴	ثابت
۰/۰۰۱	-۵/۹۱۹	-۰/۴۲۸	۰/۱۰۷	-۰/۶۰۷	نگرانی
۰/۰۰۱	-۳/۴۰۷	-۰/۳۰۱	۰/۲۱۱	-۰/۹۲۱	پذیرش
۰/۰۰۱	۷/۹۶۵		۰/۹۳۷	۲۱/۲۴۴	ثابت
۰/۰۰۱	-۵/۱۶۷	-۰/۳۵۳	۰/۱۰۹	-۰/۵۵۵	نگرانی
۰/۰۰۱	-۳/۵۰۸	-۰/۲۶۱	۰/۲۱۴	-۰/۹۱۷	پذیرش
۰/۰۲۱	۲/۷۱۴	۰/۱۳۷	۰/۳۵۷	۱/۲۷۰	وضوح

سلامت‌روانی را تایید کرد ( $F= ۲۸/۲۴۹, p< ۰/۰۰۱$ ).

با توجه به جدول ۷ می‌توان (با توجه به گام سوم در تحلیل گام به گام رگرسیون) از معادله زیر برای پیش‌بینی کیفیت زندگی استفاده کرد:

$$۲۱/۲۴۴ + (-۰/۵۵۵ \times \text{نمره نگرانی}) + (-۰/۹۱۷ \times \text{نمره پذیرش}) + (۱/۲۷۰ \times \text{نمره وضوح}) = \text{نمره کیفیت زندگی}$$

### بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تعدیل هیجانی و مؤلفه مهم همگام با آن، یعنی نگرانی، با سلامت‌روانی و کیفیت زندگی بود. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که نگرانی به‌عنوان اولین عامل و از بین مؤلفه‌های تعدیل هیجانی، پذیرش و وضوح به‌عنوان عوامل بعدی، قادر به پیش‌بینی سلامت‌روانی و کیفیت زندگی هستند. این مطلب با پژوهش‌های پیشین که بیانگر رابطه این عوامل با سلامت‌روانی فرد می‌باشند [۱۶، ۱۵، ۱۴] هماهنگ هستند.

همانطور که در روابط بدست‌آمده مشاهده شد، نقص در تعدیل هیجان‌ها، با سلامت‌روانی رابطه دارد. به‌ویژه این رابطه بیشتر در مورد علائم اضطرابی و افسردگی است. از آنجا که همبستگی مؤلفه پذیرش با مؤلفه‌های سلامت‌روانی مثبت و رابطه وضوح منفی است، می‌توان چنین در نظر گرفت که افرادی که علائم اضطرابی و افسردگی دارند یا سلامت‌روانی آنها پایین است، هیجان‌های خود را آشکارا احساس می‌کنند اما قدرت پذیرش آنها را ندارند. (لازم به ذکر است که با توجه به مقیاس GHQ بالا بودن نمره در این پرسشنامه نشان‌دهنده کاهش سلامت‌روانی است و در مقیاس DERS نیز بالا بودن نمره در یک مؤلفه خاص [مثل پذیرش]، به معنی وجود مشکلات بیشتر در آن مؤلفه [برای مثال نقص در پذیرش هیجان‌ها] است). این یافته، با پژوهش‌های پیشین نظیر پژوهش‌های انجام شده در مورد تاثیر نقص در تعدیل هیجان‌ها در ایجاد استرس و نیز، اضطراب تعمیم‌یافته [۲۰، ۱۶، ۱۵، ۱۴] همراستا است. از طرفی بالا بودن دوره ۵، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۰

میزان نگرانی مزمن نیز با افزایش علائم افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و کاهش سلامت‌روانی همبسته است، که این مطلب نیز با پژوهش‌های پیشین همسو است [۲۲، ۲۰، ۱۵].

نقص در تعدیل هیجان‌ها، با پایین بودن میزان کیفیت زندگی نیز همراه است و این همبستگی به‌ویژه در دو بعد سرزندگی - که می‌تواند به‌طور مستقیم با هیجان‌های فرد مربوط باشد - و بعد سلامت عمومی (در مقیاس کیفیت زندگی) دیده می‌شود. از طرفی افرادی که در نمره کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و سرزندگی نمره بالاتر (و در نتیجه مشکل بیشتر) داشته‌اند، علاوه بر بالابودن نمره کلی نقص در تعدیل هیجان‌ها، نمره بالایی در مؤلفه پذیرش دارند، به این معنا که در پذیرش هیجان‌های خود مشکل دارند. در افراد با نمرات بالاتر در بعد سلامت جسمانی و سلامت‌روانی علاوه بر این دو مورد، آگاهی کم نسبت به هیجان‌ها نیز دیده می‌شود و آگاهی کمتر نسبت به هیجان‌ها، با سلامت جسمانی کمتر همراه است که این یافته، نقش خودآگاهی نسبت به هیجان‌ها در سلامت جسمانی را بیان می‌کند. اما مؤلفه راهبردها هیچ رابطه معناداری را با سلامت‌روانی و کیفیت زندگی نشان نداده است.

به‌طور کلی به‌نظر می‌رسد که میزان وضوح بالا و آشکار بودن هیجان‌ها، در کنار عدم پذیرش و نیز آگاه نبودن نسبت به ماهیت آنها، با سلامت‌روانی پایین و مشکلاتی نظیر افسردگی و اضطراب، و از طرفی پذیرش هیجان‌ها و آگاهی نسبت به ماهیت آنها با سلامت‌روانی و کیفیت زندگی بالاتر همبسته است. هیجان‌ها کارکردی و انطباقی هستند. اما در شرایط زندگی فعلی انسان‌ها، باید بتوان پاسخ‌های هیجانی را مدیریت کرد و مسأله مشکل‌ساز، نه خود هیجان‌ها، بلکه ناتوانی در تعدیل هیجان‌ها است. افرادی که در مشکلات و استرس‌های زندگی روزمره خود میزان بالایی از هیجان‌ها را - که پاسخی طبیعی در مقابل هر رویداد استرس‌زایی است - احساس می‌کنند چنانچه نتوانند هیجان‌های خود را مدیریت و تعدیل نمایند در طولانی مدت با مشکلات روانشناختی روبه‌رو خواهند شد. به‌ویژه که استرس‌های

نگرانی با مؤلفه‌های سلامت جسمانی می‌تواند به این علت باشد که در پژوهش‌های پیشین نقش نگرانی در مورد بیماری با مشکلات اختصاصی مثل فشارخون و یا بیماری‌های قلبی مورد بررسی قرار گرفته بود، در حالی که در پژوهش حاضر بیماری‌های اختصاصی پزشکی مد نظر نبود و نمونه پژوهشی جمعیتی غیربالینی بود.

بر اساس نتایج پژوهش، عدم پذیرش هیجان‌ها یکی از مهمترین مؤلفه‌های همگام با نگرانی مزمن است و مؤلفه‌های تعدیل هیجانی قادر به پیش‌بینی نگرانی هستند. مشابه آنچه در مورد سلامت روانی گفته شد، وضوح بالاتر و پذیرش کمتر هیجان‌ها با نگرانی مزمن رابطه دارند. براساس دیدگاه برخی روانشناسان نگرانی نوعی از اجتناب هیجانی محسوب می‌شود [۲۹،۲۲]. در نقص در تعدیل هیجان‌ها نیز مؤلفه‌هایی که جنبه اجتنابی دارند (مثل عدم پذیرش هیجان‌ها) وجود دارد. از این رو شاید همگامی عدم پذیرش هیجان‌ها و نگرانی از این جهت است که هر دو پاسخی اجتنابی به هیجان‌ها هستند. از طرفی نوعی رابطه علی نیز می‌توان بین نقص در تعدیل هیجان‌ها و نگرانی فرض کرد. توانایی تعدیل هیجانی می‌تواند در رویارویی مؤثر با هیجان‌ها کمک کرده و فرد نه تنها نیاز به پاسخ اجتنابی ناسازگار نداشته باشد، بلکه از فواید انطباقی هیجان‌ها نیز بهره گیرد. در این صورت توانایی تعدیل هیجانی می‌تواند نگرانی مزمن را نیز کاهش دهد. در نقطه مقابل، نقص در تعدیل هیجان‌ها و نگرانی، هر دو به صورت مزمن موجب فرسودگی روانشناختی شده و بهزیستی و سلامت روانی فرد را کاهش می‌دهند.

از آنجایی که پژوهش حاضر در دانشجویان انجام شد، در تعمیم‌پذیری نتایج آن به گروه‌های دیگر، به‌ویژه افرادی که سطح تحصیلات پایین دارند باید احتیاط شود. البته این احتمال وجود دارد که در افرادی با سطح تحصیلات پایین‌تر، نتایج چشمگیرتر باشد. زیرا میزان تحصیلات می‌تواند خودآگاهی و توانایی دسترسی به محتوای فکر و هیجان را افزایش دهد و در نتیجه مقدمات را برای افزایش توانایی‌های فراهیجانی آماده کند. همچنین با توجه به تجربه اجرایی حاصل از پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی در مورد تعدیل هیجان‌ها، در کنار سنجش توسط پرسشنامه‌های خودگزارشی، از روش‌های مصاحبه عمیق نیز استفاده شود. از طرفی رابطه بین نگرانی و تعدیل هیجان‌ها نیز در خور توجه است. همان‌طور که بیان شد رابطه بدست آمده و همگامی این دو متغیر و نیز تأثیر هر دوی آنها در سلامت روانی می‌تواند حاکی از آن باشد که نگرانی، نوعی واسطه شناختی-هیجانی بین توانایی برای تعدیل هیجان‌ها و سلامت روانی است و احتمالاً یکی از عوارض اولیه نقص در تعدیل هیجان‌ها نگرانی است. البته این موضوع و رابطه علی احتمالی بین تعدیل هیجانی و نگرانی مزمن باید مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.

زندگی روزمره اگرچه ممکن است شدت زیادی نداشته باشند اما به‌صورت مزمن و هر روزه تجربه می‌شوند و تحمل استرس روزمره در طولانی مدت می‌تواند مخرب‌تر از استرس حاد کوتاه مدت باشد. اولین قدم در مدیریت هیجان‌ها، رویارویی آگاهانه با آنها و توانایی تفکیک هیجان‌های مختلف از یکدیگر است. همان‌طور که استفان هالند [۲۹] بیان می‌کند عدم پذیرش هیجان‌ها خود می‌تواند سدی بر سر راه آگاه‌شدن نسب به ماهیت هیجان‌های مختلف و تمایز قائل‌شدن بین آنها باشد و نشان از نوعی پاسخ اجتنابی در مقابل آنها دارد. از جمله مشکلات این شیوه اجتنابی، محروم ماندن از کارکردهای انطباقی، ارتباطی و اطلاعاتی هیجان‌هاست. برای مثال بیماری که نمی‌تواند خشم خود را کنترل کند و از آن اجتناب می‌کند، ممکن است نتواند موقعیت آسیب‌زا را به‌درستی تشخیص دهد. و از طرفی چنانچه توانایی مدیریت هیجان‌ها وجود نداشته باشد، ممکن است فرد از شگردهایی برای اجتناب استفاده کند که عوارض منفی در پی داشته باشند. مثلاً به رفتارهایی نظیر دوری کردن از موقعیت‌های اجتماعی و شغلی یا مصرف مواد روی آورد. محروم ماندن از کارکردهای اطلاعاتی هیجان‌ها به‌ویژه وقتی تأثیر منفی بیشتری خواهد داشت که فرد توانایی تمیز گذاشتن بین هیجان‌های مختلف و پذیرش آنها را نداشته باشد. بنابراین و با توجه به نتایج پژوهش در مورد نقش پیش‌بین پذیرش و آگاهی نسبت به هیجان‌ها در سلامت روانی و نیز مشکلات اضطرابی و خلق افسرده، به‌نظر می‌رسد که می‌بایست به توانایی تمایز قائل‌شدن بین هیجان‌های مختلف و پذیرش و مدیریت آنها هم به‌عنوان بخشی از آموزش مهارت‌های زندگی برای افزایش توانمندی افراد جهت مقابله با رویدادهای استرس‌زای روزمره و هم به‌عنوان بخشی از فرایند درمانی مشکلات افرادی که خلق افسرده یا مضطرب دارند توجه شود.

نگرانی مزمن نیز با تمام مؤلفه‌های سلامت روانی و کیفیت زندگی همبستگی مثبت بالایی نشان داد. به این معنا که هر چه نگرانی فرد بیشتر باشد موجب کاهش سلامت روانی و کیفیت زندگی فرد می‌شود. البته بیشترین مقادیر این رابطه در مورد مؤلفه‌های مربوط به وضعیت روانی-مثل سلامت روانی، میزان کم علائم اضطرابی و افسردگی، سرزندگی و نقش هیجانی- دیده می‌شود. اگرچه در پژوهش‌های پیشین نقش نگرانی در سلامت جسمانی مورد تأکید قرار گرفته است [۲۲، ۲۳، ۲۴]، اما براساس یافته‌های پژوهش حاضر مقدار همبستگی نگرانی با مؤلفه‌های مربوط به وضع جسمانی، پایین است و در دو مورد نقش جسمانی و عملکرد جسمانی رابطه‌ای مشاهده نمی‌شود. از این رو به‌نظر می‌رسد، داشتن نگرانی مزمن، عامل مهمی در زمینه مشکلات اضطرابی و کاهش سلامت روانی باشد که این مطلب نیز با پژوهش‌های پیشین همراستا است [۲۰، ۲۱]. از جمله دلایل پایین‌بودن رابطه

## نتیجه گیری

بر اساس نتایج پژوهش، پذیرش هیجان‌ها و آگاهی نسبت آنها در سلامت‌روانی و نیز مشکلات اضطرابی و خلق افسرده نقش دارند. همچنین اثرات فرساینده نگرانی در کاهش بهزیستی افراد قابل توجه است. از این رو به نظر می‌رسد که می‌بایست افزایش توانمندی‌های تعدیل‌هیجانی نظیر تمایز قائل شدن بین هیجان‌های مختلف و پذیرش آنها، به‌عنوان بخشی از آموزش مهارت‌های زندگی برای افزایش توانمندی افراد جهت مقابله با رویدادهای استرس‌زای روزمره مد نظر قرار گیرند. بهبود مهارت‌های تعدیل‌هیجانی می‌تواند با توانمندساختن فرد، نقش پیشگیرانه مهمی در مقابل مشکلات اضطرابی و خلقی داشته باشد. از طرفی توجه به مهارت‌های تعدیل‌هیجانی، به‌عنوان بخشی از فرایند درمانی مشکلات افرادی که خلق افسرده یا مضطرب دارند نیز مهم است. به‌همین ترتیب، نگرانی نیز می‌تواند آماجی مناسب در مداخله به‌منظور کاهش علائم اضطرابی و خلقی باشد. لذا شیوه‌های درمانی که وجود مشکلات هیجانی را تنها به‌عنوان علائم ناشی از بیماری ندانسته، بلکه مهارت‌های هیجانی را به‌عنوان واسطه‌ای مهم در اختلال، آماج درمانی قرار می‌دهند می‌توانند در این زمینه کارآمدتر باشند.

البته در این پژوهش محدودیت‌هایی نیز وجود دارد. از آنجایی که پژوهش حاضر در دانشجویان انجام شد، در تعمیم‌پذیری نتایج آن به گروه‌های دیگر، به‌ویژه افرادی که سطح تحصیلات پایین دارند باید احتیاط شود. البته این احتمال وجود دارد که در افرادی با سطح تحصیلات پایین‌تر، نتایج چشمگیرتر باشد. زیرا میزان تحصیلات می‌تواند خودآگاهی و توانایی دسترسی به محتوای فکر و هیجان را افزایش دهد و در نتیجه مقدمات را برای افزایش توانایی‌های فراهیجانی آماده کند. همچنین با توجه به تجربه اجرایی حاصل از پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی در مورد تعدیل هیجان‌ها، در کنار سنجش توسط پرسشنامه‌های خودگزارشی، از روش‌های مصاحبه عمیق نیز استفاده شود. از طرفی رابطه بین نگرانی و تعدیل هیجان‌ها نیز قابل توجه است. همان‌طور که بیان شد رابطه بدست آمده و همگامی این دو متغیر و نیز تأثیر هر دوی آنها در سلامت‌روانی می‌تواند حاکی از آن باشد که نگرانی، نوعی واسطه شناختی-هیجانی بین توانایی برای تعدیل هیجان‌ها و سلامت‌روانی است و احتمالاً یکی از عوارض اولیه نقص در تعدیل هیجان‌ها نگرانی است. البته این موضوع و رابطه علی احتمالی بین تعدیل هیجانی و نگرانی مزمین باید مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

از مسئولین و کارکنان دانشکده علوم انسانی دانشگاه بین‌المللی قزوین و نیز کلیه کسانی که در اجرای این تحقیق ما را یاری

کردند سپاسگزاریم.

## منابع

- 1- DiMatteo MR, Martin LR. Health psychology. Pearson; 2001.
- 2- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia.; Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 3- Najarian B, Masoudi M, Mehrabi-zade M. Comparison of mental health of mental handicapped children with normal children. J Except Child. 2001;1(2):171-86.
- 4- Miller A, Dishon S. Health-related quality of life in multiple sclerosis: The impact of disability, gender and employment status. Qual Life Res. 2006;15(22):259-71.
- 5- Ferrans CE. Quality of life: conceptual issues. Semin Oncol Nurs. 1990;6(4):248-54.
- 6- Koch T. Life quality vs. the quality of life: Assumptions underlying prospective quality of life instruments in health care planning. Soc Sci Med. 2000;51(3):419-27.
- 7- Stenner PH, Cooper D, Skevington SM. Putting the Q into quality of life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. Soc Sci Med. 2003;57(11):2161-72.
- 8- Quilty LC, Ameringen MV, Mancini C, Oakman J, Fervolden P. Quality of life and the anxiety disorders. J Anxiety Dis. 2003;17(4):405-26.
- 9- Alexander C, Langer E, Newman R. Transcendental meditation, mindfulness, and longevity: An experimental study with the elderly. Pers Soc Psychol. 1989;57(6):950-6.
- 10- Erikson H, Felman W, Estiner F. Adjustment defense mechanism in normal population. J Abnorm Psychol. 1996;6(20):112-9.
- 11- Patti F, Russo P, Pappalardo A, Macchia F, Civalleri L, Paolillo A. Predictors of quality of life among patients with multiple sclerosis: An Italian cross-sectional study. J Neurol Sci. 2007;252(2):121-9.
- 12- Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dippel A, Znoj H. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. J Behav Res Ther. 2008;46(11):1230-7.
- 13- Diamond LM, Aspinwall LG. Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect and dyadic processes. Motiv Emotion. 2003;27(2):125-56.
- 14- Mennin SD. Emotion regulation therapy: An integrative approach to treatment-resistant anxiety disorders. J Contemp Psychother. 2006;36(2):95-105.
- 15- Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion deregulation model of generalized anxiety disorder adult anxiety clinic of Temple University. J Behav Res Ther. 2004;43(10):1281-310.
- 16- Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. Cogn Ther Res. 2006;30(4):469-80.
- 17- Chapman AA, Leung DW, Lynch TR. Impulsivity and emotion deregulation in borderline personality disorder. J Pers Dis. 2008;22(2):148-64.
- 18- Sim L, Zeman J. The contribution of emotion



- 25- Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation. *J Psychopathol Behav.* 2003;26(1):41-54.
- 26- Davey G, Wells A. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment.* England: John Wiley & Sons; 2006.
- 27- Taghavi M. The study of validity and reliability of general health questionnaire. *JPN J Psychol.* 2001;5(4):381-98. [Persian]
- 28- Banihashmian K, Bahrami-Ehsan H, Moazen M. Relation between head masters' general health and emotional intelligence and job satisfaction of teachers. *J Behav Sci.* 2010; 4(1):45-50. [Persian]
- 29- Abbasi F. Study of the life quality of patients with multiple sclerosis and effects of disability and depression on it [Dissertation]. Qazvin: Imam Khomeini University; 2007. [persian]
- 30- Beck AT, Leahy AL, Freeman A, Beck JS, Holand SJ, Jallaly Mccoloskey R, Gluhoskey VL. *Challenges of cognitive therapy.* Tehran: Arjmand Publication; 2009. [persian]
- regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *J Youth Adolescence.* 2005;35(2):207-16.
- 19- Keenan K. Emotion deregulation as risk factor for child psychopathology. *J Clin Psychol: Sci Pract.* 2000;7(4):418-34.
- 20- McLaughlin KA, Mennin DS, Farach FJ. The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *J Behav Res Ther.* 2006;45(8):1735-52.
- 21- Oathes DJ. Worry, generalized anxiety disorder, and emotion: Evidence from the EEG gamma band. *J Biol Psychol.* 2008;79:1650-70.
- 22- Hong RY. Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *J Behav Res Ther.* 2007;45:277-90.
- 23- Brosschota JF, Gerinb W, Thayer JF. The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *J Psychosom Res.* 2006;60(2):113-24.
- 24- Knepp MM, Friedman BH. Cardiovascular activity during laboratory tasks in women with high and low worry. *J Biol Psychol.* 2008;79(3):287-93.