

بررسی مقایسه‌ای عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی در مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام.اس و افراد سالم

امراه تاج‌الدینی^{۱*}، فیروزه سپهریان
آذر^۲، اسماعیل سلیمانی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی،
گروه روان‌شناسی دانشگاه ارومیه،
آذربایجان غربی، ارومیه، ایران
^۲ استاد دانشگاه ارومیه، گروه روان‌شناسی،
دانشگاه ارومیه، آذربایجان غربی، ارومیه،
ایران
^۳ استادیار دانشگاه ارومیه، گروه روان-
شناسی، دانشگاه ارومیه، آذربایجان
غربی، ارومیه، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۴/۱۶؛ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: ام.اس بیماری تباہ‌کننده سیستم عصبی مرکزی است که مشکلات روان‌شناختی زیادی را در مبتلایان ایجاد می‌کند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی در مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام.اس و افراد سالم بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر کلیه‌ی بیماران مبتلا به ام.اس بودند که در زمستان ۹۶ به انجمن ام.اس در شهر ارومیه مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۴۰ نفر مبتلا به ام.اس مراجعه‌کننده به انجمن ام.اس در شهر ارومیه بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به پرسشنامه‌های مورد نظر پاسخ دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس یک راهه استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه در متغیرهای سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی ($F=6/526, sig=0/002$)، جهت‌گیری منفی به مشکل ($F=4/26, sig=0/04$)، تنظیم هیجان بین‌فردی ($F=3/195, sig=0/02$)، سبک‌های پردازش هیجانی ($F=2/503, sig=0/04$)، مطلوبیت اجتماعی ($F=18/29, sig=0/000$) و حساسیت به طرد ($F=0/049, sig=0/83$)، تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران مبتلا به ام.اس در این متغیرها نمرات بیشتری کسب می‌کنند اما بین دو گروه در متغیر فرآنگرانی ($F=0/16, sig=0/69$) تفاوت معناداری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: بسیاری از مشکلات روان‌شناختی که بیماران مبتلا به ام.اس تجربه می‌کنند، تا حدی متأثر از عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی بررسی شده در پژوهش حاضر می‌باشد. لذا توجه به این عوامل در سبب‌شناسی و درمان مشکلات روان‌شناختی این بیماران می‌تواند گامی مفید در مسیر کمک به کاهش این مشکلات و ارتقای سلامت روان آنها باشد.

کلمات کلیدی: ام.اس، عوامل شناختی، عوامل هیجانی، عوامل اجتماعی

***نویسنده مسئول:**

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی،
گروه روان‌شناسی دانشگاه ارومیه،
آذربایجان غربی، ارومیه، ایران

۰۹۱۴۳۴۶۲۵۵
E-mail: emrahbest@yahoo.com

مقدمه

ام.اس بیماری تباه‌کننده سیستم عصبی مرکزی است که علایم آن بسته به نوع و شدت بیماری که فرد تجربه می‌کند، متفاوت است.^۱ این بیماری اغلب در سال‌هایی رخ می‌دهد که فرد از آن سال‌ها انتظار سلامتی دارد و با ایجاد بیماری اطمینان فرد از بدن و سلامتی‌اش مخدوش می‌گردد.^۲ تعداد افراد مبتلا به این بیماری رو به فزونی است به طوری که از ۲/۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۸ به ۲/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۱۳ افزایش داشته است.^۳ علاوه بر علایم جسمانی گسترده‌ای که در اثر بیماری ظاهر می‌شود،^۴ مشکلات روان‌شناختی که این بیماران تجربه می‌کنند، منجر به کاهش توانایی سازگاری با بیماری شده و مشکلات زندگی را برای آنها دوچندان می‌کند. در واقع علایم افسردگی و اضطرابی شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی مشاهده شده در این بیماران بشمار می‌روند.^۱ کاهش روابط اجتماعی^۵ و از دست دادن شغل^۶ از دیگر مشکلات اجتماعی در بیماران ام.اس است. همچنین همراه با شدت بیماری خطر طلاق، از دست دادن روابط با نزدیکان و مشکل در بیرون رفتن افزایش می‌یابد.^۵ لذا با توجه به شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی در این بیماران، بررسی نقش عوامل موثر در بروز مشکلات روان‌شناختی آنها می‌تواند گامی مفید در مسیر کمک به این بیماران و کاهش مشکلات روان‌شناختی آنها باشد. به این منظور در پژوهش حاضر نقش عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی در این بیماران مورد بررسی قرار گرفته است.

سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی یکی از متغیرهای شناختی مورد بررسی در پژوهش حاضر است. سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی متغیری شناختی است که Riskind و همکاران^۷ آن را به عنوان یک الگوی شناختی پایدار و گسترده مطرح کردند که در آن تهدید به عنوان چیزی که به سرعت خطرناک‌تر شده، به طور پیش‌رونده‌ای بدتر شده و به طور فعالی شتاب گرفته و تسریع می‌یابد، ارزیابی می‌شود. این مدل در برابر دیگر مدل‌های شناختی اضطراب که بر ارزیابی‌های ثابت و ایستا از تهدید تاکید می‌کنند، مطرح شد. مدل آسیب‌پذیری نسبت به بزرگ‌نمایی تهدید، خطر و تهدید را پویا (و نه ایستا) و بسان فیلم و تصویری متحرک (و نه تصویر ثابت در زمان) در نظر می‌گیرد که می‌تواند در طول زمان تغییر کند.^۸ اگر

تهدید ثابت و غیرمتحرک ارزیابی شود، تهدید امن ادراک شده و اضطراب کاهش می‌یابد. اما اگر تهدید پویا و متحرک ادراک شود و به گونه‌ای ارزیابی شود که هر لحظه نزدیک‌تر شده، خطر آن بیشتر شده و تشدید می‌یابد، اضطراب افزایش می‌یابد.^۹ افرادی که سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی را گسترش می‌دهند نسبت به اضطراب آسیب‌پذیر هستند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی نقش نیرومندی در پیش‌بینی علایم اضطرابی دارد.^{۱۰} دیگر متغیر شناختی مورد بررسی در پژوهش حاضر فرانگرانی بود.

Wells^{۱۱} فرانگرانی را در مدل فراشناختی خود مطرح کرده است. Wells در مدل خود کوشیده است تفاوت‌ها و شباهت‌های موجود بین نگرانی بهنجار و نگرانی آسیب‌شناختی را تبیین کند. در مدل وی، بر نقش باورهای منفی فراشناختی و فرانگرانی در شکل‌گیری و پایداری اضطراب تاکید می‌شود.^{۱۱} او بین دو نوع نگرانی تمیز قائل می‌شود. در نگرانی نوع ۱ نوعی نگرانی در مورد رخداد‌های بیرونی بوده و آسیب‌شناختی محسوب نمی‌شود و در نگرانی نوع ۲ که نگرانی در مورد نگرانی پدید می‌آید، باورهای فراشناختی انعطاف‌ناپذیری در مورد مفید بودن نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای به وجود می‌آید. در بیماران اضطرابی یا کسانی که آمادگی ابتلا به این اختلال را دارند، پس از آغاز استفاده از نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، باورهای منفی در مورد نگرانی به عنوان پدیده‌ای غیرقابل کنترل و بالقوه خطرناک فعال و منجر به ارزیابی‌های منفی در مورد نگرانی می‌شود. این ارزیابی‌های منفی به پیدایش نوع دوم نگرانی یا آنچه اصطلاحاً فرانگرانی نامیده می‌شود، منجر می‌شود.^{۱۲} شواهد پژوهشی تاثیر باورهای فراشناختی منفی به کنترل‌ناپذیری و خطر نگرانی را بر هیجانات منفی همچون اضطراب تایید کرده‌اند.^{۱۳} متغیر شناختی دیگر مورد مطالعه، جهت‌گیری منفی به مشکل بود.

Robichaud & Dugas^{۱۴} جهت‌گیری منفی به مشکل را مشتمل بر باورهایی تعریف می‌کنند که بیانگر تهدید ادراک شده از مشکلات، شک و تردید در مورد توانایی حل مساله و گرایش به بدبینی نسبت به نتیجه می‌باشد. جهت‌گیری نسبت به مشکل جنبه انگیزشی فرآیند حل مساله است.^{۱۵} جهت‌گیری مثبت به مشکل به

عنوان عاملی در نظر گرفته می‌شود که بکارگیری مهارت‌های حل مساله برای مدیریت و تقلیل نشانه‌های آشفتگی روان‌شناختی را تسهیل می‌کند.^{۱۵} در مقابل، جهت‌گیری منفی به حل مساله با شناخت‌ها و هیجان‌هایی مرتبط است که مانع حل مساله سازگارانده شده^{۱۶} و به عنوان مانعی مهم در مدیریت و تقلیل نشانه‌های آشفتگی روان‌شناختی عمل می‌کند.^{۱۷} شواهد نشان می‌دهد که نه فقط مهارت‌های خاص حل مساله بلکه همچنین جهت‌گیری شناختی که افراد نسبت به رخداد و مدیریت مشکل اتخاذ می‌کنند، با افسردگی و مشکلات روان‌شناختی ارتباط دارد.^{۱۸} همسو با آنچه گفته شد، چندین پژوهش نشان داده‌اند که بین جهت‌گیری منفی به حل مساله و افسردگی، اضطراب، ناامیدی و افکار خودکشی رابطه نیرومندی وجود دارد.^{۱۹} دیگر متغیر مورد بررسی در این پژوهش، تنظیم هیجان بین فردی بود.

تنظیم هیجان بین فردی به عنوان متغیری هیجانی در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است. Thompson^{۲۰}، یکی از پیشگامان اولیه این حوزه، تنظیم هیجان را «فرآیندهای درونی و بیرونی مسئول برای نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی بویژه از نوع شدید و موقتی، برای تحقق بخشیدن به اهداف» تعریف می‌کند. این تعریف اولیه مشخص می‌سازد که هیجان‌ها نه تنها از طریق فرآیندهای درون فردی بلکه از طریق فرآیندهای بین فردی که افراد دیگر را شامل می‌شود نیز می‌توانند تنظیم شوند. بر این اساس، اخیراً Zaki & Williams^{۲۱} مدل تنظیم هیجان بین فردی ارائه داده‌اند. در این مدل بین تنظیم هیجان بین فردی درونی در مقابل بیرونی و واکنش-وابسته در مقابل واکنش-ناوابسته تمایز ایجاد شده است. تنظیم هیجان بین فردی درونی اشاره به فرآیندی دارد که هیجان‌های یک فرد از طریق کمک گرفتن از یک فرد دیگر تنظیم می‌شود. در مقابل، تنظیم هیجان بین فردی بیرونی فرآیندی است که در آن یک فرد هیجانات فرد دیگر را تنظیم می‌کند. این فرآیندها یا واکنش-وابسته هستند و یا واکنش-ناوابسته. اگر این فرآیندها بر واکنش‌های بخصوصی از سوی فرد دیگر تکیه کنند، واکنش-وابسته و اگر نیازمند واکنش بخصوص و مشخصی از سوی فرد دیگر نباشد، واکنش-ناوابسته بشمار می‌روند. با اینکه مفهوم تنظیم هیجان بین فردی جدیداً مطرح شده و پژوهش‌های زیادی در مورد آن انجام نشده اما Hofmann^{۲۲} و^{۲۳} مدل تنظیم هیجان بین

فردی را برای اختلالات خلقی و اضطرابی تطبیق داده است. دیگر متغیر هیجانی مورد بررسی سبک‌های پردازش هیجانی بود. مفهوم پردازش هیجانی اولین بار از سوی Rachman^{۲۴} برای اشاره به شیوه‌ای که افراد حوادث استرس‌زای زندگی را تجربه می‌کنند، بکار گرفته شد. Rachman^{۲۴} پردازش هیجانی را اینگونه تعریف می‌کند: «فرآیندی که از طریق آن آشفتگی‌های هیجانی به میزانی جذب شده و کاهش می‌یابند که رفتار و تجارب دیگر بتوانند بدون انقطاع و گسستگی به پیش روند» (ص ۵۱). وی معتقد است که علایم رفتاری خاصی (همچون خاطرات هیجانی عودکننده و مزاحم) بیانگر این است که تجارب هیجانی آشفته‌ساز به خوبی جذب و پردازش نشده است. مشکلات می‌تواند در مراحل مختلف پردازش هیجانی- یعنی در مرحله‌ی ثبت، ارزیابی، تجربه، آگاهی و ابراز رخ دهد.^{۲۵} پنج سبک پردازش هیجانی ناسازگار تشخیص داده شده‌اند^{۲۶}: «سرکوب» که اشاره به کنترل افراطی هیجانات دارد؛ «علایم هیجان پردازش نشده» که بیانگر علایم رفتاری و شناختی پردازش ناقص است؛ «هیجان تنظیم نیافته» که شامل ناتوانی در کنترل هیجانات خود است؛ «اجتناب» که اشاره به دوری از هیجانات منفی دارد و «تجربه‌ی هیجانی ضعیف» که نشان دهنده تجربه تجزیه شده از هیجانات به دلیل بینش هیجانی ضعیف است. شواهد حاصل از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که وجود نقص در پردازش هیجانی با مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی ارتباط دارد.^{۲۷} دیگر متغیر مورد بررسی مطلوبیت اجتماعی بود.

مطلوبیت اجتماعی به عنوان متغیر اجتماعی در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است. مطلوبیت اجتماعی، گرایش به پاسخ دادن به شیوه‌ای است که به جای تصویر حقیقی و درست از فرد، تصویری مطلوب و مقبول از او نشان دهد.^{۲۸} Paulhus (به نقل از Ragozzino, ۲۰۰۹)^{۲۹} معتقد است مطلوبیت اجتماعی یا همان گرایش به پاسخ دادن به شیوه‌ای که فرد بهتر به نظر دیگران برسد، می‌تواند به دو طریق مورد توجه قرار گیرد. یکی از طریق افزایش خود فریبی و دیگری از طریق مدیریت اثرگذاری. افزایش خود فریبی شیوه‌ای خودکار و غیرعمد برای در نظر گرفتن خود بصورت بسیار مثبت است، در حالی که مدیریت اثرگذاری یک نوع پاسخ هدفمند و ارادی برای مثبت‌تر جلوه دادن خود در نزد دیگران است. از سوی دیگر، بر اساس نظریه خود-نمایشی (self-presentation)^{۳۰}،

بگیرد. بررسی ادبیات پژوهشی بیانگر پیامدهای منفی حساسیت به طرد و مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن همچون افسردگی، اضطراب و پرخاشگری می‌باشد.^{۳۵}

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت بیماران ام.اس به دلیل شرایط خاصی که بیماری برای آنها ایجاد می‌کند، علاوه بر مشکلات جسمانی، مشکلات روان‌شناختی زیادی بویژه افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند. این مشکلات مقابله موثر با بیماری را برای آنها دوچندان مشکل ساخته و در تعامل با مشکلات جسمانی، منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود. لذا هر گونه اقدام برای سبب‌شناسی و شناسایی عوامل موثر در مشکلات روان‌شناختی این بیماران می‌تواند زمینه را برای مداخلات لازم به منظور کاهش این مشکلات و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران هموار سازد. مروری بر پیشینه متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر، نقش آنها را در ایجاد مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد. لذا در این پژوهش فرض می‌شود که این متغیرها در مشکلات روان‌شناختی بیماران نقش داشته باشند. از سوی دیگر، با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی مورد بررسی در پژوهش حاضر در این بیماران مورد مطالعه قرار نگرفته و نقش آنها در مشکلات روان‌شناختی این بیماران بررسی نشده است. در این راستا، پژوهش حاضر نقش عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی در مشکلات روان‌شناختی در این بیماران را مورد بررسی قرار می‌دهد. به عبارتی روشن‌تر، پژوهش حاضر به بررسی مقایسه‌ای متغیرهای سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی، فرانگرانی، جهت‌گیری منفی به مشکل، تنظیم هیجان بین‌فردی، سبک پردازش هیجانی، مطلوبیت اجتماعی و حساسیت به طرد بین بیماران مبتلا به ام.اس و افراد سالم می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی، از منظر زمانی گذشته‌نگر و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها و عدم دستکاری متغیرهای موجود به طرح‌های علی مقایسه‌ای تعلق دارد. **آزمودنی‌های پژوهش:** جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه

افراد زمانی که برانگیخته می‌گردند تا اثر مطلوبی از خود بر دیگران بگذارند، اضطراب را تجربه می‌کنند. طبق این نظریه، پیش‌بینی می‌گردد وقتی افراد برانگیخته‌اند تا تاثیر مطلوبی از خود بر دیگران بجای نهاده و مهم‌تر از آن با تردید در اینکه آیا در این اثرگذاری مطلوب، موفق خواهند شد یا خیر، شدت اضطراب اجتماعی‌شان افزایش می‌یابد. بر این اساس، پژوهش‌ها مطلوبیت اجتماعی را به عنوان یکی از عوامل مرتبط با اضطراب مطرح کرده‌اند.^{۳۶ و ۳۷} آخرین متغیر مورد مطالعه که به عنوان متغیر اجتماعی در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است، حساسیت به طرد بود.

حساسیت به طرد انتظارات اضطرابی از طرد شدن در موقعیت‌هایی که احتمال طرد شدن از سوی افراد نزدیک وجود دارد، تعریف می‌شود.^{۳۸} اساس سازه‌ی حساسیت به طرد، نظریه‌های دلبستگی و فرآیندهای عاطفی شناختی است. فرض می‌شود که حساسیت به طرد از الگوهای کارکردی درونی که مبتنی بر تجارب طرد در روابط بین‌فردی از سوی مراقبین کودک است، برخاسته می‌شود.^{۳۹} در این راستا، یک مطالعه‌ی اولیه نشان داد که حساسیت به طرد، ۵۰ درصد از رابطه‌ی بین مواجهه‌ی کودک با خشونت خانوادگی و دلبستگی ناایمن خودگزارشی در بزرگسالی را میانجی‌گری می‌کند.^{۴۰} حساسیت فرد با حساسیت به طرد بالا همچون یک واکنش آلرژیک به طرد رخ می‌دهد به نحوی که منابع دفاعی در او سریعاً به حالت آماده باش قرار می‌گیرد و پاسخ پرخاشگری و خصومت از خود نشان می‌دهد.^{۴۱} این افراد حتی علایم مبهم و نامشخص از سوی دیگران را هم به عنوان نشانه‌های منفی و طرد ارزیابی کرده و به شیوه‌ای متقابل و خشمگینانه پاسخ می‌دهند. پاسخ‌های خشمگینانه‌ی این افراد به علایم مبهم از سوی دیگران می‌تواند تجربه‌ی طرد واقعی را منجر شود. این ویژگی‌ها باعث می‌شود افراد با حساسیت به طرد بالا به این نتیجه برسند که طرد شدن اجتناب ناپذیر و زندگی آنها غیرقابل کنترل است. تقویت انتظارات اضطرابی در این افراد و تکرار بالقوه زنجیره بازخوردها موجب می‌شود حساسیت به طرد همچون یک چرخه معیوب عمل کند و فرد نسبت به آن یک پیشگویی درونی داشته باشد.^{۴۲} انتظار طرد شدن در فرد موجب می‌شود که تعامل‌های او با خانواده، دوستان و حتی افراد غریبه و همچنین انتخاب فعالیت‌ها، سرگرمی‌ها و علائق او تحت تاثیر این پیش‌بینی و ترس از طرد شدن قرار

بیماران مبتلا به ام‌اس در شهر ارومیه بودند. نمونه پژوهش نیز شامل ۴۰ نفر از بیماران ام‌اس بودند که در زمستان ۹۶ به انجمن ام‌اس در شهر ارومیه مراجعه کرده بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با ۴۰ نفر از افراد سالم که به لحاظ سن، جنسیت و تحصیلات با آنها هم‌تا شده بودند، مقایسه شدند. از آنجایی که پژوهش حاضر غیرآزمایشی و از نوع علی مقایسه‌ای بوده و بنابر توصیه‌ی سرمد، بازگان و حجازی^{۳۶} مبنی بر اینکه در طرح‌های غیرآزمایشی حجم نمونه بهتر است بیش از ۳۰ نفر باشد، لذا در پژوهش حاضر تعداد نمونه، ۴۰ نفر برای هر گروه انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سطح تحصیلات حداقل سیکل، محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰، حداقل مدت زمان ابتلا به بیماری ۱ سال. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم ابتلا همزمان به دیگر بیماری‌ها و عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی بودند.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی: پرسشنامه سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی برای سنجش سبک شناختی بزرگ‌نمایی توسط Riskind و همکاران^۷ تهیه شده است. این پرسشنامه متشکل از شش متن نمایشی است که موقعیت‌های بالقوه استرس‌زا را توصیف می‌کند و گرایش فرد به تخمین خطر افزایش‌یابنده تهدید، وخامت رو به فزونی تهدید و یا شتاب گرفتن آن را ارزیابی می‌کند. هر متن نمایشی متشکل از سه سوال بوده و در مجموع شامل ۱۸ سوال است که پاسخ‌دهندگان در یک طیف ۵ درجه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) به هر سوال پاسخ می‌دهند. این پرسشنامه از دو مولفه تشکیل شده است: بزرگ‌نمایی جسمانی و بزرگ‌نمایی اجتماعی. سه متن نمایشی برای سنجش بزرگ‌نمایی جسمانی (همچون بیماری جسمانی) و سه متن نمایشی برای سنجش بزرگ‌نمایی اجتماعی (همچون سخنرانی در جمع) اختصاص دارد. Riskind و همکاران^۷ ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ بدست آوردند. در پژوهش بساک نژاد، سعیدی و مهربانی‌زاده^{۳۷} که پرسشنامه را به فارسی ترجمه کرده بودند، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد. در پژوهش حاضر،

ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌ی مذکور ۰/۹۵ بدست آمد.

۲- مقیاس فرانگرانی: مقیاس فرانگرانی برای ارزیابی جنبه خطر فرانگرانی و فراوانی و میزان باور به فرانگرانی توسط Wells^{۱۱} تهیه شده است. این مقیاس متشکل از هفت سوال است که پاسخ‌دهندگان در یک طیف چهار درجه‌ای از ۱ تا ۴ به هر سوال پاسخ می‌دهند. ضریب همسانی این مقیاس در پژوهش Wells^{۱۴} ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بدست آمده است. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس فرانگرانی در پژوهش سلمانی، حسنی، محمدخانی و کرمی^{۳۸} ۰/۷۱ گزارش شد. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس فرانگرانی در پژوهش حاضر ۰/۸۵ بدست آمد.

۳- پرسشنامه جهت‌گیری منفی به مشکل: این پرسشنامه در قالب ۱۲ سوال برای سنجش نگرش افراد نسبت به مشکل طراحی شده است.^{۱۴} این ابزار در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. ارزیابی اولیه از ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مذکور نشان داد که از ساختار تک عاملی تشکیل شده است و اعتبار همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲). اعتبار بازآزمایی آن نیز به فاصله‌ی ۵ هفته، ۰/۸۰ گزارش شد.^{۱۴} پژوهش حمیدپور و اندوز^{۳۹} نشان داد که مقیاس جهت‌گیری منفی به مشکل همسانی درونی خوبی دارد به طوری که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شد. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر ۰/۹۰ بدست آمد.

۴- پرسشنامه تنظیم هیجان بین‌فردی: این پرسشنامه که توسط Hafmann و همکاران^{۳۳} تهیه شده است متشکل از ۲۰ سوال بوده که پاسخ‌دهندگان پاسخ خود را در یک طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً (۵) تا هرگز (۱) درجه‌بندی می‌کنند. این پرسشنامه از چهار خرده مقیاس تشکیل شده است: افزایش عاطفه مثبت، تسکین، الگوگیری اجتماعی و دیدگاه‌گیری. در پژوهش Hafmann و همکاران^{۳۳} نتایج تحلیل عاملی تاییدی، برازش مطلوبی برای مدل چهار عاملی این مقیاس نشان داد. همچنین هر چهار عامل همسانی درونی خوبی داشتند که بیانگر پایایی مطلوب مقیاس مذکور بود: افزایش عاطفه‌ی مثبت ($a=0/87$)، دیدگاه‌گیری ($a=0/85$)، تسکین ($a=0/89$) و الگوگیری اجتماعی ($a=0/91$). این پرسشنامه توسط

را نشان می‌دهد. در پژوهش عسگری، احتشام‌زاده و پیرزمان^{۴۲} برای تعیین پایایی پرسشنامه مطلوبیت اجتماعی از دو روش آلفای کرونباخ و تصفیف استفاده شد که به ترتیب برابر با ۰/۷۱ و ۰/۷۷ بدست آمد. آلفا کرونباخ پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر ۰/۶۳ بدست آمد.

۷- **مقیاس حساسیت به طرد:** در این پرسشنامه، متغیر حساسیت به طرد با ۱۸ سوال دو قسمتی (الف و ب) و بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای مورد سنجش قرار می‌گیرد. قسمت الف هر سوال در مورد میزان اضطرابی است که فرد در موقعیت مربوط به آن سوال احساس می‌کند و قسمت ب احتمال دریافت پاسخ مثبت از طرف مقابل را ارزیابی می‌کند. میزان حساسیت به طرد اینگونه به دست می‌آید که ابتدا با کم کردن نمرات «انتظار پذیرش» در هر موقعیت (قسمت ب) از عدد ۷، «نمرات انتظار فرد» محاسبه می‌شود. سپس در هر موقعیت نمره انتظار طرد در درجه اضطراب ضرب شده و میانگین نمرات حاصل برای ۱۸ موقعیت بدست می‌آید. همسانی درونی مقیاس حساسیت به طرد با روش آلفای کرونباخ (۰/۸۹) و با روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است.^{۴۳} در پژوهش خوشکام، بهرامی، رحمت‌الهی و نجارپوریان^{۴۴}، ضریب پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد.

روش اجرای پژوهش

روش اجرای پژوهش به این شیوه بود که ابتدا با اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه ارومیه، به انجمن ام.اس در شهر ارومیه مراجعه شد. پس از ارائه معرفی‌نامه و جلب رضایت مسئولین مرکز موردنظر، فرآیند اجرای پژوهش آغاز شد. به این صورت که در زمستان ۹۶ و دو روز در هفته به مرکز مورد نظر مراجعه نموده و بیمارانی که به مرکز مورد نظر مراجعه می‌کردند و تمایل به همکاری داشتند و همچنین ملاک‌های ورود (سطح تحصیلات حداقل سیکل، محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰، حداقل مدت زمان ابتلا به بیماری ۱ سال و بیماری از نوع عودکننده- فروکش کننده) و خروج (عدم ابتلا) همزمان به دیگر بیماری‌ها و عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی) پژوهش را دارا بودند، انتخاب شده و پرسشنامه‌های مورد نظر را

نویسندگان این پژوهش در جامعه ایرانی هنجاریابی شده و مطلوبیت پرازش مدل نشان داده شده است با این حال هنوز به مرحله انتشار نرسیده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های افزایش عاطفه مثبت ۰/۷۰، دیدگاه‌گیری ۰/۸۲، تسکین ۰/۸۴ و الگوگیری اجتماعی ۰/۶۹ بدست آمد.

۵- پرسشنامه‌ی سبک‌های پردازش هیجانی: مقیاس پردازش

هیجانی یک مقیاس خودگزارشی ۳۸ آیتمی است که برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی از سوی Baker و همکاران^{۴۵} تهیه شده است. این مقیاس دارای ۸ خرده مقیاس (مزاحمت، سرکوبی، فقدان همسویی، عدم کنترل، تجزیه، اجتناب، ناموزونی و برونی‌سازی) می‌باشد. Baker و همکاران^{۴۶} نسخه‌ی کوتاه این پرسشنامه را نیز تهیه کردند که متشکل از ۲۵ ماده است. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۱۰ درجه‌ای از صفر (کاملاً مخالف) تا ۹ (کاملاً موافق) درجه‌بندی می‌شود. این نسخه از پنج مولفه تشکیل شده است: «سرکوب، علایم هیجان پردازش نشده، هیجان تنظیم نیافته، اجتناب و تجربه هیجانی ضعیف. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۲۵ سوالی پردازش هیجانی در پژوهش Baker و همکاران^{۴۶} برای کل مقیاس ۰/۹۲ بدست آمد و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ متغیر بود. در پژوهش لطفی، ابوالقاسمی و نریمانی^{۴۱} ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های فرم بلند پردازش هیجانی ۰/۸۵ بدست آمد. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه مقیاس مذکور استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ و برای خرده مقیاس‌های سرکوب ۰/۸۸، هیجان پردازش نشده ۰/۸۵، هیجان تنظیم نیافته ۰/۸۲، اجتناب ۰/۷۲ و تجربه هیجانی ضعیف ۰/۸۷ بدست آمد.

۶- مقیاس مطلوبیت اجتماعی Crown & Marlow:

مقیاس دارای ۳۳ سوال است که به صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می‌شود. اشخاصی که بین ۰ تا ۸ امتیاز بدست می‌آورند، پاسخ آنها مطلوبیت اجتماعی به دنبال ندارد. اشخاصی که بین ۹ تا ۱۹ بدست می‌آورند، به طور متوسط دارای مطلوبیت اجتماعی هستند و رفتارهای آنها با قواعد و هنجارهای اجتماعی مطابقت دارد. اشخاصی که نمره آنها بین ۲۰ تا ۳۳ می‌باشد، نشان دهنده آن است که رفتار واقعی آنها با قواعد و هنجارهای اجتماعی سازگاری بالایی

دریافت کرده و در فضایی آرام به آنها پاسخ می‌دادند. با توجه به گستردگی سوالات و شیوع خستگی شناختی در بیماران ام‌اس، ارائه سوالات در دو مرحله انجام گرفت. به این صورت که در مرحله اول نصف سوالات ارائه شده و پس از کمی استراحت بقیه سوالات در اختیار آنها قرار داده شد. در نهایت ۴۰ نفر از افرادی که به لحاظ سن، جنسیت و تحصیلات با آنها هم‌تا بودند انتخاب شده و به منظور مقایسه با آنها به پرسشنامه‌های مورد نظر پاسخ دادند. در نهایت داده‌های بدست آمده از این افراد با استفاده از نرم‌افزار spss تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه را بر اساس سطح تحصیلات، سن و جنسیت نشان می‌دهد. لازم به یادآوری است که سطح تحصیلات در ۵ مقطع رتبه‌بندی شده است به طوری که عدد ۱ به سطح تحصیلات کمتر از دیپلم، عدد ۲ به سطح تحصیلات دیپلم، عدد ۳ به سطح تحصیلات فوق دیپلم، عدد ۴ به سطح تحصیلات لیسانس و عدد ۵ به سطح تحصیلات فوق لیسانس اختصاص یافته است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بر اساس سطح تحصیلات، سن و جنسیت

گروه	تعداد	سطح تحصیلات	سن	جنسیت		
		میانگین رتبه‌ها	Z (sig)	میانگین (انحراف استاندارد)	F (sig)	X ² (sig)
بیماران مبتلا به ام‌اس	۴۰ نفر	۳۹/۱۴	-/۵۴۱	۳۵/۱ (۹/۸۶)	۶۱۶	۰/۰۵۲ (۰/۸۲)
افراد سالم	۴۰ نفر	۴۱/۸۶	(۰/۵۸۸)	۳۳/۵ (۸/۳۱)	(۰/۴۳)	۰/۵۷/۵

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی

خرده مقیاس	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig
بزرگ‌نمایی جسمانی	بیماران ام‌اس	۳۲/۴۵	۷/۴۱	۱۳/۱۹۰	۰/۰۰۱
	افراد سالم	۲۶/۷۷	۶/۵۲		
بزرگ‌نمایی اجتماعی	بیماران ام‌اس	۲۹/۸۲	۹/۱۳	۸/۸۷۱	۰/۰۰۴
	افراد سالم	۲۴/۶۲	۶/۲۰		

جدول ۳: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در متغیر فرانگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig
فرانگرانی	بیماران ام.اس	۱۵/۶۵	۵/۱۹	۰/۱۶	۰/۶۹
	افراد سالم	۱۵/۲۲	۴/۲۵		
	بیماران ام.اس	۳۶/۰۱	۱۰/۴۳	۴/۲۶	۰/۰۴
	افراد سالم	۳۲/۰۰	۷/۰۰		

با بررسی نتایج جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد که بین دو گروه در هر دو خرده مقیاس سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران مبتلا به ام.اس در مقایسه با افراد سالم سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی بیشتری را گزارش می‌کنند. فرانگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل دیگر متغیرهای مورد بررسی بودند. به منظور مقایسه دو گروه در متغیر فرانگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای متغیر فرانگرانی ($Kolmogorov-Smirnov Z: ۱/۰۷, sig: ۰/۲۰$) و جهت‌گیری منفی به مشکل ($Kolmogorov-Smirnov Z: ۰/۹۵۵, sig: ۰/۳۲$) حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود و نشان داد که می‌توان از تحلیل واریانس یک راهه استفاده کرد. جدول ۳ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه را برای مقایسه دو گروه در متغیر فرانگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل نشان می‌دهد. داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه در متغیر

فرانگرانی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما در متغیر جهت‌گیری منفی به مشکل بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. متغیر دیگر مورد بررسی در پژوهش حاضر تنظیم هیجان بین‌فردی بود. به منظور مقایسه دو گروه در این متغیر ابتدا از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتیجه آزمون کولموگروف-اسمیرنف ($Kolmogorov-Smirnov Z: ۰/۶۶, sig: ۰/۷۸$) نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال بوده و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرد. نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز ($F: ۳/۱۹۵, sig: ۰/۰۲$) معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از مولفه‌های تنظیم هیجان بین‌فردی تفاوت وجود دارد ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. در جدول ۴ میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر F تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه دو گروه قید شده است.

جدول ۴: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های تنظیم هیجان بین‌فردی

خرده مقیاس	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig
افزایش عاطفه مثبت	بیماران ام.اس	۱۶/۴۷	۳/۲۹	۰/۰۳	۰/۸۷
	افراد سالم	۱۶/۳۵	۳/۵۲		
تسکین	بیماران ام.اس	۱۵/۴۷	۵/۱۴	۴/۵۷	۰/۰۴
	افراد سالم	۱۳/۳۲	۳/۷۴		
دیدگاه‌گیری	بیماران ام.اس	۱۵/۷۵	۴/۳۵	۴/۴۸	۰/۰۴
	افراد سالم	۱۳/۷۰	۴/۳۰		
الگوگیری اجتماعی	بیماران ام.اس	۱۵/۵۷	۳/۷۰	۸/۲۹	۰/۰۰
	افراد سالم	۱۳/۲۵	۳/۲۶		

جدول ۵: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در سبک‌های پردازش هیجانی

سبک پردازش هیجانی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig
سرکوب	بیماران ام.اس	۲۲/۵۲	۱۲/۱۰	۴/۵۷	۰/۰۳۶
	افراد سالم	۱۸/۰۲	۵/۵۵		
اجتناب	بیماران ام.اس	۲۷/۶۷	۹/۷۶	۱۰/۶۰	۰/۰۰۲
	افراد سالم	۲۱/۹۲	۵/۴۳		
هیجان تنظیم نیافته	بیماران ام.اس	۲۳/۵۰	۱۰/۵۱	۴/۲۹	۰/۰۴۲
	افراد سالم	۱۹/۶۲	۵/۴۳		
هیجان پردازش نشده	بیماران ام.اس	۲۲/۰۲	۱۱/۴۶	۵/۴۱	۰/۰۲۳
	افراد سالم	۱۷/۴۵	۴/۸۲		
تجربه هیجانی ضعیف	بیماران ام.اس	۲۳/۸۵	۱۲/۶۴	۸/۷۱	۰/۰۰۴
	افراد سالم	۱۷/۴۰	۵/۵۹		

داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه در خرده مقیاس افزایش عاطفه مثبت تفاوت معناداری وجود ندارد اما در خرده مقیاس‌های تسکین، دیدگاه‌گیری و الگوگیری اجتماعی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد و بیماران مبتلا به ام‌اس در مقایسه با افراد سالم نمرات بالاتری را در این خرده مقیاس‌ها گزارش می‌کنند. متغیر دیگر مورد بررسی سبک‌های پردازش هیجانی بود. به منظور مقایسه دو گروه در این سبک‌ها ابتدا از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتیجه آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف ($Kolmogorov-Smirnov Z: 1/09, sig: 0/18$) نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال بوده و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرد. نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز ($sig: 0/04$)، $F(2/503)$ معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از سبک‌های پردازش هیجانی تفاوت وجود دارد ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام سبک‌ها با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. در جدول ۵ میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر F تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه دو گروه در

سبک‌های پردازش هیجانی قید شده است.

بررسی داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که بین دو گروه در سبک‌های پردازش هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران مبتلا به ام‌اس در مقایسه با افراد سالم در سبک‌های پردازش هیجانی یاد شده نمرات بالاتری بدست می‌آورند. مطلوبیت اجتماعی و حساسیت به طرد آخرین متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر بودند. به منظور مقایسه دو گروه در متغیر مطلوبیت اجتماعی و حساسیت به طرد از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای متغیر مطلوبیت اجتماعی ($Kolmogorov-Smirnov Z: 0/69, sig: 0/73$) و حساسیت به طرد ($Kolmogorov-Smirnov Z: 0/836, sig: 0/49$) حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود و نشان داد که می‌توان از تحلیل واریانس یک راهه استفاده کرد. جدول ۶ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه را برای مقایسه دو گروه در متغیر مطلوبیت اجتماعی و حساسیت به طرد نشان می‌دهد.

جدول ۶: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه گروه‌ها در متغیر مطلوبیت اجتماعی و حساسیت به طرد

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig
مطلوبیت اجتماعی	بیماران ام.اس	۲۱/۱۲	۴/۲۴	۱۸/۲۹	۰/۰۰۰
	افراد سالم	۱۷/۲۷	۳/۸۰		
حساسیت به طرد	بیماران ام.اس	۸/۷۲	۳/۳۶	۴/۰۰	۰/۰۴۹
	افراد سالم	۷/۲۹	۲/۹۹		

این بیماران بیشتر از نوع ۱ یعنی نگرانی بهنجار می‌باشد. به عبارتی دیگر، با توجه به شرایط خاص این بیماران در مقایسه با افراد سالم، نگرانی در این بیماران بیشتر در مورد سلامتی و پیامدهای ناشی از بیماری می‌باشد و نگرانی نوع ۲ یا نگرانی در مورد نگرانی که آسیب‌زا نیز می‌باشد کمتر در آنها رخ می‌دهد. این بیماران نگرانی خود را نشخوار نکرده و نگرانی خود را تا اندازه قابل درک و بجا تصور می‌کنند و به این دلیل فرانگرانی در آنها کمتر رخ می‌افتد. همسو با این یافته پژوهش‌ها نشان می‌دهند نگرانی در بیماران مبتلا به ام‌اس عمدتاً در ارتباط با اثرات جسمانی بیماری و تاثیراتی است که بیماری بر تعاملات اجتماعی، روابط خانوادگی و فعالیت‌های روزانه در خانه و محل کار می‌گذارد.^{۲۵}

دیگر متغیر شناختی مورد بررسی در پژوهش حاضر جهت‌گیری منفی به مشکل بود. بر اساس یافته پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به ام‌اس در مقایسه با افراد سالم نمرات بیشتری در این متغیر بدست می‌آورند. افرادی که جهت‌گیری منفی به مشکل دارند، مشکلات را تهدید ادراک کرده و در توانایی خود برای حل مساله شک و تردید داشته و نسبت به نتیجه بدبین هستند. لذا چنین افرادی در برابر مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی، اضطراب و ناامیدی آسیب‌پذیر هستند. جهت‌گیری منفی به مشکلات در بیماران مبتلا به ام‌اس می‌تواند در نتیجه شرایط خاصی باشد که بیماری برای آنها ایجاد می‌کند. به عنوان مثال، بسیاری از این بیماران خستگی جسمانی زیادی را تجربه می‌کنند به طوری که ۷۶ تا ۹۵ درصد از این بیماران خستگی را تجربه می‌کنند.^{۲۶} از آنجایی که بسیاری از مشکلات نیازمند حضور در بافت اجتماعی بوده و به فعالیت جسمانی نیاز داشته، لذا این بیماران در توانایی خود برای حل چنین مشکلاتی دچار شک و تردید می‌شوند. دلیل دیگر و شاید مهم‌تر، مشکلات شناختی است که این بیماران تجربه می‌کنند که باعث می‌شود نسبت به توانایی خود در حل مسئله و تصمیم‌گیری درست بدبین شوند. پژوهش‌ها حاکی از این هستند که ۴۵ تا ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به ام‌اس دچار مشکلات شناختی هستند که شامل مشکلات حافظه، تمرکز، پردازش اطلاعات کارا و مشکلات شناختی دیگر می‌شود.^{۲۷} لذا می‌توان گفت این مشکلات در کنار مشکلات دیگری که بیماری ایجاد می‌کند، نوعی جهت‌گیری منفی

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین دو گروه در متغیرهای مطلوبیت اجتماعی و حساسیت به طرد تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران ام‌اس نمرات بیشتری در متغیر مطلوبیت اجتماعی و حساسیت به طرد بدست می‌آورند.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی در مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس بود. سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی اولین متغیر شناختی مورد بررسی در پژوهش حاضر بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیماران ام‌اس در مقایسه با افراد سالم نمرات بیشتری را در هر دو سبک بزرگ‌نمایی جسمانی و اجتماعی بدست می‌آورند. بالا بودن سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی در این بیماران می‌تواند بالا بودن میزان اضطراب را در آنها تا اندازه‌ای تبیین کند. سبک این بیماران در مواجهه با تهدید به گونه‌ای است که تهدید را به عنوان چیزی که به سرعت خطرناک‌تر شده، به طور پیشرونده‌ای بدتر شده و به طور فعالی شتاب گرفته و تسریع می‌یابد، ارزیابی می‌کنند. لذا می‌توان گفت این بیماران بیماری خود را به عنوان یک عامل تهدیدآمیز، به گونه‌ای در نظر می‌گیرند که به سرعت پیشرفت کرده و وخیم‌تر شده و خطرناک‌تر می‌شود. بالا بودن نمرات بیماران در سبک بزرگ‌نمایی جسمانی دلیلی بر این ادعا است. چنین سبکی، اضطراب بویژه اضطراب مرتبط با سلامتی را در آنها افزایش می‌دهد. اضطراب بالا نیز به نوبه خود منجر به کاهش کیفیت زندگی در آنها شده و در یک چرخه معیوب به تشدید بیماری منجر شده و مقابله موثر با بیماری را تضعیف می‌کند. این یافته با شواهد پژوهشی که نشان می‌دهند سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی نقش نیرومندی در پیش‌بینی علایم اضطرابی دارد^۹ همسو می‌باشد. این یافته همچنین با مبانی نظری مدل مبنی بر اینکه اگر تهدید پویا و متحرک ادراک شود و به گونه‌ای ارزیابی شود که هر لحظه نزدیک‌تر شده، خطر آن بیشتر شده و تشدید می‌یابد، اضطراب افزایش می‌یابد^۸ همسو می‌باشد.

دومین متغیر مورد بررسی فرانگرانی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد بین دو گروه تفاوت معناداری در متغیر فرانگرانی وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که احتمالاً نگرانی در

به مشکل را در این بیماران ایجاد می‌کند. چنین جهت‌گیری منفی به مشکل منجر می‌شود بیماران اقدامی برای حل مشکلات انجام ندهند و به این ترتیب در یک چرخه معیوب، جهت‌گیری منفی به مشکل در آنها تقویت می‌شود. جهت‌گیری منفی به مشکل می‌تواند تا اندازه‌ای مشکلات روان‌شناختی بویژه اضطراب و افسردگی بالا در این بیماران را تبیین کند چرا که جهت‌گیری به مشکل به عنوان عامل میانجی مهم بین حوادث استرس‌زای زندگی و آشفتگی روان‌شناختی عمل می‌کند.^{۴۸} همسو با آنچه گفته شد، پژوهش‌ها نشان می‌دهند بین جهت‌گیری منفی به حل مساله و افسردگی، اضطراب، ناامیدی و افکار خودکشی رابطه نیرومندی وجود دارد.^{۱۹}

تنظیم هیجان بین‌فردی متغیری هیجانی است که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به ام‌اس در مقایسه با افراد سالم در مولفه‌های دیدگاه‌گیری، تسکین و الگوگیری اجتماعی نمرات بیشتری گزارش می‌کنند اما در مولفه بهبود عاطفه مثبت تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد. این امر نشان می‌دهد که این بیماران در تنظیم هیجانات منفی خود بیشتر به عوامل بیرونی و بین‌فردی تکیه می‌کنند. در صورتی که فرد برای تنظیم هیجان خود به دیگران وابسته باشد، تنظیم هیجان بین‌فردی می‌تواند راهکاری ناسازگارانه باشد. استفاده زیاد و پیوسته از تنظیم هیجان بین‌فردی نشانگر این است که فرد به طور درونی و به تنهایی نمی‌تواند هیجان خود را کنترل و تنظیم کند و برای تنظیم هیجانات خود به دیگران متوسل شده و از آنها کمک می‌گیرد. استفاده پیوسته از راهبرد تنظیم هیجان بین‌فردی به طور قابل درکی می‌تواند حس کنترل فرد بر تجارب هیجانی خود را کاهش دهد و به تداوم مشکلات هیجانی و روان-شناختی در آنها منجر شود. همسو با این یافته، Hofmann^{۲۲} نقش تنظیم هیجان بین‌فردی را در تداوم مشکلات اضطرابی و افسردگی نشان داده است. همچنین پژوهش Hofmann^{۲۳} و همکاران نشان داد افرادی که مشکلاتی در تنظیم هیجانات خود دارند، که با مقیاس دشواری در تنظیم هیجان سنجیده می‌شود، از راهبردهای تنظیم هیجان بین‌فردی بویژه آنهایی که مرتبط با هیجان منفی هستند، بیشتر استفاده می‌کنند. در پژوهش آنها همچنین اضطراب صفتی، افسردگی، اضطراب اجتماعی و سبک دلبستگی مضطرب با راهبردهای تنظیم هیجان بین‌فردی ارتباط داشت. لذا استفاده زیاد از

تنظیم هیجان بین‌فردی می‌تواند به نوبه خود آشفتگی‌های هیجانی و روان‌شناختی و تداوم آنها در این بیماران را تبیین کند. البته باید یادآوری کرد که مفهوم تنظیم هیجان بین‌فردی مفهومی جدید بوده و نیاز است پژوهش‌های بیشتری در ارتباط با نقش سازگارانه یا ناسازگارانه آن در بروز مشکلات روان‌شناختی و هیجانی انجام شود.

دیگر متغیر هیجانی مورد بررسی در پژوهش حاضر سبک‌های پردازش هیجانی بود. بر اساس یافته این پژوهش، بیماران ام‌اس در مقایسه با افراد سالم در سبک‌های پردازش هیجانی ناسازگار نمرات بالاتری بدست می‌آورند. استفاده از سبک‌های پردازش هیجانی ناسازگار در این بیماران می‌تواند وجود مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی و اضطراب را در آنها توجیه کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران ام‌اس به دلیل شرایط خاصی که بیماری برای آنها ایجاد می‌کند احتمالاً بیشتر از افراد سالم با حوادث استرس‌زای زندگی و آشفتگی‌های هیجانی حاصل از آن مواجهه می‌شوند. ابتلا به بیماری خود به عنوان یک حادثه استرس‌زای بزرگ در زندگی این بیماران است که آشفتگی هیجانی زیادی را در این بیماران منجر می‌شود. در این بیماران به دلیل استفاده از سبک‌های پردازش هیجانی ناسازگار یعنی سرکوب، اجتناب، هیجان تنظیم‌نیافته، تجربه هیجانی ضعیف و علائم هیجان پردازش نشده، جذب و پردازش آشفتگی‌های هیجانی به خوبی صورت نگرفته و سطوح بالایی از برانگیختگی و مزاحمت ناشی از این آشفتگی‌های هیجانی ایجاد شده و تمرکز بر تکالیف روزمره زندگی را بر آنها دشوار می‌سازد. همین امر می‌تواند مشکلات روان‌شناختی را برای آنها در پی داشته باشد. همسو با آنچه بیان شد، شواهد حاصل از پژوهش‌ها نشان می‌دهد وجود نقص در پردازش هیجانی با مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی ارتباط دارد.

۲۷، ۲۵

دیگر متغیر اجتماعی مورد بررسی در این پژوهش مطلوبیت اجتماعی بود. بر اساس یافته پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به ام‌اس در مقایسه با افراد عادی نمرات بیشتری را در مطلوبیت اجتماعی گزارش می‌کنند. این یافته نشان می‌دهد بیماران ام‌اس تلاش می‌کنند به جای ارائه تصویری درست و حقیقی از خود، از طریق مبالغه در صفات مطلوب و انکار صفات نامطلوب، تصویری

طرد در روابط بین‌فردی از سوی مراقبین کودک است، برخاسته می‌شود.^{۳۱} لذا می‌توان گفت که این بیماران در دوران کودکی دلبستگی ناایمنی را تجربه کرده‌اند و در بزرگسالی در قالب حساسیت به طرد در روابط بین‌فردی تجلی یافته است. همسو با آنچه گفته شد، پژوهش‌ها سبک‌های دلبستگی بزرگسال مضطرب و اجتنابی را در بیماران ام.اس بررسی کرده و نقش آنها را در آشفتگی روابط بین‌فردی نشان داده‌اند.^{۵۰} حساسیت به طرد بالا در بیماران ام.اس می‌تواند به نوبه خود مشکلات روان‌شناختی در این بیماران را تبیین کند. بررسی ادبیات پژوهشی بیانگر پیامدهای منفی حساسیت به طرد و مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن همچون افسردگی و اضطراب و پرخاشگری می‌باشد.^{۳۵}

در مجموع، پژوهش حاضر نقش عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی بررسی شده را در مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام.اس نشان می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود در سبب‌شناسی و درمان مشکلات روان‌شناختی بیماران ام.اس به این عوامل توجه نمود. چه بسا توجه به این عوامل بتواند مشکلات روان‌شناختی را در این بیماران کاهش دهد و با ارتقای سلامت روان از یک سو و جلوگیری از تشدید بیماری از سوی دیگر به این بیماران کمک کند.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس، عدم تمایل بیماران برای همکاری و بالا بودن تعداد سوالات که می‌تواند به خستگی ذهنی منجر شده و در چگونگی پاسخ‌دهی به سوالات تاثیر گذارد، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده با برطرف کردن این محدودیت‌ها و تکرار یافته‌های این پژوهش، اطمینان بیشتری در تایید این یافته‌ها فراهم آید. پیشنهاد کاربردی پژوهش حاضر، توجه به متغیرهای شناختی، هیجانی و اجتماعی مورد بررسی در پژوهش حاضر در سبب‌شناسی مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام.اس است.

تقدیر و تشکر

از همکاری انجمن ام.اس ارومیه که با گشاده‌رویی، تلاش نموده و زمینه اجرای پژوهش را فراهم کردند و همچنین از تمامی

مطلوب و مقبول از خود نشان دهند. در تبیین این یافته می‌توان گفت بسیاری از این بیماران به دلیل تغییرات ظاهری و جسمانی و همچنین شناختی و روانی که در اثر بیماری در آنها ایجاد می‌شود، و همچنین مشکلات دیگری که بیماری باعث می‌شود همچون از دست دادن شغل، عزت نفس پایینی را تجربه می‌کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند بسیاری از بیماران مبتلا به ام.اس از عزت نفس پایین رنج می‌برند.^{۴۹} این بیماران در واکنش به عزت نفس پایین خود تلاش می‌کنند تا در روابط اجتماعی و در برخورد با دیگران از طریق مبالغه در صفات مطلوب و انکار صفات نامطلوب، خود را مقبول و مطلوب نشان دهند. از سوی دیگر، تلاش برای مطلوب و مقبول نشان دادن خود اقدامی است که از طریق آن بیماران از طرد شدن احتمالی دوری کنند. همچنانکه یافته بعدی پژوهش حاضر نشان می‌دهد این بیماران حساسیت به طرد بالایی دارند. چنین تلاشی برای مطلوب نشان دادن خود منجر به افزایش اضطراب می‌شود. براساس نظریه خود-نمایشی^{۳۰}، افراد زمانی که برانگیخته می‌گردند تا اثر مطلوبی از خود بر دیگران بگذارند، اضطراب را تجربه می‌کنند. طبق این نظریه، پیش‌بینی می‌گردد وقتی افراد برانگیخته‌اند تا تاثیر مطلوبی از خود بر دیگران بجای نهاده و مهم‌تر از آن با تردید در این که آیا در این اثرگذاری مطلوب، موفق خواهند شد یا خیر، شدت اضطراب اجتماعی‌شان افزایش می‌یابد. لذا مطلوبیت اجتماعی بالا در این بیماران می‌تواند اضطراب این بیماران را تا حدی تبیین کند. همسو با آنچه گفته شد، پژوهش‌ها مطلوبیت اجتماعی را به عنوان یکی از عوامل مرتبط با اضطراب مطرح کرده‌اند.^{۲۹ و ۳۰}

آخرین متغیر اجتماعی مورد بررسی حساسیت به طرد بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیماران ام.اس در مقایسه با افراد سالم نمرات بیشتری را در متغیر حساسیت به طرد گزارش می‌کنند. این یافته نشان می‌دهد بیماران ام.اس نسبت به غلایم احتمالی طرد گوش‌بزننگ بوده و تلاش می‌کنند تا از آن دوری کنند. یافته قبلی پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بیماران ام.اس از طریق مبالغه در صفات مطلوب و انکار صفات نامطلوب تلاش می‌کنند تا خود را مقبول و مطلوب نشان داده و به این ترتیب از طرد شدن احتمالی دوری کنند، تاییدی بر یافته حاضر می‌باشد. فرض می‌شود که حساسیت به طرد از الگوهای کارکردی درونی که مبتنی بر تجارب

تشکر می‌گردد.

بیمارانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود. از اساتید راهنمای این پژوهش نیز تقدیر و

References

- Ioanna T, Margarita A, George Z. Depressive and Anxiety Symptomatology amongst Multiple Sclerosis Young Women: The Occupational Therapy's Perspective. *Health Sci J*. 2015; 9, 3-7.
- Merkelbach S, Sittinger H, Koenig J. Is there a differential impact of Fatigue and physical disability on quality of life in Multiple Sclerosis? *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(6), 13-22.
- Atlas of MS 2013: Mapping Multiple Sclerosis Around the World. London: Multiple Sclerosis International Federation; 2013. Available at: <http://www.msif.Org/about-ms/publications-and-resources/>. Accessed October 10, 2013.
- Doring A, Pfueller CF, Paul F, Dorr J. Exercise in multiple sclerosis :an integral component of disease management. *EPMA J*, 2012;3(1), 2.
- Stenager E, Stenager SE, Knudsen L, Jensen K. Multiple sclerosis: the impact on family and social life. *Acta Psychiatr Belg*. 1994;94(3), 165-74.
- Hakim EA, Bakheit AM, Bryant TN, Roberts MW, McIntosh-Michaelis SA, Spackman AJ, et. al. The social impact of multiple sclerosis--a study of 305 patients and their relatives. *Disabil Rehabil*. 2000;15;22(6):288-93.
- Riskind JH, Williams NL, Gessner T, Chrosniak LD, Cortina J. The looming maladaptive style: anxiety, danger, and schematic processing. *J Pers Soc Psychol*. 2000;79: 837-852.
- Riskind JH, Williams NL, Joiner TE. The Looming Cognitive Style: a Cognitive Vulnerability for Anxiety Disorders. *J Soc Clin Psychol*. 2006;25(7): 779-801.
- Haikal M, Hong RY. The effects of social evaluation and looming threat on self attentional biases and social anxiety. *J Anxiety Disord*. 2010;24: 345-352.
- González-Díez Z, Calvete E, Riskind JH, Orue I. Test of an hypothesized structural model of the relationships between cognitive style and social anxiety: A 12- month prospective study. *J Anxiety Disord*. 2015;30: 59-65.
- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative Cognitive Therapy. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2000.
- Wells A, Matthews G. Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cogn Emot*. 1994;8: 279-295.
- Strodl E, Stewart L, Mullens AB. Metacognitions mediate HIV stigma and depression/anxiety in men who have sex with men living with HIV. *Health Psychology open*. 2015;2(1):1-11.
- Robichaud M, Dugas MJ. Negative problem orientation (Part II): construct validity and specificity to worry. *Behav Res Ther*. 2005;43: 403-412.
- Wilson CJ, Bushnell JA, Rickwood DJ, Caputi P, Thomas SJ. The role of problem orientation and cognitive distortion in depression and anxiety interventions for young adults. *Adv ment health*. 2011;10(1): 52-61.
- Spence SH., Sheffield J, Donovan C. Problem solving orientation and attribution style: moderator of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence? *J clin child psychol*. 2002;31(2): 219-229.
- D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. New York: Springer. 1999.
- Haaga DAF, Fine JA, Terrill DR, Stewart BL. Social Problem Solving deficits, dependency and depressive symptoms. *Cogn ther res*. 1995;19: 147-158.
- D'Zurilla TJ, Chang EC, Nottingham EJ, Faccini L. Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *J Clin Psychol*. 1998;54: 1091-1107.
- Thompson, R. A. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59: 25-52.
- Zaki J, Williams WC. Interpersonal emotion regulation. *Emot*. 2013;13: 803-810.
- Hofmann SG. Interpersonal Emotion Regulation Model of Mood and Anxiety Disorders. *Cogn Ther Res*. 2014; 38(5): 483-492.
- Hofmann SG, Carpenter JK, Curtiss J. Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale Development and Psychometric Characteristics. *Cogn Ther Res*. 2016;40: 341-356.
- Rachman S. Emotional processing. *Behav Res Ther*. 1980;18: 51-60.
- Gay MC, Bungener C, Thomas S, Vrignaud P, Thomas PW, Baker R et. al. Anxiety, emotional processing and depression in people with multiple sclerosis. *BMC Neurol*. 2017;17(1):43.
- Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Whittlesea A. The emotional processing scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *J psychosom res*. 2010;68: 83-8.

27. Kret ME, Ploeger A. Emotion processing deficits: a liability spectrum providing insight into comorbidity of mental disorders. *Neurosci behav rev.* 2015;52:153-71.
28. Holtgraves T. Social desirability and self-reports: Testing models of socially desirable responding. *Pers Soc Psychol Bull.* 2004;30: 161-172.
29. Ragozzino RL. A study of social desirability and self-esteem. 37th Annual western Pennsylvania undergraduate psychology conference. <http://academics.rmu.edu>. 2009.
30. Leary MR, Kowalski RM. The self-presentational model of social phobia. 1995b. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford.
31. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *J Pers Soc Psychol.* 1996;70(6): 1327-1343.
32. Feldman SI, Downey G. Rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment behavior. *Dev Psychopathol.* 1994;6: 231-247.
33. Zlomke K, Jeter K, Cook N. Recalled childhood teasing in relation to adult rejection and evaluation sensitivity. *Pers Individ Dif.* 2016;89: 129- 133.
34. Weeks A. The harsh sting of rejection: rejection sensitivity, attachment styles, autobiographical memory, and why some feel the sting more than others. Unpublished dissertation, Connecticut college. New London, Connecticut. 2011.
35. Murphy AM, Russell G. Rejection Sensitivity, Jealousy, and the Relationship to Interpersonal Aggression. *J Interpers Violence.* 2016;3: 13.
36. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in behavioral sciences. Tehran, nashr-agah publishers. 2013. [In Persian]
37. Bassak-nezhad S, Saedi R, Mehrabizadeh M. The study of perceived threat of test, cognitive test anxiety, looming maladaptive style, attributions to performance and fear of negative evaluation predictors of test anxiety in female high school students. *J educ sci.* 2013;2(1): 189-202.
38. Salmani B, Hassani J, Mohammadkhani S, Karami G. Evaluating the effectiveness of meta-cognitive therapy in meta-cognitive beliefs, meta-worry, and signs and symptoms of patients with general anxiety disorder. *Feyz bimonth.* 2014;18 (5): 428-439. [In Persian]
39. Mahmoud-Alilu M, Shahjouyi T, Hashemi Z. Comparison of Uncertainty intolerance, Cognitive Avoidance, Negative-problem orientation and Positive Beliefs about Concern between Patients with Generalized Anxiety Disorder and Normal People. *J new psychol res.* 2010;5 (2): 167-185. [In Persian].
40. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. *J Psychosom Res.* 2007;62(2): 167-178.
41. Lotfi S, Abolghasemi A, Narimani M. A Comparison of Emotional Processing and Fear of Positive/negative Evaluations in Women with Social Phobia and Normal Women. *Knowl Res Appl Psychol.* 2014;14 (3): 101-111. [In Persian].
42. Asgari P, Eteshamzadeh P, Pirzaman S. Relationship of social acceptance, sex-role (androgyny) with psychological well-being in female students of Islamic Azad University branch Andimeshk. *J women cult.* 2010;2 (5): 99-110.
43. Berenson KR, Paprocki C, Thomas FM, Bhushan D, El-Bassel N, Downey G. Rejection Sensitivity, Perceived Power, and HIV Risk in the Relationships of Low-Income Urban Women. *Women Health.* 2015;55(8): 900-20.
44. Khoshkam S, Bahrami F, Rahmatollahi F, Najarpourian S. Psychometric properties of rejection sensitivity scale in the students. *J psychol res.* 2014;17 (1): 385-395. [In Persian]
45. Thornton EW, Tedman S, Rigby S, Bashforth H, Young C. Worries and concerns of patients with multiple sclerosis: development of an assessment scale. *Mult Scler.* 2006;12(2),196-203.
46. Cook KF, Bamer AM, Roddey TS, Kraft GH, Kim J, Amtmann D. A promise fatigue short form for use by individuals who have multiple sclerosis. *Qual Life Res.* 2012;21(6), 1021-30.
47. Guimarães J, José Sá M. Cognitive dysfunction in Multiple Sclerosis. *Front neurol.* 2012;3 (74), 1-8.
48. McMurran M, Christopher G. Social problem solving, anxiety, and depression in adult male prisoners. *Legal Criminol Psychol.* 2009;14 (1), 101-107.
49. Korwin-Piotrowska K, Korwin-Piotrowska T, Samochowiec J. Self perception among patients with multiple sclerosis. *Arch Psychiat Psychother.* 2010;3: 63-68.
50. Crangle CJ, Hart TL. Adult attachment, hostile conflict, and relationship adjustment among couples facing multiple sclerosis. *British J Health Psychol.* 2017;22(4), 836-853.

Emrah Tajoddini^{1*}, Firouzeh Sepehrianazar², Esmail Soleymani²

¹ Ph.D Student of Psychology,
Department of Psychology,
Urmia University, Urmia, Iran

² Department of Psychology,
Urmia University, Urmia, Iran

Comparative Studying of Cognitive, Emotional and Social factors in the Psychological Problems of Patients with Multiple Sclerosis and Healthy People

Received: 7 Jul. 2018; Accepted: 9 Feb. 2019

Abstract

Background and Aim: multiple sclerosis is a degenerative disease of central nervous system that causes a lot of psychological problems. the aim of this study was to investigate the cognitive, emotional and social factors in the psychological problems of patients with multiple sclerosis and healthy people.

Material and Methods: the method of this study was descriptive from its comparative casual types. Statistical population of this study was all of patients with multiple sclerosis were referred to M.S association in the urmia. Sample of this study was 40 patients with multiple sclerosis were referred to M.S association in the urmia and selected by available sampling method. Data were analyzed by Multivariate Analysis of Variance and one-way analysis of variance.

Results: The results of this study showed that there is significant deference between two groups in the variables of looming maladaptive style ($F=6/526$, sig:0/002), negative problem-orientation ($F=4/26$, sig:0/04), interpersonal emotion regulation ($F=3/195$, sig:0/02), emotional processing styles ($F=2/503$, sig:0/04), social desirability ($F=18/29$, sig:0/000) and rejection sensitivity ($F=4/00$, sig:0/049) and patients with multiple sclerosis get the higher scores in these variables but there is no differences between two groups in meta-worry.

Conclusion: Many psychological problems that these patients experience are in part as a result of cognitive, emotional and social factors that have been studied in current study. Then, paying attention to these factors in the etiology and treatment of psychological problems of these patients can be a useful step in the reducing of these problems and improving of mental health in the patients.

Keywords: Multiple sclerosis, Cognitive factors, Emotional factors, Social factors

***Corresponding Author:**
Ph.D Student of Psychology,
Department of Psychology,
Urmia University, Urmia, Iran

Tel: 09143462505
E-mail: emrahbest@yahoo.com