

نقش میانجی‌گر راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین کژتنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی

در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب (PTSD)

The Mediating Role of Coping Strategies in the Relationship between Emotional Dysregulation and Quality of Life in Disabled Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۲

Taqvaeinia, A. ✉, Mohammad Ebrahimi Jahromi, S.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۲۷

علی تقوایی‌نیا ✉، سحر محمدابراهیمی جهرمی^۱

Abstract

Introduction: War, as a cause of severe stress, has far-reaching consequences for the mental health, well-being and quality of life of disabled veterans and their families that persist for a long time after the end of the war. The aim of this study was to investigate the mediating role of coping strategies in the relationship between emotional dysregulation and quality of life in disabled veterans with post-traumatic stress disorder.

Method: The present study was performed using the correlational method of structural equation modeling. The statistical population included all the disabled veterans in Yasuj, Iran from among whom 200 people were selected through the available sampling method. The instruments utilized for data collection included a coping questionnaire, a quality of life scale and a scale for difficulties in emotion regulation.

Results: The obtained results revealed that there is a negative significant relationship between emotional dysregulation and quality of life. There was also a significant relationship between emotional dysregulation and coping strategies with quality of life. In addition, coping strategies played a mediating role in the relationship between emotional dysregulation and quality of life in disabled veterans with post-traumatic stress disorder.

Discussion: The research model indicated a suitable and acceptable fit with the obtained data, and the assumed structural relationships were confirmed. This model can be used to design a psychological intervention model aimed at reducing the difficulties of emotion regulation and improving effective coping strategies and quality of life in disabled veterans with post-traumatic stress disorder.

Key words: emotional dysregulation, coping strategies; post-traumatic stress, quality of life, disabled veterans.

چکیده

مقدمه: جنگ به‌عنوان یک عامل فشار روانی شدید، پیامدهای گسترده‌ای بر سلامت روان، بهزیستی و کیفیت زندگی جانبازان و خانواده‌های آنها دارد که به مدت طولانی پس از اتمام جنگ پابرجاست. هدف از انجام این پژوهش، بررسی نقش میانجی‌گر راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین کژتنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب بود.

روش: پژوهش حاضر به روش همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه جانبازان شهر یاسوج است که از میان آنها ۲۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه مقابله، مقیاس کیفیت زندگی و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان بود.

نتایج: نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین کژتنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی، رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. همچنین رابطه معنی‌داری بین کژتنظیمی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی به‌دست آمد. علاوه‌براین، راهبردهای مقابله‌ای نقش میانجی در رابطه بین کژتنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه داشت.

بحث: مدل پژوهش حکایت از برازش مناسب و قابل‌قبول با داده‌های به‌دست‌آمده داشت و روابط ساختاری مفروض تأیید شدند. از این مدل می‌توان به‌منظور طراحی یک الگوی مداخله‌ای روان‌شناختی با هدف کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان و ارتقای راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به استرس پس از سانحه استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: کژتنظیمی هیجانی؛ راهبردهای مقابله‌ای؛ استرس پس از آسیب؛ کیفیت زندگی؛ جانبازان

✉ **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Yasuj University
E-mail: taghvaei.ali2@gmail.com

✉ استادیار روانشناسی دانشگاه یاسوج
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه یاسوج

مقدمه

پژوهش‌های مختلف انجام‌گرفته روی سربازان، مجروحان جنگی، افسران ارتش و افراد درگیر در جنگ‌ها نشان داده است که عوارض و پیامدهای روان‌شناختی ناشی از جنگ، صرف‌نظر از اختلال در عملکرد اجتماعی و واکنش‌های رفتاری و روانی آسیب‌دیدگان، موجب بروز مشکلاتی برای خانواده آنها و نیز جامعه شده است (تسای، ویلین، اسکات، هارپاز - روتن و پیتراک،^۱ ۲۰۱۲؛ کلیمان،^۲ ۱۹۸۴ برنت و گاتری،^۳ ۲۰۰۵؛ اریس، وسترمیر، انگدال و جانسن،^۴ ۲۰۰۷). مشکلات روانی ناشی از جنگ معمولاً تا مدت‌ها پس از جنگ گریبان‌گیر آسیب‌دیدگان خواهد بود و این پیامدها و عوارض روانی گاهی اوقات حتی تا ۴۰ سال پس از جنگ نیز قابل دوام است (لیل،^۵ ۲۰۰۶؛ سیسور، سابی و تکین،^۶ ۲۰۱۱؛ رلفز،^۷ ۲۰۱۰؛ تقوایی‌نیا، ۱۳۹۶). جنگ، یکی از عوامل تأثیرگذار بر میزان شیوع زمان شروع و سیر اختلالات روانی و رفتاری به حساب می‌آید. یکی از این اختلالات اختلال استرس پس از سانحه^۸ است (گریگر، کوزا ورسانو،^۹ ۲۰۱۳). در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^{۱۰} (DSM-5)، اختلال استرس پس از سانحه از طبقه اختلالات اضطرابی مجزا و در طبقه اختلالات مرتبط با تروما و استرس مطرح شده است. علائم مشخصه این اختلال، حضور افکار مزاحم و بیش‌برانگیختگی است که ویژگی عمده آنها (افکار و رفتارها)، لذت‌بخش نبودنشان برای فرد مبتلاست، ولی بیمار به نشخوار افکار ادامه می‌دهد و از بعضی از محرک‌های یادآور بیرونی، خاطرات، افکار و یا احساساتی که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با رویدادهای تروماتیک مرتبطند، اجتناب می‌کند (بادن^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۳). برخی از این افراد، احساسات انزجار قدرتمندی را درمورد خودشان یا

دیگران نیز گزارش می‌کنند، اغلب در تنظیم هیجانات خود با دشواری مواجه هستند و در حالت هیجانی منفی قرار دارند (ویس، شیک، کونتراکتور و دیکسون - گاردون^{۱۲}، ۲۰۱۹) و از علاقه آنها به فعالیت‌های مهم زندگی و میزان شرکت در آنها به‌شدت کاسته می‌شود؛ چراکه افراد مبتلا هنگام مواجه‌شدن با موقعیت‌های برانگیزاننده، دامنه‌ای از پاسخ‌های هیجانی را تجربه می‌کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۳}، ۲۰۱۳؛ اسکوگلیو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۸). ویلکوکس^{۱۵} (۲۰۱۰) این اختلال را به‌وسیله تظاهرات اضطرابی و اجتناب مضاعف از آسیب بالقوه در سربازان و افسران درگیر در جنگ توصیف کرده است. در بررسی با سربازان و مجروحان جنگی دارای اختلال استرس پس از سانحه نیز یافته‌ها بیانگر آن بودند که در مقایسه با گروه کنترل، این افراد دامنه‌ای از مشکلات هیجانی نظیر واکنش‌های شدید به تجربه هیجانی، تکانش‌وری، خشم و اختلال در اصلاح هیجان‌های منفی را نشان می‌دهند (شارما، مارکون و کلارک^{۱۶}، ۲۰۱۴؛ مایلس، منیفی، تارپ و کنت^{۱۷}، ۲۰۱۵؛ کونتراکتور و ویس، ۲۰۱۹). وجود اختلال پس از آسیب در جانبازان می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی متعددی از جمله تأثیر بر کیفیت زندگی آنها را به‌دنبال داشته باشد. مطالعات نشان داده است که سلامت روانی، کیفیت زندگی و حتی سلامت جسمانی افراد تحت تأثیر فشار روانی ناشی از جنگ قرار می‌گیرد (جانسون و تامپسون^{۱۸}، ۲۰۰۸). سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)، کیفیت زندگی را ادراک فرد از خویشتن و موقعیتش در زندگی باتوجه‌به وضعیت زندگی، بافت فرهنگی - اجتماعی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند، تعریف می‌کند. بنابراین، مفهوم کیفیت زندگی موضوعی کاملاً اختصاصی است که توسط دیگری قابل مشاهده نیست و به درک افراد از جنبه‌های مختلف

زندگی بستگی دارد. ایوانز و کوپ^{۱۹} (۱۹۸۹)، به‌نقل از محمدی و حسین چاری، (۱۳۸۸) بر این باورند که کیفیت زندگی ادراک، تفسیر و نحوه برداشت فرد از موقعیت خود در زندگی متناسب با هدف‌ها، انتظارات و آرزوهاست. ابعاد مختلف کیفیت زندگی از لحاظ اجتماعی، روانی، عاطفی، اقتصادی و معنوی حایز اهمیت است، زیرا کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و پیچیده دارد که دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و بستگی به ادراک فرد از میزان رضایت‌مندی از زندگی، سلامت جسمانی و روانی، سلامت اجتماعی، روابط خانوادگی، امیدواری و روابط اجتماعی دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). رضایت از زندگی نیز یک شاخص سلامت و رفاه عمومی است که به یک احساس عمومی از سلامت فیزیکی و روانی منجر می‌شود و معمولاً با طول عمر بیشتری همراه است و درجه‌ای از ارزیابی است که فرد به مقدار رضایت خودش در رسیدن به اهدافش به خود می‌دهد و این تعریفی جهانی از کیفیت زندگی است (مینکا و تاکو^{۲۰}، ۲۰۱۵). درواقع، رضایت از زندگی مفهومی کلی و ناشی از نحوه ادراک شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی است (دینر و همکاران، ۲۰۱۷). به‌همین دلیل، افرادی که رضایت از زندگی دارند، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه کرده، از گذشته و آینده خود و دیگران، رویدادهای مثبت بیشتری را به یاد آورده و از پیرامون خود ارزیابی مثبت‌تری دارند و در نتیجه از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند (تیم^{۲۱}، ۲۰۱۰). محققان معتقدند که بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن نقش بسزایی در سلامت و زندگی فردی و اجتماعی دارد (وو، لی، تیان، ژو و وانگ^{۲۲}، ۲۰۱۱). یکی از متغیرهای روان‌شناختی بسیار مهم که با کیفیت زندگی جانبازان ارتباط نزدیکی دارد و توجه زیادی را از سوی پژوهشگران دریافت کرده است،

نقص در تنظیم هیجان^{۲۳} یا کژتنظیمی هیجانی است. تنظیم هیجان به‌عنوان مجموعه‌ای از پردازش‌های درونی و بیرونی مسئول برای بازبینی، ارزشیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی تعریف می‌شود (هان^{۲۴}، ۲۰۰۹)، که طی آن، افراد هیجان‌های خود و نیز چگونگی ابراز آن را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به‌عبارت‌دیگر، تنظیم هیجان به فنونی اطلاق می‌شود که افراد استفاده می‌کنند تا واکنش‌های هیجانی خود را اصلاح و تعدیل کنند و این راهبردهای تنظیم هیجان می‌توانند به طرق مختلف طبقه‌بندی شوند؛ مثل سازگاران در مقابل ناسازگاران، ارزیابی مجدد در مقابل نشخوار، هشیارانه در مقابل ناهشیارانه و حل مسئله در مقابل سرکوب (وستن و بلاگوو^{۲۵}، ۲۰۰۷، به‌نقل از هان، ۲۰۰۹). هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب و استرس پس از سانحه آسیب‌پذیر سازد (ویس و همکاران، ۲۰۱۹؛ گارنفسکی و کرایچ^{۲۶}، ۲۰۰۶). در بررسی نقش کژتنظیمی هیجانی بر سلامت روانی سربازان با و بدون استرس پس از آسیب در جنگ عراق، نتایج حاکی از آن است که راهبردهای تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده افزایش میزان سلامت روانی آنها می‌باشد و دشواری در تنظیم هیجان به پیامدهای روان‌شناختی ناگواری در آنان منجر شده است (کلیمانسکی^{۲۷} و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین انعطاف‌پذیری هیجانی و تنظیم هیجان فهم افراد از مدیریت هیجان را ارتقا می‌بخشد و تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب‌رساندن به خود، کاهش نشخوارهای ذهنی، نشانه‌های افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی دارد (رودین^{۲۸} و همکاران، ۲۰۱۷). به باور هافمن و کاشدان^{۲۹} (۲۰۱۰) توانایی تنظیم و سازگاری هیجان‌ها متناسب با الزامات موقعیت‌های خاص، یکی از مهم‌ترین قابلیت‌های انسان

است. نظریه‌پردازان برجسته استدلال کرده‌اند که نقص در تنظیم هیجان، عامل بسیار مهمی است که زیربنای انواع مختلف آسیب‌های روانی را تشکیل می‌دهد (موسز و بارلو^{۳۰}، ۲۰۱۴؛ اهرینگ و واتکینز^{۳۱}، ۲۰۱۳). در واقع، کژتنظیمی هیجان در حال ملحق شدن به مدل‌های آسیب‌شناسی روانی است (کرینگ و سلوان^{۳۲}، ۲۰۱۰)، به طوری که شیوه ناسازگارانه تنظیم هیجان به نوبه خود می‌تواند بر افزایش مشکلات روان‌شناختی تأثیر بگذارد. شواهد گویای آن است که افرادی که در شناسایی و توصیف احساسات خود نقص و دشواری دارند، توانایی تنظیم هیجانات متفاوت خود را ندارند و فاقد آگاهی، درک و پذیرش تجربه هیجانی هستند. علاوه بر این، آنها به تجربه فشار هیجانی به عنوان بخشی از فرایند دستیابی به هدف تمایل ندارند و چنانچه تدابیری جهت تنظیم مناسب هیجانی‌شان صورت نگیرد، آنها از راهبردهای نامناسب برای کاهش مشکل یا از بین بردن هیجانات منفی استفاده می‌کنند (آلدانو، نولن - هوکسما و شوپرز^{۳۳}، ۲۰۱۰). همان‌طور که در تعاریف اشاره شد، تنظیم هیجان یک سازه چندبعدی است؛ بدین معنا که اولاً تنظیم هیجان، محدود به کنترل هیجان یا حذف هیجان منفی نیست، بلکه آگاهی از هیجان و پردازش هیجان را دربر می‌گیرد. ثانیاً، تنظیم هیجان هم برای هیجان‌های مثبت و هم برای هیجان‌های منفی اتفاق می‌افتد. همسو با این ماهیت چندبعدی، محققان مدل‌های متعددی را گزارش داده‌اند که تنظیم هیجان را مفهوم‌سازی و درک کنیم.

راهبردهای مقابله‌ای به عنوان متغیر واسطه‌ای، نقش مهمی در سازگاری با تغییرات و رویدادهای تنیدگی‌زا، که کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، ایفا می‌کند. سبک‌های مقابله شامل افکار، احساسات، شیوه‌ها و اعمالی است که در موقعیت‌های مختلف

فراخوانده می‌شود تا از فشارهای روانی بکاهد (فریدریکسون^{۳۴}، ۲۰۰۷). مقابله، یک مفهوم مشخص ندارد، بلکه اصطلاحی است که مفاهیم متفاوت را زیر پوشش می‌گیرد و می‌توان آن را با اصطلاح‌های متعدد مانند راهبرد، تدبیر، پاسخ، شناخت یا رفتار مشخص کرد. فولکمن و لازاروس^{۳۵} (۱۹۸۴) مقابله را تلاش‌های شناختی و رفتاری فعال فرد می‌دانند که برای اداره کردن خواسته‌های (درونی و بیرونی) طاقت‌فرسای فرد یا خواسته‌هایی به کار می‌رود که فراتر از منابع فرد ارزیابی می‌شود. فولکمن و لازاروس (۱۹۸۴) چنین نظر می‌دهند که باتوجه به وجود دو نوع سبک مقابله‌ای اصلی یعنی سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، فرد ابتدا در پی تغییر منبع عامل استرس و حل مسئله است و در صورتی که نتواند منبع استرس را تغییر دهد، به منظور کاستن از پریشانی‌های هیجانی یا مهار آنها از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کند. به بیان دیگر، مقابله مسئله‌مدار راهبرد شناختی رو در روشن شدن مستقیم با مشکلات خود و تلاش برای حل آنهاست، اما مقابله هیجان‌مدار تلاش برای پاسخ‌دهی هیجانی به استرس، خصوصاً به کمک سازوکارهای دفاعی است (لازاروس، ۱۹۹۳). پارک^{۳۶} (۲۰۰۷) در بررسی روش‌های مقابله‌جویانه چنین نظر داد که می‌توان در کنار تقسیم‌بندی این سبک‌ها به دو گروه مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، آنها را در راستای پیامدهای بالقوه مثبت یا منفی برای افراد، به سبک‌های مقابله‌ای مثبت (کارآمد) و منفی (ناکارآمد) تقسیم کرد. او این سبک‌ها را باتوجه به نتایج مثبت و منفی برای افراد با اصطلاحات سبک‌های مقابله‌کارآمد و ناکارآمد به کار برده است. رفتارهای مقابله‌ای مثبت یا سازگارانۀ آن رویه‌های رفتاری است که از طریق آنها منبع اصلی استرس به شکل سازنده برطرف می‌شود و احتمال مقابله موفقیت‌آمیز با مسائل افزایش می‌یابد

(زائو و یاماگوچی^{۳۷}، ۲۰۰۸؛ سیمانسکی^{۳۸}، ۲۰۱۲؛ جیسر، لینسکی و گری^{۳۹}، ۲۰۱۴). درمقابل، رفتارهای مقابله‌ای منفی یا ناسازگارانه، مجموعه رفتارهایی هستند که دور باطل و فزاینده‌ای از اضطراب و نگرانی را به وجود می‌آورند و به تشدید فشارهای روانی، کاهش اعتمادبه‌نفس، بروز بیماری‌های جسمی، اضطراب، افسردگی و روی آوردن به دخانیات، الکل و سایر داروها منجر می‌شوند (گری‌گوری، ماری و برایان^{۴۰}، ۲۰۰۵). بنابراین، باتوجه به موضوعات مطرح شده در بالا، پژوهش حاضر در نظر دارد که نقش میانجی گر راهبردهای مقابله‌ای را در رابطه بین کژتنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب، مورد بررسی قرار دهد.

روش

این پژوهش از نظر هدف، از نوع تحقیقات کاربردی است و از لحاظ طرح مطالعه، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی جانبازان شهر یاسوج است که از این جامعه، تعداد ۲۰۰ نفر از آنها که در بیمارستان سلمان فارسی این شهر تشخیص اختلال استرس پس از سانحه دریافت کرده بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت و داده‌ها جمع‌آوری شدند.

پرسشنامه راهبردهای مقابله: این پرسشنامه توسط (پارک، ۲۰۰۷) ساخته شده و دو زیرمقیاس دارد که شامل ۱۳ ماده است. این ۱۳ ماده دو زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای را شامل می‌شود و ۷ ماده مقابله هیجان‌مدار یا ناکارآمد و ۶ ماده مقابله مسئله‌مدار یا کارآمد را می‌سنجد. ماده‌ها به صورت مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای تنظیم شده است (۱= هرگز تا؛ ۴= همیشه). پارک (۲۰۰۷) نقل از گل‌پرور و دیگران، (۱۳۹۴)، روایی

سازه این پرسشنامه را براساس تحلیل عامل اکتشافی برای سبک مقابله ناکارآمد (هیجان‌مدار) ۷ ماده و برای سبک مقابله کارآمد (مسئله‌مدار) ۶ ماده گزارش کرده است. پارک (۲۰۰۷) پایایی سبک‌های مقابله ناکارآمد (هیجان‌مدار) و کارآمد (مسئله‌مدار) را به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۶۱ به دست آورد. در پژوهش گل‌پرور و دیگران (۱۳۹۴) ضریب پایایی برای سبک‌های مقابله ناکارآمد (هیجان‌مدار) و کارآمد (مسئله‌مدار) به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۶۱ گزارش شده است. در این پژوهش نیز ضریب پایایی برای سبک‌های مقابله ناکارآمد و کارآمد به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی:

این پرسشنامه فرم کوتاه نسخه ۱۰۰ موردی است. این پرسشنامه، حاوی ۲۶ سؤال است و در یک طیف لیکرت (۱ تا ۵) درجه‌ای، کیفیت زندگی را در چهار حوزه سلامت جسمانی (۶ سؤال شامل؛ ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷)، سلامت روانی (۷ سؤال شامل؛ ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۸، ۱۹)، سلامت اجتماعی (۳ سؤال شامل؛ ۲۰، ۲۱، ۲۲) و سلامت محیطی (۸ سؤال شامل؛ ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶)، ارزیابی می‌کند. ۲ سؤال اول به هیچ‌یک از حوزه‌ها تعلق ندارد و وضعیت، سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. دامنه نمرات بین ۳۸ تا ۱۱۸ می‌باشد. باتوجه به نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه (جمع کلی نمرات) نمره بالاتر نشانه کیفیت زندگی بالاتر است. این مقیاس از روایی افتراقی، روایی محتوایی، پایایی آزمون - باز آزمون خوبی برخوردار است. در بررسی آیتم‌های نسخه کوتاه پرسشنامه نشان داده شده که نمره چهار حیطة آن بسیار شبیه نسخه بلند آن است، این شباهت تا ۹۵٪ گزارش شده است (اسکوینگتون، لغتی و اوکنل، ۲۰۰۴). تحقیقات انجام شده در مورد

است. نتایج مربوط به بررسی پایایی این پرسشنامه توسط سازندگان آن نشان داد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالاست (آلفای کرونباخ کل این مقیاس ۰/۹۳، خرده‌مقیاس عدم پذیرش برابر با ۰/۸۵، اهداف برابر ۰/۸۹، تکانه برابر با ۰/۸۶، آگاهی ۰/۸۰، راهبردها ۰/۸۸ و شفافیت ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی برای نمرات کلی برابر با ۰/۸۸ است. در رابطه با روایی این مقیاس نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش‌بین مطلوب برای این مقیاس است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱ به‌دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی متغیرهای موردبررسی در نمونه مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه، سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان‌شناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶، محیط ۰/۸۰ و دارای پایایی (test-retest) مناسبی است (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۵؛ اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴).

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان: این مقیاس توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) برای سنجش نقص و یا دشواری در تنظیم هیجان ساخته شده است. دارای ۳۶ سؤال و ۶ خرده‌مقیاس به نام‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، نقص در دست‌زدن به رفتار هدفمند، نقص در کنترل تکانه، فقدان آگهی‌های هیجانی، و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی است. نمره‌گذاری این مقیاس براساس لیکرت پنج‌درجه‌ای (تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵) است. نمرات بالا نشان‌دهنده نقص و دشواری بیشتر در تنظیم هیجان

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای موردبررسی در پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴
۱. کژتنظیمی هیجانی	۸۸/۲۲	۲۰/۰۹	۱			
۲. مقابله مسئله‌مدار	۶/۹۵	۲/۲۴	۰/۳۹	۱		
۳. مقابله هیجان‌مدار	۵/۲۸	۱/۳۵	۰/۳۷	-۰/۲۵	۱	
۴. کیفیت زندگی	۸۲/۸۰	۹/۵۵	۰/۲۷	۰/۳۴	-۰/۳۱	۱

* $p < 0.01$

همچنین جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود رابطه بین تمام متغیرهای پژوهش معنی‌دار می‌باشد. برای آزمون روابط مفروض در پژوهش حاضر، روش مدلیابی معادلات ساختاری اعمال شده است. به‌علت ناتوانی روش‌های آماری همبستگی و رگرسیون در تبیین روابط علت‌ومعلولی میان متغیرها،

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و (انحراف معیار) به‌ترتیب برای متغیرهای کژتنظیمی هیجانی ۸۸/۲۲ (۲۰/۰۹)، راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار ۶/۹۵ (۲/۲۴)، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار ۵/۲۸ (۱/۳۵)، و کیفیت زندگی ۸۲/۸۰ (۹/۵۵) به‌دست آمد.

بهنجاربودن محاسبه آماره‌های چولگی و کشیدگی می‌باشد. در این مطالعه، مقادیر قدر مطلق چولگی و کشیدگی داده‌ها کوچکتر از ۳ و ۱۰ به‌دست آمد که بیانگر بهنجاربودن متغیرهاست. هم‌خطی چندگانه نیز یکی دیگر از مفروضه‌های مدل‌یابی معادلات معادلات ساختاری است که از طریق مؤلفه‌های تحمل و عامل تورم واریانس شناسایی می‌شود. در این تحلیل، در هیچ‌یک از مقادیر تحمل و تورم واریانس محاسبه‌شده برای متغیرهای پژوهش، انحرافی از مفروضه هم‌خطی چندگانه مشاهده نشد. جدول ۲ آماره‌های چولگی و کشیدگی، مقدار ضریب تحمل و عامل تورم واریانس را نشان می‌دهد.

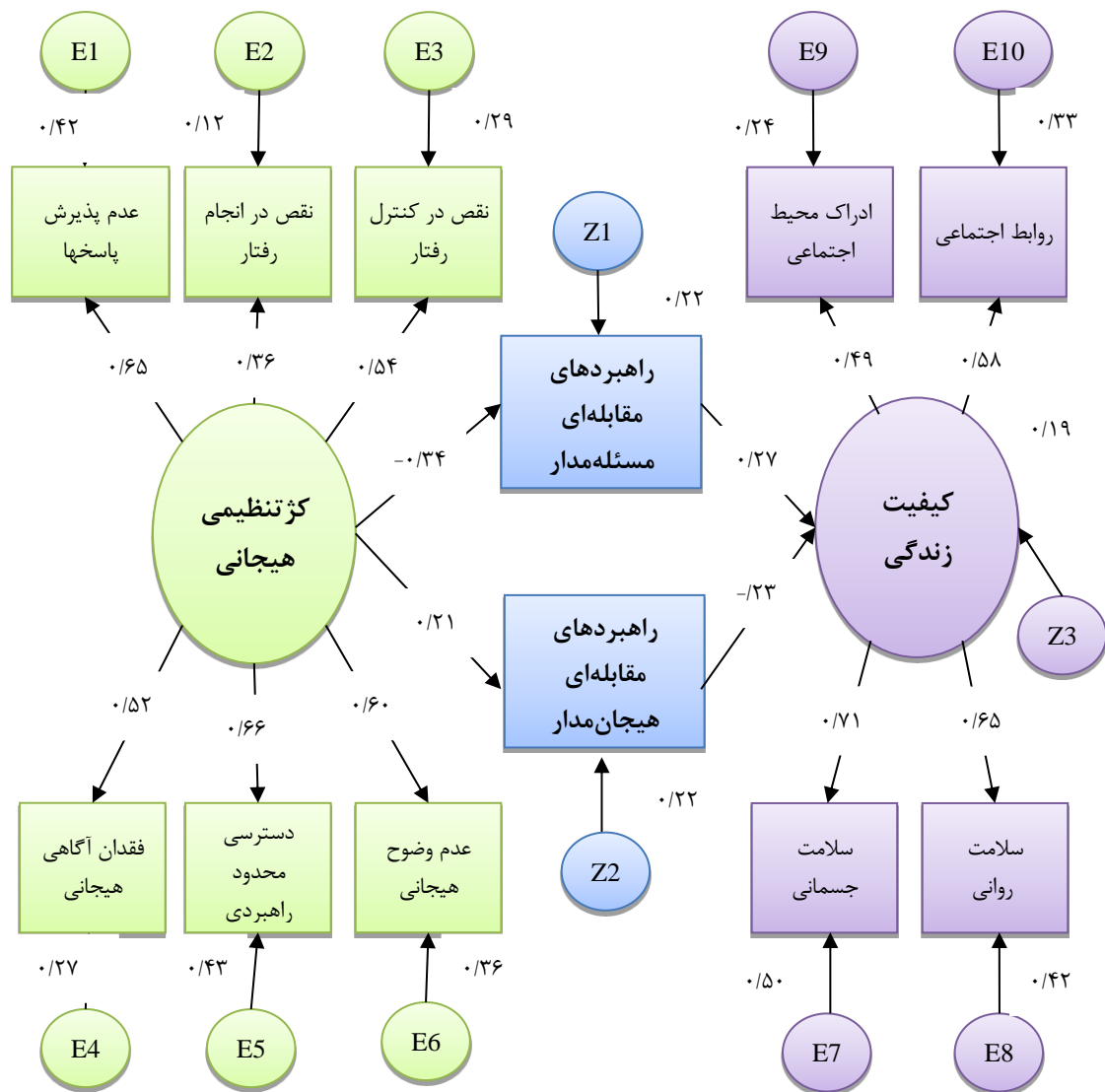
روش مدل‌یابی معادلات ساختاری کاربرد زیادی پیدا کرده است. اگر پیوستاری از میزان توان آزمون‌های آماری، مثل همبستگی، رگرسیون، تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات معادلات ساختاری را در تعیین روابط علی در نظر بگیریم، روش همبستگی در پایین و روش مدل‌یابی معادلات معادلات ساختاری، در بالای پیوستار واقع می‌شوند. پیش از انجام تحلیل‌های اصلی، پیش‌فرض‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی و تأیید شد. در روش مدل‌یابی معادلات معادلات ساختاری، بهنجاری چندمتغیری یکی از مفروضه‌های مهم است که باید مورد توجه قرار گیرد. یکی از ملاک‌های متداول در بررسی مفروضه

جدول ۲. بررسی مفروضه‌های آماری مدل پیشنهادی

شاخص‌های آماری متغیرها	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
کژتنظیمی هیجانی	-۰/۴۲	-۰/۲۵۳	۰/۵۹	۱/۶۷
مقابله مسئله‌مدار	۰/۱۵۶	-۰/۲۹۰	۰/۴۴	۲/۲۵
مقابله هیجان‌مدار	۰/۱۷۱	۰/۱۵۳	۰/۶۰	۱/۶۴
کیفیت زندگی	۰/۱۶۲	-۰/۶۶۶	۰/۵۹	۱/۶۸

می‌باشند. نمودار ۱ رابطه علی بین کژتنظیمی هیجانی و رضایت از زندگی با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای را نشان می‌دهد.

به‌عنوان یک قاعده کلی تولرانس کم‌تر از ۰/۱ و عامل تورم واریانس بزرگ تر از ۱۰ نشان‌دهنده مشکل‌سازبودن هم‌خطی هستند که نتایج مندرج در جدول ۲ نشان‌دهنده عدم وجود هم‌خطی چندگانه



نمودار ۱. مدل پیشنهادی و ضرایب استاندارد آن در جانبازان

ترکیبی از شاخص‌های برازندگی مانند شاخص مجذور خی (χ^2) بر درجه آزادی، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) برای برازش مدل استفاده شد.

نتایج تحلیل مدل پیشنهادی در نمودار ۱ ارائه شده است. همان‌گونه که نمودار ۱ نشان می‌دهد ضرایب همه مسیرهای مستقیم در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بودند. جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی پژوهش را نشان می‌دهد. طبق مندرجات جدول ۲،

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌ها	χ^2/df	GFI	IFI	CFI	NFI	RMSEA	مدل
مدل پیشنهادی	۱/۹۶	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۰۶	

مجدور خطای تقریب (RMSEA= ۰/۰۶) دارای برازش قابل قبول هستند. بنابراین، به این نتیجه می‌رسیم که مدل پیشنهادی برازش خوبی نسبت به داده‌ها دارد. جدول ۴ مسیرها و ضرایب استاندارد آنها را در مدل پیشنهادی براساس خروجی نرم‌افزار AMOS-24 نشان می‌دهد.

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی شامل نسبت مجدور خی به درجه آزادی ($\chi^2/df = ۱/۹۶$)، شاخص نیکویی برازش ($0/۹۱ = GFI$)، شاخص برازندگی هنجار شده ($NFI = 0/۹۲$)، شاخص برازندگی تطبیقی ($CFI = 0/۹۳$)، شاخص برازندگی افزایشی ($IFI = 0/۹۰$) و جذر میانگین

جدول ۴. مؤلفه‌های اندازه‌گیری روابط مستقیم در مدل پیشنهادی

مسیر	برآورد غیراستاندارد	برآورد استاندارد	خطای استاندارد	نسبت بحرانی	سطح معنی‌داری
کژتنظیمی هیجانی به راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار	-۰/۴۶	-۰/۳۴	۰/۰۳۳	-۳/۶۴	۰/۰۰۰۱
کژتنظیمی هیجانی به راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار	۰/۳۹	۰/۲۱	۰/۰۴۴	۶/۹۶	۰/۰۰۰۱
راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار به کیفیت زندگی	۰/۲۹	۰/۲۷	۰/۰۵۰	۲/۵۸	۰/۰۰۰۱
راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار به کیفیت زندگی	-۰/۲۴	-۰/۲۳	۰/۰۳۸	-۳/۳۰	۰/۰۰۰۱

زندگی ($\beta = -0/۲۳$ ، $t = -۳/۳۰$ ، $P < 0/001$) معنی‌دار است. بنابراین، براساس ضرایب استاندارد و مقادیر بحرانی ارائه شده در جدول ۴ همه مسیرهای مستقیم معنی دارند. در این پژوهش روابط غیرمستقیم متغیرها از طریق روش بوت استراپ انجام شد. جدول ۵ آزمون میانجی‌گری چندگانه روابط غیرمستقیم را با استفاده از روش بوت استراپ نشان می‌دهد.

طبق نمودار ۱ و جدول ۴، نتایج حاصل از برآورد مدل نشان داد که ضریب مسیر کژتنظیمی هیجانی به راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار ($P < 0/0001$)، $\beta = -0/۳۴$ ، $t = -۳/۶۴$ راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار ($P < 0/0001$)، $\beta = 0/۲۱$ ، $t = ۶/۰۲۷$ کیفیت زندگی ($P < 0/0001$)، $t = ۲/۵۸$ ، $\beta =$ و راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار به کیفیت

جدول ۵. آزمون میانجی‌گری چندگانه روابط غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استراپ

نقش میانجی	ارزش	بوت	حدبالا	حدپائین
مسئله مدار	-۰/۱۷۴	-۰/۰۱۶۵	-۰/۰۴۴	-۰/۲۵۳
هیجان مدار	۰/۰۹۶	۰/۰۸۵	۰/۳۰۷	۰/۱۰۱

میانجی‌گرانه راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین کژتنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی جانبازان معنی‌دار است.

همان‌گونه که نتایج به دست آمده از روش بوت استراپ (جدول ۵) نشان می‌دهد، دامنه به دست آمده برای مسیرهای میانجی دربرگیرنده صفر نیستند. بنابراین، روابط غیرمستقیم معنی دارند و این یعنی اینکه نقش

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی‌گر راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین کژتنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب بود. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین کژتنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی در جانبازان دچار اختلال استرس پس از آسیب، رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد و همچنین رابطه معنی‌داری بین کژتنظیمی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی به دست آمد.

تفاوت‌های افراد در استفاده از شیوه‌های مختلف تنظیم هیجانی موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلفی می‌شود، به طوری که استفاده از شیوه‌های ارزیابی مجدد با هیجان‌های مثبت و عملکردهای میان‌فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد (گراس و جان، ۲۰۰۳). مطالعه روی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نشان می‌دهد که این افراد نسبت به افراد سالم از سبک فاجعه‌انگاری بالاتر و ارزیابی مجدد مثبت کم‌تر استفاده می‌کنند. ارزیابی مجدد مثبت و تنظیم شناختی تمرکز مجدد با ناراحتی روان‌شناختی رابطه معکوس دارد (گارفرنسکی و همکاران، ۲۰۰۹). در تبیین تأیید این فرضیه که کژتنظیمی هیجانی عامل مهمی در کاهش کیفیت زندگی جانبازان محسوب می‌شود، می‌توان گفت که کژتنظیمی هیجانی و استفاده از بعد تنظیم هیجان منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز کردن) به عنوان راهبردهای ناسازگارانه با سطح بالایی از استرس، اضطراب، افسردگی و آشفتگی همراه است (ویس و همکاران، ۲۰۱۹) و این راهبردهای ناسازگارانه موجب تشدید و استمرار ناراحتی‌های روانی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی افراد می‌شود. به عبارتی می‌توان گفت کژتنظیمی

هیجانی و در نتیجه آن واکنش نامناسب به رویدادها، با آشفتگی و تشویش و نارضایتی همراه است. درحالی‌که استفاده از بعد مثبت تنظیم هیجان یعنی ارزیابی و برنامه‌ریزی مثبت این پیامدها را به دنبال ندارد. افرادی که در مواجهه با رویدادهای تنیدگی‌زا، بعد تنظیم هیجانی مثبت را به کار می‌برند، اختلالات روانی کم‌تر و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتری را گزارش می‌کنند. از سوی دیگر، فرض شده است که سازوکار زیربنایی بسیاری از اختلالات و بدکارکردی‌ها، نارسایی در تنظیم هیجان یا کژتنظیمی هیجانی است (گراس، ۲۰۰۷). بر این اساس، از آنجاکه جانبازان مبتلا به استرس پس از آسیب، احساسات انزجار قدرتمندی در مورد خود یا دیگران گزارش می‌کنند، اغلب در حالت هیجانی منفی قرار دارند و در پاسخ‌دادن انعطاف‌پذیر به هیجان‌ها و کنترل آنها ناتوان هستند. مشکلات جانبازان مبتلا به استرس پس از آسیب در تنظیم هیجانی، اغلب به دنبال رویارویی با تروماهای دوران جنگ به وجود می‌آید که به دنبال آن توانایی بازشناسی، تنظیم هیجان‌ها و علاقه آنها به فعالیت‌های مهم زندگی به شدت کاهش پیدا کرده و کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های تسای و همکاران (۲۰۱۲)، تول و همکاران (۲۰۰۷)؛ (آلدانو و همکاران، ۲۰۱۰) و شفرد و ویلد (۲۰۱۴) نشان داد که کژتنظیمی هیجانی با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، رابطه منفی و با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، رابطه مثبت دارد. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد افرادی که به صورت منعطف به هیجان‌ها پاسخ می‌دهند، هنگام مواجهه با شرایط ناسامان و سخت به جای تمرکز بر احساسات و هیجان‌ها درونی با تمرکز بر مشکل و مسئله، درصد تغییر شرایط برمی‌آیند و می‌توانند رابطه خود و سایر

پس از سانحه در ارتباط است (گارنفسکی و گراج، ۲۰۰۶).

همچنین نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار با کیفیت زندگی جانبازان، رابطه منفی معنی‌دار و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار با کیفیت زندگی آنها رابطه مثبت و معنی‌دار دارد. همسو با یافته‌های لازاروس (۱۹۹۳)، سیمانسکی (۲۰۱۲) و جیسر و همکاران (۲۰۱۴) افرادی که از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، توانایی انطباق با شرایط مختلف را دارند و در مقایسه با افرادی که راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار را به کار می‌گیرند، عاطفه و هیجان مثبت بیشتری را تجربه کرده، اعتمادبه‌نفس بیشتر، سازگاری بهتر و در نتیجه از رضایت‌مندی بالاتری برخوردارند. آنها با داشتن انعطاف‌پذیری بیشتر، در مقابله با مشکلات و سختی‌ها از تاب‌آوری بالاتری برخوردارند. این وضعیت تمام توانایی‌های بالقوه فرد را برای مقابله مثبت و حل مسئله فرامی‌خواند و احتمال موفقیت وی را افزایش می‌دهد. در تبیین دیگر، می‌توان چنین گفت هرچه افراد از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده کنند، توانایی بیشتری در مهار فشارهای روانی و مدیریت هیجانات خود دارند. جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه، بیشتر از شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند که این امر توانایی کنترل هیجانات، تاب‌آوری و مهار فشارهای روانی را در آنها به شیوه کارآمد کاهش می‌دهد و این احساس فقدان کنترل سطح تنش هیجانی آنها را بالا می‌برد. بالابودن سطح تنش هیجانی به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد هیجان‌مدار، رفتار اجتنابی، کاهش اعتمادبه‌نفس و در نتیجه نارضایتی از زندگی و کیفیت پایین آن منجر خواهد شد.

براساس نتایج به‌دست‌آمده از روش بوت استراپ،

افراد را بازنگری کرده و به‌صورت منطقی به حل مشکل نائل شوند. باتوجه‌به وجود رابطه منفی بین شیوه مقابله مسئله‌مدار با کژتنظیمی هیجان می‌توان چنین عنوان کرد افرادی که از راهبردهای مقابله مسئله‌مدار بهره می‌جویند، هیجانات خود را برای رسیدن به یک پیامد مطلوب تعدیل می‌کنند و به تجربه فشار هیجانی به‌عنوان بخشی از فرایند دستیابی به هدف نگاه مثبت دارند (آلدائو و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه‌براین آنها توانایی کنترل و مدیریت هیجانات خود را به شیوه مطلوب و پاسخ‌دهی منعطف دارند. به‌همین دلیل آنها بیشتر از اشکال سازگارانه مقابله مانند جستجوی حمایت اجتماعی، تفکر مثبت و شیوه مقابله مسئله‌مدار استفاده می‌کنند. درمقابل افرادی که در تنظیم هیجانات خود نقص یا دشواری دارند؛ مانند جانبازان دچار اختلال استرس پس از سانحه، در رویارویی با حوادث تنش‌زا نارسایی دارند، در برقراری ارتباط عاطفی مثبت و سازنده با دیگران مشکل دارند و اغلب از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند که به خودتنظیمی آسیب می‌رساند. درواقع، کژتنظیمی هیجانی این افراد نقش مهمی در اضطراب و افسردگی آنها دارد (هافمن و همکاران، ۲۰۱۲). در مجموع استدلال می‌شود که چندین راهبرد تنظیم هیجانی مثبت (مثلاً راهبردهای مقابله‌ای کارآمد) ارتباط منفی با آسیب‌شناسی روانی دارند، در صورتی‌که بقیه (راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد یا هیجان‌مدار با آسیب‌شناسی و تداوم اختلالات بالینی ارتباط دارند (آلدائو و نولن - هوکسما، ۲۰۱۰). پژوهش‌های اخیر دریافته‌اند که تنظیم هیجانی اثربخش و کارآمد برای سلامت روانی بسیار حیاتی است و نقص در تنظیم هیجان با دامنه‌ای از رفتارهای مسئله‌ساز و اختلالات روانی مثل سوءمصرف مواد، خودآزاری، افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی و اختلال استرس

(آلدائو و همکاران، ۲۰۱۰).

توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز در استنباط دقیق از یافته‌ها ارزشمند است. گروه نمونه این مطالعه جانبازان مبتلا به استرس پس از آسیب شهر یاسوج بودند و بنابراین، یافته‌های به‌دست‌آمده قابل‌تعمیم به دیگر قشرها و گروه‌های سنی جامعه نیست. براین‌اساس، انجام پژوهش روی نمونه‌های معرف‌تر می‌تواند تعمیم‌پذیری بیشتری را موجب شود. استفاده از ابزارهای خودگزارشی و مقطعی بودن طرح مطالعه نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. به‌طورکلی یافته‌های پژوهش حاضر نقش کژتنظیمی هیجانی را در کاهش کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به استرس پس از آسیب تأیید کرده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران از نتایج چنین پژوهش‌هایی در تهیه برنامه‌های مداخله‌ای در جانبازان و جامعه هدف به‌منظور بهبود مهارت‌های مقابله‌ای آنها در برخورد با شرایط استرس‌زا و کاهش پاسخ‌های منفی به چنین شرایطی، اقدامات لازم را به‌عمل آورند.

پی‌نوشت

1. Tsai, Whealin, Scott, Harpaz-Rotem & Pietrzak
2. Coleman
3. Bryant & Guthrie
4. Erbes, Westermeyer, Engdahl & Johnsen
5. Lyle
6. Cesur, Sabia & Tekin
7. Rohlfs
8. Post trauma stress disorder
9. Grieger, Cozza, & Vrsano
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
11. Boden
12. Weiss, Schick, Contractor & Dixon-Gordon
13. American Psychiatric Association
14. Scoglio
15. Wilcox
16. Sharma, Markon & Klarck
17. Miles, Menefee, Wanner, Tharp, & Kent

کژتنظیمی هیجانی به‌صورت غیرمستقیم و از طریق راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی جانبازان دچار استرس پس از سانحه رابطه دارد. به‌بیان‌دیگر، راهبردهای مقابله‌ای، در رابطه بین بدتنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی نقش میانجی را ایفا می‌کند. این نتیجه با یافته‌های کارور و همکاران (۱۹۹۳)؛ مایلس و همکاران (۲۰۱۵) و شارما و همکاران (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. برمبنای این یافته‌ها سطح پایین تنظیم هیجانی در جانبازان دارای اختلال استرس پس از آسیب، با استفاده آنها از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و کاهش کیفیت زندگی ارتباط داشت. یافته‌های پژوهشی مبین این است که افراد مبتلا به استرس پس از آسیب که در تنظیم هیجان نقص دارند، به‌دلیل ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌های منفی و مدیریت آنها در معرض طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی هستند (بادن و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین، نقص در تنظیم هیجان‌ها و یا کژتنظیمی هیجانی با تاب‌آوری پایین، انعطاف‌ناپذیری هیجانی و نپذیرفتن خود و واقعیت‌ها ارتباط دارد. توانایی مدیریت هیجان‌ها از طریق راهبردهای مقابله‌ای کارآمد باعث می‌شود فرد خود را بپذیرد و روابط مثبتی با دیگران برقرار کند و توانایی بیشتری در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران داشته باشد. از آنجاکه تنظیم هیجان نقشی اساسی در تحول بهنجار داشته و ضعف آن عاملی مهم در ایجاد مشکلات روان‌شناختی به‌شمار می‌رود، نظریه‌پردازان معتقدند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌اتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند؛ نظیر جانبازان مبتلا به استرس پس از آسیب (زاتریک و همکاران، ۱۹۹۷) و یا از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی اختلالات روانی از قبیل اضطراب، افسردگی و در نتیجه آنها کاهش کیفیت زندگی را نشان می‌دهند

4. Boden, M. T., Mann, S.W., MCrae, K., Kuo, J. Alvarez, J. KulKarni, M., Gross, J., & Bonn-Miller, M. (2013). Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: A prospective investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32, 3296-314.
5. Bryant, R. A., & Guthrie, R. M. (2005). Maladaptive appraisals as a risk factor for post-traumatic stress: A study of trainee firefighters. *Psychological Science*, 16, 749-752.
6. Carver, C.S., Pozo. C., Harris, S. D, Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S, & Ketcham, A.S. (1993). How coping mediates the effect of optimism and distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of personality and Social Psychology*. 1993, 65: 375-390
7. Cesur, R., Sabia, J. J., & Tekin, E. (2011). The Psychological Costs of War: Military Combat and Mental Health. Georgia State University, NBER and IZA.
8. Coleman, J. C. (1984). *Abnormal psychology and modern life*, (7th ed.). London, England, Scott: Cresman and Company.
9. Contractor, A. A., & Weiss, N. H. (2019). Typologies of PTSD clusters and reckless/self-destructive
10. Diener, E., Heintzelman, S. J., Kushlev, K., Tay, L., Wirtz, D., Lutes, L. D., & Oishi, S. (2017). Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Canadian Psychology/psychologiecanadienne*, 58, 87.
 - a. disorder and substance use: Identifying the underlying role of difficulties regulating positive
11. Ehring, T., & Watkins, E. R. (2013). Repetitive negative thinking as a Tran's diagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192-205.
 - a. emotions. *Addictive Behaviors*, 96, 119-126.
12. Erbes, C. J., Westermeyer, B., Engdahl, E., & Johnsen, R. (2007). post-traumatic stress disorder and service utilization in a sample of service members from Iraq and Afghanistan," *Military Medicine* 172(4), 359-363.
13. *Experimental Psychiatry* 45, 360-367. The role
14. Folkman, S., & Lazarus, R. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer
18. Jonson & Thompson
19. Evans & Cope
20. Mincu & Tacu
21. Thimm
22. Wu, Li, Tian, Zhu, Li & Wan
23. Dysregulation
24. Han
25. Westen & Blago
26. Garnefski & Kraaij
27. Klimanski, Conybeare, Morrissey & Aikins
28. Rodin Moses & Barlow
29. Hofmann & Kashdan
30. Moses & Barlow
31. Ehring & Watkins
32. Kring & Sloan
33. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer
34. Fredrickson
35. Folkman & Lazarus
36. Park
37. Zhao & Yamaguchi
38. Szymanski
39. Jaser, Linsky & Grey
40. Gregory, Mary & Brain

منابع

۱. تقوائی‌نیا، علی (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر چشم‌انداز زمانی و رضایت از زندگی همسران شهیدان، فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده، ۱۲، ۴۱-۶۷.
۲. گل‌پرور، محسن؛ حسن‌پور، فرشته و مهداد، علی (۱۳۹۴). سبک‌های مقابله‌ای تعدیل‌کننده رابطه استرس با رفتارهای انحرافی، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۶ (۲): ۱۳۹-۱۱۹
۳. محمدی، زهره و حسین چاری، مسعود (۱۳۸۸). تأثیر ادراک دشواری کار بر کیفیت زندگی پرستاران، مطالعات اجتماعی و روان‌شناختی زنان، سال دوم، شماره ۱: ۱۳۱-۱۱۷.

1. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Fifth edition, Washington, DC: APA.
3. behaviors: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 272, 682-691.

- traumatic stress disorder in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review *Clinical Psychology* 3, 5, 39-52.
29. Klimanski, D., Conybeare, D., Morrissey, P., & Aikins, D. (2012). Emotion related regulatory difficulties contribute to negative psychological outcome in active-duty Iraq soldiers with and without posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 29, 621-628.
 30. Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation in psychopathology: A trans diagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford.
 31. Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
 32. Lyle, D. S. (2006). Using military deployments and job assignments to estimate the Effect of Parental Absences and Household Relocations on Children's Academic Achievement," *Journal of Labor Economics* 24(2): 319-350
 33. Miles, S. R., Menefee, D. S., Wanner, J., Tharp, A. T., & Kent, T. A. (2015). The relationship between emotion dysregulation and impulsive aggression in veterans with Posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 1-22
 34. Mincu, C.L., & Tacu, A. (2015), Social support, satisfaction with physician-patient relationship, couple satisfaction, body satisfaction, optimism as predictors of life satisfaction in people having a current perceived health problem, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 772 – 776.
 35. Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2014). A new unified approach for emotional disorder based on emotion science. *Current directions in psychological Science*, 15, 146-150.
 36. moting social well-being in emerging adulthood.
 37. moting social well-being in emerging adulthood.
 38. of proactive coping strategies, time perspective,
 39. of proactive coping strategies, time perspective,
 40. Park, j. (2007). Work stress and job performance. *Statistics Canada Catalogue*, 75-001-XLE.
 41. perceived efficacy on affect regulation, diver-
 42. perceived efficacy on affect regulation, diver-
 15. Fredrickson, B. L. (2007). What good are positive emotions? Review of *General Psychology*, 3, 300-319.
 16. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045-1053.
 17. Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescent with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32, 449-454.
 18. gent thinking and family communication in pro-
 19. gent thinking and family communication in pro-
 20. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation : Development factor structure and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
 21. Grieger, T. A., Cozza, S. J., & Vrsano, R. J. (2013). Posttraumatic stress disorder and depression in battle injured soldiers. *Am J Psychiatry*; 163: 1777.
 22. Gross, J. J. (2007). *Hand book of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
 23. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
 24. Han, S. (2009). *Emotion regulation, coping, and attachment in bingeing behaviors*. (Dissertation), Faculty of the University of Purdue. Doctor of philosophy. Michigan.
 25. Hofmann, S. G. & Kashdan, T. B. (2010). The Affective Style Questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 255-263.
 26. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression & Anxiety*, 29, 409–416.
 27. Jaser, S. S., Linsky, R., & Grey, M. (2014). Coping and psychological distress in mothers of adolescents with type 1 diabetes. *Maternal and Child Health Journal*, 18(1), 101–108.
 28. Jonson, H., Thompson, A. (2005). The development and maintenance of post-

56. Tsai, J., Whealin, J. M., Scott, J. C., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H. (2012). Examining the relation between combat-related concussion: A novel 5-factor model of posttraumatic stress symptoms and health-related quality of life in Iraq and Afghanistan veterans. *Journal of Clinical Psychology, 73*, 1110-1118.
57. Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy, 38*, 303-313
58. Weiss, N. H., Schick, M. R.,* Contractor, A. A., & Dixon-Gordon, K. L. (2019). Posttraumatic stress
59. Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent patients. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 453-458.
60. Wilcox, S. (2010). Social Relationships and PTSD Symptomatology in Combat Veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2* (3), 175–182.
61. World Health Organization Quality of Life Assessment Group (1998). Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BRIEF). *Psychological Medicine, 28*, 551-558.
62. Wu, S.Y., Li, H.Y., Tian, J., Zhu, W., Li, J., Wang, X.R. (2011). Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Indust Health, 49* (2): 158-165.
63. Zambianchi, M., & Ricci Bitti, P. E. (2014). The role
64. Zatzick, D.F., Marmar, C.R., Weiss, D.S., Browner, W.S., Metzler, T.J., Golding, J.M., Stewart, A.,
65. Zhao, D. M., & Yamaguchi, H. (2008). Relationship of challenge and hindrance stress with coping style and job satisfaction in Chinese state hindrance-owned enterprises. *Japanese of Interpersonal and Social Psychology, 8*, 77-88.
43. Rodin, R., Banano, G. A., Rahman, N., Kouri, N. A., Bryant, R. A., Marmar, C. R., & Brown, A. D. (2017). Expressive flexibility in combat veterans with posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Affective disorders, 207*, 236-241.
44. Rohlfs, C. (2010). Does Combat Exposure Make You a More Violent or Criminal Person? Evidence from the Vietnam Draft.” *Journal of Human Resources 45*(2), 271-300.
45. Schlenger, W.E., & Wells, K.B., (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal Psychiatry, 154*, 1690-1695.
46. Scoglio, A. A. J., Rudat, D. A., Garvert, D., Jarmolowski, M., Jackson, C., & Herman, J. L. (2018). Self-Compassion and Responses to Trauma: The Role of Emotion Regulation. *Journal of Interpersonal Violence, 33*(13), 2016-2036.
47. Sharma, L., Markon, K. E., & Klarck, L. A. (2014). Toward a theory of distinct types of impulsive behaviors: A meta-analysis of self-report and behavior measures. *Psychological Bulletin, 140*(2), 374-408
48. Shepherd, L., & Wild, J., (2014). Emotion regulation, physiological arousal and PTSD
49. Skevington S.M., Lotfy M. and O'Connell, K. A. (2004). The World health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. *A report from the WHOQOL group, Qual Life Res. 13*(2): 299-31.
50. Social Indicators Research, 116, 493–507.
51. Social Indicators Research, 116, 493–507.
52. Symptoms in trauma-exposed individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*(3), 360-367.
53. Szymanski, D. M. (2012). Racist events and individual coping styles as predictors of African American activism. *Journal of Black Psychology, 38*(3), 342–367.
54. The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from The World Health Organization. *Social Science and Medicine, 41*, 1403-1409.
55. Thimm, J.C. (2010) Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*, 373-380.