



Determination and Fitting of Emotional Regulation Strategies Model on the Basis of Attachment Dimensions in Patients with Rheumatoid Arthritis

Mahnaz Yazdanfar¹, GholamReza Manshaee^{*2}, Amir Ghamarani³

1. Ph.D. Student of general Psychology, Islamic Azad University ,Isfahan (khorasgan)Branch, Esfahan, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University ,Isfahan (khorasgan) Branch, Esfahan, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan University, Esfahan, Iran

ABSTRACT

Aims and background: The aim of the present study was determination and fitting of emotional regulation strategies model on the basis of attachment dimensions in patients with rheumatic arthritis.

Materials and methods: This research is descriptive and correlation. The study statistical population included all the patients with rheumatic arthritis referred to Imam Khomeini hospital and clinics related to health of Tehran who overall, 300 patients were selected through available sampling based on specialist diagnosis. The instrumentals of this study were attachment dimension scale, cope scale, social self-efficacy scale, dysfunctional reactions questionnaire and distress disclosure index who participants completed. Data were analyzed using AMOS software and structural equation modeling.

Findings: The results showed the direct and positive effect of attachment anxiety on non-adaptive strategies of over-activation, the direct and negative effect of attachment anxiety on inactive adaptation strategies and the direct and negative effect of attachment anxiety on adaptive strategies. Also, the direct and positive effect of attachment avoidance on inactive adaptation strategies, the direct and negative effect of attachment avoidance on non-adaptive strategies of over-activation and the direct and negative effect of attachment avoidance on adaptive strategies was shown. Other results showed the indirect and negative effect of attachment anxiety through social self-efficacy on non-adaptive strategies of over-activation, the indirect and positive effect of attachment anxiety through social self-efficacy on adaptive strategies, the indirect and negative effect of attachment anxiety through cognitive capacity of unwanted thoughts suppression on inactive adaptation strategies, the indirect and negative effect of attachment avoidance through self-disclosure on inactive adaptation strategies, the indirect and positive effect of attachment avoidance through self-disclosure on non-adaptive strategies of over-activation and the indirect and negative effect of attachment avoidance through cognitive capacity of unwanted thoughts suppression on non-adaptive strategies of over-activation.

Conclusion: According to the findings, it is an important requirement to pay attention to use some therapies on the basis of effective variables on emotion regulation strategies.

Keywords: emotional regulation strategies, attachment dimensions, rheumatic arthritis

► Please cite this paper as:

Yazdanfar M, Manshaee Gh R, Ghamarani A [Determination and Fitting of Emotional Regulation Strategies Model on the Basis of Attachment Dimensions in Patients with Rheumatoid Arthritis (Persian)]. J Anesth Pain 2019;10(3):53-70.

Corresponding Author: GholamReza Manshaee, Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (khorasgan) Branch, Esfahan, Iran

Email: Smanshaee@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۰، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۸

مقدمه

بیماری آرتریت روماتوئید شایعترین و مهمترین بیماری التهابی مفاصل است که در اثر تعامل عوامل ژنتیکی، ایمنی شناختی، روانی و اجتماعی به وجود می‌آید و با دردهای مزمن همراه است^(۱). آرتریت روماتوئید بیماری التهابی، سیستمی، مزمن، ناتوان کننده و با سبب‌شناسی ناشناخته است، که علائم عمده آن مفصلی بوده و شامل خشکی صبحگاهی، تورم مفاصل مبتلا و در نهایت تغییر شکل مفاصل است. در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید علائم می‌تواند شامل خستگی، بی‌قراری، افسردگی، از دست دادن انرژی، کاهش اشتها، تب خفیف، درد مفصل و عضلات و خشکی باشد. سفتی عضلات و مفاصل در صبح را به عنوان خشکی صبحگاهی می‌گویند. آرتروز در زمان شعله‌ور شدن بیماری شایع است. همچنین در زمان شعله‌ور شدن، مفاصل اغلب گرم، قرمز، متورم، دردناک و حساس به لمس است. این وضعیت گاهی اوقات می‌تواند بسیار دردناک باشد و رفت و آمد و کارهای روزانه را دشوار می‌کند^(۲). هنگامی که علائم بدتر می‌شود، بیماری شعله‌ور شده و باعث می‌شود که آرتریت روماتوئید در زندگی بیماران مبتلا مشکل ایجاد کند. به طوری که تعداد قابل توجهی از بیماران ممکن است از دست دادن اشتها و کاهش وزن را پس از آن تجربه کنند^(۳). در اکثر جوامع شیوع تقریبی ۱ درصد دارد. در ایران فراوانی این بیماری در نواحی شهری ۱۹ درصد و در نواحی روستایی ۳۳ درصد برآورد می‌شود^(۴). زنان دو تا سه برابر مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند^(۵). یکی از ابعاد آن است که در این بیماران می‌تواند مورد توجه قرار بگیرد، مسئله هیجان است، بنابراین توجه به علائم درد و هیجان‌هایی که این بیماران تجربه می‌کنند بسیار حائز اهمیت است. هیجان پدیده‌ای اصلی در کارکردهای انسان است و نقش بسزایی در بقا و انطباق گونه انسان دارد^(۶). تنظیم هیجان یک فرایند مداوم شامل مجموعه‌ای ناهمگون از فرایندهای درونی یا بیرونی یا راهبردها است که با توجه به اهداف فرد، تنظیم می‌شود^(۷). از سویی دیگر، تنظیم هیجانی به تغییراتی اطلاق می‌شود که همراه با هیجانات فعال شده در فرد اتفاق می‌افتد. این تغییرات شامل دگرگونی‌هایی

است که در هیجان و دیگر فرایندهای روان‌شناختی (مانند حافظه، توجه یا تعاملات اجتماعی) رخ می‌دهند^(۸). در خصوص راهکارهای مختلف تنظیم هیجان، در مبانی نظری و تحقیقات پیشین، دیدگاه‌های مختلفی ارائه شده است. اما جامع‌ترین طبقه‌بندی انواع راهکارهای تنظیم هیجان را می‌توان در مدل^(۹) سرکوب فعالیت‌های دیگر، مهار، جستجوی حمایت اجتماعی ابزاری، تکیه به حمایت اجتماعی هیجانی، تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، انکار، گرایش به مذهب، عدم درگیری ذهنی، عدم درگیری رفتاری، تمرکز بر هیجان، شوخی و مصرف مواد می‌باشند. انگل برچت و همکاران^(۱۰) در پژوهشی به بررسی تعامل عملکرد جسمانی و سلامت هیجانی در بیماران آرتریت روماتوئید و نقش مقابله در این بیماری پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که آموزش دادن راهبردهای مقابله نقش کلیدی در کاهش دادن آسیب‌های عملکرد جسمی و سلامت هیجانی ایفا می‌کند.

از جمله مدل‌های مطرح در خصوص تنظیم هیجانی مدل شیور و میکالینسر^(۱۱) می‌باشد که بر نقش دلبستگی در تبیین رشد تنظیم هیجانی تاکید کرده است. مدل شیور و میکالینسر^(۱۱)، یافته‌های کسیدی و کوپاک^(۱۲) و فرلی و شیور^(۱۳) را با هم یکپارچه کرده است. در این مدل، سه قسمت عمده وجود دارد. قسمت اول شامل آگاهی و ارزیابی رخدادهای تهدیدآمیز می‌باشد که مسئول فعال‌سازی راهکار اولیه دلبستگی یعنی جستجوی مجاورت است. به این معنا که اگر علائم خطر دریافت شود، جستجوی مجاورت فعال می‌گردد. قسمت دوم شامل آگاهی و ارزیابی در دسترس بودن نگاه‌های دلبستگی بیرونی یا درونی شده می‌باشد. بر این اساس، افراد مبتنی بر نوع دلبستگی خود، متفاوت عمل می‌کنند، به این معنا که اگر نگاه‌های دلبستگی در دسترس بودند، فرد به سمت استفاده از راهبردهای مبتنی بر ایمنی هدایت می‌شود، اما اگر نگاه‌های دلبستگی در دسترس نبودند قسمت سوم مدل پدیدار می‌گردد که به بررسی و ارزیابی امکان وجود مجاورت می‌پردازد. این قسمت، افراد را به سمت راهبردهای ثانویه دلبستگی یعنی بیش‌فعال‌سازی یا

غیرفعال‌سازی هدایت می‌کند^(۱۱).

در مجموع، مبتنی بر مدل شیور و میکالینسر^(۱۱)، کیفیت دل‌بستگی فرد به مراقبین خود (مبتنی بر اضطراب و اجتناب دل‌بستگی) تعیین‌کننده نوع راهکار تنظیم‌های هیجانی مورد استفاده فرد می‌باشد. بر این اساس، پاسخ‌دهی و ابراز هیجانی افراد نیز بر حسب الگوی دل‌بستگی‌شان متفاوت است. و این تفاوت پاسخ‌دهی، تأثیر قابل توجه و متفاوتی بر سلامت جسمانی و روانی افراد می‌گذارد^(۱۴). از این رو مبتنی بر نظریه دل‌بستگی افراد دارای اضطراب یا اجتناب دل‌بستگی بالا، در شایستگی‌های اجتماعی خویش دارای نقصان‌های متفاوتی هستند و در نتیجه آن از راهکارهای تنظیم هیجان متفاوتی استفاده می‌کنند و سطوح متفاوتی از تنهایی، اضطراب و افسردگی از خود نشان می‌دهند^{(۱۵) و (۱۶)}. افراد دارای اضطراب دل‌بستگی بالا، ترس فراوانی از طرد شدن دارند؛ چراکه اطرافیان بصورت غیرمنسجمی به نیازهای آنها واکنش نشان می‌دهند. این افراد از در دسترس بودن و پاسخگو بودن دیگران نامطمئن هستند و این در حالی است که بسیار به حمایت آنها نیازمندند. این امر موجب می‌گردد، این افراد در مورد توانایی خودشان جهت جلب حمایت و توجه اجتماعی و درگیر شدن در تبادلات اجتماعی تردید کنند. لذا مدل کارکردی درونی منفی از خود می‌سازند و در نتیجه آن احساس عدم خودکارآمدی اجتماعی می‌نمایند^(۱۷). در پژوهش وی و همکاران^(۱۵) نقش پیش‌بینی‌کنندگی دل‌بستگی به والدین در احساس خودکارآمدی اجتماعی تأیید شده است. خودکارآمدی یکی از سازه‌های مهم، در نظریه شناختی اجتماعی بندورا است و به قضاوت فرد در مورد توانایی خود برای انجام موفقیت‌آمیز یک تکلیف یا کار گفته می‌شود^(۱۸).

در سطحی عمومی‌تر خودکارآمدی به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی‌های خود در کنترل افکار، احساس‌ها، فعالیت‌ها و نیز عملکرد او در مواقع استرس‌زا می‌باشد^(۱۹). مرور ادبیات پیشین در حوزه تنظیم هیجانات و مقابله نشان می‌دهد که افرادی که دارای اضطراب دل‌بستگی بالا و ترس فراوان از طرد شدن دارند سطوح پایینی از متغیرهای انگیزشی همچون خودکارآمدی اجتماعی را تجربه خواهند کرد^(۲۰).

محققان بسیاری بر این عقیده‌اند که خودافشاسازی موجب برون‌سازی مشکلات و کاستن از شدت آنها می‌شود^{(۲۱) و (۲۲)}. مهارت خودافشاسازی، توانایی بهره‌بردن از حمایت‌های اجتماعی را در زمان مورد نیاز به دنبال دارد و نقش بسیار مؤثری در انطباق با مشکلات دارند^(۲۳). وی و همکاران^(۱۵) دریافتند که افراد دارای اجتناب دل‌بستگی بالا با واسطه‌گری خودافشاسازی سطح بالایی از تنهایی و افسردگی را تجربه می‌کنند، این امر بطور ضمنی بیانگر آن است که افراد اجتنابی از راهکارهای تنظیم هیجان مؤثری بهره نمی‌گیرند و خودافشاسازی می‌تواند این مسیر را واسطه‌گری بکند. در پژوهشی که توسط زارع و همکاران^(۲۴) در خصوص مدل علی ابعاد دل‌بستگی و راهکارهای تنظیم هیجان با واسطه‌گری خودکارآمدی اجتماعی و خودافشاسازی انجام گرفت، نتایج نشان داد که اضطراب دل‌بستگی بصورت مستقیم و همچنین با واسطه‌گری خودکارآمدی اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده منفی راهکارهای انطباقی تنظیم هیجان و پیش‌بینی‌کننده مثبت راهکار غیرانطباقی بیش‌فعالسازی می‌باشد. همچنین این متغیر بصورت مستقیم و منفی، راهکارهای غیرفعال‌سازی را پیش‌بینی می‌کند.

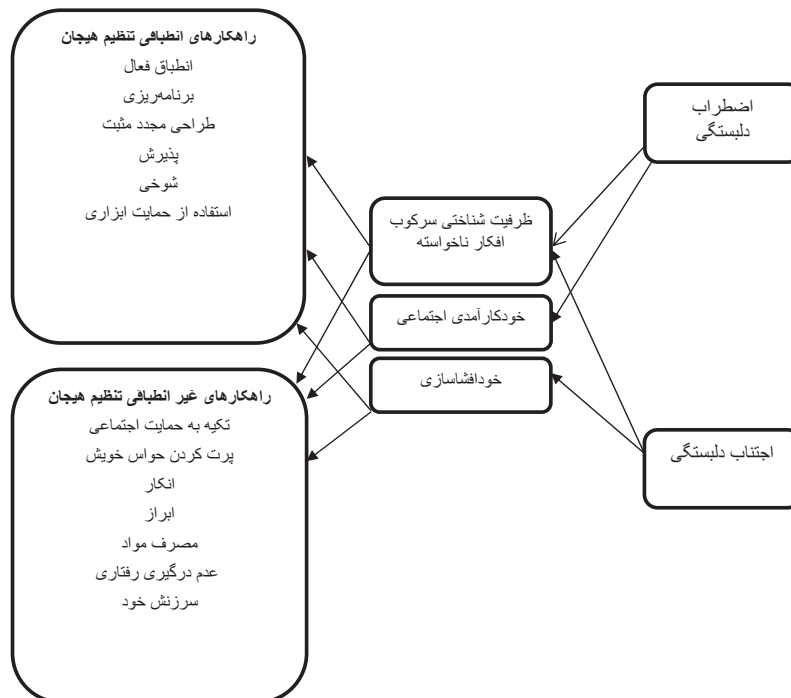
اجتناب دل‌بستگی نیز بصورت مستقیم و همچنین با واسطه‌گری خود افشاسازی، پیش‌بینی‌کننده مثبت راهکار غیرفعال‌سازی و پیش‌بینی‌کننده منفی راهکار بیش‌فعال‌سازی است. اجتناب دل‌بستگی، راهکارهای انطباقی تنظیم هیجان را بصورت مستقیم و منفی پیش‌بینی می‌کند. ظرفیت‌شناختی سرکوب افکار ناخواسته، شکلی از خودتنظیمی می‌باشد و افراد متفاوت، ظرفیت‌های مختلفی برای اجرای آن را دارند. بالبی (۲۰۰۷) بر این عقیده است که سرکوب خاطرات دردآور مربوط به تجارب افراد با نگره‌های دل‌بستگی‌شان، یک مکانیسم انطباقی مهم به حساب می‌آید.

پژوهش‌های مربوط به ارتباط سیستم دل‌بستگی و سرکوب افکار منفی، نشان داده‌اند که سرکوب خاطرات و افکار منفی، نقشی اساسی در غیرفعال نگه داشتن سیستم دل‌بستگی دارند^(۲۵). میکالینسر و همکاران^(۲۶) نیز دریافتند که سرکوب افکار منفی، نوعی فرایند تلاش مدار است که

ظرفیت شناختی بالایی در سرکوب افکار ناخواسته برخوردار است، اگر همزمان با رویدادهای منفی زیادی روبرو شود، این ظرفیت در وی کاهش می‌یابد. بنابراین واکنش‌های ناکارآمد نیز به عنوان یک ظرفیت شناختی مرتبط با خود محسوب می‌گردد. از این رو می‌توان عنوان نمود که خودکارآمدی و خودافشاسازی به عنوان فرایندهای پایه‌ای خودتنظیمی و ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته به عنوان ظرفیتی جهت خودتنظیمی محسوب می‌شوند.

با توجه به مبانی نظری و پژوهش‌های پیشین درباره روابط میان این متغیرها و لزوم کمک به تنظیم هیجان بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید از راه تبیین صحیح این روابط و ناکافی و مبهم بودن بررسی‌های انجام شده، پژوهش حاضر درصدد بررسی یک مدل مفهومی بوده که به وسیله آن بتوان با ابعاد دل‌بستگی، ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته، خودکارآمدی اجتماعی و خودافشاسازی، راهبردهای تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را تعیین و برازش کرد.

منجر به کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی می‌شود. از این رو راهکارهای مبتنی بر غیرفعال‌سازی سیستم دل‌بستگی شامل انکار و عدم درگیری رفتاری، نیاز به ظرفیت شناختی دارد. مبتنی بر این دیدگاه، هنگامی که رویدادهای منفی متعددی ایجاد می‌شوند، کاهش ظرفیت شناختی برای خودتنظیمی ایجاد می‌شود^(۳۷). فرلی و برامباگ^(۳۸) و فرلی و همکاران^(۳۹) نیز نشان دادند که افراد اجتنابی صحبت‌های مصاحبه‌کننده را در خصوص مسائل مربوط به دل‌بستگی کمتر به یاد می‌آورند. مبتنی بر مدل میکالینسر و همکاران^(۳۰)، اضطراب یا اجتناب بالا در کیفیت دل‌بستگی با نگره‌های دل‌بستگی، منجر به راهکارهای غیرانطباقی تنظیم هیجان می‌شود. در همین راستا می‌توان عنوان نمود که خودکارآمدی و خودافشاسازی از فرایندهای مطرح شده در مفهوم خود هستند، که از تجربیات فرد با نگره‌های دل‌بستگی‌شان و تشکیل مدل‌های کارکردی درونی تأثیر می‌پذیرند. به نظر می‌رسد این فرایندها در تنظیم هیجان مؤثر می‌باشند^(۳۱). فردی که از



شکل شماره ۱: مدل مفهومی نقش ابعاد دل‌بستگی در تنظیم هیجان با واسطه‌گری ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته، خودکارآمدی اجتماعی و خودافشاسازی

روش مطالعه

پژوهش حاضر جزء طرح‌های توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، کلیه بیماران مبتلا به بیماری آرتريت روماتوئید مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی و کلینک‌های مرتبط با سلامت در شهر تهران بودند. برای انتخاب آزمودنی‌های پژوهش، ابتدا بیمارستان امام خمینی و ۱۴ کلینک مرتبط با سلامت در شهر تهران به شکل نمونه‌گیری تصادفی گزینش شدند. در مرحله بعد از بین کلیه مراجعان مبتلا به بیماری آرتريت روماتوئید به این مراکز ۸۱۳ نفر به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند و از بین آنها کسانی که توسط پزشک متخصص روماتولوژی با توجه به ارزیابی‌های بالینی تشخیص بیماران مبتلا به بیماری آرتريت روماتوئید را دریافت کرده بودند و بر اساس مصاحبه پژوهشگر و معیارهای ورود و خروج، نهایتاً ۳۰۰ نفر از آنان که واجد ملاک‌های پژوهش بودند، به عنوان نمونه نهایی انتخاب گردیدند. شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از صحبت کردن با بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید در صورت رضایت آنها برای پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها و ارائه توضیحات کلی در خصوص پژوهش و لزوم صادقانه پاسخ دادن آزمودنی‌ها و اطمینان‌بخشی به آزمودنی‌ها جهت محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص ابتلای فرد به آرتريت روماتوئید توسط پزشک متخصص، داشتن سن بالای ۱۸ سال. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلاء به دیگر بیماری‌های مزمن (از جمله دیابت، صرع، بیماری قلبی-عروقی، سرطان)، مصرف مواد روانگردان، مصرف داروهای روانی و ابتلاء همزمان به سایر اختلالات جسمانی و روانی دیگری که در روند پژوهش اختلال ایجاد می‌کند. هدف اصلی پژوهش تعیین و برآزش مدل راهبردهای تنظیم هیجانی بر اساس ابعاد دلبستگی در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید بود. در این راستا در تحلیل داده‌ها از مدل معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS استفاده شد.

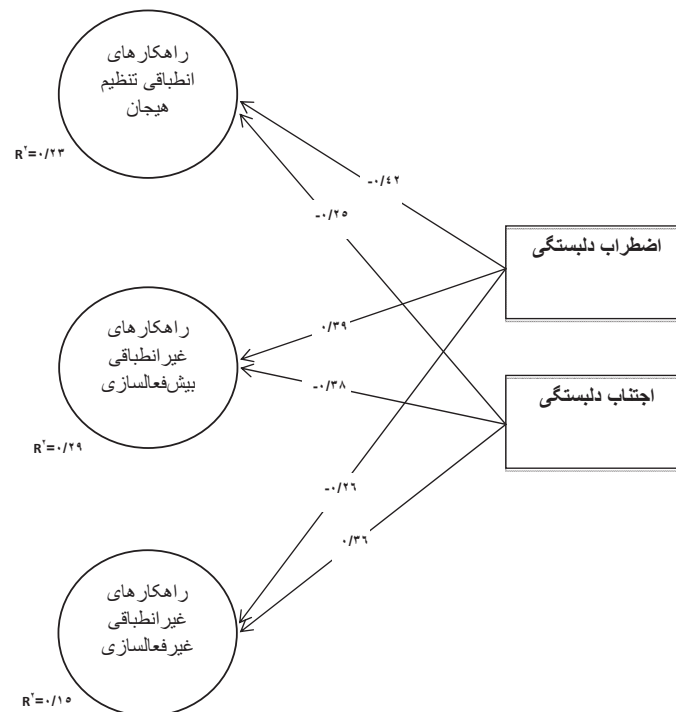
ابزار سنجش

در این پژوهش برای سنجش ابعاد دلبستگی از مقیاس ابعاد دلبستگی که توسط^(۳۲) ساخته شده است، استفاده شد. مقیاس شامل ۱۸ گویه می‌باشد و پاسخ به گویه‌ها از ۱ (هرگز در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۵ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره می‌گیرند. کولینز مبتنی بر روش تحلیل عاملی دو بعد اضطراب و اجتناب، دلبستگی را برای این مقیاس تعیین نموده است. ۶ گویه در بعد اضطراب قرار می‌گیرد. بنابراین در بعد اضطراب حداقل نمره برابر ۶ و حداکثر نمره برابر ۳۰ و در بعد اجتناب حداقل نمره برابر ۱۲ و حداکثر آن برابر با ۶۰ می‌باشد. لازم به ذکر است که ۵ گویه از خرده مقیاس اجتناب شامل گویه‌های ۱، ۵، ۶، ۱۲ و ۱۴ بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کولینز پایایی ابعاد را به شیوه آلفا بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ گزارش نموده است. در پژوهش پاکدامن^(۳۳) جهت تعیین روایی، نتایج تحلیل عاملی نشان داد که ضرایب گویه‌های عامل اضطراب از ۰/۴۷ تا ۰/۸۳ و عامل اجتناب از ۰/۵۰ تا ۰/۷۶ در نوسان بوده است. جهت سنجش راهکارهای تنظیم هیجان از مقیاس انطباق کارور و همکاران^(۳۴) استفاده گردید. این مقیاس دارای ۶۰ گویه و ۱۵ خرده‌مقیاس (هر خرده مقیاس شامل ۴ گویه) می‌باشد که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای تنظیم شده است و نحوه تنظیم هیجان در موقعیت‌های تنش‌زا را می‌سنجد. پاسخ به گویه‌ها در این ابزار از ۱ (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۴ (تا حد زیادی در مورد من صدق می‌کند) نمره می‌گیرند. خرده مقیاس‌های این ابزار عبارتند از: ۱) تفسیر مجدد مثبت (۲) عدم درگیری ذهنی (۳) تمرکز بر هیجان (۴) استفاده از حمایت ابزاری (۵) انطباق فعال (۶) انکار (۸) شوخی (۹) عدم درگیری رفتاری (۱۰) مهار (۱۱) تکیه بر حمایت اجتماعی (۱۲) سوء مصرف مواد (۱۳) پذیرش (۱۴) سرکوب فعالیت‌های دیگر (۱۵) برنامه‌ریزی. کارور و همکاران مبتنی بر نتایج تحلیل عاملی و بررسی همسانی درونی، روایی و پایایی مطلوبی برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. جهت بررسی خودکارآمدی اجتماعی از مقیاس خودکارآمدی اجتماعی اسمیت و بتز^(۳۵) در این مطالعه استفاده گردید. این ابزار از ۲۵

روایی نتایج تحلیل عاملی نشان داد که ضرایب گویه‌ها از ۰/۶۱ تا ۰/۸۰ در نوسان بوده است. برای سنجش ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته از پرسشنامه واکنش‌های ناکارآمد چان و وونگ (۱۹۹۴) استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال بوده و هدف آن ارزیابی واکنش‌های رفتاری، احساسی و فکری ناکارآمد در افراد است. طیف پاسخگویی آن از نوع دو گزینه‌ای بوده که امتیاز مربوط به پاسخ بلی معادل ۵ و امتیاز مربوط به پاسخ خیر معادل صفر نمره‌گذاری می‌گردد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع می‌شود، بدیهی است که این امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. ضریب قابلیت اعتبار و اعتماد همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ بدست آمد. اعتبار تفکیکی ابزار ۰/۹۳ و دامنه ضریب اعتبار همزمان ابزار با پنج ابزار سنجش تنیدگی مختلف دیگر بین ۰/۳۸ و ۰/۶۶ بوده است.^(۳۷)

یافته‌ها

مرحله اول: بررسی تأثیر متغیرهای برون‌زاد بر متغیر درون‌زاد.



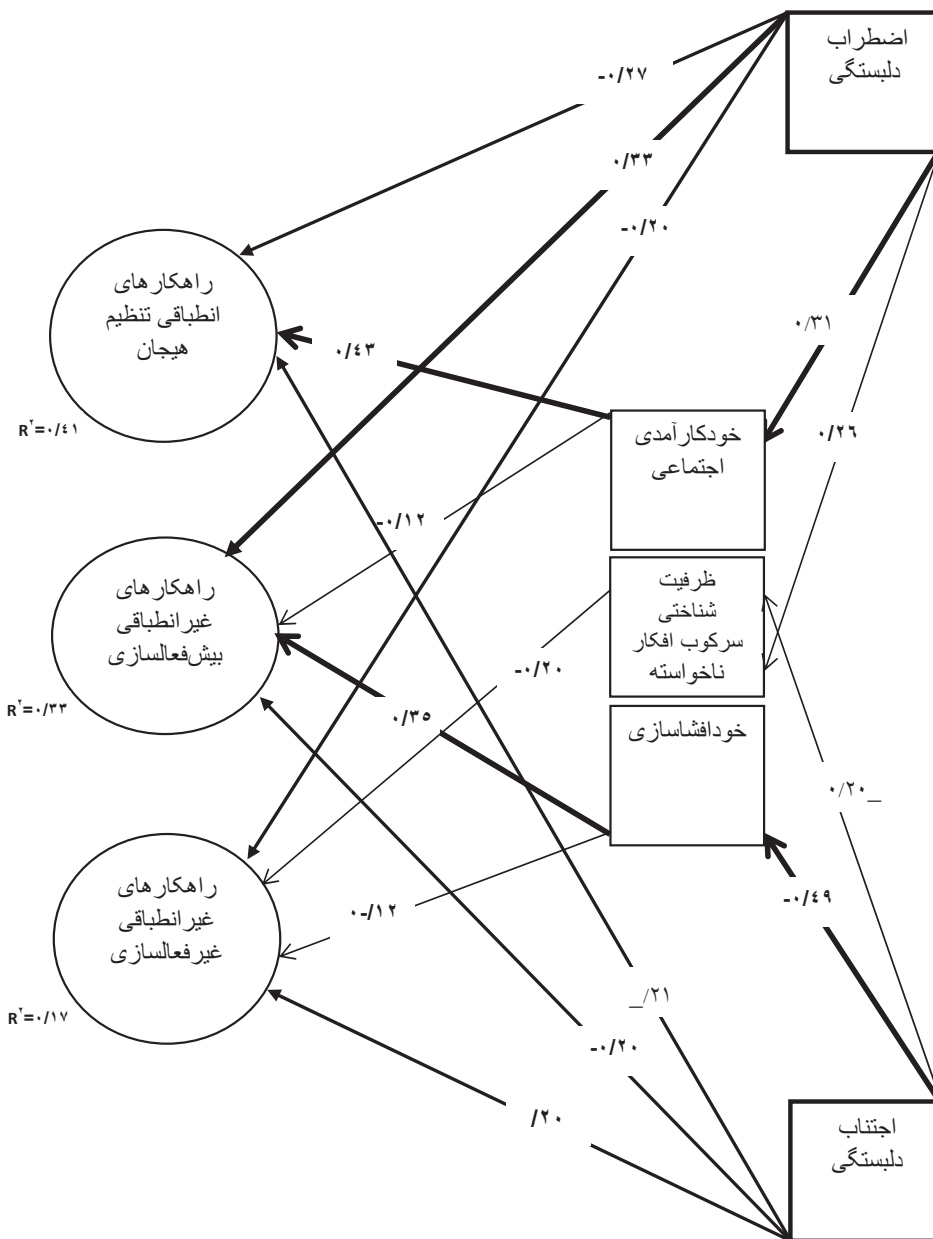
شکل شماره ۲: مدل پیش‌بینی متغیرهای درون‌زاد توسط متغیرهای برون‌زاد

گویه تشکیل شده است که میزان اعتماد فرد به خودش را در موقعیت‌های اجتماعی گوناگون در یک طیف پنج درجه‌ای اندازه می‌گیرد و پاسخ به گویه‌ها از یک (اصلاً به خودم اعتماد ندارم) تا پنج (کاملاً به خودم اعتماد دارم) نمره می‌گیرند. از این رو حداقل نمره می‌تواند در این مقیاس ۲۲ و حداکثر آن ۱۱۰ باشد. اسمیت و بتز پایایی ابزار را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برابر با ۰/۹۴ و به روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای ۰/۸۲ گزارش نموده‌اند. در پژوهش اسمیت و بتز^(۳۵) جهت تعیین روایی، نتایج تحلیل عاملی نشان داد که ضرایب گویه‌ها از ۰/۴۹ تا ۰/۸۰ در نوسان بوده است.

جهت بررسی خودافشاسازی، از شاخص خودافشاسازی پریشانی^(۳۶) استفاده شد. این مقیاس ۱۲ گویه دارد که نشان‌دهنده میزان راحتی افراد در گفتگو راجع به پریشانی‌شان است. این مقیاس در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای طراحی شده است و پاسخ به گویه‌ها از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) نمره می‌گیرند. از این رو حداقل نمره در این مقیاس ۱۲ و حداکثر آن ۶۰ می‌تواند باشد. پایایی این مقیاس نیز از طریق بازآزمایی بالای ۰/۹۰ به دست آمده است^(۳۶). در پژوهش^(۳۶) جهت تعیین

بصورت مثبت پیش‌بینی می‌کند. و راهکارهای انطباقی و راهکارهای غیرانطباقی بیش فعالسازی را بصورت منفی پیش‌بینی می‌کند.
مرحله دوم: ارتباط بین ابعاد دل‌بستگی و راهکارهای تنظیم هیجان با حضور متغیرهای واسطه‌ای.

یافته‌ها حاکی از آن است که اضطراب دل‌بستگی، راهکارهای غیرانطباقی بیش فعالسازی را بصورت مثبت پیش‌بینی می‌کند. و راهکارهای انطباقی و راهکارهای غیرانطباقی غیرفعالسازی را بصورت منفی پیش‌بینی می‌کند.
اجتناب دل‌بستگی، راهکارهای غیرانطباقی غیرفعالسازی را



شکل شماره ۳: مدل پیش‌بینی متغیرهای درون‌زاد توسط برون‌زاد با حضور متغیرهای واسطه‌ای

شاخص‌های برازندگی مدل نهایی پژوهش

پس از آزمون مدل به وسیله نرم‌افزار AMOS، شاخص برازش کای اسکور (CMIN) محاسبه شده در جدول (۱) نشان داده شده است. نتایج بدست آمده نشان می‌دهند که اکثر شاخص‌های برازش مدل پژوهش از جمله NFI, CFI,

IFI و AGFI از برازش مناسب مدل حکایت دارند. این شاخص‌ها در جدول (۲) نشان داده شده‌اند و همگی در سطح خوب و نزدیک و یا بالاتر از ۰/۹ قرار دارند، همچنین مقدار مطلوب شاخص RMSEA کمتر از ۰/۰۸ بوده که نشان از برازش مناسب مدل با داده‌های پژوهش دارد.

جدول شماره ۱: شاخص کای اسکور مدل پژوهش

سطح معناداری	کای دو/ درجه آزادی
۰/۰۰۰	۲/۱۱

جدول شماره ۲: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص	NFI	AGFI	IFI	GFI	CFI	RMSEA
مقدار قابل قبول	بالاتر از ۰/۹	بالاتر از ۰/۹	بالاتر از ۰/۹	بالاتر از ۰/۹	بالاتر از ۰/۹	کمتر از ۰/۰۸
مدل پژوهش	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۹۵	۰/۰۵

برآورد وزن‌های رگرسیونی مدل معادلات ساختاری

جدول (۳) برآورد ضرایب رگرسیونی استاندارد را نشان می‌دهد که همان بار عاملی‌هایی هستند که بر روی مدل با ضرائب استاندارد نیز نوشته شده‌اند.

جدول شماره ۳: برآورد ضرایب رگرسیونی مدل پژوهش

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	B	B	S.E.	C.R.	P
خودکارآمدی اجتماعی	اضطراب دل‌بستگی	-۰/۳۱	-۱/۰۳	۰/۱۷	-۶/۷۸	۰/۰۰۱
	اجتناب دل‌بستگی	-۰/۴۹	-۰/۷۲	۰/۰۷	-۱۱/۱۷	۰/۰۰۱
ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته	اضطراب دل‌بستگی	۰/۲۶	۰/۰۳	۰/۰۰۷	۴/۷۸	۰/۰۰۱
	اجتناب دل‌بستگی	-۰/۲۰	-۰/۰۱	۰/۰۰۴	-۳/۹۴	۰/۰۰۱
راهکار انطباقی	اضطراب دل‌بستگی	-۰/۲۷	-۰/۱۳	۰/۰۳	-۷/۶۷	۰/۰۰۱
	اجتناب دل‌بستگی	-۰/۲۱	-۰/۰۷	۰/۰۱	-۳/۹۴	۰/۰۰۱
	خودکارآمدی اجتماعی	۰/۴۳	۰/۰۷	۰/۰۰۷	۸/۷۳	۰/۰۰۱
	خودافشاسازی	-۰/۰۱	-۰/۰۰۳	۰/۰۱	-۰/۲۸	۰/۷۷
	ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته	-۰/۰۱	-۰/۰۴	۰/۲۰	-۰/۲۳	۰/۸۱

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	B	B	S.E.	C.R.	P
بیش فعال سازی	اضطراب دلبستگی	۰/۱۷	۰/۳۳	۰/۰۳	۷/۷۰	۰/۰۰۱
	اجتناب دلبستگی	-۰/۰۷	-۰/۲۰	۰/۰۱	-۳/۷۶	۰/۰۰۱
	خودکارآمدی اجتماعی	-۰/۰۱	-۰/۱۲	۰/۰۰۷	-۲/۷۳	۰/۰۱
	خودافشاسازی	۰/۰۸	۰/۳۵	۰/۰۱	۶/۷۶	۰/۰۰۱
	ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته	۰/۱۸	۰/۰۴	۰/۲۲	۰/۸۱	۰/۴۱
غیرفعال سازی	اضطراب دلبستگی	-۰/۰۷	-۰/۲۰	۰/۰۳	-۳/۳۲	۰/۰۰۱
	اجتناب دلبستگی	۰/۰۷	۰/۲۰	۰/۰۱	۳/۰۹	۰/۰۰۳
	خودکارآمدی اجتماعی	۰/۰۰	۰/۰۰۷	۰/۰۰۷	۰/۱۲	۰/۹۰
	خودافشاسازی	-۰/۰۳	-۰/۱۲	۰/۰۱	-۲/۳۷	۰/۰۱
	ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته	-۰/۶۸	-۰/۲۰	۰/۲۰	-۳/۲۷	۰/۰۰۱

ضرایب رگرسیونی آورده شده در جدول (۳) نشان دهنده موثر بودن یا نبودن هر مولفه است. مقدار قدر مطلق آماره t-value (یا نسبت بحرانی، C.R) تأثیر متغیر اضطراب دلبستگی بر خودکارآمدی اجتماعی، ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته، راهکارهای انطباقی، راهکارهای غیرانطباقی بیش فعال سازی و راهکارهای غیرانطباقی غیرفعال سازی مورد تایید قرار می گیرد. علاوه، مقدار قدر مطلق آماره t-value (یا نسبت بحرانی، C.R) تأثیر متغیر خودکارآمدی اجتماعی بر راهکارهای انطباقی، راهکارهای غیرانطباقی بیش فعال سازی بیشتر از ۱/۹۶ است، بنابراین این ضریب اثر در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار بوده (معناداری بزرگتر از ۰/۰۵) و تأثیر متغیر خودکارآمدی اجتماعی بر راهکارهای انطباقی، راهکارهای غیرانطباقی بیش فعال سازی بیشتر از ۱/۹۶ است، بنابراین این ضریب اثر در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار بوده (معناداری بزرگتر از ۰/۰۵) و تأثیر متغیر خودکارآمدی اجتماعی بر راهکارهای انطباقی، راهکارهای غیرانطباقی بیش فعال سازی مورد تایید قرار می گیرد. اما مقدار قدر مطلق آماره t-value (یا نسبت بحرانی، C.R) تأثیر متغیر خودافشاسازی و ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته بر راهکارهای انطباقی، ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته بر

ضرایب رگرسیونی آورده شده در جدول (۳) نشان دهنده موثر بودن یا نبودن هر مولفه است. مقدار قدر مطلق آماره t-value (یا نسبت بحرانی، C.R) تأثیر متغیر اضطراب دلبستگی بر خودکارآمدی اجتماعی، ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته، راهکارهای انطباقی، راهکارهای غیرانطباقی بیش فعال سازی و راهکارهای غیرانطباقی غیرفعال سازی مورد تایید قرار می گیرد. همچنین، مقدار قدر مطلق آماره t-value (یا نسبت بحرانی، C.R) تأثیر متغیر اجتناب دلبستگی بر خودافشاسازی، ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته، راهکارهای انطباقی، راهکارهای غیرانطباقی بیش فعال سازی و راهکارهای غیرانطباقی

غیرانطباقی مبتنی بر غیرفعال‌سازی سیستم دلبستگی را بصورت مستقیم و منفی پیش‌بینی می‌کند. افراد اضطرابی در هنگام مواجهه با مسئله از راهبردهایی چون انکار و عدم درگیری در مسئله (راهبردهای غیرفعال‌سازی)

سودی نمی‌برند، چون این راهبردها شدت هیجان را در فرد بسیار کاهش می‌دهند و فرد را از کسب حمایت و محبت از نگاره‌های دلبستگی دور نگه می‌دارند. افراد اضطرابی به سمت راهبردهای غیرفعال‌سازی که منجر به کاهش شدت هیجانی و فاصله گرفتن از هرگونه تجربه دلبستگی است، گرایشی ندارند. این یافته با تحقیقات^(۳۹) و^(۴۰)

همسو است. یافته دیگر نشان داد که اضطراب دلبستگی در بیماران آرتریت روماتوئید، راهکارهای انطباقی تنظیم هیجان را بصورت مستقیم و منفی پیش‌بینی می‌کند. افراد دارای اضطراب دلبستگی به علت بی‌ثباتی نگاره‌های خود در پاسخگویی به نیازهای آنها، احساس تنش مداوم دارند. این در حالی است که چنین افرادی تمایل دارند که احساس تنش خود را حفظ کنند تا از آن طریق علاوه بر اغراق در شدت هیجانات منفی خویش بتوانند حمایت کسب کنند. فعالیت همیشگی سیستم دلبستگی و دغدغه‌های بیش از حد افراد اضطرابی در سیستم‌های رفتاری و شناختی دیگر آنها تداخل می‌کند. بنابراین این افکار پر آشوب و درگیر با مسائل دلبستگی نمی‌تواند در فرایندهای چون حل مسئله، برنامه‌ریزی و ارزیابی‌های شناختی شرکت کند. این افراد در رخدادهای منفی غرق می‌شوند و از دیگران برای حل مسئله کمک نمی‌گیرند بلکه فقط در پی کسب همدردی و دلسوزی و حمایت هیجانی دیگران هستند^(۴۱). پژوهش‌های پیشین نیز نشان می‌دهند که شدت بالای هیجانات منفی مانع استفاده از راهبردهای انطباقی در این افراد می‌شود^(۴۲ و ۴۳). در خصوص یافته دیگر تأثیر مستقیم و مثبت اجتناب دلبستگی بر راهکارهای غیرانطباقی غیرفعال‌سازی در بیماران آرتریت روماتوئید شایان ذکر است که بر

بیش فعال‌سازی و خودکارآمدی اجتماعی بر راهکارهای غیر فعال‌سازی کمتر از ۱/۹۶ است، بنابراین این ضریب اثر در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار بوده است (معناداری بزرگتر از ۰/۰۵).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین و برآزش راهبردهای تنظیم هیجانی بر اساس ابعاد دلبستگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به صورت یک مدل انجام گردید. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، مدل برآزش شده، نشانگر تأثیر مستقیم و مثبت اضطراب دلبستگی بر راهکارهای غیرانطباقی بیش فعال‌سازی می‌باشد. در تبیین پیش‌بینی مثبت راهکارهای بیش فعال‌سازی تنظیم هیجان توسط اضطراب دلبستگی در بیماران آرتریت روماتوئید می‌توان ذکر کرد که طبق مدل شیور و میکالینسر^(۱۱) در هنگام ایجاد نشانه‌های تهدید (بیرونی یا درونی) سیستم دلبستگی در فرد فعال می‌گردد و فرد در دسترس بودن نگاره‌های دلبستگی حمایتگر و پاسخگو را چک می‌کند. اگر نگاره‌ها در دسترس نباشند، فرد به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا با تلاش می‌توان در جستجوی مجاورت بود؟ بدین معناست که فرد برای کسب حمایت و پشتیبانی از نگاره‌ها باید مدام در تلاش باشد. در این افراد در هنگام پریشانی و نیاز به مراقبت، نگاره‌های دلبستگی به صورت بی‌ثباتی پاسخگو هستند. به عبارتی دیگر، نگاره‌ها نه بر اساس نیازهای کودک بلکه بر اساس حالات درونی خود، گاهی به حمایت و پاسخگویی و گاهی رها کردن و عدم حمایت می‌پردازند. در این حالت اضطراب دلبستگی به وجود می‌آید و این افراد تلاش زیادی انجام می‌دهند که کمترین فاصله شناختی و رفتاری را نسبت به نگاره‌های دلبستگی‌شان ایجاد کنند که این همان بیش فعال‌سازی سیستم دلبستگی است^(۱۱).

این یافته با تحقیقات^(۳۸ و ۳۹) همسو است. یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که اضطراب دلبستگی، راهکارهای

دلبستگی همیشه در حالت فعالیت زیاد است، ندارند^(۴۰). این یافته با تحقیق^(۴۷ و ۴۸) همسو است. همچنین نتایج نشان داد که اجتناب دلبستگی پیش‌بینی کننده مستقیم و منفی راهکارهای انطباقی تنظیم هیجان در بین بیماران آرتریت روماتوئید است. در تبیین مشکل افراد اجتنابی در استفاده از راهکارهای انطباقی تنظیم هیجان همچون حل مسئله و برنامه‌ریزی می‌توان به این نکته مهم اشاره داشت که استفاده از راهبردهای انطباقی در وهله اول به تشخیص و پذیرش تهدید یا خطاها نیاز دارد^(۴۰). این در حالی است که به نظر می‌رسد افراد دارای اجتناب دلبستگی به دو علت با آن کنار نمی‌آیند. اول اینکه این افراد تاریخچه تجارب دردناکی با نگاره‌های دلبستگی دارند. نگاره‌هایی که هنگام نیاز در دسترس نبودند و در صورت تلاش فرد برای جستجوی مجاورت با طرد و تنبیه پاسخ می‌دادند. لذا پذیرش و درگیری در هر نوع رخداد همراه با هیجان منفی، این تجارب دردناک را متداعی می‌سازد. دوم اینکه درگیر مسأله و چالش شدن و تلاش برای مدیریت مشکل، ممکن است شکست را به دنبال داشته باشد و این امر نیز می‌تواند اعتماد به نفس کاذب فرد اجتنابی را مختل سازد. تجربه شکست و پذیرش ضعف در فرد دارای اجتناب دلبستگی، پدیده‌ای ناگوار است و به همین دلیل چنین فردی در پی یافتن راهی است که با این تجارب روبرو نشود^(۴۰). تحقیقات گذشته نیز نشان داده‌اند که در افراد اجتنابی، سرکوب هیجانات منفی، عدم توسعه روابط در روابط بسیار مشاهده می‌گردد^(۴۹ و ۱۲).

یافته دیگر تأثیر غیر مستقیم و مثبت اضطراب دلبستگی از طریق خودکارآمدی اجتماعی بر راهکارهای انطباقی نشان داد که خودکارآمدی اجتماعی پیش‌بینی کننده مثبت راهکارهای انطباقی تنظیم هیجان بوده است. خودکارآمدی ادراک شده بیانگر اعتقاد فرد به دارا بودن توانایی در مورد انجام تکالیف جدید یا دشوار و همچنین مقابله با حوادث ناگوار است. افرادی که از خودکارآمدی اجتماعی بالایی برخوردارند، در

طبق نظریه دلبستگی در رویارویی با مسائل هرگاه فرد احساس پریشانی و تهدید کند، سیستم دلبستگی فعال شده و فرد در دسترس بودن نگاره‌های دلبستگی را برای یافتن پایگاهی امن جستجو می‌کند. اگر نگاره‌های دلبستگی در دسترس نبودند در مرحله‌ی بعد فرد به دنبال پاسخ این سؤال است که آیا در اثر جستجو، امکان وجود نگاره‌ها بوجود می‌آید یا خیر. اگر پاسخ این سؤال منفی باشد، سبک دلبستگی اجتنابی بوجود می‌آید. بدین معنا که این افراد در هنگام مواجهه با تهدید، در صورت رجوع به نگاره‌های دلبستگی مورد طرد و تنبیه قرار می‌گیرند. اگر این تجربه مرتب تکرار شود، این افراد خاطرات طرد و تنبیه را در ذهن خود حفظ می‌کنند و به محض اینکه با شرایط سخت روبرو شدند، این تجربه‌های طرد و تنبیه فعال شده و فرد را از مراجعه به نگاره‌های دلبستگی باز می‌دارند. به همین دلیل این افراد سعی بر آن دارند که سیستم دلبستگی خود را غیرفعال نگه دارند. افراد اجتنابی بنا به تاریخچه دلبستگی خود در هنگام رویارویی با پریشانی‌ها و هیجان‌ها راهکارهای غیرفعال‌سازی اجتنابی را ترجیح می‌دهند چراکه این راهبردها بر غیرفعال نگه داشتن سیستم دلبستگی تأکید دارند^(۴۴). این یافته با تحقیقات^(۴۵ و ۴۶) همسو است. یافته‌ی دیگر نشان داد که اجتناب دلبستگی با راهکارهای غیر انطباقی بیش‌فعال‌سازی ارتباط منفی و مستقیم داشته است. افراد با سبک دلبستگی اجتنابی از تجربه‌های هیجانی جلوگیری می‌کنند چون تجربه هیجانی باعث فعال شدن سیستم دلبستگی آنها و به تبع آن تجربه‌های دردناک گذشته می‌شود. بنابراین افراد با دلبستگی اجتنابی در هنگام رویارویی با هیجان‌ها و تهدیدها از تجربه هیجانی و به صورت موازی از ایجاد رابطه و کمک گرفتن از دیگران اجتناب می‌کنند، چون در غیر این صورت تجربه‌های دردناک گذشته فعال می‌شوند و اتکا به خود جبرانی فرد به خطر می‌افتد. از این رو این افراد تمایلی به استفاده از راهکارهای بیش‌فعال‌سازی که در آنها سیستم

تأثیر غیر مستقیم و مثبت اجتناب دلبستگی از طریق خودافشاسازی بر راهکارهای غیرانطباقی بیش فعالسازی را نشان داد. شیور و میکالینسر^(۵۱) معتقدند که افراد دارای دلبستگی ایمن در زمان مناسب دست به خودافشاسازی می‌زنند و نسبت به خودافشاسازی دیگران حساس و پاسخگو هستند. اما زمانی که مقدار خودافشاسازی بیش از حد افزایش می‌یابد میزان تمرکز بر هیجانات منفی و پرداختن به جوانب مشکل‌زا زیاد می‌شود. خود افشاسازی در میزان بالا، تمرکز و درگیری در هیجانات منفی را پیش‌بینی می‌کند که از ویژگی‌های راهکارهای تنظیم هیجان از نوع بیش‌فعالسازی است. حال آنکه هرچقدر مقدار خودافشاسازی کاهش یابد، یعنی افراد تمایلی به دادن اطلاعات به دیگران ندارند، از هیجانات و احساسات منفی خویش صحبت نمی‌کنند و به دنبال حمایت عاطفی دیگران نیستند. این ویژگی‌ها که مربوط به افراد دارای اجتناب دلبستگی است، به فرد کمک می‌کند که ذهن خویش را از مسائل و رخدادهای منفی زندگی خویش منحرف سازد و زمینه را برای انکار و عدم درگیری ذهنی و رفتاری مساعد می‌سازد. در نتیجه فردی که از میزان خود افشاسازی پایینی برخوردار است، می‌تواند راحت‌تر، از راهکارهای غیرفعالسازی تنظیم هیجان بهره برد. پژوهش‌های پیشین نیز به نوعی بر این امر صحت می‌گذارند که میزان متوسطی از خودافشاسازی در روابط با پیامدهای مثبت، سلامت روان و استحکام بیشتر روابط همراه است^(۵۰). این یافته با تحقیق^(۵۳) همسو است. یافته دیگر تأثیر غیرمستقیم و منفی اجتناب دلبستگی از طریق ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته بر راهکارهای غیرانطباقی بیش فعالسازی را نشان داد. فرایند تنظیم هیجان نوعی از خودتنظیمی است و خودتنظیمی نیاز به ظرفیت شناختی دارد^(۳۱). میکالینسر و همکاران^(۳۶) نیز دریافتند که سرکوب افکار منفی، نوعی فرایند تلاش مدار است که منجر به کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی می‌شود. از این رو راهکارهای مبتنی بر غیرفعالسازی سیستم دلبستگی شامل انکار و عدم درگیری رفتاری، نیاز

خانواده‌هایی رشد یافته‌اند که والدین برای آنها بستر مقابله با تعارض‌ها، چالش‌ها و مسائل را فراهم کرده‌اند، انتظارات و ادراکات مثبتی ایجاد کرده و همچنین حس اعتماد و اطمینان به دنیای پیرامون را در آنها رشد داده‌اند.

بنابراین این افراد رویارویی با مسائل را در محیط خانه آموخته‌اند، به انسان‌های اطراف خود اطمینان دارند و خود را در تعاملات اجتماعی توانا می‌بینند^(۵۰). این یافته با تحقیق^(۵۱) همسو است.

یافته دیگر تأثیر غیر مستقیم و منفی اضطراب دلبستگی از طریق خودکارآمدی اجتماعی بر راهکارهای غیرانطباقی بیش فعالسازی را نشان داد. در این خصوص بندورا^(۵۲) معتقد است که خودکارآمدی اجتماعی یکی از متغیرهای مهم تنظیم رفتار انسان در موقعیت‌های اجتماعی است. خودکارآمدی اجتماعی پایین باعث می‌شود که فرد با تعریفی ضعیف و تردید نسبت به توانایی‌های خود وارد روابط اجتماعی و محیط اجتماع گردد. این تعریف منفی از توانایی خود در محیط‌های اجتماعی باعث می‌شود که کیفیت روابط این افراد با دیگران، کاهش یابد. یافته دیگر تأثیر غیرمستقیم و منفی اضطراب دلبستگی از طریق ظرفیت شناختی سرکوب افکار ناخواسته بر راهکارهای غیرانطباقی غیرفعالسازی را نشان داد. افراد با دلبستگی اضطرابی دل‌مشغولی زیادی با هیجان‌های حاصل از پریشانی دارند تا به این طریق بتوانند سیستم دلبستگی خود را فعال نگه دارند تا در نهایت به حمایت و محبت نگاره‌های دلبستگی‌شان دست یابند. بنابراین با چنین ذهن پرآشوب و پر از هیجان و تنشی مشخص است که تلاش افراد با دلبستگی اضطرابی برای سرکوب افکار ناخواسته و منفی حاصل از پریشانی‌ها ناکام می‌ماند. چون ذهن آنها پر از آشوب‌ها است و ظرفیت شناختی لازم جهت انجام این کار را ندارند. این یافته با پژوهش‌های^(۲۷ و ۲۶) همسو است. یافته‌های دیگر تأثیر غیر مستقیم و منفی اجتناب دلبستگی از طریق خودافشاسازی بر راهکارهای غیرانطباقی غیر فعالسازی و

محدودیت‌هایی هم چون دشواری تعمیم دهی نتایج آن به سایر اقشار به دلیل خاص بودن شرایط افراد نمونه، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و به صورت خود گزارشی می‌باشد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری مهناز یزدانفر می‌باشد. در پایان لازم است از تمام عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، به ویژه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که علی‌رغم وجود درد با صبر و حوصله به سؤالات تحقیق پاسخ گفتند، قدردانی نموده و برای همگی آنان آرزوی صحت و سلامتی کرد.

به ظرفیت شناختی دارد. مبتنی بر این دیدگاه، هنگامی که رویدادهای منفی متعددی ایجاد می‌شوند، کاهش ظرفیت شناختی برای خود تنظیمی ایجاد می‌گردد^(۲۷). این یافته همسو با پژوهش‌های^(۲۸ و ۲۹) است.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان عنوان نمود که بیماری آرتریت روماتوئید شایعترین و مهمترین بیماری التهابی مفاصل است که در اثر تعامل عوامل ژنتیکی، ایمنی شناختی، روانی و اجتماعی به وجود می‌آید و با دردهای مزمن همراه است. از افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید تنها بخش کوچکی بهبود کامل پیدا می‌کنند و مابقی بیماری را برای همیشه ولی با شدت نوسان‌کننده به همراه خواهند داشت و بیماری آرتریت روماتوئید اغلب با شیوع بالای اختلالات روانپزشکی و پریشانی‌های روانشناختی همراه هستند. عوامل مختلفی بر شدت و وخامت بیماری آرتریت روماتوئید تأثیر می‌گذارد از جمله این موارد می‌توان به نحوه کنترل و تنظیم هیجان اشاره کرد. از آنجا که تنظیم هیجانی بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود و بنابراین تنظیم هیجانی می‌تواند بر هیجان‌های با شدت منفی اثربخش باشد و آمادگی در بیماران را برای روبرو شدن با فعالیت‌های مختلف، تأثیر زیاد بر سلامتی، بهزیستی و افزایش امید به زندگی در فرد مبتلا به آرتریت روماتوئید داشته باشد. بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که می‌توان با بهره‌گیری از درمان‌های روانشناختی در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی، سلامت روانی و جسمی این بیماران را تأمین نمود.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

این پژوهش به دلیل شرایط خاص جسمی و روانی بیماران آرتریت روماتوئید در چندین حوزه دارای

References

1. Shakibi R, Ardeshir Sh. [Investigation of quality of life of the sufferers patients withrheumatic arthritis in Sardasht (Persian)]. Nursing master thesis, school of nursing and midwifery, Shahid Beheshti university 2010.
2. Holodinsky C, Friedlmeier T A. Does coping help? A reexamination of the relationship between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology* 2016; 53: 337-348.
3. Velze A. Position in family constellation influences life style. *Journal of individual psychology* 2015; 3: 211-227..
4. Dividson H. Parental monitoring: A reinterpretation in Rheumatoid Arthritis. *Child Development* 2016; 71: 1072-1085.
5. Hendain M W. Relational schemas and the processing of social information in Rheumatoid Arthritis. *Psychological Bulletin* 2015; 112: 461-485.
6. Gross J J, Thompson R A. Emotion regulation: Conceptual foundations in Rheumatoid Arthritis. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, New York: Guilford Press 2007; 23-24.
7. Campos A A, Strenberg S L, Lynch E B. Divergent associations of adaptive and maladaptive emotion regulation strategies with inflammation in Rheumatoid Arthritis. *Health Psychology* 2011; 32(7): 748-756.
8. Cole S W, Martiz M E, Dennis S E. Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology* 2014; 15: 243-251
9. Carver C S, Scheier M F, Weintraub J K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology* 2015; 56: 267-283.
10. Englbrecht K. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology* 2011; 6(1): 226-244.
11. Shaver P R, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics in Rheumatoid Arthritis. *Attachment and Human Development* 2012; 4: 133-161.
12. Cassidy J, Kobak, R R. Avoidance and its relationship with other defensive processes. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment*, Hillsdale, NJ: Erlbaum 2010; 300-323.
13. Fraley R C, Shaver P R. Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology* 2010; 4: 132-154.
14. Dozier M, Kobak R R. Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies in Rheumatoid Arthritis. *Child Development* 2012; 63:1473-1480
15. Wei M, Russell D W, Zakalik R A. Adult attachment, social self-efficacy, self-disclosure, loneliness, and subsequent depression for freshmen college students: A longitudinal study in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Counseling Psychology* 2015; 52: 602-614.
16. Gordon KW. The multidimensionality of peer victimization and patterns of relating in attachment. Ph.D. Dissertation. USA: University of Mississippi, College of philosophy 2008; 15-28.
17. Solberg C.H, Hopkins P B, Ommundsen E. Loneliness and patterns of self - disclosure in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology* 2012; 43: 524-531.
18. Zemirman, M, Keliri, W. *Development of emotions and emotion regulation*. New York: Springer 2017.
19. Bilgin, M, Akkapulu, S. Relation among proposed

- predictors and outcomes of social self- efficacy Turkish late adolescents in Rheumatoid Arthritis. *Eğitim Fakültesi Dergisi* 2017; 40: 18-20.
20. Mikulincer M, Shaver P R. Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change. The Guilford Press 2007.
 21. Fletcher AC, Steinberg L, Williams-Wheeler M. Parental Influences on Adolescent Problem Behavior: A Response to Stattin and Kerr. *Child Development* 2014; 75: 781-796.
 22. Soenens B, Vans teenkiste M., Duriez B, Goossens L In search of the sources of psychologically controlling parenting: The role of parental separation anxiety and parental maladaptive perfectionism. *Journal of Research on Adolescence* 2016; 16: 539-559.
 23. Roth G, Ron T, Benita M. Mothers' parenting practices and adolescents' learning from their mistakes in class: The mediating role of adolescent's self-disclosure in Rheumatoid Arthritis. *Learning and Instruction* 2016 ;19: 506-512.
 24. Zare M, Latifian M, Fooladchang M. Compilation of Attachment Dimensions and emotion regulation strategies by social self –efficacy and self-disclosure. *Social psychology research* 2013 ;11.
 25. Muraven M, Baumeister R F. Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin* 2010; 126: 247-259.
 26. Mikulincer M., Dolev T, Shaver P. Attachment-related strategies during thought suppression: Ironic rebounds and vulnerable self-representations. *Journal of Personality and Social Psychology* 2004; 8: 940-956
 27. Hwang J. A processing model of emotion Regulation: insights from the attachment system. Unpublished doctoral thesis, Georgia State University 2016.
 28. Fraley R C, Brumbaugh C C. Adult attachment and preemptive defenses: Converging evidence of the role of defensive exclusion at the level of encoding. *Journal of Personality* 2017; 75: 1033-1050.
 29. Fraley R C, Garner J P, Shaver P R. Adult attachment and the defensive regulation of attention and memory: The role of preemptive and postemptive processes. *Journal of Personality and Social Psychology* 2010; 79: 816-826.
 30. Mikulincer M, Shaver P R, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies in Rheumatoid Arthritis. *Motivation and Emotion* 2003; 27: 77-102.
 31. Muraven M, Tice D M., Baumeister R F. Self-control as a limited resource: Regulatory depletion patterns. *Journal of Personality and Social Psychology* 2018; 74: 774-789.
 32. Collins N L. Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 2006; 71: 810-832.
 33. Pakdaman Sh, Seid Mousavi P, Ghanbari S, Molhi L. Quality of attachment to parents and internalized and Externalized signs in teenagers: investigation of comparing of fathers and mothers roles. *Modern psychological research* 2011; 23.
 34. Carver C S, Scheier M F, Weintraub J K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology* 2015; 56: 267-283.
 35. Smith H M, Betz N E An examination of efficacy and esteem pathways to depression in young adulthood. *Journal of Counseling Psychology* 2000; 49: 438-448.
 36. Kan P E, Huesmann L R., Jager J, Collins W A, Bates J E, Lansford J E. Changes in the relation of self-efficacy beliefs and behaviors across development. *Child Development* 2012; 79: 1259-1269.

37. Fraley R C, Shaver P R. Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology* 2007; 73: 1080-1091.
38. Southam-Gerow M A, Kendall P C. Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy in Rheumatoid Arthritis. *Clinical Psychology Review* 2012; 22:189-222.
39. Lazarus R S, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer 2016.
40. Gross J J, Thompson R A. Emotion regulation: Conceptual foundations in Rheumatoid Arthritis. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, New York: Guilford Press 2017; 23-24.
41. Sharf M, Hirschberger G, Nachmias O, Gillath O. The affective component of the secure base schema: Affective priming with representations of proximity maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology* 2015; 81: 305-321
42. Branan A H, Bellissimo A, Norman G R. Controlled trial of fasting and one year vegetarian diet in rheumatoid arthritis. *American Journal of Orthopsychiatry* 2015; 65: 402-410.
43. Kotler M, Gillath O, Shaver P R. Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology* 2017; 83: 881-895.
44. Min G. "The development of self-regulation in the first four years of life. *Child Development* 2015; 72(4): 1091-1011.
45. DeSteno, D., Gross, J. J., & Kubzansky, L. Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation in Rheumatoid Arthritis. *Health Psychology* 2012; 32, 5: 474-486.
46. Bower M. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J A Simpson & W S Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* New York: Guilford Press 2011 ;143-165.
47. Carpenter, E. M., & Kirkpatrick, L. A. Attachment style and emotion regulation of psychophysiological responses to a stressful laboratory situation in Rheumatoid Arthritis. *Personal Relationships* 2016; 3: 351-367
48. Derakshan N, Eysenck M, Myers L B. Emotional information processing in repressors: The vigilance-avoidance theory. *Cognition and Emotion* 2017; 21:1585-1614.
49. Gross J J, John O P. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Social Psychology* 2013; 85: 348-362.
50. Kozbi R J. Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience in Rheumatoid Arthritis. *Cognition and Emotion* 2013; 12: 307-320.
51. Goldstein, D., & Mikulincer, M. Attachment style and the emotion regulation: Exploring individual differences in social self-efficacy and judgment in Rheumatoid Arthritis. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2009; 24: 67-80.
52. Bandura A. Social lea46- Kozbi R J. Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience in Rheumatoid Arthritis. *Cognition and Emotion* 2013; 12: 307-320.
53. Graous, V. Effects of adult attachment style on the perception and self- disclosure . *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* 2011; 122:565-581.