

مقاله‌ی پژوهشی

ارتباط بین خودتنظیمی هیجانی با کیفیت زندگی در نوجوانان و جوانان همزاد چندتایی

*فاطمه راستگو

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه
آزاد اسلامی واحد رودهن، ایران

نرگس باباخانی

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد
رودهن، ایران

خلاصه

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین خودتنظیمی هیجانی با کیفیت زندگی در نوجوانان و جوانان همزاد چندتایی است.

روش کار: جامعه آماری تحقیق حاضر، شامل تمامی دوقلوها و چندقلوهای دختر و پسر است که در گروه سنی ۳۰-۱۵ سال عضو جامعه همیار دوقلو هستند که ۲۶۰ نفر از آنان به روش در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های دشواری‌های تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی SF36 بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد ابعاد دشواری در تنظیم هیجان‌ات از جمله عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ($r = -0.212$)، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند ($r = -0.304$)، فقدان آگاهی هیجانی ($r = -0.466$)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ($r = -0.453$) و فقدان شفافیت هیجانی ($r = -0.600$) با نمره کیفیت زندگی همبستگی منفی و معنی‌دار دارد. یعنی با افزایش دشواری تنظیم هیجانی برای ابعاد ذکر شده کیفیت زندگی کاهش داشته است یا به عبارت دیگر با افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان‌ات کیفیت زندگی افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این پژوهش جهت آگاهی والدین از چگونگی مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی بر کیفیت زندگی چندقلوها می‌تواند اثر مطلوبی داشته باشد و باعث آموزش الگوهای صحیح خودتنظیمی هیجانی چندقلوها شود. پیشنهاد می‌گردد کلاس‌های آموزشی و کارگاه‌های آموزشی هم برای والدین و هم برای فرزندان همزاد چندتایی در زمینه مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی برگزار شود.

واژه‌های کلیدی: خودتنظیمی، کیفیت زندگی، هیجان

*مؤلف مسئول:

دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، ایران

تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۰۱

تاریخ تایید: ۹۵/۰۷/۰۸

مقدمه

دوقلو^۱ در اصطلاح به هر یک از دو فردی گفته می‌شود که در طی مدت یک دوره بارداری و از یک مادر مشترک متولد می‌شوند. طبق شواهد، شیوع دوقلویی در جهان به طور متوسط یک مورد در هر ۸۰ بارداری (۲۵/۱ درصد) است. البته شیوع دوقلوزایی در گروه‌های قومی و نژادی، متفاوت است به طوری که بیشترین مقدار آن در حدود ۶ درصد برای سیاهپوستان یاروبا^۲ (ساکن در شمال نیجریه) یا ۱۰ درصد برای روستاییان برزیل است. در سفیدپوستان، یک مورد از هر ۱۰۰ بارداری به زایمان دوقلویی می‌انجامد، اما این میزان در زنان سیاهپوست، یک مورد در هر ۸۰ بارداری است. در بعضی از مناطق آفریقا فراوانی دوقلویی بسیار زیاد است؛ به طوری که در بررسی یکی از جوامع روستایی نیجریه مشاهده شد که از هر ۲۰ زایمان، یکی دوقلو است اما دوقلوزایی در آسیا شیوع کمتری دارد، مثلاً در ژاپن از میان بیش از ۱۰ میلیون بارداری بررسی شده، فقط یک مورد از هر ۱۵۵ زایمان، دوقلو بود (۱). با گسترش روزافزون مصرف داروهای درمان ناباروری و به دنبال آن، افزایش میزان تخمک‌گذاری در مادران و آزاد شدن تخمکهای متعدد، میزان دوقلو و چندقلوزایی همزاد افزایش چشمگیری داشته است. برخلاف دوقلوهای همزاد، فراوانی دوقلوهای همسان در سراسر جهان نسبتاً ثابت است و حدود یک مورد در هر ۲۵۰ تولد است. دوقلوه‌ها از ابتدای تمدن بشریت، مورد توجه دانشمندان و پژوهشگران بوده‌اند، به طوری که بقراط پدر پزشکی و حکیم یونانی در قرن پنجم قبل از میلاد، علت ایجاد خصایص مشابه در دوقلوه‌ها را به کیفیت و وضعیت ماده جسمانی مشترک آنها نسبت داد (۲). امروزه پژوهشگران حوزه روان‌شناسی توجه ویژه‌ای به پژوهش بر روی این جامعه آماری دارند. یکی از مولفه‌هایی که امروزه مورد توجه قرار گرفته است کیفیت زندگی آنان است. کیفیت زندگی را به عنوان درجاتی از رضایتمندی و نیل به نیازها در زمینه‌های فیزیکی، اجتماعی، روان‌شناسی، ساختاری و رفتاری، فعالیت و از آن مهمتر «احساس خوب بودن» تعریف می‌نماید. احساس و درک فرد از موقعیتش در زندگی در زمینه‌ای از سیستم‌های ارزشی و فرهنگی که در آن زندگی می‌کند و مرتبط با اهداف، انتظارات، استانداردها و دغدغه‌های او می‌باشد. به عبارتی کیفیت زندگی یک مفهوم با طیف وسیع است که به شیوه‌ای پیچیده در سلامتی جسمی، وضعیت روان‌شناختی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، عقاید شخصی فرد و جنبه‌های مهم محیط دخیل می‌باشد (۳). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را دربرمی‌گیرد. سلامتی یکی از مجموعه‌ها و اجزاء کیفیت زندگی است ولی معادل و

مساوی آن نیست چرا که سلامتی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی فقدان هر گونه نقص جسمی، روانی و اجتماعی است، حال آن که کیفیت زندگی احساس رضایت از زندگی است و این زندگی ممکن است با سلامتی همراه باشد یا نباشد پس کیفیت زندگی مفهوم وسیعی دارد که شامل همه ابعاد زندگی می‌گردد و سلامت مرکز ثقل کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی، ابعاد متفاوت سلامت و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی افراد را دربرمی‌گیرد (۴).

مؤلفه‌های کیفیت زندگی بر اساس ارزش‌های فردی و اجتماعی و ملی تعریف می‌شوند. شکی نیست که واقعیت‌ها و شرایط عینی جامعه و وضعیت مادی زندگی فرد نیز در آن نقشی تعیین‌کننده دارند اما، باید توجه داشت که انسان موجودی است که براساس تصویر ذهنی خود از واقعیت - نه خود واقعیت - زندگی می‌کند و رفتارش متأثر از برداشت‌های ذهنی و درکی است که از واقعیت دارد و این برداشت‌ها و ادراکات، الزاماً با واقعیت انطباق ندارند (۵). کیفیت زندگی مفهومی است چندوجهی و پیچیده، ولی در عین حال قابل تعریف و قابل سنجش، که با رهیافتی میان‌رشته‌ای می‌توان آن را تعریف کرد و برایش مدل مفهومی ساخت و براساس آن مدل، آن را سنجید. کیفیت زندگی بیش از هر چیز امری است نسبی و برای تعریف و سنجش آن معیار مطلق و جامع و جهان‌شمولی وجود ندارد که در همه جا مصداق داشته باشد؛ مفهومی است که به شدت متأثر از زمان و مکان است. عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، بسته به دوره زمانی و مکان جغرافیایی و شرایط فرهنگی تغییر می‌کنند (۶). شناسایی عواملی که می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی دوقلوه‌ها و چندقلوه‌ها اثرگذار باشد حایز اهمیت است. از سوی دیگر امروزه با وجود نقش مثبت و سازنده هیجان‌ها در زندگی بشر، بعد دیگری نیز برای آنها وجود دارد که همان جنبه مخرب هیجانها در زندگی افراد است. در واقع یک هیجان زمانی مشکل‌آفرین و آسیب‌زا می‌شود که به سبک نادرستی ابراز شود، در بافتی نامتناسب رخ دهد، بسیار شدید باشد و برای مدت زیادی بر زندگی فرد اثر گذارد (۷). ابراز بیش از حد هیجان‌ها به صورتی روشن و واضح در افرادی که دچار احساسات و افکار منفی و آشفتگی‌های هیجانی هستند، پیامدهای اجتماعی منفی و متعاقب آن واکنش‌های درونی منفی را به همراه خواهد داشت و از این نظر رفتاری ناسازگارانه به شمار می‌رود (۸). این کارکرد دوگانه هیجانها به فرایند تنظیم هیجانی اشاره می‌کند که طی آن افراد هیجانهای خود را با توجه به موقعیتهای گوناگون تنظیم و تعدیل می‌کنند. در واقع تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره دارد که افراد توسط آن هیجان‌ات خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند و طبق این فرایند، مشخص می‌شود که فرد چگونه هیجان‌ات را تجربه و ابراز می‌کند (۹).

¹Twin
²Yoruba

تعداد آیتیم ها	آلفای کرونباخ	نام متغیر
۳۶	۰/۷۷۸	خودتنظیمی هیجانی
۶	۰/۶۳۳	عدم پذیرش پاسخ های هیجانی
۵	۰/۸۹۶	دشواری دست زدن به رفتار هدفمند
۶	۰/۶۸۲	دشواری های کنترل تکانه
۶	۰/۶۰۰	فقدان آگاهی هیجانی
۸	۰/۵۱۷	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی
۵	۰/۷۴۳	فقدان شفافیت هیجانی

ب- کیفیت زندگی (SF36): رایج ترین و جامع ترین ابزارهای استاندارد عمومی موجود در زمینه کیفیت زندگی پرسشنامه ۳۶ سؤالی SF-36^۱ است. وار^۲ و همکاران، این پرسشنامه را طراحی نمودند (۱۱). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط منتظری و همکاران، هنجاریابی شده است. آنان آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی و آزمون روایی با استفاده از روش مقایسه گروه های شناخته شده و روایی همگرایی مورد ارزیابی قرار دادند. تحلیل «همخوانی داخلی» نشان داد مقیاس های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردارند. آزمون آماری «مقایسه گروه های شناخته شده» نشان داد که گونه فارسی SF-36 قادر به افتراق زیر گروه های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است به این نحو که افراد مسن تر و زنان در تمامی مقیاس ها امتیازهای پایین تری را به دست آوردند. آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه گیری با استفاده از همبستگی هر سوال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمد (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به دست داد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان مقیاس های پرسشنامه SF-36 را توجیه می نمود. در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36، به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است. چون پرسشنامه استاندارد است نیاز به بررسی مجدد روایی نیست و تنها در این پژوهش ضریب پایایی پس از تکمیل ۳۰ پرسشنامه توسط نمونه های پژوهش از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد که نتایج در جدول ذیل آمده است.

در این پژوهش از نرم افزار SPSS استفاده شده است و تجزیه و تحلیل داده ها در دو بخش توصیفی و استنباطی ارائه شده است. در این پژوهش به منظور بررسی ارتباط بین خودتنظیمی هیجانی و مولفه های آن با کیفیت زندگی در دوقلوها و سه قلوها از آزمون همبستگی پیرسون

این پژوهش قصد دارد به این مهم پردازد که آیا خودتنظیمی هیجانات در نوجوانان و جوانان همزاد چندتایی می تواند بر بهبود کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار باشد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر روش توصیفی پیمایشی و از نوع هدف کاربردی است. جامعه آماری تحقیق حاضر، تمامی دو قلوها و چند قلو های دختر و پسری بودند که در گروه سنی ۳۰-۱۵ سال عضو جامعه ی همیار دوقلو بودند که ۲۱۰ نفر از آنان به روش تصادفی به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار گرد آوری اطلاعات دو پرسشنامه بود:

ابزار پژوهش

الف- پرسشنامه دشواری های تنظیم هیجانی: این پرسشنامه توسط گراتز در سال ۲۰۰۴ ساخته شد ۳۶ سوال دارد و از شش خرده مقیاس تشکیل شده است. این خرده مقیاس ها عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ های هیجانی (۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹)، دشواریهای دست زدن به رفتار هدفمند (۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳)، دشواری کنترل تکانه (۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲)، فقدان آگاهی هیجانی (۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴)، محدودیت در دستیابی به راهبردهای تنظیم هیجانی (۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶)، فقدان شفافیت هیجانی (۱، ۴، ۵، ۷، ۹)، این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی از یک تا چهار (هرگز - گاهی - نیمی از اوقات - بیشتر اوقات)، نمره گذاری می شوند. عبارت ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴، به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. این پرسش نامه از همسانی درونی بسیار خوبی برخوردار است (۰/۹۳) و پایایی خرده مقیاس های آن با آلفای کرونباخ بیش از ۰/۸۰ برای هر خرده مقیاس، بسیار مناسب است. در ایران اولین بار علوی این پرسشنامه را در ایران هنجاریابی کرده است. در پژوهش علوی پایایی پرسشنامه تنظیم هیجانی با دو روش آلفای کرونباخ و تصیف محاسبه گردیده که برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۸۶ و ۰/۸۰ و بیانگر ضرایب قابل قبول پرسشنامه یاد شده می باشد (۱۰). پایایی پرسشنامه تنظیم هیجانی بین ۰/۵۴ تا ۰/۸۶ نوسان دارد. برای تعیین اعتبار پرسشنامه یاد شده، نمره آن را با نمره پرسشنامه هیجان خواهی زاگرمین همبسته نموده که مشخص شد همبستگی مثبت معنی داری بین آنها وجود دارد. این امر بیانگر برخورداری پرسشنامه تنظیم هیجانی از اعتبار لازم است. چون پرسشنامه استاندارد است نیاز به بررسی مجدد روایی نیست و تنها در این پژوهش ضریب پایایی پس از تکمیل ۳۰ پرسشنامه توسط نمونه های پژوهش از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد که نتایج در جدول ذیل آمده است.

جدول ۱- محاسبه پایایی پرسشنامه دشواری تنظیم هیجانی با آلفای

کرونباخ

¹The Short Form Health Survey

²Ware

استفاده شد.

نتایج

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی ابعاد دشواری در تنظیم هیجانات

بیشترین نمره	حد اقل نمره	حداکثر نمره	میانگین انحراف	پرسشنامه	پاسخگویان	پاسخگویان	معیار
۱۸۰	۶۴	۱۰۶	۸۴/۴۱	۹/۷۶۹	نمره کلی دشواری در تنظیم هیجانات		
۳۰	۶	۱۳	۹/۱۷	۱/۹۸۲	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی		
۲۵	۸	۱۴	۱۲/۰۵	۱/۲۱۶	دشواری دست زدن به رفتار هدفمند		
۳۰	۱۱	۱۷	۱۴/۷۰	۱/۲۹۸	دشواری‌های کنترل تکانه		
۳۰	۱۲	۳۰	۱۹/۶۲	۳/۱۲۴	فقدان آگاهی هیجانی		
۴۰	۱۲	۲۲	۱۷/۱۴	۲/۶۴۳	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی		
۲۵	۶	۱۶	۱۱/۷۲	۳/۳۹۴	فقدان شفافیت هیجانی		

نمره پرسشنامه کیفیت زندگی بین ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شده است. همان طور که مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد حداقل نمره کلی کیفیت زندگی پاسخگویان ۵۹، حداکثر نمره پاسخگویان ۹۴ و میانگین آن ۷۹/۵۷ است.

جدول ۴- بررسی نرمال بودن شاخص‌های دشواری تنظیم هیجانی

میانگین انحراف	آماره	سطح معیار کولموگروف معناداری	اسمیرنوف	معیار
۹/۱۷	۱/۹۸۲	۰/۰۶۱	۰/۲۰۳	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی
۱۲/۰۵	۱/۲۱۶	۰/۰۵۴	۰/۲۵۳	دشواری دست زدن به رفتار هدفمند
۱۴/۷۰	۱/۲۹۸	۰/۰۵۳	۰/۲۶۹	دشواری‌های کنترل تکانه
۱۹/۶۲	۳/۱۲۴	۰/۰۵۹	۰/۲۷۳	فقدان آگاهی هیجانی
۱۷/۱۴	۲/۶۴۳	۰/۰۶۷	۰/۱۲۱	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی
۱۱/۷۲	۳/۳۹۴	۰/۰۵۲	۰/۲۸۴	فقدان شفافیت هیجانی

همان طور که مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد سطح معناداری برای تمام ابعاد دشواری تنظیم هیجانی بیش از ۰/۰۵ است. به این ترتیب توزیع تمام ابعاد دشواری تنظیم هیجانی نرمال است.

جدول ۵- بررسی نرمال بودن شاخص‌های کیفیت زندگی

میانگین	انحراف معیار	آماره کولموگروف	سطح معناداری	اسمیرنوف
۷۹/۵۷	۱۰/۰۸۰	۰/۵۳۶	۰/۰۶۷	کیفیت زندگی

همان طور که مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد سطح معناداری برای کیفیت زندگی بیش از ۰/۰۵ است به این ترتیب توزیع کیفیت زندگی نرمال است.

جدول ۶- ماتریس همبستگی دشواری در تنظیم هیجانات با کیفیت زندگی در نوجوانان و جوانان همزاد چندتایی

کیفیت زندگی	نمره کلی دشواری در تنظیم هیجانات	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	دشواری دست زدن به رفتار هدفمند	دشواری‌های کنترل تکانه	فقدان آگاهی هیجانی	دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	فقدان شفافیت هیجانی
۰/۵۵۹*	ضریب همبستگی						
۰/۲۱۲**	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی					
۰/۳۰۴**	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی				
۰/۰۱۰	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی			
۰/۴۶۶**	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی		
۰/۴۵۳**	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	
۰/۶۰۰**	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی

* معناداری در سطح ۰/۰۵ و ** معناداری در سطح ۰/۰۱ است.

همان طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، نمره کلی کیفیت زندگی با نمره کلی دشواری در تنظیم هیجانات همبستگی منفی معنادار دارد (۰/۵۵۹-).

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی

حد اقل نمره	پاسخگویان	حداکثر نمره	پاسخگویان	میانگین انحراف معیار
۵۹	۹۴	۷۹/۵۷	۱۰/۰۸۰	نمره کلی

رفتارهای ناسازگار فرزندان رابطه دارد (۱۳) که این یافته ها نیز با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

همچنین گراتز و گاندرسون^۳ ارتباط مثبت بین تنظیم هیجان و کیفیت زندگی و سلامت روان در افراد را گزارش کردند (۱۴) که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. این پژوهش با روش توصیفی مقطعی انجام شد، پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی از روش های کیفی همچون مصاحبه عمیق و بحث های گروهی متمرکز به منظور انجام چنین پژوهشی بهره گرفته شود. با توجه به جدید بودن مؤلفه مهارت های خودتنظیمی هیجانی و تحقیقات اندکی که در رابطه با آن صورت گرفته، پیشنهاد می شود که رابطه مهارت های خودتنظیمی هیجانی با سایر متغیرهای روان شناختی مثل عزت نفس، خود پنداره، خودکارآمدی بررسی گردد. با توجه به یافته های پژوهش حاضر که نشان داد مهارت های خودتنظیمی هیجانی بر کیفیت زندگی نوجوانان و جوانان همزاد چند تایی تأثیر گذار است از این رو پیشنهاد می گردد کلاسهای آموزشی و کارگاههای آموزشی هم برای والدین و هم برای فرزندان در زمینه مهارت های خودتنظیمی اختصاص یک اتاق در مدارس به عنوان اتاق مشاوره و حضور مشاوران و روان شناسان در مدارس جهت دسترسی دانش آموزان با آنان می تواند به تقویت این مهارت ها و نیز بهبود کیفیت زندگی در دانش آموزان بیانجامد.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش جهت آگاهی والدین از چگونگی مهارت های خودتنظیمی هیجانی بر کیفیت زندگی چندقلوها می تواند اثر مطلوبی داشته باشد و باعث آموزش الگوهای صحیح خودتنظیمی هیجانی چندقلوها شود. پیشنهاد می گردد کلاس های آموزشی و کارگاه های آموزشی هم برای والدین و هم برای فرزندان همزاد چندتایی در زمینه مهارت های خودتنظیمی هیجانی برگزار شود.

($r=$) یعنی با افزایش کیفیت زندگی دشواری در تنظیم هیجانها کاهش داشته است. نمره کلی کیفیت زندگی با ابعاد دشواری در تنظیم هیجانها از جمله عدم پذیرش پاسخ های هیجانی ($r=-0/212$)، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند ($r=-0/304$)، فقدان آگاهی هیجانی ($r=-0/466$)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ($r=-0/453$) و فقدان شفافیت هیجانی ($r=-0/600$) همبستگی منفی دارد. یعنی با افزایش کیفیت کلی زندگی دشواری تنظیم هیجانی برای ابعاد ذکر شده کاهش داشته است یا به عبارت دیگر با افزایش کیفیت کلی زندگی مهارت های تنظیم هیجانها برای این ابعاد افزایش داشته است.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد نمره کلی کیفیت زندگی با نمره کلی دشواری در تنظیم هیجانها همبستگی منفی معنادار دارد، یعنی با کاهش دشواری در تنظیم هیجانها کیفیت زندگی افزایش داشته است و به این معناست که با افزایش مهارت های خودتنظیمی هیجانی کیفیت زندگی پاسخگویان افزایش می یابد. همچنین با کاهش دشواری در تنظیم هیجانها از جمله عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی و یا به عبارتی با افزایش مهارت های خودتنظیمی هیجانی کیفیت زندگی پاسخگویان افزایش می یابد. نتایج پژوهش جنینگز و گرینبرگ^۱ نشان داد که با افزایش تنظیم هیجان عزت نفس و تعاملات اجتماعی در افراد بهبود می یابد (۱۲) و افزایش دفعات تجربه هیجانی مثبت باعث مراقبه مؤثر با موقعیت استرسزا می شود و حتی رفتارها و فعالیتهای مناسب در پاسخ به موقعیتهای اجتماعی را بالا می برد و عاملی کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است و این مهم بهبود کیفیت زندگی را در افراد سبب خواهد شد که این یافته همراستا با نتایج پژوهش حاضر است. نتایج پژوهش ترنر^۲ و همکاران نیز نشان داد که سبک های فرزند پروری والدین با

³Gratz and Gunderson

¹Jennings and Greenberg

²Turner

References

1. Sadeghi MR, Lotfolahi Shabestari O, Akhundi MM, Maleki H, Hamzadeh H, Sadeghi E, et al. Database design and creation twins and the Iranian Twin. Monitoring 2009; 8(2): 123-33. (Persian)
2. Eisenberg N, Spinrad TL, Eggum ND. Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. Ann Rev Clin Psychol 2010; 27(6): 495-525.
3. Hesamzadeh A. [Compare the quality of life of seniors living in households with elderly residents of nursing homes in Tehran in 2003]. MS. Dissertation. Community Health Nursing, Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, 2004. (Persian)
4. Montazeri A, Goshtasb A. [Translation, reliability and validity of the quality of life questionnaire sf36]. Monitoring 2005; 5(1): 49-56. (Persian)
5. Khararzi S. [Quality of life and happiness index of Tehran]. Advertising and public relations 2009; 7. (Persian)

6. Bateni P, Abolghasemi A, Ali Akbari Dehkordi M, Hormozi M. The effect of emotion-regulation skills training on quality of life increase among female anxious school students in Ardabil]. *Journal of behavioral sciences* 2014; 8(1): 5-6.
7. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In: Kring AM, Gross JJ. (editors). *Emotion regulation and psychopathology: A trans-diagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford; 2010.
8. Kennedy-Moore E, Watson JC. How and when does emotional expression help? *Rev Gen Psychol* 2001; 5(3): 187.
9. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol* 1998; 2(3): 271.
10. Yousefi J. The relationship between positive emotions and negative emotion regulation strategies and mental health of students. *Faculty of Medical Sciences Nishabur* 2015; 3(1): 66-74.
11. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 health survey: manual and interpretive guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
12. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research* 2005; 14(3): 875-82.
13. Turner EA, Chandler M, Heffer RW. The influence of parenting styles, achievement, motivation and self- efficacy on academic performance in college students. *J Coll Stud Dev* 2009; 50(3): 337-46.
14. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2006; 37(1): 25-35.