Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/12/ No.3 .2025
Page: 141-157

# Investigating the psychometric properties of the Persian version of the Positive Emotion Dysregulation Scale in women with breast cancer

**Tayebeh Mahmoudi[1], Seyed Mohammad Reza Taghavi[2], Mohammad Ali Godarzi[3], Habib Hadianfard[4], and Alireza Rezvani[5]**

1. PhD of clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran (corresponding author).
Email: Mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir
3. Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
4. Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
5. Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

**Received:** 16/05/2024 **Accepted:** 19/05/2024

## Abstract

**Introduction**: The vital role of emotion regulation and expression, especially in the context of adapting to breast cancer—has been widely recognized in recent years.
Objective: This study aimed to assess the psychometric properties of the Persian version of the Positive Emotion Dysregulation Scale.
**Method:** This research followed a descriptive-applied design and was categorized as a psychometric study. The statistical population included all women diagnosed with breast cancer who were referred to Shahid Motahari Clinic in Shiraz. A purposive sample of 200 women was selected to complete the study instruments. To evaluate the validity and reliability, factor loadings, average variance extracted (AVE), cross-loadings, the Fornell–Larcker criterion, and Cronbach's alpha were used. Data were analyzed using SmartPLS-3 and SPSS version 26.
**Results**: The model demonstrated a good fit, and both convergent and discriminant validity were confirmed. The factor loadings for the subscales of acceptance, goals, and impulse were 0.69, 0.83, and 0.80, respectively. Reliability of the scale—calculated through Cronbach's alpha, composite reliability, and rho-A—was 0.88, 0.90, and 0.89, respectively, all exceeding the acceptable threshold of 0.70.
**Conclusion**: The 13-item Positive Emotion Dysregulation Scale showed acceptable validity and reliability in women with breast cancer. Given the importance of positive emotions in the disease process, the availability of this scale can greatly aid in assessing and exploring the role of positive emotion dysregulation in the population. Therefore, its use is recommended for psychological screening and therapeutic interventions among the patients.

**Keywords**: Positive emotion dysregulation, Breast cancer, Validity, Confirmatory factor analysis, Composite reliability

Mahmoodi T, Taghavi S M R, Godarzi M A, Hadianfard H, Rezvani A. Investigating the psychometric properties of the Persian version of the Positive Emotion Dysregulation Scale in women with breast cancer. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (3)؛141-157 URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2256-fa.html

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره . ۳ ، ۱۴۰۴
صفحات: ۱۵۷-۱۴۱

# بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت در زنان مبتلا به سرطان سینه

**طیبه محمودی[۱]، سید محمدرضا تقوی[۲]، محمدعلی گودرزی[۳]، حبیب هادیان فرد[۴]، علیرضا رضوانی[۵]**

۱. دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۲. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Mtaghavi@rose.shirazu.ac.ir
۳. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۴. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۵. استادیار، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

**تاریخ دریافت مقاله:** ۱۴۰۳/۰۲/۲۷ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۰۲/۳۰

## چکیده

**مقدمه:** امروزه نقش مهم تنظیم و بیان هیجانات به ویژه در سازگاری با سرطان سینه به طور گسترده شناخته شده است.

**هدف**: این مطالعه با هدف بررسی خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت انجام شد.

**روش:** طرح پژوهش حاضر توصیفی – کاربردی و از نوع مطالعات روان‌سنجی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به درمانگاه شهید مطهری شیراز و نمونه شامل ۲۰۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و مقیاس‌های پژوهش را تکمیل نمودند. جهت بررسی روایی و پایایی از شاخص‌های بارهای عاملی، میانگین واریانس استخراج شده، معیار بارهای عرضی، معیار فورنل – لارکر وآلفای کرونباخ، استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اسمارت- PLS 3 و SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** مدل پژوهش از برازش مطلوب برخوردار بوده و روایی همگرا و واگرای مدل تأیید شد. بار عاملی خرده مقیاس پذیرش، اهداف و تکانه به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۸۳ و ۰/۸۰ بود. پایایی مقیاس از سه روش آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و شاخص rho-A به ترتیب برای مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت ۰/۸۸، ۰/۹۰ و ۰/۸۹ محاسبه شد که بالاتر از ۰/۷۰ و در حد مطلوبی قرار داشتند.

**نتیجه‌گیری**: مقیاس ۱۳ عاملی بدتنظیمی هیجان مثبت در زنان مبتلا به سرطان سینه دارای روایی و پایایی قابل‌قبولی بود. با توجه به نقش هیجانات مثبت در روند بیماری، وجود مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت به سنجش و بررسی نقش بدتنظیمی هیجان مثبت در زنان مبتلا به سرطان سینه کمک شایانی خواهد کرد. پیشنهاد می‌شود از این ابراز برای غربال‌گری و درمان روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان استفاده شود.

**کلیدواژه**: بدتنظیمی هیجان مثبت، سرطان سینه، روایی‌سنجی، تحلیل عامل تأییدی، پایایی مرکب.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است

**مقدمه**

هیجانات در دوران کودکی ظاهر می شوند و در طول مراحل مختلف رشد پیچیده‌تر می‌شوند. بنابراین دانستن نحوه تنظیم آنها بسیار مهم است (گوییمارس، توریز، ویرا، جونسون، گوییرا و لنکاستره[۱]، ۲۰۲۴). مجموعه قابل توجهی از تحقیقات ارتباط مثبت قابل توجهی را بین بدتنظیمی هیجان و و علائم طیف گسترده-ای از اختلالات روانی، از جمله اختلالات شخصیت (دیماگو، پوپولو، مونتانو، ولوتی، پرینی، بونوکور، گاروفالو، داگونو و سالواتور[۲]، ۲۰۱۷) اختلال شخصیت ضد اجتماعی (گاروفالو، ولوتی، کالی، پوپولو، سالواتور، ساوالو و دیماگو[۳]، ۲۰۱۸) و روان‌پریشی (گارفالو، نیومن و ولوتی[۴]، ۲۰۱۸) گزارش داده‌اند. در رابطه با بیماری‌های جسمی نیز در تحقیقات مشخص شده است که راهبردهای‌های ناسازگار تنظیم هیجان، به‌ویژه سرکوب و اجتناب، یک مکانیسم روان‌شناختی احتمالی است که زیربنای خوشه‌هایی از علائم روان‌شناختی مرتبط با سرطان است (گویموند، آیورس و ساوارد، ۲۰۲۰[۵]). هم-چنین امروزه نقش مهم تنظیم و بیان هیجانات به ویژه در سازگاری با سرطان سینه به طور گسترده شناخته شده است (براندو، تاوارس، اسکولز و ماتوس[۶]، ۲۰۱۶) و مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند در سرطان سینه که یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان است با توجه به ضعف جسمانی و روانی که این بیماری به همراه دارد، چالش برانگیز باشد (رامانی، رامانی، آلورکار، اجیکومار و ترایوید[۷]، ۲۰۱۷).

تعداد زیادی از مطالعات موجود که بر ارتباط بدتنظیمی هیجان تاکید می‌کنند، منجر به توصیف آن به عنوان یک سازه فراتشخیصی شده است که برای پیدایش و حفظ انواع تظاهرات آسیب شناسی روانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (آلدوا، نولن هاکسما و اسچیزر[۸]، ۲۰۱۰ و گویموند، آیورس و ساوارد، ۲۰۲۰[۹]). اما علی-رغم تحقیقات گسترده در این حیطه، برخی از نویسندگان اخیرا خاطرنشان کردند که بیشتر تحقیقات تجربی منحصرا بر موضوع هیجانات منفی متمرکز شده‌اند (دوپونت، ولکر، گیلبرت و گروبر[۱۰]، ۲۰۱۶) و در واقع، بررسی نقش ظرفیت تنظیم حالات هیجانی مثبت در حاشیه باقی مانده است. بدتنظیمی هیجانات مثبت به عنوان مشکل در درک و پذیرش تجربیات هیجانی، نقص در کنترل رفتار تکانشی و تداوم رفتار هدفمند در زمینه هیجانات و هم‌چنین استفاده غیرقابل انعطاف از راهبردهای مناسب موقعیت برای تغییر پاسخ‌های هیجانی تعریف می شود (گراتز و تول[۱۱]، ۲۰۱۰). دلیل این کمبود تحقیقات را می توان در فقدان ابزارهای معتبر در دسترس یافت که امکان بررسی دقیق ساختار گسترده‌تر اختلال در تنظیم هیجانات مثبت را فراهم می‌کند (ولوتی، روگیر،

[۱] Guimarães, Torres, Vieira, Jönsson, Guerra, & Lencastre
[۲] Dimaggio, Popolo, Montano, Velotti, Perrini, Buonocore, Garofalo, D'aguanno & Salvatore
[۳] Garofalo, Velotti, Callea, Popolo, Salvatore, Cavallo, & Dimaggio
[۴] Garofalo, Neumann & Velotti
[۵] Guimond, Ivers & Savard
[۶] Brandão, Tavares, Schulz, & Matos
[۷] Ramani, Ramani, Alurkar, Ajaikumar & Trivedi
[۸] Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer
[۹] Guimond, Ivers & Savard
[۱۰] du Pont, Welker, Gilbert, & Gruber
[۱۱] Gratz & Tull

سیویلا، گارفالو، سرافینی و آمور[۱]، ۲۰۲۰). آگاهی از این شکاف موجود، گروهی از نویسندگان را بر آن داشت تا مقیاس بد تنظیمی هیجانی مثبت را طراحی کنند که یک پرسشنامه خودگزارشی است که اختلالات در ظرفیت های تنظیم حالات هیجانی مثبت را بر اساس چشم انداز چند بعدی مورد بررسی قرار می‌دهد (ویس، گراتز و لاوندر[۲]، ۲۰۱۵). به طور خاص، آیتم‌های این ابزار برای تمرکز بر مشکلات در ابعاد بدتنظیمی هیجان مثبت انتخاب شدند: عدم پذیرش هیجانات مثبت، دشواری در کنترل رفتارها هنگام تجربه هیجان‌های مثبت و مشکلات درگیر شدن در رفتارهای هدفمند در زمینه هیجانات مثبت. طراحی و ساخت چنین ابزاری به محققان اجازه داد تا دانش خود را نسبت به نقش بدتنظیمی هیجان مثبت در آسیب شناسی روانی و سایر پیامدهای ناسازگار گسترش دهد (ویس، گرتز و لوندر، ۲۰۱۵).

ویس، داروش، کانتراکتور، اسچیک، دیکسون گاردون [۳](۲۰۱۹) ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی مقیاس دشواری های تنظیم هیجان مثبت [۴]را در میان دانشجویان مورد پژوهش قرار دادند و متوجه شدند که یافته‌ها از ساختار سه عاملی این مقیاس پشتیبانی می‌کنند. ولوتی، روگیر، سیویلا، گارفالو، سرافینی و آمور[۵]، (۲۰۲۰) نیز به بررسی اعتبار و پایایی نسخه ایتالیایی ابراز بدتنظیمی هیجان مثبت در سه گروه نمونه‌های نرمال، نمونه های بالینی و نمونه‌هایی از پزشکی قانونی پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که تجزیه و تحلیل عامل تاییدی از ساختار سه عاملی DERS-P در هر دو نمونه بالینی و غیر بالینی پشتیبانی می‌کند. ساترن، هگلستاد، تجورا، هافستاد و آگوستی [۶](۲۰۲۵) به بررسی خصوصیات روان‌سنجی نسخه کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان برای نوجوانان در نروژ پرداختند و دریافتند که می‌توان از این پرسشنامه کوتاه برای سنجش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در جمعیت نوجوانان نروژی استفاده کرد. وایکووف، گریفین، هلی، هانی، واتس و تروول [۷](۲۰۲۴) نیز مقیاس مختصر اختلال در تنظیم هیجان را برای ثبت چهار مؤلفه اختلال در تنظیم هیجان که عبارت بود از حساسیت، ناپایداری، واکنش‌پذیری و پیامدها را در چهار نمونه مستقل از دانشجویان دانشگاه توسعه دادند که تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تأییدی از زیرمقیاس واکنش‌پذیری پشتیبانی نکردند و در عوض از یک مدل دو عاملی مناسب برای حساسیت و ناپایداری پشتیبانی کردند. در پژوهش‌های داخلی نیز کاظمی رضایی، مرادی، شاهقلیان، عبدالهی و پرهون (۱۴۰۱) به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت در میان دانشجویان پرداختند که شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی دلالت بر برازش مطلوب مدل سه عاملی مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت داشت. هم‌چنین اکبری، پورعبدل و غریب‌زاده (۱۴۰۳) به بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه کوتاه پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان در دانش‌آموزان پرداختند و نتایج تحلیل عاملی تأییدی همانند فرم اصلی، پنج عامل عدم وضوح هیجانی، دشواری در کنترل تکانه‌ها، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، دسترسی محدود به راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان و عدم پذیرش پاسخهای هیجانی را مورد تأیید قرار داد و در نهایت کیانفر، باهنر و صنیعی‌منش (۴۰۲) به بررسی ویژگی‌های

[۱] Velotti, Rogier, Civilla, Garofalo, Serafini & Amore
Weiss, Gratz & Lavender [۲]
[۳] Weiss, Darosh, Contractor, Schick & Dixon- Gordon
[4] Positive Emotion Dysregulation Scale
[۵] Velotti, Rogier, Civilla, Garofalo, Serafini & Amore
[۶] Sætren , Hegelstad , Tjora , Hafstad & Augusti
[۷] Wycof , Griffin, Helle, Haney, Watts & Timothy

روانسنجی پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان و پرسشنامه تحمل پریشانی در دانش‌آموزان متوسطه پرداختند و دریافتند که این مقیاس پایایی و روایی خوبی در جمعیت ایرانی دارند و مقیاس خودسنجی مناسبی برای موقعیتهای بلالینی و پژوهشی می‌باشند.

از سویی در ایران بر اساس گزارش ملی در سال ۱۳۹۴، سرطان سینه شایع ترین نوع سرطان در زنان است و شیوع آن ۳۲,۹ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است که در استان تهران بیشتر است (روشندل، قنبری مطلق، پرتویی پور، صلواتی، حسن پور حیدری، محمدی، خوشابی، سجادی، دوانلو و توانگر، ۲۰۱۹). هم‌چنین در زمینه بیماری سرطان سینه توجه به این نکته ضروری است که پستان نمایانگر زنانگی است که معمولا در طول فرآیند سرطان به خطر می افتد و ممکن است تغییر شکل پیدا کند یا در نهایت برداشته شود و زن با اسکار یا جای زخم باقی بماند که ممکن است بر درک تصویر بدن تأثیر بگذارد. سایر عوارض جانبی مانند ریزش موی موقت یا تغییرات وزن نیز وجود دارد که ممکن است منجر به احساس جذابیت کمتر شود و می‌تواند با عدم پذیرش بدن پس از درمان و احساس بیگانگی نسبت به بدن در زنان مبتلا به این بیماری مرتبط باشد (سبری، دورسینی، مازونی و پراوتونی[۱]، ۲۰۲۲). بنابراین با توجه پیشینه موجود و نقش اساسی بدتنظیمی هیجان مثبت در بیماری سرطان و با توجه به شیوع روزافزون آن در سال‌های اخیر و هم‌چنین با توجه به این که اکثر پژوهش‌های مطرح شده به بررسی اعتبار و پایایی ابزارهای تنظیم هیجان در جمعیت‌های نرمال و به ویژه دانش‌آموزان و دانشجویان پرداختند و هیچ یک از تحقیقات موجود به بررسی شرایط روان‌سنجی این ابزار در بیماران خاص به ویژه سرطان نپرداخته است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اعتبار و روایی مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد.

## روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی – کاربردی و از نوع مطالعات روان‌سنجی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی شهید مطهری شیراز در سال ۱۴۰۲ بود که تعداد ۲۰۰ نفر مطابق با نظر میرز، گامست و گوارینو [۲](۲۰۱۶) که معتقدند حجم نمونه تحلیل عاملی نباید کم‌تر از ۲۰۰ نفر باشد، به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن تشخیص سرطان سینه، داشتن مدرک حداقل دیپلم، فاصله‌ی سنی ۱۸ تا ۶۰ سال و مراجعه به درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی شهر شیراز بود و معیارهای خروج از پژوهش شامل تشخیص اختلالات روان‌پریشی، سؤمصرف مواد و الکل، نداشتن سواد خواندن و نوشتن، ناتوانی ذهنی و ناتوانی در درک دستورالعمل‌های پژوهش بود. جهت اجرای پژوهش ابتدا مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت توسط دو مترجم به زبان فارسی ترجمه و توسط دو نفر از اساتید روان‌شناسی که به زبان انگلیسی تسلط داشتند بررسی و اصلاح شد و سپس مجددا به زبان انگلیسی ترجمه شد و در نهایت از نظر روانی و میزان فهم مورد بررسی قرار گرفت. روند اجرای

۱ Sebri, Durosini, Mazzoni, & Pravettoni

۲ Meyers, Gamst, Guarino

پژوهش به این صورت بود که کلیه بیماران دارای تشخیص سرطان سینه توسط پزشک متخصص آنکولوژیست به پژوهشگر ارجاع شدند و بعد از توضیح هدف و فرآیند پژوهش و ملاحضات اخلاقی شامل محرمانه بودن اطلاعات و حق عدم مشارکت در پژوهش، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش نمودند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل‌ها در دو سطح توصیفی شامل محاسبه میانگین و انحراف معیار و استنباطی شامل همبستگی پیرسون، ضریب آلفای کرونباخ و تحلیل عامل تأییدی توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و اسمارت PLS نسخه ۳ انجام شد.

## ابزار

***مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت***[۱]**:** یک مقیاس اندازه گیری خودگزارشی ۱۳ ماده ای است که توسط وایس،گراتز و لواندر [۲](۲۰۱۵) تدوین شد و بی نظمی هیجان ناشی از هیجانات مثبت را در سه حوزه ارزیابی می کند: عدم پذیرش هیجانات مثبت (خرده مقیاس پذیرش؛ ۴ گویه)، مشکلات درگیر شدن در رفتارهای هدفمند هنگام تجربه هیجانات مثبت (خرده مقیاس اهداف؛ ۴ گویه) و دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی هنگام تجربه هیجانات مثبت (خرده مقیاس تکانه؛ ۵ گویه) و شرکت کنندگان با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه ای از نوع لیکرت (۱ = تقریبا هرگز تا ۵ = تقریبا همیشه) به هر مورد امتیاز می دهند. این مقیاس از ویژگی‌های روان-سنجی قابل قبولی برخوردار است و وایس،گراتز و لواندر [۳](۲۰۱۵) نشان دادند که تحلیل عامل اکتشافی ۱۳سؤال مقیاس می‌تواند ۶۰,۲۶ درصد از واریانس کلی را تبیین کند و آلفای کرونباخ این ابزار برای خرده مقیاس عدم پذیرش هیجانات مثبت، ۸۷/. برای خرده مقیاس مشکلات درگیر شدن در رفتارهای هدفمند هنگام تجربه هیجانات مثبت، ۸۳/. و برای خرده مقیاس دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی، ۸۶/. و برای کل مقیاس ۹۰/. بود و ضریب روایی همزمان این ابزار از طریق محاسبه همبستگی آن با ابزارهای زیر به دست آمد که همبستگی این مقیاس با مقیاس انتظارات تعمیم یافته برای مقیاس تنظیم خلقی منفی، ۲۴/.- و همبستگی آن با مقیاس بیان هیجانی۰/۱۵- و با شاخص پیوند والدین - غفلت عاطفی، ۱۲/. + و همگی در سطح (p<۰/۰۰۱) معنی‌دار بودند. در پژوهش کاظمی رضایی و همکاران نیز (۱۴۰۱) میزان آلفای کرونباخ برای پذیرش برابر با ۷۲/ تکانه برابر با۰/۸۶، اهداف برابر با ۰/۸۴ و کل مقیاس برابر با۰/۹۰ به دست آمد. روایی همگرا و واگرا نیز از طریق محاسبه‌ی همبستگی مقیاس به ترتیب با مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و بهزیستی روانشناختی تأیید شد.

***مقیاس بدتنظیمی هیجان***[۴]**:** این مقیاس توسط گراتز و رومر [۵](۲۰۰۴) ساخته شده و شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس عدم پذیرش هیجانهای منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی است. این مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه ای از تقریبا هرگز تا تقریبا همیشه نمره-گذاری می‌شود. شاخص پایایی و روایی این مقیاس در تحقیقات گراتز و رومر (۲۰۰۴) حاکی از همسانی درونی

[۱] Positive Emotion Dysregulation Scale
[۲] Weiss, Gratz & Lavender
[۳] Weiss, Gratz & Lavender
[۴] Emotion Dysregulation Scale
[۵] Gratz & Roemer

خوب مقیاس بود. پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و برای هر خرده مقیاس ۰/۸۰محاسبه شد. روایی همگرای این مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس انتظار تعمیم‌یافته برای تنظیم خلق و خوی منفی محاسبه شد که میزان همبستگی این دو مقیاس ۰/۶۹- و در سطح ۰۰/۰۱ معنی دار بود. هم‌چنین همبستگی این مقیاس با اجتناب تجربه‌ای ۰/۶۰ و در سطح ۰۰/۰۱ معنی دار بود. در پژوهش بشارت (۱۳۸۶) ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد. پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس در دو نوبت با فاصله ۴ تا ۶ هفته برای نمونه‌های بالینی ۰/۸۷ به دست آمد. روایی همگرای این مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس بهزیستی روان-شناختی ۰/۵۳- محاسبه شد.

***مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف[1]:*** یک نسخه ی کوتاه ۱۸ سوالی است که توسط ریف[2] در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت (ریف و سینگر[3]، ۲۰۰۶). این نسخه، مشتمل بر ۶ خرده مقیاس استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود بوده که در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۳) پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۱ محاسبه شد. روایی همگرای این مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس سیاهه روان‌درمانی مثبت‌نگر برای عامل پذیرش خود، ۰/۴۹ برای عامل تسلط محیطی ۰/۳۸، برای عامل روابط مثبت ۰/۳۲، برای عامل هدف در زندگی ۰/۳۱، برای عامل رشد شخصی، ۰/۳۹ و برای عامل استقلال ۳۰ محاسبه شد که همگی در سطح ۰۰/۰۱ معنی‌دار بودند. هم‌چنین روایی واگرای آن از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس لاویباند در همه خرده مقیاس‌ها منفی و معنی‌دار بود. در پژوهش ابوت، پلوبیدیس، هوپرت، کوو، واتزورث و کرودیس [4](۲۰۰۶) همبستگی بین بهزیستی روان‌شناختی و اندازه‌گیری چند بعدی پریشانی روان‌شناختی بهزیستی روانشناختی و با ابعاد سلامت روان به عنوان اعتبار پیش-بین منفی و معنی‌دار بود. ریف (۱۹۸۹) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ برآورد کرد (ریف و سینگر، ۲۰۰۶).

## یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۰ نفر از بیماران دارای تشخیص سرطان سینه مراجعه کننده به درمانگاه شهید مطهری شیراز شرکت نمودند. میانگین سنی بیماران در این مطالعه حداقل ۲۹ سال و حداکثر ۶۰ سال بود. هم‌چنین ۲۷ نفر (۱۳/۵ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۳۶ نفر (۱۸ درصد) دارای تحصیلات سیکل، ۵۵ نفر (۲۷/۵ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و ۲۲ نفر ( ۱۱) درصد دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، ۴۷ نفر (۲۳/۵ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و ۱۱ نفر (۵/۵ درصد) فوق لیسانس و ۲ نفر (۱درصد) دارای تحصیلات دکتری بودند. ۴۱ نفر (۲۰/۵ درصد) شاغل و ۱۴۱ (۷۰/۵) بیکار (خانه‌دار) و ۱۸ نفر (۹ درصد) بازنشسته بودند. ۲۲ نفر (۱۱ درصد) مجرد و ۱۵۶ (۷۸ درصد) متأهل و ۱۴ (۷ درصد) مطلقه و ۸ نفر (۴ درصد) بیوه بودند. ۴۹ نفر (۲۴/۵ درصد) دارای

[1] Ryff Psychological Well-Being Scale
[2] Ryff
[3] Ryff & Singer
[4] Abbott, Ploubidis, Huppert, Kuh, Wadsworth & Croudace

وضعیت اقتصادی ضعیف، ۱۴۴ نفر (۷۲ درصد) متوسط و ۷ نفر (۳/۵) درصد دارای وضعیت اقتصادی قوی بودند.

در پژوهش حاضر جهت برآورد روایی مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت از روش تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم با کمک نرم‌افزار Smart-PLS (رویکرد واریانس‌محور) نسخه ۳ استفاده شد. برای بررسی روایی همگرا در نرم-افزار Smart-PLS از دو شاخص بارهای عاملی و شاخص میانگین واریانس استخراج شده[1] AVE استفاده می‌شود. در شاخص بارهای عاملی خرده مقیاس ها همگی باید بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۰ باشد که با توجه جدول ۱ بارهای عاملی تمامی مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۴ و حاکی از روایی همگرای مقیاس است. شاخص AVE نیز بارهای عاملی را به توان دو می رساند و با هم جمع و تقسیم بر تعداد می کند. نقطه برش این شاخص ۵۰/. است و در پژوهش حاضر این شاخص برای خرده مقیاس پذیرش، ۰/۵۳ اهدف، ۰/۵۶ و تکانه ۰/۵۳ محاسبه شد و به این معنی است که متغیرهای پنهان توانسته‌اند، بالای ۵۰ درصد واریانس سازه را تبیین نمایند و در نتیجه روایی همگرای مدل حاضر مورد تأیید است (جدول ۱).

جدول ۱ نتایج و اجزای تحلیل عاملی سؤال‌ها و ضرایب اعتبار سازه‌های مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت را نشان می‌دهد.

جدول ۱: **نتایج و اجزای تحلیل عاملی سؤال‌ها و ضرایب اعتبار سازه‌های مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت**

| سازه | گویه | بار عاملی | آماره t | سطح معنی‌داری | AVE |
|---|---|---|---|---|---|
| پذیرش | ۲ | ۰/۷۵ | ۹/۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ |
| | ۴ | ۰/۷۰ | ۶/۲۰ | ۰/۰۰۱ | |
| | ۶ | ۰/۸۴ | ۲۳/۸۱ | ۰/۰۰۱ | |
| | ۱۲ | ۰/۶۰ | ۴/۷۱ | ۰/۰۰۱ | |
| اهداف | ۱ | ۰/۵۷ | ۵/۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶ |
| | ۷ | ۰/۷۷ | ۱۱/۱۱ | ۰/۰۰۱ | |
| | ۹ | ۰/۸۳ | ۱۱/۰۵ | ۰/۰۰۱ | |
| | ۱۱ | ۰/۸۰ | ۸/۸۳ | ۰/۰۰۱ | |
| تکانه | ۳ | ۰/۶۱ | ۵/۰۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ |
| | ۵ | ۰/۵۶ | ۵/۸۳ | ۰/۰۰۱ | |
| | ۸ | ۰/۷۴ | ۷/۸۵ | ۰/۰۰۱ | |
| | ۱۰ | ۰/۸۴ | ۱۳/۳۴ | ۰/۰۰۱ | |
| | ۱۳ | ۰/۷۵ | ۷/۲۶ | ۰/۰۰۱ | |

[1] average variance extracted

برای محاسبه روایی واگرا از سه شاخص معیار بارهای عرضی[۱]، معیار فورنل – لارکر و نسبت خصیصه متفاوت به مشابه HTMT[۲] استفاده شد. در معیار بارهای عرضی، بارهای بیرونی یا عاملی معرف‌های یک سازه یا عامل بایستی بزرگ‌تر از بارهای عرضی‌شان نسبت به سایر سازه یا عامل‌ها باشد تا روایی واگرا تأیید شود. ( بار بیرونی یک معرف متناظر با سازه باید بیش‌تر از همه بارهای آن معرف روی سایر سازه‌ها (بارهای عرضی) باشد یا بارهای بیرونی هر معرف با سازه یا عامل خودش حداقل ۰/۱۰ بیش‌تر از بار بیرونی همان معرف با سایر سازه یا عامل‌ها باشد. در پژوهش حاضر همه آیتم‌ها به جز آیتم ۳ مربوط به خرده مقیاس تکانه که تنها ۰/۱ بزرگ‌تر از خرده مقیاس اهداف ولی ۰/۱۹ بزرگ‌تر از خرده مقیاس پذیرش است، سایر آیتم‌ها حداقل ۰/۱۰ از بار بیرونی سایر خرده مقیاس‌ها بالاتر هستند که معرف روایی واگر تمامی عامل‌های مقیاس حاضر است.

در معیار فورنل – لارکر، ریشه دوم یا جذر شاخص AVE هر سازه و بالاترین همبستگی آن سازه با سایر سازه‌ها مقایسه می‌شود. در واقع یک سازه یا عامل باید واریانس بیش‌تری با معرف‌هایش در مقایسه با سایر سازه-ها یا عامل‌ها به اشتراک بگذارد. در واقع جذر AVE هر سازه باید بیش‌تر از بالاترین همبستگی آن سازه با سایر سازه‌های مدل باشد. مقادیر قطری، جذر AVE آن عامل یا سازه است و مقادیر غیر قطری همبستگی‌های معمول هستند. مقادیر زیر قطر باید از مقادیر قطری کم‌تر باشند. در پژوهش حاضر نیز با توجه به جدول ۳ همبستگی خرده مقیاس‌های مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت از جذر AVE خرده مقیاس‌ها کم‌تر است یا به عبارتی جذر AVE برای تمامی متغیرهای پنهان که در خانه‌های موجود در قطر اصلی ماتریس قرار دارند از مقدار همبستگی میان آن‌ها که در خانه‌های زیرین و راست قطر اصلی قرار گرفته‌اند، بیش‌تر می‌باشد بنابراین می‌توان اذعان نمود که مدل حاضر از اعتبار واگرای کافی برخوردار می‌باشد. در شاخص HTMT یا روایی نسبت خصیصه متفاوت به خصیصه مشابه، آیتم‌های متفاوت با هر آیتم به غیر از آیتم‌های عامل مورد نظر جمع شده و میانگین آن در صورت کسر قرار می‌گیرد و آیتم‌های همان عامل مورد نظر جمع شده و میانگین آن در مخرج کسر قرار می‌گیرد و عدد حاصل اگر کم‌تر از ۰/۹۰ یا در صورتی که متغیرهای مدل شباهت زیادی به هم داشته باشند، کم‌تر از ۰/۸۵ شود، شاخص HTMT تأیید می‌شود. در پژوهش حاضر شاخص HTMT خرده مقیاس‌های پذیرش و تکانه ۷۴/. و شاخص HTMT خرده مقیاس‌های پذیرش و اهداف ۸۵/. و کم‌تر از ۰/۹۰ است و در نتیجه روایی واگرا تایید می شود. اما شاخص HTMT خرده مقیاس‌های تکانه و اهداف ۹۷/. و در نتیجه روایی واگرای این خرده‌مقیاس ها به روش شاخص HTMT تایید نمی شود.

علاوه بر استفاده از نرم‌افزار اسمارت PLS از اجرای همزمان مقیاس بدتنظیمی هیجان و مقیاس بهزیستی روان-شناختی نیز برای بررسی روایی همگرا و واگرای مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ قابل مشاهده است.

[۱] cross loading

[۲] Hetero trait-Mono trait Ratio

جدول ۲: **همبستگی بدتنظیمی هیجان مثبت با بدتنظیمی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی**

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | متغیر پیش‌بین | متغیر ملاک | R | R2 | Beta | sig |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱. بدتنظیمی هیجان مثبت | ۱ | -۰/۳۳** | **۰/۴۶ | بدتنظیمی هیجان | بدتنظیمی هیجان مثبت | ۰/۴۷ | ۰/۲۲ | ۰/۸۷ | ۰/۰۰۱ |
| ۲. بدتنظیمی هیجان | | ۱ | **-۰/۵۹ | | | | | | |
| ۳. بهزیستی روان-شناختی | | | ۱ | بهزیستی روان-شناختی | | | | -۰/۴۳ | ۰/۲۶ |

همبستگی مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت با مقیاس بدتنظیمی هیجان ۰/۴۶ و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. هم‌چنین همبستگی آن با مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ۰/۳۳- و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است که حاکی از روایی همگرا و واگرای مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت می‌باشد. هم‌چنین ضریب رگرسیون بدتنظیمی هیجان مثبت با بدتنظیمی هیجان و بهزیستی روانشناختی ۰/۴۷ می‌باشد.

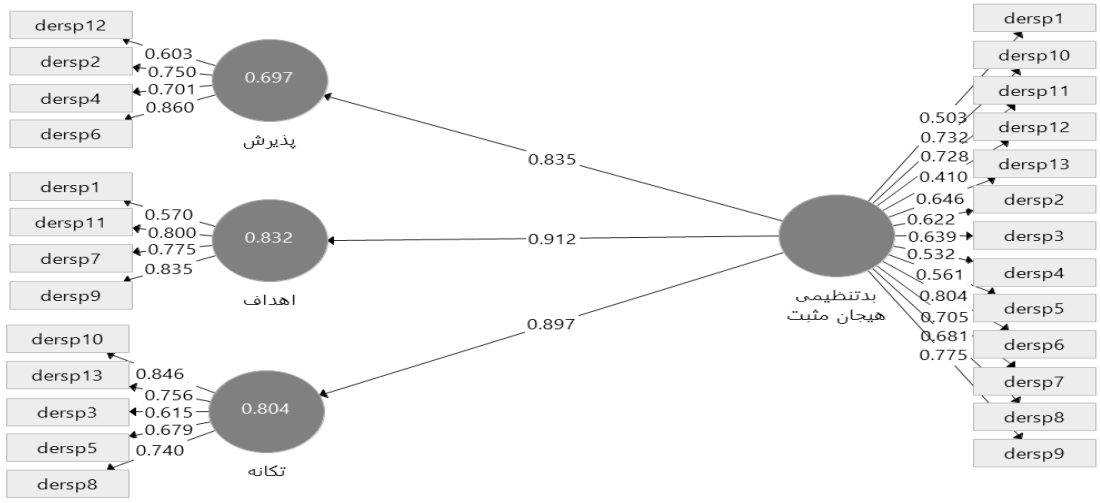
برای محاسبه پایایی مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت از سه روش آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی [۱] و شاخص rho- A استفاده شد که به ترتیب برای خرده مقیاس پذیرش ۰/۷۱ و ۰/۸۲ و ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس اهداف ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس تکانه ۰/۷۷، ۰/۸۵ و ۰/۷۸ و برای نمره کل مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت ۰/۸۸، ۰/۹۰ و ۰/۸۹ محاسبه شد که همگی بالاتر از ۰/۷۰ و حاکی از پایایی قابل قبول مقیاس می‌باشد. هم‌چنین از روش آلفای کرونباخ و روش تنصیف اسپیرمن – براون و گاتمن نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد که پایایی مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت به روش آلفای کرونباخ، اسپیرمن – براون و گاتمن به ترتیب برای خرده‌مقیاس پذیرش، ۰/۷۱، ۰/۸۰، ۰/۸۰ برای خرده مقیاس اهداف، ۰/۷۰، ۰/۵۵، ۰/۵۱ و برای خرده مقیاس تکانه، ۰/۷۶، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و برای کل مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت، ۸۷ /۰، ۰/۸۷ و ۰/۸۳ محاسبه شد که حاکی از پایایی مطلوب برای مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت می‌باشد.

برای ارزیابی کیفیت مدل از رویه بوت استرپ استفاده شد که نشان می‌دهد آیا معرف‌های مدل اندازه‌گیری انعکاسی به طور معنی‌داری از صفر تفاوت دارند یا خیر؟ رویه بوت استرپ یک توزیع از متغیر ایجاد کرده و با استفاده از آن توضیح می-دهد که آیا روابط به دست آمده معنی‌دار است یا خیر. نتایج به دست آمده نشان داد که آزمون T برای مسیر بدتنظیمی هیجان مثبت به اهداف ۴۱/۰۱ و برای مسیر بدتنظیمی هیجان مثبت به تکانه ۲۲/۴۰ و برای مسیر بدتنظیمی هیجان مثبت به پذیرش ۱۴/۵۶ و همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار هستند. بنابراین مدل از برازش مطلوب برخوردار است.

در شاخص های برازش مدل نیز، شاخص SRMR ۰/۰۷ محاسبه شد که این میزان باید کم‌تر از ۰/۰۸ باشد و میزان محاسبه شده نشان‌گر برازش مطلوب مدل است. سایر شاخص‌های برازش از قبیل d_ULS، d_G، Chi-Square و NFI به صورت مقدار n/a و بی‌نهایت نمایش

[۱] composite reliability

داده شد که نشان‌دهنده این است که این شاخص‌ها مناسب مدل‌هایی با رویکرد سلسله‌مراتبی با ماده‌های تکراری نیست.




شکل ۱: **تحلیل عاملی الگوی مفهومی سازه‌های مربوط به مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت**

## بحث

با توجه به فقدان ابزاری برای سنجش نقش تنظیم هیجان در بیماران سرطان سینه و از سویی با توجه به نقش هیجانات مثبت و تنظیم صحیح آن در جلوگیری از روند بیماری، این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های روان-سنجی مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت انجام شد. با هدف ارزیابی روایی سازه از روش تحلیل عامل تأییدی مرتبه دوم با استفاده از نرم‌افزار Smart- PLS و از رویه بوت استرپ استفاده شد و نتایج به دست آمده نشان داد که آزمون T برای مسیر بدتنظیمی هیجان مثبت به هر سه خرده‌مقیاس اهداف، تکانه و پذیرش معنی‌دار بود. بنابراین مدل از برازش مطلوب برخوردار بوده و ساختار سه عاملی مقیاس را تأیید کرد. این نتایج همسو با پژوهش‌های ویس و همکاران (۲۰۱۹) و ولوتی و همکاران (۲۰۲۰) بود. در پژوهش ولوتی و همکاران (۲۰۲۰) تجزیه و تحلیل عامل تاییدی از ساختار سه عاملی مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت در هر دو نمونه بالینی و غیر بالینی پشتیبانی کرد و همبستگی مثبت بین مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو حاکی از روایی همگرای این مقیاس بود.

برخی از افراد هنگامی که با محرک‌های هیجانی مثبت مواجه می‌شوند، ممکن است شناخت‌های منفی رقابتی را تجربه کنند (فرون، دوزیس، نیفلد و لانیس[۱]، ۲۰۱۲) مانند این فکر که سزاوار احساس خوشبختی نیستند یا اینکه شادی کوتاه‌مدت است. این به نوبه خود ممکن است منجر به تلاش برای کاهش هیجانات مثبت شود (رومر،

[۱] Frewen, Dozois, Neufeld & Lanius

لیتز، اورسیلو و واگنر[۲]، ۲۰۰۱). برخی از افراد نیز ممکن است حالت های هیجانی مثبت خود را به طور منفی قضاوت کنند و آنها را نپذیرند، در حالی که برخی دیگر ممکن است بخواهند از برانگیختگی مربوط به هیجانات مثبت که به عنوان پریشانی تجربه می‌شود اجتناب کنند (روگیر، کلومبی و ولوتی[۳]، ۲۰۲۲). علاوه بر این، برخی از افراد ممکن است اختلال در کنترل رفتاری را در زمینه هیجانات مثبت به دلیل اختلال در توانایی کنترل یا سرکوب یک پاسخ خودکار که با زمینه های هیجانی آسیب دیده همراه است، تجربه کنند (بلیکس، گی، روچت، وندرلیندن[۴]، ۲۰۱۰).

خرده مقیاس پذیرش در مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت به تمایل به اتخاذ موضعی قضاوتی یا ارزشی نسبت به هیجانات مثبت اشاره دارد مثلا «وقتی خوشحالم، از آن هیجانات می‌ترسم». افرادی که سطوح بالای پذیرش را گزارش می‌کنند ممکن است حالت‌های هیجانی مثبت را نامطلوب، غیرقابل پیش‌بینی و یا ترسناک ارزیابی کنند (ویس[۵] و همکاران، ۲۰۱۹). خرده مقیاس اهداف نیز به توانایی ادامه فعالیت‌های لحظه حال در زمینه هیجانات مثبت اشاره دارد. به عنوان مثال، "وقتی خوشحالم، در تمرکز بر چیزهای دیگر مشکل دارم". حمایت از این حوزه از مشکلات در تنظیم هیجانات مثبت از تحقیقات در مورد پیامدهای شناختی و توجهی هیجانات مثبت ناشی می‌شود (ویس و همکاران، ۲۰۱۹). به عنوان مثال، تحقیقات نشان داده است که افراد در زمینه تجربه هیجانات مثبت حواس‌پرتی بیش‌تر نشان دادند که این تغییرات به دنبال هیجانات مثبت ممکن است با توانایی توجه به رفتار هدفمند تداخل کند (دریسباخ و گوشکه[۶]، ۲۰۰۴). در نهایت، خرده‌مقیاس تکانه به تمایل به انجام اقدامات عجولانه در زمینه تجربیات هیجانی مثبت اشاره دارد. به عنوان مثال، "وقتی خوشحالم، در کنترل رفتارهایم مشکل دارم". ادبیات موجود نشان می‌دهد که سطوح بالای عدم کنترل تکانه به عدم در نظر گرفتن پیامدهای آتی و ظرفیت ضعیف برای مهار پاسخ قوی در زمینه هیجانات مثبت مرتبط است (سایدرز و کوسکونپینار[۷]، ۲۰۱۲).

هم‌چنین روایی همگرا و واگرا نیز با استفاده از شاخص معیار بارهای عرضی (cross loading)، معیار فورنل – لارکر و نسبت خصیصه متفاوت به مشابه و هم‌چنین محاسبه همبستگی با مقیاس بدتنظیمی هیجان منفی و بهزیستی روان‌شناختی محاسبه شده و همگی از مطلوبیت کافی برخوردار بود و پایایی به روش همسانی درونی و شاخص‌های آلفای کرونباخ، شاخص rho و پایایی مرکب انجام شد و یافته‌های پژوهش نشان داد که مقیاس بدتنظیمی هیجان مثبت از همسانی درونی و ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب از جمله روایی و پایایی مناسب برخوردار است. این یافته همسو با یافته‌های ویس و همکاران (۲۰۱۹) و ولوتی و همکاران (۲۰۲۰)، گیوماریس و همکاران (۲۰۲۴)، دوروسینی، تریبرتی، ساویونی، سبری و پراوتونی[۸]، (۲۰۲۲) بود. در تبیین رابطه منفی بدتنظیمی هیجان مثبت با بهزیستی روانشناختی که به عنوان روایی وگرا مورد محاسبه قرار گرفت، می‌توان بیان نمود که سرطان پستان مسئول تغییرات مخرب در زندگی زنان است و باعث می شود آنها هیجانات منفی

[۲] Roemer, Litz, Orsillo & Wagner
[3] Rogier, Colombi & Velotti
[4] Billieux, Gay و Rochat & Van der Linden
[5] Weiss
[۶] Dreisbach & Goschke
[7] Cyders & Coskunpinar
[8] Durosini, Triberti, Savioni, Sebri & Pravettoni

متنوع و شدیدی داشته باشند که می تواند بر درک آنها از بهزیستی روان‌شناختی تأثیر بگذارد. در واقع بهزیستی یک سازه چند بعدی است که معمولا شامل حوزه های اجتماعی، هیجانی، فیزیکی و عملکردی است (دوروسینی و همکاران، ۲۰۲۲) و در مقایسه با افراد سالم، بیماران مبتلا به سرطان به طور کلی سطوح پایین تری از بهزیستی را نشان می دهند (کوستانزو، ریف و سینگر[۹]، ۲۰۰۹). دوروسینی و همکاران (۲۰۲۲) نقشی را که توانایی های هیجانی در بهزیستی این بیماران ایفا می کند برجسته کردند. علاوه بر این، استفاده انعطاف‌پذیر و تعدیل‌شده از راهبردهای تنظیم هیجان، متناسب با زمینه سرطان، که دائما در حال تغییر است، می‌تواند به افزایش رفاه در این بیماران منجر شود. اگر زنان نتوانند هیجانات خود را درک کنند، در بیان نیازها و هیجانات خود در سطوح مختلف دچار مشکل خواهند شد که ممکن است موجب کاهش رضایت و سطح بهزیستی آنان شود. در سطح روانشناختی، این واقعیت که بیماران هیجانات خود را درک نمی‌کنند، درخواست حمایت یا کمک را دشوار می‌کند (باتلر، اگلووف، ولم، اسمیت، اریکسون و کراس،[۱۰] ۲۰۰۳). هم‌چنین بازماندگان سرطان سینه حتی پس از درمان موفقیت‌آمیز باید با چالش‌های قابل‌توجهی مانند مشکلات تصویر بدن، افسردگی و اضطراب، استرس مربوط به تغییرات در سبک زندگی و چالش‌های مستمر ذاتی مدیریت سلامت دست و پنجه نرم کنند و مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که توانایی‌های هیجانی، مانند هوش هیجانی، مدیریت هیجان، ترمیم خلق و مقابله، نقش اساسی در چنین چالش‌هایی دارند. این توانمندی‌ها به ویژه هوش هیجانی مستقیما بر توانایی فرد برای رویارویی با شرایط چالش‌برانگیز، تحمل و سازگاری با رویدادهای آسیب‌زا و نامطلوب تأثیر می‌گذارد. همچنین رابطه بدتنظیمی هیجان مثبت با بدتنظیمی هیجان منفی به عنوان روایی همگرا همسو با یافته‌های ویس و همکاران (۲۰۱۹)، (گراتز، ویس و تول[۱۱]، ۲۰۱۵) است که معتقدند اختلال در تنظیم هیجانات به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری فراتشخیصی است که زمینه‌ساز مشکلات روان‌شناختی و رفتارهای مخاطره‌آمیز به شمار می‌رود. در واقع بی نظمی هیجان یک سازه چند وجهی است که شامل روش های ناسازگار پاسخ دادن به هیجانات، از جمله (الف) عدم آگاهی هیجانی، وضوح و پذیرش (ب) عدم کنترل رفتاری در زمینه هیجانات شدید ج) عدم تمایل به دنبال کردن فعالیت‌های معنادار در زمینه پریشانی عاطفی و (د) استفاده غیرقابل انعطاف از راهبردهای انطباقی برای تعدیل (در مقابل حذف) شدت و/ یا مدت تجارب هیجانی است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). تحقیقات تا به امروز تقریبا به طور انحصاری بر اختلال در تنظیم هیجانات منفی متمرکز شده است، اما اختلال در تنظیم هیجان مثبت نیز با طیف وسیعی از پیامدهای مرتبط بالینی مرتبط است (گروبر[۱۲]، ۲۰۱۱). بنابراین اختلال در تنظیم هر دو متغیر هیجان‌های مثبت و منفی با طیفی از اختلالات روان‌شناختی همراه است.

[۹] Costanzo, Ryff & Singer
[۱۰] Butler, Egloff, Wlhelm, Smith, Erickson & Gross
[۱۱] Gratz, Weiss & Tull
[۱۲] Gruber

## نتیجه‌گیری

بنابراین نتایج حاکی از آن است که مقیاس بدتنظیمی هیجان از اعتبار و روایی کافی در بین بیماران سرطان سینه برخوردار است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر دسترسی دشوار به افراد نمونه به دلیل ترس از انگ، اجتناب و دوری از هر گونه پرسش در مورد بیماری خود به دلیل اضطراب زیاد، ترس از عود، احساس خستگی و بی‌حالی، گرگرفتگی و سایر عواض ناشی از مصرف داروهای ضد سرطان بود. بنابراین استفاده از تعداد بیش‌تر افراد نمونه و مقایسه نتایج در جمعیت سرطان سینه در چندین شهر مختلف تعمیم نتایج را با احتمال بالاتر محقق می‌سازد.

## سپاسگزاری

پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه دکتری مصوب در دانشگاه شیراز بوده که در تاریخ ۱۴۰۲ /۳/۳۰ با کد اخلاق IR.US.PSYEDU.REC.1402.023 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20230701058638N1 به تصویب رسیده است. بدین وسیله از کلیه بیماران سرطان سینه که در پژوهش حاضر شرکت نمودند و هم-چنین کلیه کادر درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی شهید مطهری شیراز تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

بنابر اظهار نویسندگان این مطالعه هیچ گونه کمک مالی از سازمان های تأمین مالی در بخش های عمومی یا تجاری دریافت نکرده و هیچ تعارض منافعی ندارد.

## References

Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E., & Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health and quality of life outcomes*, *4*, 1-16.

Akbari, T., Pourabdol, S., & Gharibzadeh, R. (2024). Psychometric properties of short version of Difficulty in Emotion Regulation Questionnaire in students: DERS-16. *Journal of School Psychology and Institutions*, 13(2), 31–46. [In Persian]

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical psychology review, 30(2), 217-237.

Besharat, M. A. (2018). Emotion regulation difficulty scale. Thought and behavior in clinical psychology, 47(12), 89-92. [In Persian]

Billieux J, Gay P, Rochat L, & Van der Linden M. (2010). The role of urgency and its underlying psychological mechanisms in problematic behaviors. Behavior Research and Therapy, 48(11), 1085–1096.

Brandão, T., Tavares, R., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2016). Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. Clinical psychology review, 43, 114-127.

Butler, E., Egloff, B., Wlhelm, F., Smith, N., Erickson, E., & Gross, J. (2003). The social consequences of expressive suppression. Emotion, 3(1), 48–67.

Costanzo, E., Ryff, C., & Singer, B. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national survey of health and well-being. Health Psychology, 28(2), 147–156.

Cyders MA, & Coskunpinar A (2012). The relationship between self-report and lab task conceptualizations of impulsivity. Journal of Research in Personality, 46, 121–124.

Dimaggio, G., Popolo, R., Montano, A., Velotti, P., Perrini, F., Buonocore, L., Garofalo, C., D'aguanno, M., & Salvatore, G. (2017). Emotion dysregulation, symptoms, and interpersonal problems as independent predictors of a broad range of personality disorders in an outpatient sample. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90(4), 586-599.

Dreisbach G, & Goschke T (2004). How positive affect modulates cognitive control: Reduced perseveration at the cost of increased distractibility. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 30, 343–353.

du Pont, A., Welker, K., Gilbert, K. E., & Gruber, J. (2016). The emerging field of positive emotion dysregulation. Handbook of self-regulation: Research, theory and applications, 364-379.

Durosini, I., Triberti, S., Savioni, L., Sebri, V., & Pravettoni, G. (2022). The role of emotion-related abilities in the quality of life of breast cancer survivors: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(19), 12704.

Frewen PA, Dozois DJA, Neufeld RWJ, & Lanius RA (2012). Disturbances of emotional awareness and expression in posttraumatic stress disorder: Meta-mood, emotion regulation, mindfulness, and interference of emotional expressiveness. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4(2), 152–161.

Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2018). Difficulties in emotion regulation and psychopathic traits in violent offenders. Journal of criminal justice, 57, 116-125.

Garofalo, C., Velotti, P., Callea, A., Popolo, R., Salvatore, G., Cavallo, F., & Dimaggio, G. (2018). Emotion dysregulation, impulsivity and personality disorder traits: A community sample study. Psychiatry Research, 266, 186-192.

Gratz KL, & 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.

Gratz KL, Weiss NH, & Tull MT (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. Current Opinion in Psychology, 3, 85–90.

Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change, 2, 107-133.

Gruber J (2011). Can feeling too good be bad? Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. Current Directions in Psychological Science, 20, 217–221.

Guimarães, I., Torres, S., Vieira, A. I., Jönsson, C., Prista Guerra, M., & Lencastre, L. (2024). Difficulties in emotion regulation and well-being in breast cancer. Health Psychology and Behavioral Medicine, 12(1), 2329087.

Guimond, A.-J., Ivers, H., & Savard, J. (2020). Clusters of psychological symptoms in breast cancer: is there a common psychological mechanism? Cancer Nursing, 43(5), 343-353.

Kazemirzaei, S. A., Moradi, A. R. Shahgholian, M, Abdolahhe, M. H., & Parhoon, H. (2022). Psychometric properties of the Persian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale – Positive (DERS-P). *Clinical Psychology Journal*, 14(2), 25–37. [In Persian]

Khanjani, M., Shahidi, S., Fathabadi, J., Mazaheri, M., & Shukri, A. (2013). Factorial structure and psychometric properties of the short form (18 questions) of RIFF psychological well-being scale in male and female students. Thought and behavior in clinical psychology, 32(9), 36-27. [In Persian]

Kianfar, F., Bahonar, F., & Saneiimanesh, M. (2023). Psychometric evaluation of the Emotion Regulation Strategies Questionnaire and the Distress Tolerance Questionnaire in secondary school students. *Applied Research in Counseling*, 6(20), 33–53. [In Persian]

Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). Applied multivariate research: Design and interpretation. Sage publications.

Ramani, K., Ramani, H., Alurkar, S., Ajaikumar, B., & Trivedi, R. G. (2017). Breast cancer: Medical treatment, side effects, and complementary therapies. Momentum Press.

Roemer L, Litz BT, Orsillo SM, & Wagner AW (2001). A preliminary investigation of the role of strategic withholding of emotions in PTSD. Journal of Traumatic Stress, 14(1), 149–156.

Rogier, G., Colombi, F., & Velotti, P. (2022). A brief report on dysregulation of positive emotions and impulsivity: Their roles in gambling disorder. Current Psychology, 41(4), 1835-1841.

Roshandel, G., Ghanbari-Motlagh, A., Partovipour, E., Salavati, F., Hasanpour-Heidari, S., Mohammadi, G., Khoshaabi, M., Sadjadi, A., Davanlou, M., & Tavangar, S.-M. (2019). Cancer incidence in Iran in 2014: results of the Iranian National Population-based Cancer Registry. Cancer epidemiology, 61, 50-58.

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. Social science research, 35(4), 1103-1119.

Sætren, S. S., Hegelstad, W. T. V., Tjora, T., Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (2025). Validation of the short version of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for adolescents in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, *53*(1), 32-40.

Sebri, V., Durosini, I., Mazzoni, D., & Pravettoni, G. (2022). The body after cancer: a qualitative study on breast cancer survivors' body representation. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(19), 12515.

Velotti, P., Rogier, G., Civilla, C., Garofalo, C., Serafini, G., & Amore, M. (2020). Dysregulation of positive emotions across community, clinical and forensic samples using the Italian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Positive (DERS-Positive). The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 31(4), 555-570.

Weiss, N. H., Darosh, A. G., Contractor, A. A., Schick, M. M., & Dixon- Gordon, K. L. (2019). Confirmatory validation of the factor structure and psychometric properties of the difficulties in emotion regulation scale- positive. Journal of Clinical Psychology, 75(7), 1267-1287.

Weiss, N. H., Gratz, K. L., & Lavender, J. M. (2015). Factor structure and initial validation of a multidimensional measure of difficulties in the regulation of positive emotions: The DERS-Positive. Behavior modification, 39(3), 431-453.

Wycoff, A. M., Griffin, S. A., Helle, A. C., Haney, A. M., Watts, A. L., & Trull, T. J. (2024). The brief emotion dysregulation scale: Development, preliminary validation, and recommendations for use. *Assessment*, *31*(2), 335-349.