Journal of Preventive Medicine

Autumn 2022. Vol 9. Issue 3

Research Paper

The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in the Relationship of Distress Tolerance and Self-compassion With Health-promoting Behaviors

Seyede Sarira Hashemipour[1], *Eghbal Zarei[2], Sholeh Namazi[3], Azita Amirfakhraei[1]

1. Department of Psycholog, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.
2. Department of Psycholog, University of Hormozgan, Bandarabbas ,Iran.
3. Department of General Courses, School of Medicine, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Hashemipour SS, Zarei E, Namazi SH, Amirfakhraei A. [The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in the Relationship of Distress Tolerance and Self-compassion With Health-promoting Behaviors (Persian)]. Journal of Preventive Medicine. 2022; 9(3):242-255. https://doi.org/10.32598/JPM.9.3.326.2

https://doi.org/10.32598/JPM.9.3.326.2

CC BY NC

Article Info:

Received: 25 May 2022

Accepted: 05 Jun 2022

Available Online: 01 Oct 2022

Key words:
Distress tolerance, emotion regulation, health-promoting behaviors, self-compassion

ABSTRACT

Objective This study aims to determine the mediating role of emotional regulation in the relationship of distress tolerance and self-compassion with health-promoting behaviors.

Methods The is a descriptive-analytical study that was conducted in 2020 on 306 adults in Bandar Abbas, Iran who were selected using a convenience sampling method. The data collection tools were Simmons and Gaher's distress tolerance scale, Raes et al.'s self-compassion scale, and Walker et al.'s health-promoting lifestyle profile, and Garnefski and Kraaij's cognitive emotion regulation questionnaire. The analysis was done using the structural equation modeling.

Results Adaptive emotion regulation strategies mediate the relationship of self-compassion and distress tolerance with health-promoting behaviors positively and significantly. The maladaptive emotion regulation strategies only could positively and meaningfully mediate the relationship between distress tolerance and health-promoting behaviors.

Conclusion Considering the role of study variables in promoting health- promoting behaviors, health planners and health providers can take useful steps to improve society's health.

*** Corresponding Author:**
Eghbal Zarei, PhD.
Address: Department of Psycholog, University of Hormozgan, Bandarabbas ,Iran.
Tel: +98 (917) 3585169
E-mail: eghbalzarei2010@yahoo.com

Journal of Preventive Medicine

Extended Abstract

Introduction

Prevention of diseases and improvement of people's health has always been the focus of the health system in Iran. At the global level, this goal is also of interest, such that the fourth ten-year plan, in addition to emphasizing more on the goals of the previous plans, has focused on two new goals. In today's world, health is considered as an important achievement that people are seeking to increase their quality of life and well-being and avoid chronic diseases and premature death. People's choices and lifestyle patterns affect their health and longevity. Therefore, by having health-promoting behaviors, people can maintain and control their health and prevent many diseases. Prevention and provision of health through improving lifestyle includes proper nutrition, having physical activity, stress management, responsibility for health, and spiritual growth, as well as eliminating factors that have a negative impact on the health. health-promoting behaviors includes eating properly, exercises regularly, avoids harmful behaviors and substance abuse, recognizing the symptoms of illness in time (physical aspect), controlling emotions and thoughts and coping with stress and problems (psychological aspect), independence & adaptability and modification of interpersonal relationships (social aspect). The present study sims to determine the mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship of distress tolerance and self-compassion with health-promoting behaviors.

Methods

The is a descriptive-analytical study. The study population consists of all people over 15 years of age in Bandar Abbas, Iran in 2019. Sampling was done online using a convenience method. Due to the fact that determining the minimum sample size to collect data related to structural equation modeling (SEM) is very important [1], and the minimum sample size of 200 required for factor analysis and SEM [2, 3], the sample size in our study was determined 306. The data collection tools were Simmons and Gaher's distress tolerance scale [4], Raes et al.'s Self-Compassion Scale-Short Form [5], and Walker et al.'s health-promoting lifestyle profile [6].

First, the collected data were described using descriptive statistics (mean, standard deviation, correlation matrix). Then, data preparation and screening were conducted and the main assumptions of SEM including missing values, normality, linearity, multicollinearity, and homoscedasticity were examined [7]. Finally, to examine the research hypotheses, a multivariate analysis was performed using SEM. To measure the questionnaires, Cronbach's alpha and confirmatory factor analysis were used in SPSS and AMOS software.

Results

The results showed that all fit indices confirmed the good fit of the SEM model to the collected data (X^2/df=2.50, CFI=0.912 , GFI=0.907, AGFI=0.863 and RMSEA=0.070). The total path coefficient for the correlation of self-compassion (β=0.308, P<0.01) and distress tolerance (β=0.288, P<0.01) with positive health-promoting behaviors was significant. The path coefficient between maladaptive emotional regulation strategies and health-promoting behaviors was negative and significant (β=-0.560, P<0.01), and the path coefficient between adaptive emotional regulation strategies and health-promoting behaviors was positive and significant (β=0.451, P<0.01). The indirect path coefficient for the correlation of self-compassion (β=0.196, P<0.01) and distress tolerance (β=0.350, P<0.01) with health-promoting behaviors was positive and significant. Indirect path coefficient between self-compassion and health- promoting behaviors through adaptive emotion regulation strategies (β=0.162, P<0.01) was positive and significant, while it was not significant through maladaptive strategies (β=0.034, p>0.05). Moreover, the indirect path coefficient between distress tolerance and health- promoting behaviors through adaptive (P<0.01, β=0.113) and maladaptive strategies (P<0.01, β=0.235) were positive and significant. Therefore, it can be said that adaptive emotional regulation strategies positively and meaningfully mediate the relationship of self-compassion and distress tolerance with health- promoting behaviors. Maladaptive emotion regulation strategies only positively and significantly mediate the relationship between distress tolerance and health- promoting behaviors. Figure 1 shows the SEM of the relationships between distress tolerance, self-compassion, emotion regulation, and health- promoting behaviors.

Discussion

Since one of the goals set by the World Health Organization until 2020 was to promote a healthy lifestyle in society, and considering the fact that the COVID-19 is a new and unknown disease with no effective treatment, countries should use strategies that are effective for the people and reduce the risk factors that cause unhealthy lifestyle. Health planners and health service providers,

Figure 1. Standard parameters in the research structural model

by being aware of the effects of distress tolerance, self-compassion, and emotion regulation, can take useful steps to promote the healthy behaviors of people.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This article is taken from the doctoral dissertation of Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University (Ethics Code: IR.IAU.BA.REC.1401.005).

Funding

This article is taken from the doctoral thesis of Seyede Sarira Hashemipour in the field of general psychology, Psychology Department, Faculty of Humanities, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, and it was not financially supported by any organization or institution, and all its financial resources were provided by the first author or authors.

Authors' contributions

Collection of samples and analysis and preparation of the draft: Seyede Sarira Hashemipour; Study design, results analysis and writing: Eghbal Zarei; Collaboration in sample preparation, primary data analysis and writing: Sholeh Namazi; Advisor and revision of the article: Azita Amirfakhraei.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors thank all the people who participated in the study.

مقاله پژوهشی

نقش تحمل پریشانی و شفقت به خود با میانجی‌گری تنظیم هیجانی در سلامت بزرگسالان شهر بندرعباس طی پاندمی کووید-۱۹: مطالعه مقطعی

سیده سریرا هاشمی‌پور[۱]، *اقبال زارعی[۲]، شعله نمازی[۳]، آزیتا امیرفخرایی[۱]

۱. گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.
۲. گروه روانشناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران.
۳. گروه آموزشی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Hashemipour SS, Zarei E, Namazi SH, Amirfakhraei A. [The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in the Relationship of Distress Tolerance and Self-compassion With Health-promoting Behaviors (Persian)]. Journal of Preventive Medicine. 2022; 9(3):242-255. https://doi.org/10.32598/JPM.9.3.326.2

doi https://doi.org/10.32598/JPM.9.3.326.2

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۰۴ خرداد ۱۴۰۱
تاریخ پذیرش: ۱۵ خرداد ۱۴۰۱
تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۱

کلیدواژه‌ها:
تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، رفتارهای معطوف به سلامت، شفقت به خود

چکیده

هدف هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی‌گر تنظیم هیجانی در رابطه بین تحمل پریشانی و شفقت به خود با رفتارهای معطوف به سلامتی بود.

روش‌ها تحقیق حاضر از نوع توصیفی‌تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۹ بر روی ۳۰۶ نفر از بزرگسالان شهر بندرعباس به روش نمونه‌گیری در سترس انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر، خودشفقتی رایس و همکاران و رفتارهای ارتقادهنده سلامت والکر و همکاران بود. تجزیه‌وتحلیل یافته‌ها با استفاده از مدل معادلات ساختاری انجام شد.

یافته‌ها مشخص شد تنظیم هیجانی رابطه بین شفقت خود و تحمل پریشانی با رفتارهای معطوف به سلامت را به‌صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. نتایج نشان داد راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجانی تنها رابطه بین تحمل پریشانی و رفتارهای معطوف به سلامتی را به‌صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند.

نتیجه‌گیری باتوجه‌به نتایج پژوهش و نقش متغیرهای پژوهش بر ارتقای رفتارهای معطوف به سلامتی در افراد، برنامه‌ریزان سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به زنان با آگاهی از این نکات می‌توانند گام‌های مفیدی در جهت ارتقای سلامت جامعه بردارند.

* نویسنده مسئول:
دکتر اقبال زارعی
نشانی: بندرعباس، دانشگاه هرمزگان، گروه روانشناسی.
تلفن: ۳۵۸۵۱۶۹ (۹۱۷) ۹۸+
پست الکترونیکی: eghbalzarei2010@yahoo.com

مقدمه

سبک زندگی ارتقادهنده سلامت یکی از انواع سبک‌های زندگی است و شامل رفتارهایی است که منجر به توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل بر سلامت خود و درنهایت بهبود سلامت فرد و جامعه می‌شود [۱]. رفتارهای معطوف به سلامتی ازجمله فعالیت‌هایی است که فرد با هدف افزایش یا ارتقا سلامت فردی خود باید به‌طور پیوسته انجام دهد [۲]. رفتارهای معطوف به سلامتی شامل رفتارهای تغذیه‌ای سالم، فعالیت‌های جسمانی، مدیریت استرس، ارتباطات بین‌فردی، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری در قبال وضعیت سلامتی است [۳] و درعین‌حال یکی از راه‌های پیشگیری در مقابل با بیماری‌هاست [۴].

شفقت به خود نیز می‌تواند در انتخاب رفتارهای سلامتی تأثیرگذار باشد. شفقت به خود موضعی است که شامل نگرش مشفقانه نسبت به خود در هنگام مواجهه با مشکلات است [۵]. شفقت به خود مشتمل بر ۳ مؤلفه است:

۱. مهربانی نسبت به خود هنگام مواجهه با درد یا شکست (خود مهربانی)؛

۲. درک تجربیات شخصی به‌عنوان بخشی از یک تجربه بزرگ‌تر انسانی به‌جای احساس مجزا یا منزوی بودن (اشتراکات انسانی)؛

۳. نگهداشتن افکار و احساسات دردناک در آگاهی متعادل (ذهن آگاهی).

اولین مؤلفه شفقت، خود مهربانی، مستلزم ملایم بودن، حمایتی بودن و درک کردن نسبت به خود است. فرد به‌جای انتقاد شدید و عصبانیت ناشی از ناکافی بودن، به خود گرمی و پذیرش می‌بخشد. اشتراکات انسانی به این اشاره دارد که همه افراد شکست می‌خورند، اشتباه می‌کنند و به‌نوعی احساس ناکافی بودن می‌کنند؛ از این‌رو به افراد این امکان را می‌دهد که در مواقع مشکل، احساس انزوای کمتری کنند. ذهن آگاهی، عمدتاً شامل نگه داشتن یک دیدگاه متعادل و روشن از وضعیت شخص است، بدون اینکه بر افکار و هیجانات مربوط به خود منفی به‌صورت وسواسی تمرکز کند و درمورد آن‌ها اغراق نماید [۵]. دیدگاه متداول این است که فرد باید خودش را دوست داشته باشد یا همراه با شفقت نسبت به خود عمل کند تا دیگران را دوست داشته باشد [۶]. ازآنجاکه شفقت به خود شامل معطوف نمودن شفقت به سمت خود است، بنابراین می‌تواند با رفتارهای معطوف به سلامتی ارتباط داشته باشد.

رعایت رفتارهای معطوف به سلامتی و تحمل پریشانی نیز می‌توانند باهم رابطه وجود داشته باشند. تحمل پریشانی، توانایی فرد برای تجربه و تحمل وضعیت عاطفی منفی است که بر ارزیابی و قضاوت فرد تأثیر می‌گذارد و به‌عنوان یک عامل مهم در شروع و تداوم آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان بیماران مشخص شده است و درنتیجه با رعایت رفتارهای معطوف به سلامتی مرتبط است [۷]. افراد در زندگی مجبورند با درد و آشفتگی جسمی و هیجانی کنار بیایند. درد اجتناب‌ناپذیر و پیش‌بینی‌نشدنی است. برخی افرادی که با این دردها مواجه‌اند، واکنش‌های ناسالمی از خود نشان می‌دهند، چون نمی‌توانند کار دیگری کنند؛ به این دلیل که هنگام درد هیجانی، تفکر عاقلانه از بین می رود و پریشان می‌شوند. این راهبردهای بی‌ثمر، درد هیجانی را عمیق‌تر می‌کنند [۸]. افراد دارای تحمل پریشانی پایین به این حقیقت واقف هستند که نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کرده و فکر می‌کنند که دیگران امکانات بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی دارند، درنتیجه بیشتر اوقات احساس سرافکندگی می‌کنند [۹]. این افراد همچنین برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی منفی به‌سختی تلاش می‌کنند. درصورتی‌که اجتناب مقدور نباشد، آن‌ها برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالمی روی می‌آورند [۷].

پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که تنظیم هیجان نقش مهمی در رعایت رفتارهای سلامتی افراد دارد [۱۰، ۱۱]. تنظیم هیجان را می‌توان روش شناختی مدیریت اطلاعات هیجانی تحریک‌شده تعریف کرد [۱۲]. براکینگ و همکاران [۱۳] راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را کنش‌هایی می‌دانند که راه‌های کنار آمدن با شرایط تهدیدآمیز و اضطراب‌زا را در اختیار فرد قرار می‌دهند. به‌عبارت‌دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تفکر خودآگاه و مجموعه‌ای از شیوه‌های ارزیابی شناختی را نشان می‌دهند که فرد در مقابله با شرایط استرس‌زا و بحرانی از آن‌ها استفاده می‌کند. افرادی که از مهارت‌های شناختی تنظیم هیجانی برخوردار هستند، می‌توانند به خوبی هیجانات منفی را کاهش دهند و یا کنترل کنند و بین تنظیم هیجان با کاهش آسیب رساندن به خود و کاهش مشکلات هیجانی مانند نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس ارتباط معنادار وجود دارد [۱۴] که این می‌تواند در رعایت رفتارهای معطوف‌به لامتی نیز تأثیرگذار باشد.

همان‌طورکه بیان شد متغیرهای روان‌شناختی در ارتقا سلامت و رعایت رفتارهای سلامتی مؤثر است، باتوجه‌به اینکه در جامعه جهانی بررسی رفتارهای افراد جامعه به‌ویژه رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی آنان امری ضروری است و امروزه متخصصین علل اساسی ایجادکننده بیماری‌ها را عوامل خطرزای رفتاری، وراثت و سبک زندگی می‌دانند، به این امر مهم در جامعه ما اشاره‌ای نشده و با وجود ارتباط بیماری‌ها با رفتارها و سبک زندگی افراد، این ارتباط به‌خوبی روشن نیست و نظریات متعددی در این زمینه وجود دارند [۱۵]. باتوجه‌به مطالب بیان‌شده پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که: آیا تنظیم شناختی هیجان، بین تحمل پریشانی و شفقت به خود با رفتارهای معطوف به سلامتی نقش میانجی دارد؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی‌همبستگی و مدل معادلات ساختاری بوده است. جامعه آماری پژوهش، کلیه افراد بالای ۱۵ سال شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۹ می باشد. باتوجه‌به اینکه تعیین حداقل حجم نمونه لازم برای گردآوری داده‌های مربوط به مدل‌یابی معادلات ساختاری بسیار با اهمیت است، کلاین معتقد است بر هر متغیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم است، اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر قابل دفاع است [۱۶]، اما در این پژوهش برای تعمیم‌پذیری بیشتر ۳۰۶ نفر (۲۱۲ زن و ۹۴ مرد) به‌عنوان حجم نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری به‌صورت دردسترس بود. معیارهای ورود و خروج پژوهش به این شرح است: سن بالای ۱۵ سال، رضایت برای انجام پژوهش، ساکن شهر بندرعباس.

پژوهش حاضر در قسمت مبانی نظری، از تحقیقات کتابخانه‌ای و از مقالات، کتاب‌ها و پایان‌نامه‌ها و در قسمت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌های متناسب با متغیرهای پژوهش استفاده شده است. نحوه اجرای پژوهش به این شکل بود که پرسش‌نامه‌های مورد نظر پژوهش در ابتدا به‌صورت آنلاین تدوین شد. سپس، لینک پرسش‌نامه‌ها در گروه‌های مجازی مربوط به شهر بندرعباس ارسال شد. آزمودنی‌ها برحسب معیارهای ورود به پژوهش و رضایت برای انجام پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. به این ترتیب که ازطریق سؤالات جمعیت‌شناختی که در اول پرسش‌نامه تدوین شده بود از آزمودنی درمورد رضایت یا عدم رضایت، سن آن‌ها سؤال شد. همچنین، نحوه اجرای پژوهش و اهداف پژوهش، در توضیحات پرسش‌نامه برای آن‌ها ارائه شد. در نهایت ۳۰۶ نفر به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. پس از انجام پژوهش، داده‌های خام مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است.

در پژوهش حاضر ابتدا متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از آمارهای توصیفی (میانگین، انحراف‌معیار، ماتریس همبستگی) به‌صورت مقدماتی تحلیل شد. در ادامه به آماده‌سازی و سرند کردن داده‌های[1] گردآوری‌شده پرداخته شد، به‌ویژه اینکه مفروضه‌های اصلی مدل‌یابی معادلات ساختاری[2] شامل مقادیر گم‌شده[3]، نرمال بودن[4]، خطی بودن[5]، همخطی بودن[6] و یکسانی پراکندگی[7] بررسی شد [۱۶]. در نهایت برای بررسی فرضیه‌های پژوهش تحلیل چند متغیری با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری انجام شد. همچنین برای اندازه‌گیری پرسش‌نامه‌ها از آلفای کرونباخ[8] و تحلیل عامل تأییدی در نرم‌افزارهای SPSS و AMOS استفاده شد.

1. Data preparation and screening
2. Structural Equation Modeling (SEM)
3. Missing data
4. Normality
5. linearity
6. Multicollinearity
7. Homoscedasticity
8. Cronbach's alpha

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

مشخصات جمعیت‌شناختی		تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۲۱۲(۶۹/۳)
	مرد	۹۴(۳۰/۷)
سن	کمتر از ۲۵ سال	۸۲(۲۶/۸)
	۲۶ تا ۳۰	۵۱(۱۶/۷)
	۳۱تا ۳۵	۶۷(۲۱/۹)
	۳۶ تا ۴۰	۴۹(۱۶)
	بیشتر از ۴۰ سال	۵۷(۱۸/۶)
وضعیت تأهل	مجرد	۱۵۵(۵۰/۷)
	متأهل	۱۵۱(۴۹/۳)
میزان تحصیلات	دیپلم	۴۲(۱۳/۷)
	فوق‌دیپلم	۳۵(۱۱/۴)
	لیسانس	۱۳۴(۴۳/۸)
	فوق‌لیسانس	۸۴(۲۷/۵)
	دکتری	۱۱(۳/۶)

ابزارهای پژوهش

رفتارهای معطوف به سلامتی: پرسش‌نامه استاندارد رفتارهای ارتقادهنده سلامت۹

این پرسش‌نامه براساس مدل ارتقا سلامت پندر توسط والکر، سچریت و پندر (۱۹۸۷) ساخته شده است، در جهت تعیین اینکه افراد تا چه حد رفتارهای ارتقادهنده سلامتی را انجام می‌دهند، ارائه شد. این پرسش‌نامه، یک ارزیابی چندبعدی از رفتارهای ارتقادهنده سلامت را فراهم می‌کند. به این ترتیب که فراوانی به‌کارگیری رفتارهای ارتقادهنده سلامتی را در ۶ بعد (مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، مدیریت استرس و روابط بین‌فردی) اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه حاوی ۵۲ سؤال است که در مقابل هر سؤال ۴ پاسخ وجود دارد که به‌صورت هرگز (صفر)، گاهی اوقات (۱)، اغلب (۲) و همیشه (۳) نمره‌دهی می‌شود. محدوده نمره کل از رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بین صفر تا ۱۵۶ است که برای هر بعد باتوجه‌به نمره به‌دست‌آمده به‌صورت ضعیف، متوسط و خوب محاسبه می‌شود. کسانی که نمره میانگین بالایی داشته باشند، به‌عنوان رفتارهای بهداشتی خوب و کسانی که نمره پایین میانگین داشتند، به‌عنوان رفتارهای بهداشتی ضعیف دسته‌بندی می‌شوند. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش کلروزی، پیشگویی و طاهریان [۱۷] برابر با ۰/۸۹ درصد محاسبه شد که در حد مطلوب است.

تنظیم شناختی هیجان

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان، توسط گارنفسکی و کرایج در سال ۲۰۰۶ ساخته شده است. این ابزار ۱۸ ماده‌ای است و راهبردهای شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس شرح ذیل می‌سنجد:

خودسرزنش‌گری، دیگر سرزنش‌گری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری، فاجعه نمایی (فاجعه‌آمیز پنداری)، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسش‌نامه شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نیافته) تقسیم می‌شوند. زیرمقیاس‌های کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، راهبردهای سازش‌یافته و زیر مقیاس‌های خودسرزنش‌گری، دیگر سرزنش‌گری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه‌نمایی، راهبردهای سازش نیافته را تشکیل می‌دهد.

تحمل پریشانی

مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ آن را ساخته‌اند و دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده‌مقیاس به شرح ذیل است:

تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): با سؤالات ۱، ۳ و ۵ اندازه‌گیری می‌شود.

جذب (جذب شدن به‌وسیله هیجانات منفی): با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود.

ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی): با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ اندازه‌گیری می‌شود.

تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود.

دامنه امتیاز این پرسش‌نامه بین ۱۵ تا ۷۵ خواهد بود. هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسش‌نامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر تحمل پریشانی خواهد بود و بالعکس. سیمونز و گاهر [۱۸] ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ درصد و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسش‌نامه دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است.

شفقت به خود

این پرسش‌نامه توسط رایس و همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شده است. این مقیاس شامل ۱۲ ماده برای اندازه‌گیری ۶ مؤلفه مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی تدوین شده است. ماده‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ رتبه‌ای، از تقریباً هرگز=۱، تا تقریباً همیشه= ۵ تنظیم شده است که نمره بالاتر، سطح بالاتر خودشفقتی را نشان می‌داد. در پژوهش شهبازی و همکاران [۱۹] آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۱ درصد است. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ درصد هستند. روایی هم‌زمان آن با پرسش‌نامه سلامت روان ۰/۴۵-(P<۰/۰۰۱) گزارش شده که نشان از روایی مطلوب این مقیاس است.

تمامی اصول اخلاقی در این مقاله در نظر گرفته شده است. شرکت‌کنندگان در جریان هدف پژوهش و مراحل اجرای آن قرار گرفتند. آن‌ها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان داشتند. آن‌ها با رضایت شخصی پژوهش را انجام دادند و در صورت تمایل، نتایج پژوهش در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت. از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی به‌صورت آنلاین گرفته شده است.

9. Health-promoting lifestyle profile (HPLPH)

یافته‌ها

جدول شماره ۲ میانگین، انحراف‌معیار و ضرایب همبستگی بین تحمل پریشانی، شفقت خود، راهبردهای انطباقی تنظیم هیجانی (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری)، راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجانی (سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوارگری و فاجعه‌انگاری) و رفتارهای معطوف به سلامتی (خودشکوفایی، مسئولیت‌پذیری، حمایت بین‌فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه) را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد مقادیر چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در محدوده ۲+ و ۲- قرار دارد و این موضوع بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌های هریک از متغیرهای پژوهش است. همچنین جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، مقادیر ضریب تحمل همه متغیرهای پیش‌بین بزرگ‌تر از ۰/۱ درصد و مقادیر عامل تورم واریانس آن‌ها کوچک‌تر از ۱۰ است. در پژوهش حاضر برقراری/عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چندمتغیری، ازطریق تحلیل اطلاعات مربوط به « فاصله مهلنوبایس[10]» و ترسیم نمودار توزیع آن مورد بررسی قرار گرفت. باتوجه‌به اینکه مقادیر چولگی و کشیدگی نمرات فاصله مهلنوبایس به ترتیب برابر با ۰/۹۷ و ۰/۴۹ درصد به دست آمد، براین اساس می‌توان گفت ارزش شاخص‌های مزبور در فاصله ±۲ و بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع چندمتغیری در بین داده‌ها برقرار بود.

مدل اندازه‌گیری

در مدل اندازه‌گیری چنین فرض شده بود که نشانگرهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری متغیر مکنون راهبردهای انطباقی تنظیم هیجانی، نشانگرهای سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوارگری و فاجعه‌انگاری متغیر مکنون راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجانی و نشانگرهای خودشکوفایی، مسئولیت‌پذیری، حمایت بین‌فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه متغیر مکنون رفتارهای معطوف به سلامتی را اندازه‌گیری می‌کنند. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، نرم‌افزار AMOS ۲۴/۰ درصد و برآورد بیشینه احتمال[11] ارزیابی شد. جدول شماره ۴ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری را نشان می‌دهد.

مدل ساختاری

در مدل ساختاری پژوهش حاضر چنین فرض شده بود که تحمل پریشانی و شفقت به خود با میانجی‌گری تنظیم هیجانی، رفتارهای معطوف‌به سلامتی را پیش‌بینی می‌کند. تحلیل انجام شد و نتایج نشان داد همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل قبول مدل ساختاری با داده‌های گرآوری‌شده حمایت می‌کنند.

با توجه به نتایج تحلیل‌شده در جدول شماره ۵ می‌توان گفت راهبردهای انطباقی تنظیم هیجانی رابطه بین شفقت به خود و تحمل پریشانی با رفتارهای معطوف به سلامت را به‌صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. همچنین نتایج نشان داد راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجانی تنها رابطه بین تحمل پریشانی و رفتارهای معطوف به سلامتی را به‌صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. تصویر شماره ۱ مدل ساختاری پژوهش در تبیین روابط بین تحمل پریشانی، شفقت به خود، تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای معطوف به سلامتی را نشان می‌دهد.

تصویر شماره ۱ نشان می‌دهد مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای متغیر رفتارهای معطوف به سلامتی برابر با ۰/۶۳ درصد به دست آمده است، این موضوع بیانگر آن است که شفقت به خود، تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در مجموع ۶۳ درصد از واریانس رفتارهای معطوف به سلامتی را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تبیین نقش میانجی‌گر تنظیم هیجانی در رابطه بین تحمل پریشانی و شفقت به خود با رفتارهای معطوف به سلامتی بود. براساس تجزیه‌وتحلیل، یافته‌ها نشان داد راهبردهای انطباقی تنظیم هیجانی رابطه بین شفقت به خود و تحمل پریشانی با رفتارهای معطوف به سلامت را به‌صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. همچنین نتایج نشان داد راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجانی تنها رابطه بین تحمل پریشانی و رفتارهای معطوف به سلامتی را به‌صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند. این نتایج با نتایج پژوهش‌های لیتزمن، کنت و رولاند [۲۰]، سیرویس [۲۱] هوایی و همکاران [۲۲] و فاشی و همکاران [۵] همسو است.

در تبیین این فرضیه این‌طور می‌توان بیان کرد که خودشفقت‌ورزی ممکن است با کاهش برون‌دادهای منفی تنظیم هیجان، عامل مهمی در ایجاد رفتارهای معطوف به سلامتی باشد. ازآنجایی‌که شناخت، عاطفه و رفتار کاملاً در تعامل با یکدیگر هستند، تنظیم هیجان با کنترل توجه و عواقب شناختی هیجان موجب تغییر عملکرد سیستم های شناختی ازقبیل حافظه، توجه، هوشیاری و سپس تنظیم هیجان می‌شود [۲۳]. در تبیین این نتایج می‌توان این‌طور بیان کرد که تنظیم هیجان همراه با تکنیک‌ها و مهارت‌هایی چون تحمل پریشانی، ارتباط بین‌فردی

10. Mahalanobis Distance (MD)
11. Maximum Likelihood (ML)

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱٤	۱٥	۱٦	۱۷
۱. تحمل پریشانی	–																
۲. شفقت به خود	۰/۲۸**	–															
۳. راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان–پذیرش	۰/۱۹**	۰/۲۴**	–														
۴. راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان–تمرکز مجدد مثبت	۰/۲۵**	۰/۳۲**	۰/۲۳**	–													
۵. راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان–تمرکز مجدد بر برنامه	۰/۲۹**	۰/۳۴**	۰/۳۱**	۰/۴۷**	–												
۶. راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان–ارزیابی مجدد مثبت	۰/۲۹**	۰/۴۱**	۰/۳۹**	۰/۵۱**	۰/۶۸**	–											
۷. راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان–دیدگاه گیری	۰/۲۳**	۰/۳۲**	۰/۳۳**	۰/۴۰**	۰/۴۶**	۰/۶۳**	–										
۸. راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان–سرزنش خود	−۰/۲۱**	−۰/۲۴**	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۰۷	−۰/۰۵	−۰/۰۶	–									
۹. راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان–سرزنش دیگری	−۰/۳۰**	−۰/۱۷**	۰/۰۵	−۰/۱۲*	−۰/۱۶**	−۰/۱۱	−۰/۱۴*	۰/۱۹**	–								
۱۰. راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان–نشخوارگری	۰/۱۶**	−۰/۰۸	−۰/۳۰**	−۰/۰۶	−۰/۲۲**	−۰/۱۶**	−۰/۱۵**	۰/۳۷**	۰/۲۴**	–							
۱۱. راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان–فاجعه‌انگاری	−۰/۵۶**	−۰/۲۲**	−۰/۰۹	−۰/۱۰	−۰/۰۸	−۰/۱۰	−۰/۱۱	۰/۴۱**	۰/۴۵**	۰/۴۳**	–						
۱۲. رفتارهای سلامتی–خودشکوفایی	۰/۳۶**	۰/۳۷**	۰/۱۷**	۰/۲۵**	۰/۳۹**	۰/۴۵**	۰/۴۶**	−۰/۲۷**	۰/۱۸**	−۰/۲۵**	−۰/۴۲**	–					
۱۳. رفتارهای سلامتی–مسئولیت پذیری	۰/۲۵**	۰/۳۲**	۰/۱۹**	۰/۳۸**	۰/۲۷**	۰/۲۹**	۰/۳۳**	−۰/۲۱**	−۰/۲۶**	−۰/۱۲*	−۰/۳۲**	۰/۵۸**	–				
۱۴. رفتارهای سلامتی–حمایت بین‌فردی	۰/۲۸**	۰/۲۴**	۰/۱۴*	۰/۲۴**	۰/۲۲**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	−۰/۲۸**	−۰/۲۳**	−۰/۱۹**	−۰/۳۴**	۰/۵۵**	۰/۵۳**	–			
۱۵. رفتارهای سلامتی–مدیریت استرس	۰/۳۱**	۰/۳۰**	۰/۱۶**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	۰/۳۵**	۰/۳۹**	−۰/۲۵**	−۰/۳۳**	−۰/۲۳**	−۰/۳۷**	۰/۶۳**	۰/۵۹**	۰/۵۹**	–		
۱۶. رفتارهای سلامتی–ورزش	۰/۱۵**	۰/۲۶**	۰/۰۴	۰/۲۲**	۰/۱۸**	۰/۱۷**	۰/۲۱**	−۰/۱۹**	−۰/۲۱**	−۰/۲۰**	−۰/۲۴**	۰/۳۹**	۰/۴۲**	۰/۳۵**	۰/۶۲**	–	
۱۷. رفتارهای سلامتی–تغذیه	۰/۱۹**	۰/۱۲*	۰/۰۶	۰/۱۷**	۰/۱۰	۰/۱۵**	۰/۱۴*	−۰/۲۲**	−۰/۲۵**	−۰/۳۲**	−۰/۲۲**	۰/۴۱**	۰/۴۶**	۰/۳۱**	۰/۴۵**	۰/۴۴**	–

میانگین±انحراف‌معیار								
۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸
۴۰/۸۹±۹/۳۸	۳۶/۷۸±۶/۵۹	۶/۲۵±/۲۹	۵/۵۳±۲/۲۰	۷/۱۵±۲/۲۱	۷/۲۴±/۳۵	۶/۴۴±۲/۲۴	۵/۳۲±۲/۳۸

میانگین±انحراف‌معیار							
۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱٤	۱٥	۱٦	۱۷
۴/۶۰±۲/۱۹	۶/۷۲±۲/۱۰	۵/۴۹±۲/۲۳	۲۴/۷۳±۴/۴۵	۲۷/۷۸±۵/۱۲	۱۷/۳۳±۲/۹۳	۱۸/۲۱±۳/۴۹	۱۳/۱۲±۳/۲۶	۱۶/۰۱±۳/۱۵

*P<۰/۰۱، **P<۰/۰۵

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری

شاخص‌های برازندگی	مدل اندازه‌گیری	نقطه برش (براساس دیدگاه کلاین، ۲۰۱۶)
مجذور کای‌دو[1]	۲۴۲/۶۰	–
درجه آزادی مدل	۸۷	–
df^2/χ^2	۲/۷۹	کمتر از ۳
شاخص نیکویی برازش[3]	۰/۹۱۱	۰/۹۰<
شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده[4]	۰/۸۶۳	۰/۸۵۰<
شاخص برازش نیکویی[5]	۰/۹۱۸	۰/۹۰<
ریشه مربعات خطای برآورد[6]	۰/۰۷۷	۰/۰۸>

1. Chi-Squre
2. normed chi-square
3. Goodness Fit Index
4. Adjusted Goodness Fit Index
5. Comparative Fit Index
6. Root Mean Square Error of Approximation

و ارائه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار ناراحت‌کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با هیجانات مرتبط با روابط بین‌فردی کمک می‌کند. به این صورت که هر عامل یا ویژگی که باعث تنظیم هیجان شود، طبیعتاً با سلامت جسمانی و رفتارهای مرتبط با سلامتی همراه است [۲۴]. در رابطه با تنظیم هیجان و ارتباط آن با تحمل پریشانی نیز می توان گفت که استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان باعث می‌شود که فرد با نگاه و دیدگاه متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی بپردازد، هیجان‌های منفی را به‌شدت کمتری تجربه کند، شدت واکنش های هیجانی نسبت به آنها را تغییر دهد و درمورد کنترل هیجانات خود احساس کفایت کند و درنتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه کند. تنظیم هیجان به پذیرش مشکلات هیجانی، پرورش سبک زندگی سالم و انجام عمل مخالف در برابر هیجان‌های منفی منجر می‌شود که درنهایت به تسهیل تغییرات منجر می‌شود [۲۲].

از سوی دیگر، افراد دلسوز به خود به شکست‌ها و شکست‌های اجتناب‌ناپذیری که می‌توانند هنگام تلاش برای تغییر رفتارهای سلامتی خود رخ دهند، با پذیرش و نه قضاوت (مهربانی به خود)

جدول ۴. ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

اثر	مسیر	b	S.E	β	P
مستقیم	شفقت به خود ← راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان	−۰/۰۰۹	۰/۰۱۲	−۰/۰۵۹	۰/۴۶۱
	شفقت به خود ← راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان	۰/۰۴۳	۰/۰۰۹	۰/۳۶۰	۰/۰۰۱
	تحمل پریشانی ← راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان	−۰/۰۴۵	۰/۰۰۹	−۰/۴۲۰	۰/۰۰۱
	تحمل پریشانی ← راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان	۰/۰۲۲	۰/۰۰۶	۰/۲۵۴	۰/۰۰۱
	راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان ← رفتارهای سلامتی	−۱/۵۶۰	۰/۲۷۱	−۰/۵۶۰	۰/۰۰۱
	راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان ← رفتارهای سلامتی	۱/۵۶۵	۰/۳۲۵	۰/۴۵۱	۰/۰۰۱
	شفقت به خود ← رفتارهای سلامتی	۰/۰۴۶	۰/۰۲۳	۰/۱۱۳	۰/۰۴۵
	تحمل پریشانی ← رفتارهای سلامتی	−۰/۰۱۹	۰/۰۲۰	−۰/۰۶۲	۰/۳۳۸
غیرمستقیم	شفقت به خود ← رفتارهای سلامتی	۰/۰۸۱	۰/۰۲۶	۰/۱۹۵	۰/۰۰۱
	تحمل پریشانی ← رفتارهای سلامتی	۰/۱۰۵	۰/۰۲۱	۰/۳۵۰	۰/۰۰۱
کل	شفقت به خود ← رفتارهای سلامتی	۰/۱۲۷	۰/۰۲۷	۰/۳۰۸	۰/۰۰۱
	تحمل پریشانی ← رفتارهای سلامتی	۰/۰۸۶	۰/۰۱۹	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱

جدول ۵. بررسی مفروضه‌های نرمال بودن و همخطی بودن

متغیر	مفروضه نرمال بودن		مفروضه هم‌خطی بودن	
	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
تحمل پریشانی	-۰/۱۱	-۰/۶۷	۰/۷۲	۱/۳۹
شفقت به خود	-۰/۲۱	-۰/۷۶	۰/۷۷	۱/۳۰
راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان-پذیرش	۰/۰۶	-۰/۸۵	۰/۷۳	۱/۳۷
راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان-تمرکز مجدد مثبت	۰/۴۳	-۰/۷۱	۰/۶۵	۱/۵۵
راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان-تمرکز مجدد بر برنامه	-۰/۳۰	-۰/۸۹	۰/۴۶	۲/۱۶
راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان-ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۳۴	-۱/۰۱	۰/۳۷	۲/۶۹
راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان-دیدگاه گیری	-۰/۰۳	-۰/۹۷	۰/۵۳	۱/۹۰
راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان-سرنش خود	-۰/۴۳	-۰/۸۰	۰/۷۵	۱/۳۴
راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان-سرنش دیگری	۰/۸۲	۰/۲۱	۰/۷۳	۱/۳۷
راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان-نشخوارگری	-۰/۰۴	-۰/۸۱	۰/۶۵	۱/۵۳
راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان-فاجعه‌انگاری	۰/۵۵	-۰/۷۸	۰/۵۶	۱/۸۰
رفتارهای سلامتی-خودشکوفایی	-۰/۸۹	۰/۰۹	-	-
رفتارهای سلامتی-مسئولیت‌پذیری	-۰/۴۲	-۰/۳۴	-	-
رفتارهای سلامتی-حمایت بین‌فردی	-۰/۷۷	۰/۳۰	-	-
رفتارهای سلامتی-مدیریت استرس	-۰/۳۱	-۰/۴۲	-	-
رفتارهای سلامتی-ورزش	۰/۲۱	-۱/۰۷	-	-
رفتارهای سلامتی-تغذیه	-۰/۳۴	-۰/۵۸	-	-

تصویر ۱. پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

پاسخ می‌دهند و اشتباهات خود را به‌عنوان چیزی که همه تجربه می‌کنند (انسانیت مشترک) به‌جای غوطه‌ور شدن در احساسات منفی می‌بینند یا استرس درمورد موقعیت خود. ازآنجایی که عاطفه منفی با خودتنظیمی تداخل دارد، پاسخ دلسوزانه به خود می تواند به افراد کمک کند تا با تعدیل احساسات منفی که ممکن است در پاسخ به هدف رفتار سلامت ایجاد شوند، رفتارهای سلامت خود را حفظ کنند. شواهدی نشان می‌دهد که شفقت به خود به‌طور مداوم و مثبت با تمرین بیشتر انواع رفتارهای ارتقادهنده سلامت، مانند ورزش منظم، تغذیه سالم، رفتارهای خواب سالم و مدیریت استرس مرتبط است [۲۱]. فردی که با شفقت نسبت به خود به این قدرت تشخیص می‌رسد که تجربه رنج تنها منحصر به او نیست و تجربه‌ای رایج و مشترک بین همه انسان‌ها است، بهتر می‌تواند بر مشکلات جسمی غلبه کند. ضمن اینکه خودآگاهی در افراد دارای خودشفقتی سبب می‌شود، فرد توجه خود را به داشته‌هایش معطوف کند و هنگام مواجهه با شکست و ناامیدی حتی در مشکلات جسمی به‌جای انتقاد، احساس ناامیدی و بی‌کفایتی با درک و فهم به‌درستی با آن مشکلات مقابله کند و ازطریق غیرفعال کردن پاسخ‌های مخرب و جایگزین کردن آن‌ها با خودتسکینی، خودمهربانی و قدردانی از خود، آرامش را برای خود فراهم کند؛ درحالی‌که خودشفقتی به افراد این فرصت را می‌دهد تا دیدگاه مثبتشان را به خود حفظ کنند [۲۵].

نف نیز در رابطه با ارتباط تنظیم هیجان و شفقت به خود و نیز رفتارهای معطوف به سلامتی بیان می کند که تنظیم هیجانات را از مشخصه‌های معرف شفقت خود می‌داند. باتوجه‌به اینکه خودشفقت‌ورزی شامل تغییر در نحوه ارتباط فرد با تجربیات دردناک و هیجان‌های منفی است، به نظر می‌رسد افراد با خودشفقت‌ورزی بالاتر در شرایط دشوار می‌توانند هیجان‌ها را به‌نحو مؤثرتری تنظیم کنند که به کاهش آن‌ها منجر شود. نتایج مطالعه‌ای نشان داد خودشفقت‌ورزی با کاهش نشخوارگری، هیجان خشم را کاهش می‌دهد [۲۶]. خودشفقت‌ورزی توانایی اتخاذ دیدگاه جدیدی از شکست، یعنی مهربانی نسبت به خود را تقویت کند و تمایل افراد را برای مواجهه با افکار، تجربیات و احساسات ناخواسته افزایش دهد [۲۷، ۲۸]، درنتیجه خودشفقت‌ورزی به رفتارهای سلامتی منجر می‌شود.

در هر پژوهشی محدودیت‌هایی وجود دارد. محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز عبارت است از: آنلاین بودن اجرای پژوهش در دوران کرونا، استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، یکسان نبودن زمان و مکان اجرا برای تمامی آزمودنی‌ها. در رابطه با نتایج پژوهش می‌توان پیشنهاد کرد که رفتارهای معطوف به سلامتی نیز در قالب پوستر و بنرهای آموزشی، کارگاه‌های آموزشی و پمفلت‌ها، آموزش‌های مجازی در اختیار عموم مردم قرار گیرد. باتوجه‌به شرایط خاص جامعه کنونی پس از بحران کرونا، احتمال افزایش اضطراب و تنش‌ها و نیز تغییر در سبک زندگی، افراد بسیاری نیازمند مداخلات روان‌شناختی خواهند بود که می‌توان از نتایج پژوهش در راستای ارائه راهکارهای لازم آموزشی درخصوص تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و رفتارهای ارتقادهنده سلامتی به مراجعین در قالب مشاوره‌های فردی و گروهی استفاده کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس با کد اخلاق IR.IAU.BA.REC.1401.005 است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری سیده سریرا هاشمی‌پور در رشته روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس است و ازطرف هیچ‌گونه نهاد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن ازطرف نویسنده اول یا نویسندگان تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

جمع‌آوری نمونه‌ها و تحلیل و تهیه پیش‌نویس: سیده سریرا هاشمی‌پور؛ طراحی مطالعه، تجزیه‌وتحلیل نتایج و نگارش: اقبال زارعی؛ همکاری در آماده‌سازی نمونه‌ها، تحلیل اولیه داده‌ها و نگارش: شعله نمازی؛ مشاور و بازبینی مقاله: آزیتا امیرفخرایی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمام افرادی که در مطالعه شرکت کردند، تشکر می‌کنند.

References

[1] Atadakht A, Rahimi S, Valinejad S. [The role of health promoting lifestyle and religious orientation in predicting quality of life and death anxiety in elders (Persian)]. Aging Psychol. 2018; 4(2):143-54. [Link]

[2] Bayat B, Mohebb B, Tol A, Sadeghi R, Yekaninejad MS. [Effectiveness of an educational intervention on improving health-promoting behaviors and quality of life among health volunteers: Application the BASNEF model (Persian)]. Payesh. 2018; 17(1):53-65. [Link]

[3] Al-Qahtani MF. Comparison of health-promoting lifestyle behaviours between female students majoring in healthcare and non-healthcare fields in KSA. J Taibah Univ Med Sci. 2019; 14(6):508-14. [DOI:10.1016/j.jtumed.2019.10.004] [PMID] [PMCID]

[4] Estacio EV, Oliver M, Downing B, Kurth J, Protheroe J. Effective partnership in community-based health promotion: Lessons from the health literacy partnership. Int J Environ Res Public Health. 2017; 14(12):1550. [DOI:10.3390/ijerph14121550] [PMID] [PMCID]

[5] Fuochi G, Veneziani CA, Voci A. Exploring the social side of self-compassion: Relations with empathy and outgroup attitudes. Eur J Soc Psychol. 2018; 48(6):769-83. [DOI:10.1002/ejsp.2378]

[6] Marshall SL, Ciarrochi J, Parker PD, Sahdra BK. Is self-compassion selfish? The development of self-compassion, empathy, and prosocial behavior in adolescence. J Res Adolesc. 2020; 30 Suppl 2:472-84. [DOI:10.1111/jora.12492] [PMID]

[7] Dakani M, Fakhri M, Hasanzadeh R. [The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety tolerance and cognitive flexibility in patients with type 2 diabetes (Persian)]. Iran J Diabetes Metab. 2021; 21(3):186-97. [Link]

[8] Hosein Esfand Zad A, Shams G, Pasha Meysami A, Erfan A. [The role of mindfulness, emotion regulation, distress tolerance and interpersonal effectiveness in predicting obsessive-compulsive symptoms (Persian)]. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2017; 22(4):270-83. [DOI:10.18869/nirp.ijpcp.22.4.270]

[9] Roohi R, Soltani AA, Zinedine Meimand Z, Razavi Nematollahi V. [The effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing the selfcompassion, distress tolerance, and emotion regulation in students with social anxiety disorder (Persian)]. J Child Ment Health. 2019; 6(3):173-87. [DOI:10.29252/jcmh.6.3.16]

[10] Eilbeighie R, Elahimajd L, Ghasempour A. [The role of coping styles and emotion regulation in predicting life satisfaction (Persian)]. Q J Psychol Soc Sci Educ Sci. 2018; 2(3):8-1. [DOI:10.21859/psychol-02031]

[11] Osborne KJ, Willroth EC, DeVylder JE, Mittal VA, Hilimire MR. Investigating the association between emotion regulation and distress in adults with psychotic-like experiences. Psychiatry Res. 2017; 256:66-70. [DOI:10.1016/j.psychres.2017.06.011] [PMID]

[12] Potthoff S, Garnefski N, Miklósi M, Ubbiali A, Domínguez-Sánchez FJ, Martins EC, et al. Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. Pers Individ Differ. 2016; 98:218-24. [DOI:10.1016/j.paid.2016.04.022]

[13] Bruggink A, Huisman S, Vuijk R, Kraaij V, Garnefski N. Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. Res Autism Spectr Disord. 2016; 22:34-44. [DOI:10.1016/j.rasd.2015.11.003]

[14] Zafari S, Khademi Eshkezari M. [The structural model of the role of cognitive emotion regulation strategies, mindfulness and perfectionism in predicting emotional problems in students (Persian)]. The J Psychol Sci. 2020; 19(87):321-8. [DOI:10.29252/psychosci.19.87.321]

[15] Jahanbakhsh E, Hashemi M. [Study health-based life style aspects in shushtar residents (Persian)]. 2014; 5(8 & 9):83-9. [Link]

[16] Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford Publications; 2015. [Link]

[17] Kalroozi F, Pishgooie S A H, Taheriyan A, Khayat S, Faraz R. [Health-promoting behaviours and related factors among nurses in selected military hospitals (Persian)]. J Mil Car Sci. 2015; 1(2):73-80. [DOI:10.18869/acadpub.mcs.1.2.73]

[18] Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. Motiv Emot. 2005; 29:83-102. [DOI:10.1007/s11031-005-7955-3]

[19] Shahbazi M, Rajabi G, MaghamiA, Jelodari A. [Confirmation structure of the Persian version of the revised grading scale of self-compassion in a group of prisoners (Persian)]. Q J Psychol Methods Models. 2015; 6(19)31-46. [Link]

[20] Litzelman K, Kent EE, Rowland JH. Interrelationships between health behaviors and coping strategies among informal caregivers of cancer survivors. Health Educ Behav. 2018; 45(1):90-100. [DOI:10.1177/1090198117705164] [PMID] [PMCID]

[21] Sirois FM. A self-regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions in emerging adults. Prev Med Rep. 2015; 2:218-22. [DOI:10.1016/j.pmedr.2015.03.006] [PMID] [PMCID]

[22] Havaiy A, Kazemi H, Habibollahi A, Izadikhah Z. [The effect of emotion regulation on the amount of tension tolerance and emotion regulation difficulties in women with tension-type headaches (Persian)]. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci. 2017; 24(10):840-51. [Link]

[23] Tahmaseb S, Moltafet G. [The prediction of life satisfaction based on attachment to God with mediating role of cognitive emotion regulation (Persian)]. J Psychol Sci. 2019; 18(79):807-18. [Link]

[24] Tárrega S, Castro-Carreras L, Fernández-Aranda F, Granero R, Giner-Bartolomé C, Aymamí N, et al. A serious videogame as an additional therapy tool for training emotional regulation and impulsivity control in severe gambling disorder. Front Psychol. 2015; 6:1721. [DOI:10.3389/fpsyg.2015.01721] [PMID] [PMCID]

[25] Saadatbin Javaheri F, Abolghasemi S, Haghayegh SA. [Comparison of body appreciation, body image flexibility, and attachment style in women with and without self-compassion (Persian)]. J App Psychol Res. 2022; 12(4):293-308. [DOI:10.22059/JAPR.2022.315166.643716]

[26] Fresnics A, Borders A. Angry rumination mediates the unique associations between self-compassion and anger and aggression. Mindfulness. 2017; 8(3):554-64. [DOI:10.1007/s12671-016-0629-2]

[27] Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: Ostafin BD, Robinson MD, Meier BP, editors. Handbook of mindfulness and self-regulation. Berlin: Springer; 2015. [DOI:10.1007/978-1-4939-2263-5_10]

[28] Zhang JW, Chen S. Self-compassion promotes personal improvement from regret experiences via acceptance. Pers Soc Psychol Bull. 2016; 42(2):244-58. [DOI:10.1177/0146167215623271] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank