

Psychometric Properties of Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Positive (DERS-P)

Kazemi Rezaei, S.A., Moradi, *A., Shagholian, M., Abdollahi, M.M., Parhoon, H.

Abstract

Introduction: Emotional dysregulation has been identified as an important meta-diagnostic factor for the etiology and treatment of various psychological problems and risky behaviors. The aim of this study was to investigate the psychometric properties of the Persian version of the Difficulty in emotion regulation scale positive (DERS-P) in students.

Method: The statistical population of this study consisted of all students of Kharazmi University and Razi University in the academic year 1399-1400, of which 313 students (195 females, 118 males) participated as a sample available through virtual networks and answered the Difficulty in Positive Emotion Regulation Scale (DERS-P), the Emotional Disorder Scale (DERS) and the Short Form of Psychological Well-Being Questionnaire (PWQ). The collected data were analyzed using confirmatory factor analysis, Cronbach's alpha, and Pearson correlation coefficient in SPSS-25 and AMOS-22 software.

Results: Confirmatory factor analysis indices indicated that the three-factor model fits the scale of difficulty in positive emotion regulation. Convergent and divergent validity were also confirmed by calculating the scale correlation with the scale of difficulty in emotion regulation and psychological well-being, respectively ($P < 0.05$). The internal consistency method was used to determine the reliability of the questionnaire. The results of Cronbach's alpha indicated the appropriate internal consistency of the questionnaire and its components. Cronbach's alpha for accept was 0.72, goals were 0.84, the impulse was 0.86 and the total scale was 0.90.

Conclusion: It could be concluded that Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Positive (DERS-P) in Iran has good psychometric properties and can be a reliable tool in clinical and research situations.

Keywords: Difficulty in regulating positive emotion, Psychological Well-Being.

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس

دشواری در تنظیم هیجان مثبت (DERS-P)

سیدعلی کاظمی‌رضایی^۱، علیرضا مرادی^۲، مهناز شاهقلیان^۳، محمدحسین عبدالهی^۴، هادی پرهون^۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۱

چکیده

مقدمه: بدتنظیمی هیجانی به‌عنوان یک عامل مهم فراتشخیصی برای علت‌شناسی و درمان مشکلات روانشناختی مختلف و رفتارهای پرخطر شناسایی شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان‌های مثبت (DERS-P) در دانشجویان انجام شد.

روش: جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه خوارزمی و دانشگاه رازی در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ تشکیل دادند که از بین آن‌ها تعداد ۳۱۳ دانشجو (۱۹۵ مؤنث، ۱۱۸ مذکر) به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از طریق شبکه‌های مجازی شرکت کردند و به مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت (DERS-P)، مقیاس بدتنظیمی هیجانی (DERS) و فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (PWQ) پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی، آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزارهای SPSS-25 و AMOS-22 تحلیل شد.

یافته‌ها: شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی دلالت بر برازش مطلوب مدل سه عاملی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت داشت. روایی همگرا و واگرا نیز از طریق محاسبه‌ی همبستگی مقیاس به ترتیب با مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و بهزیستی روانشناختی تأیید شد ($P < 0.05$). برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد که نتایج آلفای کرونباخ حاکی از همسانی درونی مناسب پرسشنامه و مؤلفه‌های آن بود. میزان آلفای کرونباخ برای پذیرش برابر با ۰/۷۲، اهداف برابر با ۰/۸۴، تکانه برابر با ۰/۸۶ و کل مقیاس برابر با ۰/۹۰ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان عنوان کرد که نسخه فارسی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت (DERS-P)، در ایران از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است و می‌تواند ابزار قابل اعتمادی در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی باشد.

واژه‌های کلیدی: دشواری در تنظیم هیجان مثبت، بهزیستی روانشناختی.

مقدمه

تنظیم هیجان^۱ یک مهارت بنیادی است که برای عملکرد انطباقی در حوزه‌های مختلف ضروری است (۱). تنظیم هیجان به‌عنوان فرآیندهای درونی و بیرونی درگیر در نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی برای دستیابی به اهداف تعریف می‌شود (۲) اگرچه مفهوم تنظیم هیجان تابع تعاریف و تفاسیر مختلفی است، اما اغلب به‌عنوان فرآیندها یا راهبردهایی برای مدیریت برانگیختگی هیجانی استفاده می‌شود تا عملکرد بین فردی مناسب ممکن شود (۱). از سوی دیگر، مشکلات در تنظیم هیجان از لحاظ نظری و تجربی با انواع رفتارهای ناهنجار از جمله؛ اختلال افسردگی اساسی^۲ (۳)، اختلال اضطراب فراگیر^۳ (۴)، اختلال اضطراب اجتماعی^۴ (۵)، اختلال شخصیت مرزی^۵ (۶)، اختلالات خوردن^۶ (۷)، اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد^۷ (۸)، رفتارهای پرخطر از قبیل خودزنی و رفتارهای جنسی پرخطر (۹) مرتبط است. ادبیات پژوهش، بدتنظیمی هیجانی را به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری فراتشخیصی که زمینه‌ساز مشکلات روانی و رفتارهای مخاطره‌آمیز است برجسته می‌کند. با توجه به این مهم در رویکرد های درمانی مختلف، مانند درمان متمرکز بر هیجان^۸ (۱۰)، درمان مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی^۹ (۱۱)، رفتار درمانی دیالکتیکی^{۱۰} (۱۲)، درمان تنظیم هیجان^{۱۱} (۴)، درمان گروهی تنظیم هیجان^{۱۲} (۱۳) و درمان فردی تنظیم هیجان^{۱۳} (۱۴) وجود دارد.

با توجه به نقش مهم تنظیم هیجان در درمان اختلال‌های مختلف روانشناختی؛ چندین ابزار خودگزارش‌دهی از جمله؛ گراتز و رومر (۱۵)، گراس و جان (۱۶)، باگی، تیلور و پارکر (۱۷)، هافمن و کاشدان (۱۸)، سیمونز و گاهر (۱۹) و

تیلور، لاپوسا و آلدن (۲۰) برای اندازه‌گیری جنبه‌های متفاوت این سازه توسط پژوهشگران مختلف طراحی شده است. یکی پرکاربردترین این ابزارها مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^{۱۴} (DERS) گراتز و رومر (۱۵) است که با هدف ایجاد مقیاسی جامع برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان، ساخته شده است. هر چند این مقیاس از حمایت تجربی قوی برخوردار است (۲۱)، اما بر بدتنظیمی هیجانی منفی متمرکز است و به بررسی بدتنظیمی هیجانی مثبت نمی‌پردازد، لذا از آنجایی که توجه نسبتاً محدودی به هیجان‌های مثبت (در مقابل هیجان‌های منفی) در آسیب‌شناسی روانی شده است، جای تعجب نیست که بیشتر پژوهش‌ها در مورد تنظیم هیجان بر تجربیات هیجانی منفی متمرکز کرده‌اند.

در این راستا، چندین پژوهش از سودمندی بالینی بررسی مشکلات در تنظیم هیجان‌های مثبت پشتیبانی می‌کنند (۹). نخست، ادبیات نظری و تجربی نشان می‌دهد که افراد ممکن است در سیستم‌های هیجانی مثبت و منفی دچار بی‌نظمی در هیجان‌ها شوند (۲۲) و (۱۲). به‌طوری‌که، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه^{۱۵} یا اختلالات هراس^{۱۶} ممکن است از هر گونه برانگیختگی، از جمله برانگیختگی فیزیولوژیکی مرتبط با برخی از حالات هیجانی مثبت اجتناب کنند (۲۳) و (۲۴). به عنوان مثال، PTSD با افزایش پاسخ فیزیولوژیکی به محرک‌های هیجانی مثبت مرتبط است (۲۵)، که ممکن است به دلیل ارتباط با علائم مربوط به تروما، به عنوان یک هیجان آزارنده تجربه شود (۲۶). هیجان‌های مثبت همچنین ممکن است به دلیل اختلال در ظرفیت کنترل نظم‌بخشی هیجانی، کنترل رفتاری را در PTSD از جمله ظرفیت مهار رفتارهای تکانشی یا پاداش جوانه را مختل کند (۲۷). علاوه بر این، بیلو و همکاران (۲۸) در پژوهش خود نشان دادند که افراد مبتلا به افسردگی (در مقایسه با افراد بدون افسردگی) احتمال بیشتری وجود دارد که هیجان‌های مثبت را سرکوب کنند (۲۸).

دوم، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد در واقع تجارب هیجانی مثبت را تنظیم می‌کنند (۲۹) و استفاده از راهبردهای

1. Emotion regulation
2. major depressive disorder
3. generalized anxiety disorder
4. Social anxiety disorder
5. Borderline personality disorder
6. eating disorders
7. Substance related disorders
8. emotion-focused therapy
9. acceptance and mindfulness-based therapy
10. dialectical behavioral therapy
11. emotion-regulation therapy
12. emotion-regulation group therapy
13. emotion-regulation individual therapy

14. Difficulties in Emotion Regulation Scale
15. posttraumatic stress disorder
16. panic disorders

کرد. معروف‌ترین و پرکاربردترین ابزار در این زمینه مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) وایس و همکاران است که معیاری جامع برای ارزیابی توانایی‌های اساسی تنظیم هیجان‌های مثبت محسوب می‌شود. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت یک ابزار خودگزارشی ۱۳ سؤالی با سه خرده‌مقیاس عدم پذیرش هیجان‌های مثبت (پذیرش^۵)، دشواری در درگیر شدن در رفتارهای هدفمند هنگام تجربه هیجان‌های مثبت (اهداف^۶) و دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی هنگام تجربه هیجان‌های مثبت (تکانه^۷) می‌باشد که برای ارزیابی مشکلات مرتبط بالینی در تنظیم هیجان‌های مثبت طراحی شده است (۹). این مقیاس براساس مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر (۱۵)، با سؤالات اصلاح شده برای ارزیابی مشکلات ناشی از تجربه هیجان‌های مثبت (در مقابل هیجان‌های منفی) طراحی شده است. به ویژه، به‌جای شروع سؤالات با «وقتی ناراحت‌م» مانند بسیاری از آیت‌های اصلی پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر، سؤالات مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت با «وقتی خوشحالم» شروع می‌شوند. در یک مطالعه روان‌سنجی اولیه وایس و همکاران (۹) که از نمونه متشکل از دانشجویان استفاده کرده‌اند، ابعاد DERS-P همسانی درونی بالایی را نشان داد، ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش، اهداف و تکانه همچنین روایی سازه^۸ مطلوبی داشت. به عنوان مثال، هر یک از مقیاس‌های DERS-P به طور معنی‌داری با دشواری در تنظیم هیجانی منفی^۹ و تجربه تنظیم خلق منفی^{۱۰} ارتباط داشتند (۹).

علی‌رغم آگاهی روزافزون از اهمیت تنظیم هیجان در عملکرد انطباقی و آسیب‌شناسی روانی، اکثر پژوهش‌ها در مورد مشکلات در تنظیم هیجان‌ها به طور خاص بر تنظیم هیجان‌های منفی متمرکز شده‌اند. با این وجود، تحقیقات نوظهور ارتباط نقص در تنظیم هیجان‌های مثبت را با انواع مشکلات بالینی برجسته می‌کند، به‌طوری‌که بدتنظیمی هیجانی به‌عنوان یک مکانیسم کلیدی در سبب‌شناسی و

تنظیم هیجان ناکارآمد (به عنوان مثال، سرکوب^۱) برای تعدیل هیجان‌های مثبت، منجر به افزایش فعال شدن سیستم عصبی سمپاتیک می‌شود (۳۰)، که نشان می‌دهد تعدیل هیجان‌های مثبت از نظر شناختی تأثیرگذار است (۱۶). سوم، مشخص شده است که تنظیم مؤثر هیجان‌های مثبت با طیفی از نتایج مثبت، از جمله رضایت از زندگی و عزت نفس بالاتر و ناامیدی و افسردگی کمتر مرتبط است (۳۱). علاوه بر این، فردریکسون و همکارانش نشان داده‌اند که تنظیم مؤثر هیجان‌های مثبت ممکن است اثرات هیجان‌های منفی را خنثی کند و در تنظیم هیجان‌های منفی نقش داشته باشد (۳۲). چهارم، مشخص شده است که حالت‌های هیجانی مثبت به طور خاص باعث افزایش حواس‌پرتی (۳۳) و استفاده کمتر تمایز یافته از اطلاعات می‌شود (۳۴)، که ممکن است خطر تصمیم‌گیری نامطلوب متمرکز بر اهداف کوتاه‌مدت در مقابل اهداف بلندمدت را افزایش دهد (۳۵). در نهایت، شواهد رو به رشد نشان می‌دهد که تمایل به رفتار تکانشی در هنگام تجربه هیجان‌های مثبت شدید با طیفی از رفتارهای ناسازگار مرتبط بالینی، از جمله مصرف مواد مخدر و الکل، قمار، و رفتارهای جنسی پرخطر مرتبط است (۳۶). همچنین، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلالات افسردگی (۳۷)، اختلال استرس پس از سانحه (۳۸) و اختلالات مصرف مواد (۳۹) سطوح پایین‌تری از هیجان‌پذیری (حالت عاطفی)^۲ مثبت را نشان می‌دهند، در حالی که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی سطوح بالاتری از هیجان‌پذیری مثبت را تجربه می‌کنند (۴۰). بنابراین گرچه عموماً انتظار می‌رود افراد تمایل به هیجان‌های مثبت داشته و از آن لذت ببرند، برخی از آن‌ها ممکن است در کشمکش با تجربه و تنظیم چنین هیجان‌هایی باشند.

در زمینه سنجش تنظیم هیجان مثبت می‌توان به چندین ابزار از جمله؛ خرده مقیاس اضطراب مثبت^۳ سایدرس و همکاران (۴۱)؛ پرسشنامه رفتار پرخطر مقیاس‌های منفی و مثبت^۴ وایس و همکاران (۴۲) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت (DERS-P) وایس، گراتز و لوآندر (۹) اشاره

5. Accept

6. Goals

7. Impulse

8. construct validity

9. difficulties regulating negative emotions

10. expectancies for negative mood regulation

1. suppression

2. affectivity

3. Positive Urgency

4. Risky Behavior Questionnaire Negative and Positive Scales

شرکت‌کنندگان در فایل اکسل ذخیره و پس از آن جهت تجزیه و تحلیل در نرم‌افزارهای SPSS-25 و AMOS-22 تحلیل شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان مثبت، دشواری در تنظیم هیجان منفی و فرم کوتاه بهزیستی روانشناختی استفاده شد. معیار ورود به پژوهش شامل موافقت جهت شرکت در پژوهش و دانشجوی دانشگاه خوارزمی و رازی بودن بود، از آنجایی که اطلاع‌رسانی از طریق شبکه‌های مجازی در این دو دانشگاه انجام شد، آزمودنی‌هایی که دانشگاه را سایر موارد انتخاب کرده بودند حذف شدند و معیار خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود.

ابزار

۱. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت^۳ (DERS-P): مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت مقیاس توسط وایس، گرتز و لواندر، در سال ۲۰۱۵ طراحی شده است. این مقیاس خودگزارشی شامل ۱۳ گویه است و دارای سه خرده مقیاس پذیرش (پذیرش هیجان‌ات مثبت) با سؤالات (۲،۴۶،۱۲)، اهداف (توانایی درگیر شدن در رفتار هدفمند هنگام تجربه هیجان‌ات مثبت) با سؤالات (۱،۷،۹،۱۱) و تکانه (توانایی کنترل رفتارهای تکانشی هنگام تجربه هیجان‌ات مثبت) با سؤالات (۳،۵،۸،۱۰،۱۳) است و بدتنظیمی هیجانی مثبت را مورد سنجش قرار می‌دهد. شرکت‌کنندگان هر آیتم را از ۱ (تقریباً هرگز؛ ۰ تا ۱۰ درصد زمان) تا ۵ (تقریباً همیشه؛ ۹۱ تا ۱۰۰ درصد زمان) رتبه‌بندی می‌کنند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده مشکلات بیشتر در تنظیم هیجان‌ات مثبت است (۹). این مقیاس از ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار است بطوری که در پژوهش وایس و همکاران آلفای کرونبا برای خرده‌مقیاس پذیرش ۰/۸۰، اهداف ۰/۸۳، تکانه ۰/۸۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمده است (۹). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۰، خرده مقیاس پذیرش ۰/۷۲، خرده مقیاس اهداف ۰/۸۴ و خرده مقیاس تکانه ۰/۸۶ بود.

درمان مشکلات بالینی متعدد در نظر گرفته می‌شود (۴۳). در واقع، با وجود شواهد پژوهشی برای ارتباط دشواری در تنظیم تجارب هیجانی مثبت با اختلالات روانشناختی مختلف، این جنبه از اختلال در تنظیم هیجان اغلب در محیط‌های بالینی نادیده گرفته می‌شود، به‌ویژه هنگامی که مشکلات مرتبط با نقص در تنظیم هیجان‌ات منفی اغلب مورد تأکید قرار می‌گیرند توجه به دشواری در تنظیم هیجان مثبت بسیار ضروری است. با این حال، علی‌رغم حمایت فزاینده از ارتباط مشکلات در تنظیم هیجان‌ات مثبت با آسیب‌شناسی روانی و عملکرد کلی، پژوهش‌ها در این زمینه محدود است. فقدان یک معیار جامع برای ارزیابی بدتنظیمی هیجانی مثبت، منجر به کمبود نسبی پژوهش در زمینه بدتنظیمی هیجان مثبت در جامعه ایران شده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت (DERS-P) در دانشجویان انجام گرفت.

روش

طرح پژوهش: این مطالعه در چهارچوب پژوهش‌های توصیفی و از نوع همبستگی قرار می‌گیرد.

آزمودنی‌ها: پژوهش حاضر با هدف تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت^۱ (DERS-P) انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان دانشگاه خوارزمی و دانشگاه رازی در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۴۰ تشکیل دادند. بررسی مبانی نظری و پژوهشی موجود راجع به تعیین حجم نمونه برای تحلیل عاملی حاکی از ناهمگونی نظری در این حوزه بود. در این راستا، براساس پیشنهاد میرز و همکاران (۴۴) حجم نمونه برای تحلیل عاملی نباید کمتر از ۲۰۰ نفر باشد ($N > 200$). از این رو، ابتدا گوگل فرم^۲ پرسشنامه‌ها تهیه شد و به روش اینترنتی، با توزیع لینک پرسشنامه آنلاین ۳۱۳ نفر از دانشجویان دانشگاه خوارزمی و دانشگاه رازی به صورت نمونه‌گیری دردسترس از طریق شبکه‌های مجازی (تلگرام، واتس‌آپ و...) در پژوهش شرکت کردند. این روش با توجه به محدودیت تردد در شرایط شیوع ویروس کرونا در ایران انتخاب گردید. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها اطلاعات

3. Difficulties in Emotion Regulation Scale- Positive

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale-Positive
2. Google Form

۳. فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (PWQ): در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است (۴۶). این پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال و برگرفته از فرم اصلی با ۱۲۰ سؤال است. بهزیستی روانشناختی مفهومی چندبعدی و در برگیرنده شش بعد (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری گزینه‌های مقیاس‌های بهزیستی بدین شرح است: کاملاً مخالفم = ۱؛ تا حدی مخالفم = ۲؛ نظری ندارم = ۳؛ کمی موافقم = ۴؛ کاملاً موافقم = ۵. برای به دست آوردن نمره مربوط به هر زیر مقیاس، نمره همه عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر با هم جمع می‌شوند، از جمع نمره ۱۸ عبارت نمره بهزیستی روانشناختی کلی به دست می‌آید. حداکثر نمره ۹۰ و حداقل ۱۸ است که نمره پایین‌تر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بسیار ضعیف می‌باشد. ریف به منظور هنجاریابی مقیاس بهزیستی روانشناختی، آن را روی ۳۲۱ نفر از زنان و مردان در گروه‌های جوان، میانسال و سالخوردگان اجرا کرد. وی ضریب همسانی زیرمقیاس‌های این مقیاس را بدین شرح گزارش داده است: خودمختاری = ۰/۷۶، تسلط بر محیط = ۰/۹۰، رشد فردی = ۰/۸۷، روابط مثبت با دیگران = ۰/۹۱، زندگی هدفمند = ۰/۹۰ و پذیرش خود = ۰/۹۳ (۴۲). در ایران بیانی و همکاران (۴۷) به منظور هنجاریابی این پرسشنامه، آن را بر روی نمونه‌ای ۱۴۵ نفری اجرا کردند. برای تعیین همسانی درونی آلفای کرونباخ به کار برده شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. این ضریب برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۶۶، ۰/۶۵، ۰/۷۵، ۰/۵۷ و ۰/۷۶ بود (۴۷). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه بهزیستی روانشناختی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که برابر با ۰/۷۴ بود.

روند اجرای پژوهش: ابتدا نسخه انگلیسی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت به زبان فارسی ترجمه شد. جهت برگردان متن انگلیسی این پرسشنامه به زبان فارسی و برعکس از زبان فارسی به انگلیسی از دستورالعمل راهنمای سوزا، روجناسریرات استفاده شد (۴۸). در گام نخست دو

۲. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS): این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز و رومر جهت سنجش میزان بی‌نظمی هیجانی و راهبردهای خودنظم‌بخشی هیجانی طراحی شد و دارای ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس به نام‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی می‌باشد، استفاده شد. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج درجه‌ای (تقریباً هرگز = ۱؛ تا تقریباً همیشه = ۵) است، نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری در مقوله تنظیم هیجان است. گراتز و رومر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی دو هفته‌ای، ۰/۸۵ گزارش کردند (۱۵). در پژوهش بشارت و بزازیان ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه‌های بالینی و غیربالینی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. در این پژوهش‌ها ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در کنترل تکانه از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای عدم وضوح هیجانی از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی این پرسشنامه را تأیید می‌کند. همچنین پایایی بازآزمایی این پرسشنامه نیز برای پرسش‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۰ تا ۰/۸۵، برای دشواری در کنترل تکانه از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۶۸ تا ۰/۸۰، برای عدم وضوح هیجانی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ و برای کل مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به دست آمد (۴۵). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس محاسبه شد که برابر با ۰/۸۸ بود.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر که با هدف تعیین مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان‌های مثبت انجام گرفت، ۳۱۳ نفر شرکت‌کننده حضور داشتند که نمونه‌ی پژوهش حاضر از نظر جنسیت متشکل از ۱۹۵ نفر (۶۲/۳ درصد) زن و ۱۱۸ نفر (۳۷/۷ درصد) مرد بودند. نمونه‌ی پژوهش از نظر وضعیت تأهل متشکل از ۱۸۸ نفر (۶۰/۱ درصد) مجرد و ۱۲۵ نفر (۳۹/۹ درصد) متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۵۲ نفر (۱۶/۶ درصد) دارای مدارک تحصیلی کاردانی، ۱۵۱ نفر (۴۸/۲ درصد) دارای مدرک کارشناسی، ۸۴ نفر (۲۶/۸ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد ۲۶ نفر (۸/۳ درصد) دارای مدرک دکتری بودند. در پژوهش حاضر همچنین میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر با ۳۰/۰۱ و ۹/۱۹ بود.

در ادامه با هدف ارزیابی روایی سازه پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان‌های مثبت از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل عاملی تأییدی مفروضه‌های کفایت نمونه برداری کیسیر/امیر/الکین (KMO) (۰/۹۰۸) و کرویت بارتلت ($\chi^2 = ۱۹۹۲/۰۴۴, p = ۰/۰۰۱$) حاکی از مناسب بودن توانایی ماده‌های مقیاس برای اندازه‌گیری عامل‌ها بود. برای تعیین برازش کلی ابزار پژوهش حاضر با داده‌های تجربی از تحلیل عاملی تأییدی با ۳ متغیر مکنون استفاده شد که شاخص‌های برازش آن در جدول ۱ ارائه شده است.

متخصص مسلط به زبان فارسی و انگلیسی به صورت مستقل کار برگردان این مقیاس به زبان فارسی را انجام دادند و پس از اجماع نظر بین آن‌ها و رفع هرگونه اختلاف نظر نسخه اولیه این پرسشنامه به زبان فارسی آماده شد. پس از آن، این پرسشنامه توسط یک متخصص مسلط به زبان انگلیسی و تحت نظارت دو متخصص در حوزه روانشناسی بالینی باز ترجمه شد. پس از آماده‌سازی نسخه اصلی مقیاس و تأیید روایی محتوایی آن توسط اساتید و متخصصین صاحب‌نظر، در اختیار ۶۰ نفر از دانشجویان قرار گرفت و نظرات و بازخوردهای آن‌ها در مورد روشی دستورالعمل‌ها، ساختار جملات، روانی و قابل فهم بودن گویه‌ها انجام شد. بعد از آماده‌سازی نسخه نهایی پرسشنامه بدتنظیمی هیجانی مثبت، از آنجایی که زمان اجرای پژوهش در دوران شیوع کرونا ویروس (کووید-۱۹) بود و امکان اجرای مداخله‌ی کاغذی پرسشنامه‌ها وجود نداشت برای اجرای پرسشنامه‌ها از روش آنلاین استفاده شد. بدین صورت که با همکاری مدیر گروه‌ها پژوهشگر را به گروه‌های خود که اعضای آن‌ها دانشجویان دانشگاه خوارزمی، و رازی کرمانشاه بودند افزوده تا با قراردادن لینک پرسشنامه آنلاین در گروه از اعضای گروه درخواست شود تا در صورت تمایل به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. برای افراد نمونه قبل از پاسخگویی به ابزارها اهداف، اهمیت و ضرورت پژوهش بیان و به آن‌ها درباره رعایت نکات اخلاقی از جمله رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و غیره اطمینان خاطر داده شده بود.

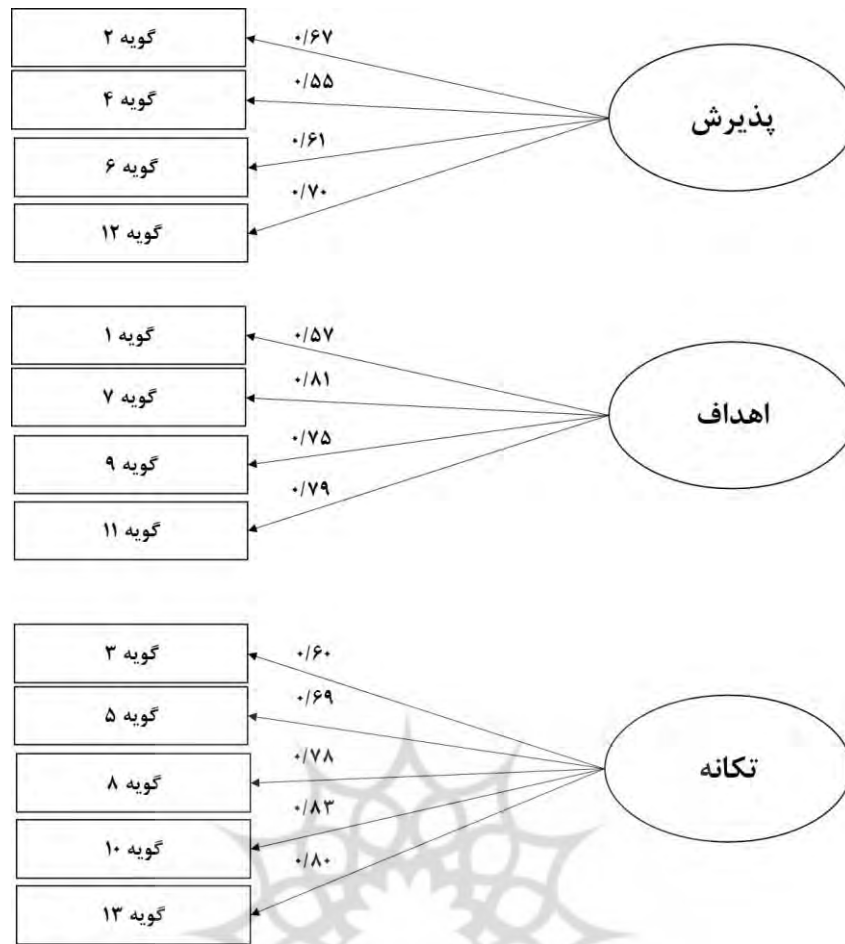
جدول (۱) شاخص‌های برازش مدل فرضی

TLI	IFI	CFI	SRMR	RMSEA	Chi-Square/df	df	Chi-Square	شاخص‌های برازش
۰/۹۳۵	۰/۹۵۱	۰/۹۵۱	۰/۰۴۷	۰/۰۷۲	۲/۶۲۳	۵۹	۱۵۴/۷۵۸	مدل مفروض سه عاملی

IFI مقادیر بالای ۰/۹ نشان دهنده پذیرش مدل و مقادیر بالای ۰/۹۵ نشان از برازش خوب مدل دارد (۴۹) با توجه به شاخص‌های مذکور می‌توان مشاهده نمود که این شاخص‌ها در مدل مفروض مناسب و خوب هستند.

شاخص‌های برازش این مدل در جدول ۱ گزارش شده است. شاخص‌های برازش مطلق^۱ و تطبیقی^۲ برای تعیین برازش مدل فرضی استفاده شد. RMSEA و SRMR جز اصلی‌ترین شاخص‌های برازش مدل هستند. برای برازش مطلوب مدل ارزش RMSEA باید کوچکتر از ۰/۱ و بهتر است کوچکتر از ۰/۰۸ باشد. همچنین مقدار SRMR بهتر است کوچکتر از ۰/۰۸ باشد (۴۹). برای شاخص‌های TLI، CFI و

1. Absolute fit indices
2. Comparative fit indices



شکل (۱) ضرایب مسیر استاندارد مدل ۳ عاملی

جدول (۲) ضرایب استاندارد و شاخص‌های معنی‌داری بارهای عاملی

عامل	گویه	β	b	Se	t	p
پذیرش	۲	۰/۶۷۲	۱			
	۴	۰/۵۴۸	۰/۸۱	۰/۱۰۱	۸/۰۳۱	۰/۰۰۱
	۶	۰/۶۱۳	۰/۸۲۴	۰/۰۹۵	۸/۶۹۲	۰/۰۰۱
	۱۲	۰/۶۹۷	۰/۸۹۲	۰/۰۹۳	۹/۵۹۴	۰/۰۰۱
اهداف	۱	۰/۵۷۱	۱			
	۷	۰/۸۱۲	۱/۲۸۷	۰/۱۰۴	۱۲/۳۶۷	۰/۰۰۱
	۹	۰/۷۵۳	۱/۱۶۷	۰/۱۲۳	۹/۵۱۴	۰/۰۰۱
	۱۱	۰/۷۹۴	۰/۸۹۲	۰/۰۹۱	۹/۷۸	۰/۰۰۱
تکانه	۳	۰/۵۹۹	۱			
	۵	۰/۶۹۲	۱/۱۱۹	۰/۱۱۳	۹/۸۸۹	۰/۰۰۱
	۸	۰/۷۸۵	۱/۲۵۹	۰/۱۱۷	۱۰/۷۸	۰/۰۰۱
	۱۰	۰/۸۳	۱/۲۹۷	۰/۱۱۶	۱۱/۱۷	۰/۰۰۱
	۱۳	۰/۷۹۸	۱/۱۴۳	۰/۱۰۵	۱۰/۸۹۴	۰/۰۰۱

معنی‌دار بودن تمامی مسیرها می‌باشد.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میزان آزمون t برای تمامی مسیرها بزرگتر از ۱/۹۶ بود که این حاکی از

جدول ۳) عوامل پرسشنامه و بارهای عاملی مرتبط با آن

ردیف	ماده‌ها	بار عاملی	
		پذیرش	اهداف
۲	وقتی که خوشحال هستم، از اینکه چنین احساسی دارم از دست خودم عصبانی می‌شوم.	۰/۶۷	
۴	وقتی که خوشحال هستم، از داشتن این احساس خجالت می‌کشم.	۰/۵۵	
۶	وقتی که خوشحال هستم، از وجود این احساس بیمناک و وحشت‌زده می‌شوم.	۰/۶۱	
۱۲	وقتی که خوشحال هستم، از اینکه چنین احساسی دارم احساس گناه می‌کنم.	۰/۷۰	
۱	وقتی که خوشحال هستم، در تمرکز کردن بر روی مسایل دیگر مشکل دارم.	۰/۵۷	
۷	وقتی که خوشحال هستم، در تمرکز مشکل دارم.	۰/۸۱	
۹	وقتی که خوشحال هستم، فکر کردن به سایر مسائل برایم دشوار است.	۰/۷۵	
۱۱	وقتی که خوشحال هستم، در انجام کارهای خود مشکل دارم.	۰/۷۹	
۳	وقتی که خوشحال هستم، نگرانم که کنترلم را از دست بدهم.		۰/۶۰
۵	وقتی که خوشحال هستم، از کنترل خارج می‌شوم.		۰/۶۹
۸	وقتی که خوشحال هستم، در کنترل رفتارهایم دچار مشکل می‌شوم.		۰/۷۸
۱۰	وقتی که خوشحال هستم، احساس می‌کنم روی خودم کنترل ندارم.		۰/۸۳
۱۳	وقتی که خوشحال هستم، کنترل رفتارهایم را از دست می‌دهم.		۰/۸۰

برای ارزیابی روایی همگرا و واگرا این پرسشنامه میزان همبستگی نمره کل دشواری تنظیم هیجان‌های مثبت و ۳ عامل این پرسشنامه شامل پذیرش، اهداف و تکانه با متغیرهای دشواری تنظیم هیجان‌های منفی و بهزیستی روانشناختی محاسبه شد که در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴) همبستگی نمره کل دشواری تنظیم هیجان‌های مثبت و سه عامل پذیرش، اهداف و تکانه با متغیرهای دشواری تنظیم هیجان‌های منفی و بهزیستی روانشناختی

متغیر	دشواری تنظیم هیجان‌های منفی	بهزیستی روانشناختی
پذیرش	۰/۲۷۲**	-۰/۳۶۴**
اهداف	۰/۳۲۴**	-۰/۳۹۴**
تکانه	۰/۴۰۲**	-۰/۴۱۷**
نمره کل دشواری تنظیم هیجان‌های مثبت	۰/۴۰۱**	-۰/۴۶۳**

** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

جدول ۵) پایایی همسانی درونی مؤلفه‌های دشواری تنظیم

هیجان‌های مثبت

متغیر	آلفای کرونباخ
پذیرش	۰/۷۲
اهداف	۰/۸۴
تکانه	۰/۸۶
نمره کل دشواری تنظیم هیجان‌های مثبت	۰/۹۰

برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد که نتایج آلفای کرونباخ حاکی از همسانی درونی مناسب پرسشنامه و مؤلفه‌های آن بود. میزان آلفای کرونباخ برای پذیرش برابر با ۰/۷۲، اهداف برابر با ۰/۸۴، تکانه برابر با ۰/۸۶ و کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ به دست آمد. نتایج

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین متغیرهای نمره کل دشواری تنظیم هیجان‌های مثبت، پذیرش، اهداف و تکانه با دشواری تنظیم هیجان‌های منفی رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار وجود دارد که میزان این روابط به ترتیب برابر ۰/۲۷، ۰/۳۲، ۰/۴۰ و ۰/۴۰ است. همچنین، بین متغیرهای نمره کل دشواری تنظیم هیجان‌های مثبت، پذیرش، اهداف و تکانه با بهزیستی روانشناختی رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار وجود دارد که میزان این روابط به ترتیب برابر ۰/۳۶، ۰/۳۹، ۰/۴۲ و ۰/۴۶ است.

راستای نتایج به دست آمده از پژوهش ویس، گراتز و همکاران (۹) و ویس و همکاران (۵۱) قرار دارد.

نتایج پژوهش حاضر ساختار سه عاملی (DERS-P) را تأیید کرد. که شامل عدم پذیرش هیجانات مثبت (عامل اول: پذیرش)، دشواری در درگیر شدن در رفتارهای هدفمند هنگام تجربه هیجانات مثبت (عامل دوم: اهداف) و دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی هنگام تجربه هیجانات مثبت (عامل سوم: تکانه). این یافته‌ها حمایت‌های بیشتری از ماهیت چند بعدی (در مقابل تک بعدی) از دشواری در تنظیم هیجان مثبت فراهم می‌کند.

خرده مقیاس پذیرش به تمایل به اتخاذ موضعی قضاوتی یا ارزیابی نسبت به هیجانات مثبت اشاره دارد (به عنوان مثال، وقتی که خوشحال هستم، از وجود این احساس بیمناک و وحشت‌زده می‌شوم). افرادی که سطوح بالای پذیرش را گزارش می‌کنند ممکن است حالت‌های هیجانی مثبت را نامطلوب، غیرقابل پیش‌بینی و یا به‌صورت ترسناک ارزیابی کنند (۵۱). اگرچه تا حدودی غیرمعمول است، از این نظر که ممکن است انتظار داشته باشیم افراد تجربیات هیجانی مثبت را بیشتر بپذیرند. در این راستا مطالعات نشان داده‌اند که افراد ممکن است در پاسخ به محرک‌های مثبت، حالت‌های هیجانی منفی را تجربه کنند (۵۲). پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد که افراد ممکن است به‌طور خاص برانگیختگی مرتبط با هیجانات مثبت را نپذیرند، به عنوان مثال، رومر، لیتز، اورسیلو و واگنر (۲۴) در پژوهش خود نشان دادند که از طریق تعمیم محرک، ترس از برانگیختگی فیزیولوژیکی که در اصل با تجربیات هیجانی منفی همراه است، ممکن است به هیجانات مثبت گسترش یابد.

خرده‌مقیاس اهداف، به توانایی ادامه فعالیت‌های لحظه حال در زمینه هیجانات مثبت اشاره دارد (به عنوان مثال، وقتی که خوشحال هستم، در تمرکز کردن بر روی مسائل دیگر مشکل دارم). حمایت از این بعد از مشکلات در تنظیم هیجانات مثبت از پژوهش‌ها در مورد پیامدهای شناختی و توجهی هیجانات مثبت ناشی می‌شود. به عنوان مثال، شواهد پژوهش نشان می‌دهد که در بافت هیجانات مثبت افراد حواس‌پرتی بیشتر (۳۳) و استفاده تمایز یافته کمتری از اطلاعات (۳۴) نشان می‌دهند. این تغییرات به دنبال هیجانات مثبت ممکن است با توانایی توجه به رفتار هدفمند تداخل کند.

تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس نشان داد که عامل پذیرش ۲۶/۲۹ درصد واریانس کل، عامل اهداف ۱۹/۵۳ درصد واریانس و عامل تکانه ۱۸/۸۸ درصد واریانس کل را تبیین کردند و در مجموع ۶۴/۶۹ درصد واریانس دشواری تنظیم هیجان‌های مثبت از طریق عوامل استخراج شد.

بحث

بدتنظیمی هیجانی به‌عنوان یک عامل مهم فراتشخیصی برای علت‌شناسی و درمان مشکلات روانشناختی مختلف و رفتارهای پرخطر شناسایی شده است. با این حال، پژوهش‌ها در این زمینه منحصراً بر بدتنظیمی هیجانات ناشی از هیجانات منفی متمرکز شده است. در این راستا، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد ممکن است اختلال در تنظیم هیجانات ناشی از هیجانات مثبت تجربه کنند (۵۰) و (۴۱) پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت (DERS-P) در دانشجویان انجام شد.

با هدف ارزیابی روایی سازه نسخه فارسی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی دلالت بر برازش مطلوب مدل سه عاملی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت داشت. لازم به ذکر است شاخص‌های برازش مطلق و تطبیقی برای تعیین برازش مدل فرضی استفاده شد. همانطور که یافته‌ها نشان می‌دهد، شاخص برازش RMSEA برابر با (۰/۰۷۲)، شاخص CFI برابر با (۰/۹۵) و شاخص IFI برابر با (۰/۹۵) می‌باشد که براساس مدل کلاین (۲۰۱۵) نشان دهنده برازش مطلوب مدل است (۴۹). روایی همگرا و واگرا نیز از طریق محاسبه‌ی همبستگی مقیاس به ترتیب با مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و بهزیستی روانشناختی تأیید شد. همچنین، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد که نتایج آلفای کرونباخ حاکی از همسانی درونی مناسب مقیاس و مؤلفه‌های آن بود. بنابراین، نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که نسخه فارسی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت در دانشجویان ایرانی از ویژگی‌های روان‌سنجی (روایی و اعتبار) مناسبی برخوردار است. در این پژوهش یک نسخه ۱۳ سؤالی از مقیاس بدتنظیمی هیجانی مثبت ارائه می‌شود که تمام ۳ بعد مقیاس اصلی را حفظ می‌کند، این یافته در

هدفمند را در زمینه هیجانات مثبت را تسهیل کند (سازگار با بعد اهداف در مقیاس بدتنظیمی هیجانی مثبت) (۹). علاوه بر فراهم کردن ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت (DERS-P)، هدف دوم ما بررسی چگونگی ارتباط دشواری در تنظیم هیجان مثبت با دشواری در تنظیم هیجانات منفی و بهزیستی روانشناختی^۴ بود. نتایج نشان داد بین متغیرهای پذیرش، اهداف و تکانه با دشواری در تنظیم هیجانات منفی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت شواهد پژوهشی در مورد تنظیم هیجان نشان می‌دهد که افراد اختلال در تنظیم هیجانات مثبت و منفی را تجربه می‌کنند (۵۲) و (۵۵) برای مثال، بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و اختلال افسردگی اساسی، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت را نمی‌پذیرند. قضاوت کردن هر دو گروه در مورد حالت‌های هیجانی به صورت نامطلوب، غیرقابل پیش‌بینی و یا به صورت ترسناک بودن است (۲۸). همچنین، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که علائم افسردگی با حالت‌های هیجانی منفی در پاسخ به محرک‌هایی که معمولاً مثبت هستند مرتبط است (۵۶). افزون بر این، بر اساس تئوری زیست - اجتماعی لینهان، الگوهای رفتاری در اختلال شخصیت مرزی حاصل بدتنظیمی هیجانی اساسی در اغلب و یا همه هیجان‌هاست (۵۷). مطالعات تصویربرداری عصبی نیز ادعای لینهان مبنی بر بدتنظیمی هیجانی فراگیر هم در هیجانات مثبت و هم منفی را مورد تأیید قرار داده‌اند (۵۸). همچنین نتایج نشان داد که بین متغیرهای پذیرش، اهداف و تکانه با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. در تبیین نتایج به دست آمده در زمینه رابطه معکوسی بدتنظیمی هیجانی مثبت با بهزیستی روانشناختی، می‌توان چنین بیان نمود، اگر چه راهبردهای نامناسبی که افراد برای تنظیم هیجانات خود و به‌ویژه هیجانات منفی استفاده می‌کنند با آسیب‌شناسی روانی مرتبط است (۵۹)، اخیراً پژوهش‌هایی همسو با یافته‌های این پژوهش نشان داده است که بدتنظیمی هیجانات مثبت نیز به طور فزاینده‌ای با آسیب‌شناسی روانی مرتبط است (۶۰) و (۶۱). از جمله راه‌هایی که افراد می‌توانند به یک حالت هیجانی مثبت پاسخ دهند، نشخوارفکری مثبت^۵ (حفظ / تقویت خلق مثبت) و

در نهایت خرده مقیاس تکانه، به تمایل به انجام اقدامات عجولانه در بافت تجربه هیجانات مثبت اشاره دارد (به عنوان مثال، وقتی خوشحال هستیم، در کنترل رفتارهایم مشکل دارم). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که سطوح بالای تکانه به شکست در در نظر گرفتن پیامدهای آینده، برای مثال به دنبال تجربه هیجانات مثبت، افراد تمایل دارند بدون در نظر گرفتن پیامدهای بلندمدت، تمرکز بیشتری بر نیازهای فوری داشته باشند (۵۳) و ظرفیت پایین برای مهار پاسخ قوی در زمینه هیجانات مثبت، برای مثال شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که کنترل یا سرکوب عمدی یک پاسخ خودکار در زمینه هیجانات مثبت دشوارتر است (۵۴) مربوط می‌شود. این نشان می‌دهد که احتمال کمتری وجود دارد که افراد از اقدامات عجولانه در زمینه هیجانات مثبت جلوگیری کنند.

از سویی دیگر، اندازه‌گیری جامعی از دشواری در تنظیم تجربیات هیجانی مثبت ممکن است به ارزیابی و مداخلات درمانی در محیط‌های بالینی کمک کند و ممکن است پیامدهای درمانی مهمی داشته باشد، که سودمندی بالقوه مداخلاتی را که مشکلات مرتبط با بدتنظیمی هیجانی را هدف قرار می‌دهند، برجسته می‌کند. به عنوان مثال، مهارت‌های تحمل‌پیشانی (به‌ویژه در رفتار درمانی دیالکتیکی) که بر کاهش رفتارهای تکانشی در بافت برانگیختگی هیجانی شدید تمرکز دارد، ممکن است در ارتقای تکانه^۱ و کنترل رفتار هنگام تجربه شدید هیجانات مثبت مفید باشد (همانگ با بعد تکانه بدتنظیمی هیجانی مثبت). به همین ترتیب، مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر مشاهده هیجانات بدون قضاوت یا ارزیابی (مثلاً ارزیابی آن تجربیات به عنوان «خوب» یا «بد») تمرکز می‌کند. ممکن است پذیرش هیجانات منفی و مثبت را تسهیل کند (سازگار با بعد پذیرش مقیاس بدتنظیمی هیجانی مثبت). در نهایت، مداخلاتی که بر ارتقای تمایل عاطفی^۲ متمرکز هستند (یعنی گشودگی برای تجربه هیجان‌ها زمانی که برانگیخته می‌شوند، بدون تلاش برای تغییر شکل، شدت یا مدت زمان آن‌ها) در خدمت اقدامات ارزشمند^۳ (مانند استراتژی‌های درمان پذیرش و تعهد) ممکن است مشارکت در رفتارهای

4. psychological well-being
5. positive rumination

1. promoting impulse
2. promoting emotional willingness
3. in the service of valued actions

احتیاط را رعایت کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات مربوط به اعتباریابی این آزمون بر روی نمونه‌های دیگر نیز انجام شود. همچنین مطالعه حاضر فقط جنبه‌های خاصی از پایایی و روایی را بررسی کرد پژوهش‌های آینده در زمینه (DERS-P) بررسی سایر شاخص‌های پایایی و روایی، مانند پایایی آزمون - بازآزمون و روایی پیش‌بینی مورد نیاز است.

منابع

1. Calkins SD. Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994;59(2-3):53-72.
2. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994;59(2-3):25-52.
3. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science. 2008;3(5):400-24.
4. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, NY, US: The Guilford Press; 2010. p. 356-79.
5. Kashdan TB, Elhai JD, Breen WE. Social anxiety and disinhibition: an analysis of curiosity and social rank appraisals, approach-avoidance conflicts, and disruptive risk-taking behavior. Journal of anxiety disorders. 2008;22(6):925-39.
6. Lynch TR, Trost WT, Salsman N, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Annual review of clinical psychology. 2007;3:181-205.
7. Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P, Paterniti S, Berthoz S, Laurier C, et al. Emotion-processing deficits in eating disorders. The International journal of eating disorders. 2005;37(4):321-9.
8. Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. Drug and alcohol dependence. 2007;89(2-3):298-301.
9. Weiss NH, Gratz KL, Lavender JM. Factor Structure and Initial Validation of a Multidimensional Measure of Difficulties in the Regulation of Positive Emotions: The DERS-Positive. Behavior modification. 2015;39(3):431-53.
10. Greenberg LS. Emotion-focused therapy. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2004;11:3-16.
11. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2008;76(6):1083-9.

خنثی‌سازی (تضعیف)^۱ (کاهش / حذف خلق مثبت) است. کلارک و واتسون (۶۲) معتقدند که افسردگی هم شامل افزایش عاطفه منفی و هم کاهش عاطفه مثبت است. در این راستا، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد افسرده به حالت خلقی مثبت، با راهبرد خنثی‌سازی (تضعیف) بیشتر و نشخوار کمتر پاسخ می‌دهند. همچنین، نشخوارفکری مثبت پاسخ عاطفی مثبت در افراد مبتلا به مانیا را افزایش می‌دهد (۶۱)؛ بنابراین هیجان مثبت بالا که هنگام نشخوارفکری فعال می‌شود ممکن است سوگیری هیجانی مثبت مشهود در این افراد را به صورت مارپیچی به طرف بالا و به سمت شیدایی فعال نماید (۶۳)؛ از این رو پیامد این عمل می‌تواند انواع رفتارهای پرخطر مثل رفتارهای جنسی بی‌بندوبار، مصرف الکل، قمار، رانندگی پرخطر، خودزنی، و ویژگی‌های خودبزرگ‌بینی را به دنبال داشته باشد. به عبارتی افراد مبتلا به اختلالاتی مثل شیدایی و دوقطبی بیشتر درگیر نشخوارفکری مثبت و متمرکز بر هیجانات و افراد افسرده بیشتر از راهبرد خنثی‌سازی در پاسخ به هیجانات مثبت استفاده می‌کنند (۶۰). در واقع هیجانات به خوبی تنظیم شده برای زندگی و بهزیستی روانشناختی افراد اساسی تلقی می‌شوند. به گونه‌ای که احساسات فیزیولوژیکی منفی با احساسات مثبت متعادل می‌شوند و این تعادل پایه اصلی حالات هیجانی انسان به شمار می‌روند. با این حال این مکانیسم ممکن است گاهی اوقات زمانی که هیجانات منفی و یا مثبت به‌درستی متعادل نمی‌گردند، ناکارآمد شده و باعث رفتارهای ناسازگارانه در افراد می‌شود (۶۴). در نتیجه بدتنظیمی هیجانات فارغ از مثبت و یا منفی بودن آن‌ها می‌تواند رفاه زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد را مورد تهدید قرار دهد.

در مجموع یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر حاکی از آن بود که مقیاس دشواری در تنظیم هیجان مثبت (DERS-P) در دانشجویان ایرانی از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است این مطالعه با فراهم کردن نسخه معتبر فارسی این مقیاس می‌تواند جهت سنجش جامع و چند بعدی بدتنظیمی هیجانی مثبت در فعالیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده متخصصین این حوزه قرار گیرد. استفاده از یک نمونه‌ی دانشجویی، اصلی‌ترین محدودیت مطالعه‌ی حاضر بود، لذا در هنگام تعمیم نتایج این مطالعه باید جوانب

1. Dampening

- withholding of emotions in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2001;14(1):149-56.
25. Litz BT, Orsillo SM, Kaloupek D, Weathers F. Emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000;109(1):26-39.
26. Taylor S, Koch WJ, McNally RJ. How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders*. 1992;6(3):249-59.
27. Frewen PA, Lanius RA. Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1071:110-24.
28. Beblo T, Fernando S, Klocke S, Griepstroh J, Aschenbrenner S, Driessen M. Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *Journal of affective disorders*. 2012;141(2-3):474-9.
29. Gross JJ, Richards JM, John OP. *Emotion Regulation in Everyday Life. Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2006. p. 13-35.
30. Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of abnormal psychology*. 1997;106(1):95.
31. Tugade MM, Fredrickson BL. Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of happiness studies*. 2007;8(3):311-33.
32. Fredrickson BL, Mancuso RA, Branigan C, Tugade MM. The undoing effect of positive emotions. *Motivation and emotion*. 2000;24(4):237-58.
33. Dreisbach G, Goschke T. How positive affect modulates cognitive control: reduced perseveration at the cost of increased distractibility. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*. 2004;30(2):343.
34. Forgas JP, Bower GH. Mood effects on person-perception judgments. *Journal of personality and social psychology*. 1987;53(1):53.
35. Slovic P, Finucane ML, Peters E, MacGregor DG. Risk as analysis and risk as feelings: Some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Analysis: An International Journal*. 2004;24(2):311-22.
36. Tull MT, Weiss NH, Adams CE, Gratz KL. The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. *Addictive behaviors*. 2012;37(10):1084-92.
37. Brown TA. Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007;116(2):313.
12. Linehan M. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*: Guilford press New York; 1993.
13. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior therapy*. 2006;37(1):25-35.
14. Bjureberg J, Sahlin H, Hellner C, Hedman-Lagerlöf E, Gratz KL, Bjärehed J, et al. Emotion regulation individual therapy for adolescents with nonsuicidal self-injury disorder: a feasibility study. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):411.
15. Gratz K, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004;26:41-54.
16. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;85(2):348.
17. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994;38(1):33-40.
18. Hofmann SG, Kashdan TB. The Affective Style Questionnaire: Development and Psychometric Properties. *J Psychopathol Behav Assess*. 2010;32(2):255-63.
19. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motivation and Emotion*. 2005;29(2):83-102.
20. Taylor CT, Lapsa JM, Alden LE. Is avoidant personality disorder more than just social avoidance? *Journal of personality disorders*. 2004;18 6:571-94.
21. Gratz KL, Tull MT. 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. Oakland, CA, US: Context Press/New Harbinger Publications; 2010. p. 107-33.
22. Lineman MM, Bohus M, Lynch TR. *Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Dysregulation: Theoretical and Practical Underpinnings*. Handbook of emotion regulation. New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. p. 581-605.
23. Tull MT. Extending an Anxiety Sensitivity Model of Uncued Panic Attack Frequency and Symptom Severity: The Role of Emotion Dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*. 2006;30(2):177-84.
24. Roemer L, Litz BT, Orsillo SM, Wagner AW. A preliminary investigation of the role of strategic

- European Journal of Psychotraumatology. 2012;3(1):8585.
53. Cyders MA, Coskunpinar A. The relationship between self-report and lab task conceptualizations of impulsivity. *Journal of Research in Personality*. 2012;46(1):121-4.
54. Billieux J, Gay P, Rochat L, Van der Linden M. The role of urgency and its underlying psychological mechanisms in problematic behaviours. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(11):1085-96.
55. Forgas JP. Mood and the perception of unusual people: Affective asymmetry in memory and social judgments. *European Journal of Social Psychology*. 1992;22(6):531-47.
56. DePierro J, D'Andrea W, Frewen P, Todman M. Alterations in positive affect: Relationship to symptoms, traumatic experiences, and affect ratings. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*. 2018;10(5):585-93.
57. Linehan MM, Schmidt H, 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American journal on addictions*. 1999;8(4):279-92.
58. Lynch TR, Rosenthal MZ, Kosson DS, Cheavens JS, Lejuez C, Blair R. Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*. 2006;6(4):647.
59. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010;30(2):217-37.
60. Gilbert KE, Nolen-Hoeksema S, Gruber J. Positive emotion dysregulation across mood disorders: How amplifying versus dampening predicts emotional reactivity and illness course. *Behaviour research and therapy*. 2013;51(11):736-41.
61. Feldman GC, Joormann J, Johnson SL. Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. *Cognitive therapy and research*. 2008;32(4):507.
62. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*. 1991;100(3):316.
63. Gruber J. Can feeling too good be bad? Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Current Directions in Psychological Science*. 2011;20(4):217-21.
64. De Berardis D, Fornaro M, Orsolini L, Ventriglio A, Vellante F, Di Giannantonio M. Emotional dysregulation in adolescents: implications for the development of severe psychiatric disorders, substance abuse, and suicidal ideation and behaviors. *Multidisciplinary Digital Publishing Institute*; 2020. p. 591.
38. Miller MW. Personality and the etiology and expression of PTSD: A three-factor model perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(4):373.
39. Swendsen JD, Conway KP, Rounsaville BJ, Merikangas KR. Are personality traits familial risk factors for substance use disorders? Results of a controlled family study. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(10):1760-6.
40. Gruber J, Johnson SL, Oveis C, Keltner D. Risk for mania and positive emotional responding: Too much of a good thing? *Emotion*. 2008;8(1):23.
41. Cyders MA, Smith GT, Spillane NS, Fischer S, Annun AM, Peterson C. Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological assessment*. 2007;19(1):107.
42. Weiss NH, Tull MT, Dixon-Gordon K, Gratz KL. Assessing the negative and positive emotion-dependent nature of risky behaviors among substance dependent patients. *Assessment*. 2018;25(6):702-15.
43. Cyders MA, Smith GT. Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological bulletin*. 2008;134(6):807.
44. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. *Applied multivariate research: Design and interpretation*: Sage publications; 2016.
45. Besharat M, Bazzazian S. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2014;24(84):61-70.
46. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989;57(6):1069.
47. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2008;14(2):146-51.
48. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2011;17(2):268-74.
49. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*: Guilford publications; 2015.
50. Gruber J, Moskowitz JT. *Positive emotion: Integrating the light sides and dark sides*: Oxford University Press Oxford; 2014.
51. Weiss NH, Darosh AG, Contractor AA, Schick MM, Dixon-Gordon KL. Confirmatory validation of the factor structure and psychometric properties of the difficulties in emotion regulation scale-positive. *Journal of clinical psychology*. 2019;75(7):1267-87.
52. Frewen PA, Dean JA, Lanius RA. Assessment of anhedonia in psychological trauma: Development of the Hedonic Deficit and Interference Scale.