

## مقایسه مشکلات هیجانی، نگرانی از قضاوت دیگران و تاب آوری در افراد عادی و مبتلا به MS

ستاره محنایی<sup>۱\*</sup>  
مولود کیخسروانی<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تبیین مقایسه مشکلات هیجانی، نگرانی از قضاوت دیگران و تاب آوری در افراد عادی و مبتلا به MS بود. جامعه این پژوهش شامل کلیه بیماران بود که با تشخیص قطعی بیماری MS عضو انجمن MS شهر شیراز در سال ۱۳۹۴ بوده اند. نمونه این تحقیق شامل ۵۰ نفر از زنان و مردان مبتلا به MS است که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس نارسایی هیجانی (TAS-۲۰) و مقیاس ترس از ارزیابی منفی و مقیاس تاب آوری بود. یافته های پژوهش نشان داد بین گروه بیمار و سالم شرکت کننده در پژوهش در ابعاد نارسایی هیجانی، نگرانی از قضاوت دیگران و تاب آوری تفاوت معناداری وجود ندارد.

واژه های کلیدی: مشکلات هیجانی، نگرانی از قضاوت دیگران، تاب آوری، MS

۱. عضو باشگاه پژوهشگران و نخبگان جوان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بوشهر

۲. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی بوشهر

## مقدمه

بشر از ابتدای خلقت کوشیده است تا با بیماری‌ها دست و پنجه نرم کند یا آنها را از میان بردارد. از جمله بیماری‌هایی که انسان قرن اخیر با آن مواجه بوده، مولتیپل اسکلروزیس می‌باشد. مولتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> (MS) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی و طبقه‌ای از اختلالات نورولوژیک است که به صورت موضعی منجر به تخریب و التهاب غلاف میلین پوشاننده تارهای عصبی در مغز و نخاع می‌شود (بروکس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). میلین انتقال سریع و تسهیل شده جریان عصبی را فراهم می‌آورد. در اثر این آسیب انتقال جریان عصبی با مشکل مواجه می‌شود و یا به طور کلی بلوکه می‌شود. بیماری سیر مزمن دارد و به طور رفت و برگشتی (وجود علائم - بهبود ظاهری) نمایان می‌شود. در طول زمان بیماری می‌تواند سیری پیشرونده و رو به از کارافتادگی داشته باشد (روح افزا و مدیری، ۱۳۸۹).

بیماری‌های مزمن به دلایل مختلفی می‌تواند ایجاد شود، ولی به هر علتی که به وجود آمده باشد، تأثیرات عمیق و گسترده‌ای روی سلامت جسمی و روانی و شیوه زندگی فرد خواهد داشت (رشیدی، ۱۳۸۶) شرایط ویژه در این افراد تأثیر فراوانی روی وضعیت روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی دارد و این ناتوانی جسمی باعث اثر گذاشتن روی سازگاری روانی - اجتماعی و سلامت روانی شخص می‌شود (زارب، ۱۳۸۳). البته ویژگی‌های فردی پیش از بیماری نیز از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثرند و افراد مختلف به این بیماری به روش‌های متفاوتی واکنش نشان می‌دهند. برخی از افراد بهتر از سایرین می‌توانند با این عامل محرک و تنش‌زا مقابله کنند، در حالیکه بسیاری دیگر به دلیل جنبه‌های شخصیتی نسبت به فشارهای روانی ناشی از بیماری واکنش ناسازگارانه‌ای نشان می‌دهند (نیک نظر، ۱۳۸۹). تحقیقات متعددی به بررسی ویژگی‌های روانشناختی بیماران MS پرداخته‌اند و نقش این عوامل را در شروع، تداوم یا کیفیت زندگی این بیماران مورد بررسی قرار داده‌اند و به مقایسه افراد مبتلا به MS و عادی در عواملی نظیر شخصیت، افسردگی، اضطراب، فشار روانی، عزت نفس، خودکارآمدی و خودکفایی پرداخته‌اند (برنر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). در مجموع این یافته‌ها حاکی از آن است که علاوه بر مکانیسم‌های بیولوژیک درگیر، عامل دیگری که می‌تواند در بیماری‌های روان‌تنی از جمله MS اثرگذار باشد عوامل روانشناختی افراد است. در راستای این پژوهش‌ها و با هدف شناخت بیشتر ویژگی‌های روانشناختی بیماری MS پژوهش حاضر به مقایسه مشکلات هیجانی، نگرانی از قضاوت دیگران و تاب‌آوری در افراد عادی و مبتلا به MS می‌پردازد. به همین صورت آسیب در ظرفیت‌های پردازش هیجانی و تنظیم هیجانی مبتنی بر ابهام خلق ممکن است یک عامل خطر احتمالی برای انواع بیماری‌های پزشکی و روان‌شناختی

---

1. Multiple Sclerosis

2. Broux

3. Brunner

باشد (برانون و فیست، ۲۰۰۹) این حساسیت، اضطراب را بالا برده و در موارد شدیدتر می تواند پیش زمینه اختلال های بالینی باشد.

مولتیپل اسکلروزیس از شایع ترین بیماری های ناتوان کننده و اختلال میلین زدای سلسله اعصاب مرکزی است. ۲/۵ میلیون نفر در سراسر دنیا و در ایران نیز از هر ۱۰۰ هزار نفر، ۳۰-۱۵ نفر به این بیماری مبتلا می باشند. این بیماری مزمن و خودایمن با انواعی از علائم و نشانه ها و دوره های غیر قابل پیش بینی نظیر اختلال در هماهنگی و تعادل بدن، گرفتگی عضلات، خستگی، تغییرات حسی، احساس سوزش، درد، اختلالات بینایی، اختلال بلع، تکلم و تنفس، مشکلات مثانه و روده، مشکلات جنسی، حساسیت به حرارت و اختلالات شناختی و عاطفی مشخص می شود (بروکس، ۱۹۹۲) علاوه بر ژنتیک، عوامل محیطی و زیستی، شیوه زندگی و عوامل روانشناختی نیز در بروز بیماری های مزمن دخیل است، به خصوص این که MS یک بیماری استرس محور شناخته می شود. آنچه این بیماری مزمن را در حوزه روانپزشکی حائز اهمیت می سازد طیف وسیع جنبه های عصبی- روانپزشکی این اختلال است. از شایع ترین علائم روانشناختی در بیماران MS، افسردگی، خستگی اضطراب را می توان نام برد که به میزان قابل توجهی به ناتوانی ها و وضعیت نامناسب زندگی در این بیماران مربوط می شود. در ۸۰ درصد از این بیماران خستگی یکی از علائم اصلی را تشکیل می دهد و در طول روز بدتر می شود؛ وقوع افسردگی و همچنین بروز علائم بیماری تابع شدت بیماری، محل گرفتاری ضایعات، نوع علائم نورولوژیک و شدت ناتوانی بیمار است و افسردگی موجب ناتوانی بیشتر بیمار و وخامت بیشتر بیماری می گردد ( کروور، کویک، یونترز، ولز، ۲۰۰۲)

درصد ابتلا به افسردگی در میان زنان مبتلا به MS را ۶۷ درصد گزارش نمودند. مطالعات حاکی از آن است که علائم روانپزشکی نظیر سایکوز، سندرم های هذیان، اضطراب، اختلالات شخصیت و اختلالات شناختی نیز می تواند در مبتلایان به ام اس تظاهر نمایند. تغییرات شخصیت نیز در این بیماران شایع است و ۲۰ الی ۴۰ درصد از مبتلایان به ام اس آشکارا دچار افزایش تحریک پذیری یا بی احساسی به عنوان تغییرات ثانویه شخصیت می شوند. بیماری MS از طریق ایجاد افسردگی، تغییرات شناختی و شخصیتی و مهارت گسیختگی ناشی از آن می تواند به عنوان یک اختلال در محور III به صورت یک عامل خطر ساز در خودکشی محسوب می شود. با توجه به شیوع بیماری در سنین جوانی، این بیماری می تواند با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی و مشکلات عاطفی و روانی همراه باشد و با سیر بیماری و عدم کنترل مناسب آن نگرانی، اضطراب و افسردگی را دو چندان می کند، آنچه در برخورد با چنین بیماری ضروری به نظر می رسد پرداختن به مسائل روان شناختی بیماران مبتلا به MS و مشکلات عاطفی و روان شناختی است که بیماران با آن روبرو هستند. بیشتر بررسی ها در مبتلایان به بیماری ام اس بر مشکلات مرتبط با بعد جسمانی تمرکز داشته و جنبه های شناختی و روان شناختی را نادیده

1. Brannon & Feist

2. Carur ; Koike; Unutzer & Wells

گرفته اند (دیاموند، جانسون، کافمن، گراوز، ۲۰۰۸)

در راستای شناخت و ویژگی‌های روانشناختی بیماران MS پژوهش حاضر سوال پژوهش حاضر اینست آیا مشکلات هیجانی، نگرانی از قضاوت دیگران و تاب آوری در افراد عادی و مبتلا به MS دارای تفاوت معنا دار است؟ در ادامه توضیح مختصری در باب هر یک از این متغیرها و ارتباط احتمالی آنها با بیماری مطرح می‌شود و در انتها انتظارات پژوهشگر در خصوص پژوهش حاضر مطرح می‌شود.

چنانچه تنظیم و مدیریت هیجان‌ها و تأثیر هیجان‌های آشفته بر سلامت روانی و جسمانی طی سه دهه اخیر موضوع پژوهش‌های بسیار بوده است (فینستین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴) مشکلات و نارسایی هیجانی به دشواری در خود تنظیم‌گری هیجانی و به عبارت دیگر، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود (تیلور و بگی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که ابهام خلق با بسیاری از اختلالات روانی و روانپزشکی مانند افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه، سوءاستفاده و وابستگی به مواد، اختلال جسمانی کردن، اختلال‌های خوردن و اختلال وحشت و هراس مرتبط است (سریجروی، سالمین، تویکا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱)

به همین صورت آسیب در ظرفیت‌های پردازش هیجانی و تنظیم هیجانی مبتنی بر ابهام خلق ممکن است یک عامل خطر احتمالی برای انواع بیماری‌های پزشکی و روانشناختی از جمله اختلالات روان تنی باشد (پالسگ پارگامنت، کول، وندر، بلاویچ، برانت، پرز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹) با توجه به ارتباط بیماری MS با اختلالات هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، استرس و... به نظر می‌رسد نارسایی تنظیم هیجانی نیز با شدت یا ابتلا به این بیماری نقش داشته باشد.

متغیر دیگری که ارتباط آن با بیماری MS در پژوهش حاضر مدنظر می‌باشد ترس از ارزیابی منفی می‌باشد که نوع خاصی از اضطراب اجتماعی محسوب می‌شود. نتایج تحقیقات متعدد نشانگر آن است که عوامل زیادی در شکل‌گیری و تکوین اضطراب اجتماعی سهم هستند. پژوهشگران با اعتقاد به خطاهای شناختی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، اظهار کرده‌اند که یکی از مهمترین خطاهای شناختی، ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران است (پکنهام<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱) در این راستا لیون و پلیتولو (۲۰۰۰)، لکنت (۲۰۰۰) و کنت و کوهان (۲۰۰۱) نیز نشان داده‌اند افرادی که به اضطراب اجتماعی مبتلا هستند، به دلیل اینکه خودشان را نسبت به ارزیابی منفی از جانب دیگران آسیب‌پذیر می‌بینند از موقعیت‌های اجتماعی می‌ترسند و از چنین موقعیت‌هایی اجتناب می‌کنند. این افراد وقتی در موقعیت‌های اجتماعی قرار می‌گیرند، فکر می‌کنند که دیگران در حال نظارت، واری و ارزیابی منفی از جنبه‌های مختلف رفتار، عملکرد و ظاهر

1. Diamond, Johnson, Kaufman & Graves
2. Feinstein
3. Luminta, Taylor & Bagby
4. Saarijarvi, Salminen & Toikka
5. Pulsgh, Pargament, Cole, Vander Greek, Belaviech, Brant & Perz
6. Pekenhum

آن‌ها هستند (راش و وینر، ۲۰۰۱).

یکی دیگر از متغیرهای مهم در تحقیقات روان شناسی که جزء ویژگی های شخصیتی افراد به شمار رفته و از جمله عوامل درونی در پیشگیری و مقابله با اثرات تنیدگی می باشد، تاب آوری است. تاب آوری به زبان ساده عبارت است از تطابق مثبت با شرایط در مواقع ناگوار (والد، ۲۰۰۱). تاب آوری در مورد کسانی به کار می رود که در معرض خطر قرار می گیرند ولی دچار اختلال نمی شوند. از این رو شاید بتوان نتیجه گیری کرد که مواجهه با خطر شرط لازم برای آسیب پذیری هست اما شرط کافی نیست (زرینکلک، ۱۳۸۹). افراد تاب آور قادرند احساس خود کارآمدی شان را حفظ کرده و شرایط را ارزیابی کنند، تعهد به اهدافشان را تقویت نمایند و رفتار انگیزشی را افزایش دهند و در نتیجه پیشرفت بالایی را کسب نمایند (ایساکسون، ۲۰۰۵). یافته‌های کانر، دیویدسون و لی<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) نشان می دهد تاب آوری با وضعیت سلامتی رابطه دارد. سوتیک و چامی<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) نیز طی پژوهشی دریافته‌اند تأثیرات سازنده و محافظت کننده تاب آوری در مقاومت و مقابله موفق و انطباق رشد یافته با شرایط خطر و استرس را احتمالاً (نظیر بیماری های مزمن) رابطه دارد و برعکس سطوح پایین وضعیت تاب آوری با آسیب پذیری و اختلال های روان شناختی مرتبط می باشد. در مجموع به نظر می رسد تاب آوری در واکنش به شرایط دشوار نظیر بیماری های مزمن نقش داشته باشد.

تأمین سلامت جسمانی و روانی افراد جامعه یکی از مهمترین اهداف جهان محسوب می شود. بخش عمده‌ای از سرمایه‌های مادی و معنوی دولت‌ها و ملت‌ها به این امر اختصاص می یابد. بدیهی است که کسب توفیق کامل درباره پیشگیری از بیماری‌ها و تأمین سلامت به شناخت همه جانبه بیماری مربوط می باشد. نه تنها وضع جسمی بلکه عوامل اجتماعی روانشناختی، نیز روی سلامتی تأثیر می گذارند. هر چه پژوهش‌ها در مورد بیماری‌ها عمیق تر و گسترده تر باشد، عوامل روانشناختی حاکم بر آنها نیز آشکارتر می گردد و امروزه ارتباط بین روان شناسی و پزشکی به منظور تشخیص، پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمانی گسترش یافته است و از آنجایی که MS یکی از شایعترین بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی و طبقه‌ای از اختلالات نورولوژیک است که به صورت موضعی منجر به تخریب و التهاب غلاف میلین پوشاننده تارهای عصبی در مغز و نخاع می شود (بروکس، ۱۹۹۹). باید جهت تشخیص و درمان آن نه تنها داده‌های بالینی، بلکه عوامل روان شناختی را نیز مورد بررسی قرار داد.

آنچه اهمیت توجه به مقوله MS را بویژه در کشور ما دوچندان می کند شیوع رو به رشد آن به ویژه در سال‌های اخیر است که اکثر آن را افراد بین ۴۰-۲۰ سال تشکیل می دهند که نقطه اوج جسمی و روانی، شغلی و جنسی آنان می باشد. با توجه به وسعت مشکلات

1. Vald

2. Isackson

3. Conner & devidson & lei

4. Soutic & chami

روانی (افسردگی، اضطراب، استرس و خستگی و...) در بین افراد مبتلا به MS، یکی از اساسی‌ترین دل‌مشغولی‌های اغلب بیماران MS و خانواده‌های آنان رسیدن به حد مطلوب زتدگی می‌باشد. که ممکن است ناشی از تاب‌آوری، روش‌های مقابله با استرس، شیوه پاسخدهی هیجانی جامعه محور باشد. در مجموع با توجه به پژوهش‌های انجام شده و با در نظر گرفتن ارتباط تنگاتنگ عوامل روان‌شناختی و تأثیر آن در بروز یا تشدید علائم بیماری‌های روان‌تنی نظیر MS و با توجه به نقش و اهمیت عوامل روان‌شناختی در بروز این بیماری‌های روان‌تنی به منظور کاهش و به حداقل رساندن بروز این بیماری و یا ایجاد شرایط مناسب زندگی برای مبتلایان به MS این پژوهش دارای اهمیت ویژه‌ای خواهد بود.

### روش پژوهش

هدف از تحقیق حاضر مقایسه مشکلات هیجانی، نگرانی از قضاوت دیگران و تاب‌آوری در افراد عادی و مبتلا به MS می‌باشد. بنابراین این تحقیق از نوع علی‌مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه این پژوهش شامل کلیه بیمارانی است که با تشخیص قطعی بیماری MS عضو انجمن MS شهر شیراز در سال ۱۳۹۴ می‌باشند. نمونه این تحقیق شامل ۵۰ نفر از زنان و مردان مبتلا به MS است که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده است. گروه افراد غیرمبتلا نیز ۵۰ نفر است که بر اساس متغیرهای دموگرافیک سن، جنسیت، تحصیلات و وضعیت تأهل گروه بیمار انتخاب می‌شوند. معیارهای ورود به این مطالعه به این شرح بوده است: هوشیار بودن، قطعی بودن MS با تأیید پزشک متخصص. ابزار پژوهش شامل مقیاس نارسایی هیجانی (TAS-۲۰)، و مقیاس ترس از ارزیابی منفی و مقیاس تاب‌آوری می‌باشد.

### پرسشنامه نارسایی هیجانی (TAS-۲۰)

این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی، تیلور و پارکر تجدیدنظر شد. سال‌ها مقیاس ناگویی خلقی تورنتو ۲۶ سؤالی (TAS, ۲) تنها مقیاس خود گزارشی برای سازه ناگویی خلقی بود که برای پژوهش‌ها و کار بالینی مناسب قلمداد شد و دارای ساختار ۴ عاملی بود. اما از آنجا که عامل سوم که روی‌پردازی تقلیل یافته را می‌سنجید با عمل دشواری در توصیف احساسات همبستگی منفی و با کل آزمون نیز همبستگی کمی داشت، لذا نتیجه گرفته شد که این عامل با دیگر ابعاد سازه ناگویی خلقی ارتباط اندکی دارد. در این نسخه بین عامل اول و دوم همبستگی بالایی وجود داشت و تعداد هر یک از این دو نیز زیاد بود، به همین جهت استقلال این دو عامل از یکدیگر مورد سؤال بود. لذا نویسندگان در صدد برآمدند تا امکان روانسنجی فرم اصلی را ارتقا دهند (لواس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱)، به نقل از افشاری، (۱۳۸۷). این تلاش به تدوین ۲ نسخه از این مقیاس منتهی شد. اولین نسخه این مقیاس

۲۳ سؤالی بود. در این نسخه تمام سؤالاتی که فعالیت تخیلی را ارزیابی می‌کرد، حذف شد (تیلور و همکاران، ۱۹۹۲، به نقل از افشاری، ۱۳۸۷). نسخه تجدید نظر شده دوم مقیاس ناگویی خلقی تورنتو ۲۰ سؤالی بود، که پیشرفتی برای سازندگان اولیه تست به نظر می‌رسید. بگبی و همکاران دریافتند که در پژوهش اعتباریابی آنها، TAS-۲۰ واجد سه عامل ساختاری است که با سازه ناگویی خلقی همخوانی داشت. پژوهش‌های دیگر نیز از این نتایج حمایت کردند (باخ<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ برسی<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۶، به نقل از افشاری، ۱۳۸۷). شیوه نمره گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (۱= کاملاً مخالف تا ۵= کاملاً موافق) نمره گذاری می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعددی بررسی و تأیید شده است (افشاری، ۱۳۸۷). محمدی (۱۳۸۰) میزان پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای کل  $\alpha=0/81$  و سه خرده آزمون آن به ترتیب  $\alpha=0/78$ ،  $\alpha=0/75$  و  $\alpha=0/66$  محاسبه نموده است. بشارت (۲۰۰۷) نیز ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ناگویی خلقی و سه مؤلفه دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری بیرونی را به ترتیب  $0/85$ ،  $0/82$ ،  $0/75$  و  $0/72$  محاسبه کرده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی باز آزمایی این مقیاس را در یک نمونه ۶۸ نفری از دانشجویان در دو نوبت در فاصله چهار هفته از  $I=0/80$  تا  $I=0/87$  برای کل ناگویی خلقی و زیرمقیاس‌های مختلف آن تأیید کرده است. افشاری (۱۳۸۷) در یک نمونه ۸۰ نفری از دانشجویان پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه کرده است. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس  $0/75$ ، برای دشواری در تشخیص احساسات  $0/72$ ، دشواری در توصیف احساسات  $0/72$  و تفکر با جهت‌گیری خارجی  $0/53$  بدست آمد.

پارکر، بگبی و تیلور (۲۰۰۰)، به نقل از خسرو جاوید، (۱۳۸۰) همبستگی نمره کل مقیاس ناگویی خلقی (TAS-۲۰) را نمره کل هوش هیجانی (EQ)  $I=-0/47$  محاسبه کرده‌اند. بشارت (۲۰۰۷) نیز روایی همزمان مقیاس را بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی کرد و نتایج مورد تأیید قرار گرفت.

### مقیاس ترس از ارزیابی منفی

این مقیاس توسط لری (۱۹۸۳) تدوین شده است. نسخه ۱۲ گویه‌ای آن که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است در واقع نسخه کوتاه‌تری نسبت به نسخه ۳۰ آیتی آن می‌باشد. شیوه پاسخگویی بر اساس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم می‌باشد. نمره کل دامنه‌ای از ۱۲ تا ۶۰ دارد. گویه‌های فرم کوتاه همبستگی‌های گویه-کل رضایت بخشی با مقیاس اصلی ۳۰ گویه‌ای داشتند (دامنه همبستگی‌ها از  $0/43$  تا  $0/75$ ) (لری،

1. Bach

2. Bersi

۱۹۸۳). تحقیقات پیشین نشان می‌دهد نمره در این نسخه کوتاه با نسخه اصلی همبستگی بالایی دارد (لری، ۱۹۸۳ و وسترا و استوارت، ۲۰۰۱). آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن با ۴ هفته فاصله ۰/۷۵ گزارش کرده است (لری، ۱۹۸۳). روایی آن با محاسبه همبستگی با مقیاس SAD (واتسون و فرند، ۱۹۶۹) و مقیاس اضطراب تعامل (لری، ۱۹۸۳) مطلوب گزارش شده است. در مطالعه لری (۱۹۸۳) همسانی درونی ( $\alpha=0,96$ ) و پایایی آزمون باز آزمون پس از چهار هفته ( $r=0,75$ ) بالا بدست آمد. نتایج مطالعه کولینز و همکاران (۲۰۰۵) نیز که با استفاده از نسخه تجدید نظر شده مقیاس ترس از ارزیابی منفی در یک نمونه کانادایی از نظر بالینی مضطرب انجام شد، همبستگی متوسطی را بین مقیاس تجدید نظر شده و خرده مقیاس فوبیای اجتماعی پرسشنامه ترس نشان داد ( $r=0,56$ ). پایایی در نمونه بالینی بسیار خوب بود ( $\alpha=0,97$ ) و همبستگی آزمون باز آزمون ۰,۹۴ به دست آمد. (کولینز و همکاران، ۲۰۰۵).

### مقیاس تاب‌آوری

در این پژوهش برای اندازه‌گیری تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC، ۱۹۸۴) استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه می‌باشد که اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل می‌باشد. نسخه فارسی این مقیاس توسط جوکار (۱۳۸۶) تهیه شده است.

در روش نمره‌گذاری، برای هر گویه، طیف درجه‌بندی پنج‌گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از یک (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. هیچ‌کدام از گویه‌ها معکوس‌گذاری ندارد. از مجموع نمرات کل گویه‌ها، نمره کل تاب‌آوری حاصل می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر می‌باشد. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفا کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و در خطر) احراز گردیده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). نمرات مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کویاسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. جوکار (۱۳۸۶) پایایی مقیاس (به روش آلفای کرونباخ) را برای نمونه‌ای ایرانی ۰/۹۳ بدست آورد که کاملاً منطبق با پایایی گزارش شده توسط سازندگان مقیاس بوده است. هاشمی (۱۳۹۰) در پژوهشی برای احراز پایایی از روش‌های آلفای کرونباخ و بازآزمایی و برای تعیین روایی از روش تحلیل عامل استفاده کرد. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس برابر ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی برابر ۰/۷۳ بود (با فاصله دو هفته بین دو بار اجرای آزمون). نتایج تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی نیز بیانگر وجود یک عامل کلی



در مقیاس بود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ بدست آمد. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. برای تعیین روایی این مقیاس نیز نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بار تلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بار تلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند.

### روش اجرای پژوهش

۵۰ نفر از بیماران مبتلا به MS بر اساس نمونه گیری در دسترس، انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه (نارسایی هیجانی، ترس از ارزیابی منفی و تاب آوری) بوده است.

### یافته‌ها

در این فصل یافته‌های پژوهش ارائه می‌شوند. در این راستا جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، جداول تی تست ارائه می‌گردد.

### جدول ۱- میانگین کل، انحراف استاندارد

#### و دامنه تغییرات متغیر نارسایی هیجانی، نگرانی از ارزیابی منفی و تاب آوری

متغیر	گروه بیمار		گروه غیر بیمار	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
دشواری در تشخیص احساسات	۲۰/۶۹	۶/۱۹	۲۰/۴۰	۴/۱۸
دشواری در توصیف احساسات	۱۴/۹	۴/۲۸	۱۵/۰۰	۳/۴۹
سبک تفکر عینی	۲۳/۶	۳/۳۹	۲۴/۰۶	۴/۹۳
نارسایی هیجانی (نمره کل)	۵۹/۴۴	۱۰/۴۶	۵۹/۴۶	۸/۹۰
نگرانی از ارزیابی منفی	۳۴/۶۴	۷/۸۲	۳۶/۳۸	۵/۵۴
تاب آوری	۷۹/۲۶	۱۲/۰۱	۷۷/۲۰	۷/۳۴

جدول ۱ بیانگر آن است که در نمره کل نارسایی هیجانی میانگین مربوط به گروه سالم، بیشترین انحراف استاندارد مربوط به گروه بیمار می‌باشد، در ابعاد نارسایی هیجانی نیز بیشترین میانگین مربوط به گروه سالم می‌باشد. در رابطه با متغیر نگرانی از ارزیابی منفی، گروه سالم

دارای بیشترین میانگین است و در متغیر تاب آوری بیشترین میانگین مربوط به گروه بیمار می باشد که معنادار بودن تفاوت میانگین ها در قسمت استنباطی آزمون می شود.

#### جدول شماره ۲- مقایسه دو گروه بیمار و سالم در ابعاد نارسایی هیجانی

عامل	گروه	میانگین	مقدار T	Sig
دشواری در تشخیص احساسات	بیمار	۲۱/۰۰	۰/۵۶	۰/۶ NS
	سالم	۲۰/۴		
دشواری در توصیف احساسات	بیمار	۱۴/۸۸	-۰/۱۵	۰/۹ NS
	سالم	۱۵/۰۰		
سبک تفکر عینی	بیمار	۲۳/۵۶	-۰/۵۹	۰/۶ NS
	سالم	۲۴/۰۶		
نارسایی هیجانی (نمره کل)	بیمار	۵۹/۵۳	۰/۰۴	۰/۹ NS
	سالم	۵۹/۴۶		

جدول ۲، بیانگر آن است که بین گروه بیمار و سالم شرکت کننده در پژوهش در ابعاد نارسایی هیجانی رابطه معناداری وجود ندارد.

#### جدول شماره ۳- مقایسه دو گروه بیمار و سالم در نگرانی از ارزیابی منفی

عامل	گروه	میانگین	مقدار T	Sig
نگرانی از ارزیابی منفی	بیمار	۳۴/۶۴	-۱/۲۸	۰/۲ NS
	سالم	۳۶/۳۸		

جدول ۳، نشان دهنده آن است که در متغیر نگرانی از ارزیابی منفی تفاوت معناداری بین گروه بیمار و سالم موجود نمی باشد.

یافته‌های پژوهش نشان داد بین گروه بیمار و سالم شرکت کننده در پژوهش در ابعاد نارسایی هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

#### جدول شماره ۴ مقایسه دو گروه بیمار و سالم در تاب آوری

عامل	گروه	میانگین	مقدار T	Sig
تاب آوری	بیمار	۷۹/۲۶	۱/۰۳	۰/۳ NS
	سالم	۷۷/۲۰		

یافته‌های پژوهش نشان داد بین گروه بیمار و سالم شرکت کننده در پژوهش در تاب آوری تفاوت معناداری وجود ندارد.

#### بحث و نتیجه گیری:

طبق تعریف، نارسایی هیجانی عبارت است از ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و

تنظیم هیجان‌ات. طبق تحقیقات این امر با بسیاری از اختلالات روانی و روانپزشکی مانند افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه، سوءاستفاده و وابستگی به مواد، اختلال‌های خوردن و اختلال وحشت و هراس مرتبط است (تیلور و بگی، ۲۰۰۴). انتظار تحقیق این بود که افراد مبتلا به MS به واسطه تجربه استرس و هیجان‌ات منفی دیگر و حالت جسمانی نامطلوب، از نارسایی هیجانی بالاتری نسبت به گروه سالم برخوردار باشند، اما یافته تحقیق این فرضیه را تأیید نکرد. این یافته‌ها مؤید این دیدگاه است که ممکن است در ابتلا به این بیماری، تنظیم هیجان‌ات و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی نقشی نداشته باشد. همچنین توجه به این نکته ضروری است که این پژوهش ماهیتا پس رویدادی است و احتمال دارد افراد مبتلا به MS پس از ابتلا به این بیماری تغییراتی در خود ایجاد کنند که ناشی از آگاهی آنان نسبت به ابتلایشان به بیماری می باشد. همچنین ماهیت پس رویدادی این پژوهش نتیجه گیری علی را با مشکل مواجه می سازد. فرضیه معکوس در نیز در این خصوص قابل توجه است. یعنی احتمال دارد بروز نوع وخیم بیماری برای بیمار معضلاتی در تشخیص احساسات فردی ایجاد کند.

در خصوص مقایسه دو گروه بیمار و سالم بر حسب متغیر ترس از ارزیابی منفی یافته‌ها مؤید وجود تفاوت نمی‌باشد. با توجه به تعریف متغیر انتظار تحقیق این بود که این عامل از طریق کاهش اعتماد به نفس منجر به استرس شود و بیماران مبتلا به MS در این عامل درصد بالاتری را نسبت به گروه عادی داشته باشند. اما این عامل به شدت تحت تأثیر عوامل فرهنگی (در جامعه و خانواده فرد) و اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی می باشد. بلاورز و همکاران (۲۰۰۳)، وندروال و تیلن (۲۰۰۰) نشان دادند که عوامل متعددی مثل ارزش‌های اجتماعی- فرهنگی، مقایسه‌های اجتماعی، تأکید جامعه بر جذابیت ظاهری و تجارب منفی در تعامل با همسالان اینگونه نگرانی‌ها را تشدید می‌کنند. پس با توجه به عوامل ذکر شده چنانچه فرد تحت تأثیر فرهنگی رشد یافته باشد که این عوامل به معنی ارزش نباشد، دیگر این عامل در او رنگی نمی‌یابد. به علاوه به عقیده وبستر و همکاران (۲۰۰۳) این عامل بیشتر در دوره نوجوانی افراد را (چه بیمار چه سالم) تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. لذا احتمال دارد در گروه نمونه پژوهش حاضر که در رده سنی بزرگسالان قرار دارند این عامل میزان تأثیرگذار نباشد. از سوی دیگر این احتمال که تعداد کم نمونه بر یافته‌های بدست آمده تأثیرگذار است به قوت خود باقی است. در خصوص مقایسه گروه بیمار و سالم در متغیر تاب‌آوری یافته‌ها حاکی از آن بود که بین دو گروه تفاوت معنادار نمی‌باشد. همچنین مربوط به پنج گروه بیمار نشان داد بین پنج گروه تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود ندارد.

طبق تعریف، تاب‌آوری متغیر حفاظتی است که رابطه معکوسی با هیجان‌ات منفی داشته و انتظار می‌رود افرادی که از این لحاظ در سطح پایین‌تری قرار دارند مشکلات هیجانی بیشتری از قبیل استرس، افسردگی و ... را تجربه کنند. از آنجا که تاب‌آوری از طریق تأثیرگذاری بر حرمت خود، شایستگی و استحکام شخص، تحمل عواطف منفی، مهارگری و معنویت با شاخص‌های سلامت و آسیب‌پذیری روانشناختی مرتبط می‌شود انتظار تحقیق بر این قرار

گرفت که افرادی که مبتلا به MS می‌باشند در این متغیر توانایی کمتری را دارا باشند. اما نتایج این فرض را تأیید نکرد. علاوه بر این، توجه به ماهیت پس‌رویدادی این پژوهش ضروری است. احتمال دارد بیماران پس از آگاهی از ابتلا به این بیماری به اقدامات سازنده‌ای در راستای افزایش تاب‌آوری خود دست زده باشند. به عبارت دیگر مواجهه با این بیماری موجب افزایش سرسختی آنان در مقابل شرایط دشوار و ناگوار شود. به اعتقاد ماتس<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) انسان‌ها در برابر شرایط نامساعد، خطرها و نامایمات (نظیر بیماری) معمولاً احساس بی‌پناهی می‌کنند؛ با این حال در بسیاری از مواقع سعی می‌کنند که در برابر خطر و موقعیت‌های ناگوار واکنش سازگارانه‌ای نشان دهند؛ در چنین مواردی غالباً نتایج غیرمنتظره‌ای بدست می‌آورند. عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه مبتلا به MS و عادی را در پژوهش حاضر، در مجموع می‌توان به دو شیوه تبیین کرد. اول عدم تأثیر این عامل روان‌شناختی در ابتلا به این بیماری. این تفسیر با تحقیقاتی که نشان می‌دهند افراد مبتلا به بیماری MS از اضطراب بالاتری نسبت به گروه سالم رنج می‌برند تناقض دارد. زیرا تحقیقات بسیاری نشان می‌دهند در افراد مبتلا به بیماری MS تاب‌آوری با اضطراب و استرس رابطه منفی دارد. با این حال با تحقیقاتی که نشان می‌دهند که ابتلا به بیماری MS در بدو شروع ارتباطی با استرس و اضطراب ندارد بلکه در کیفیت زندگی بیماران و شدت و وخامت علائم و بروز حملات نقش دارد همخوانی بیشتری دارد. تبیین دوم به این احتمال اشاره دارد که ابتلا به این بیماری فرد را در شرایطی قرار می‌دهد که برای حفظ سلامتی خویش دست به تغییراتی در روش و سبک مواجهه خود با شرایط ناگوار نظیر بیماری بدهد. عدم وجود تفاوت معنادار بین انواع مختلف بیماران مبتلا به MS، پذیرش این تبیین را با مشکل مواجه می‌سازد. هر چند عدم وجود تفاوت معنادار در این بخش از یافته‌ها را می‌توان تا حدودی به تعداد کم نمونه در برخی گروه‌ها نسبت داد؛ به عنوان مثال تعداد افراد گروه پیشرونده حمله‌ای سه نفر بوده است. احتمال دارد در صورت تکرار تحقیق با نمونه بزرگتر و افراد بیشتر تفاوتی در یافته‌ها حاصل شود. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که عوامل مختلفی (جسمی و روحی) در ایجاد و گسترش این بیماری نقش دارند، از جمله ضایعات آکسونی، عفونت‌های نامشخص، همچنین تغذیه ناصحیح و کمبود برخی ویتامین‌ها، ژنتیک، فاکتورهای محیطی و خودایمنی، افزایش استرس، و اکسیناسیون، کمبود برخی از مواد غذایی، اختلال سیستم دفاعی آنتی‌اکسیدانی، کمبود اسید اوریک و ... به نظر می‌رسد نقش این عوامل در ابتلا یا وخامت این بیماری قوی‌تر از متغیر روان‌شناختی تاب‌آوری باشد. همسو با این نتیجه‌گیری، یافته‌های پژوهش نورتوت<sup>۲</sup> (۲۰۰۷)؛ مک لارگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) و صاحب‌زمانی و رشوند (۱۳۸۷) طی پژوهش در یافتند بیشترین درصد بیماران MS مورد مطالعه، نیاز به آموزشی در حیطه جسمی داشتند و نیاز آموزشی در حوزه روانی کمتر از حوزه جسمی بود.

1. Mauts
2. Nourtut
3. Maclark

## منابع

- افشاری، افروز. (۱۳۸۷). بررسی صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، رویدادهای استرس‌زا و جنسیت به عنوان پیش‌بین‌های ناگویی خلقی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه شهید چمران اهواز.
- بشارت، محمد علی. (۱۳۸۸). پایایی و اعتبار مقیاس ناگویی خلقی تورنتو TAS-۲۰. فصلنامه دانشور. دانشگاه فردوسی. ۱۵-۲۴.
- جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). هوش عاطفی؛ هوش شناختی، تاب‌آوری و رضایت از زندگی. دو فصلنامه روانشناسی معاصر. شماره ۱۲-۳: ۴۳.
- خسروجاوید. (۱۳۸۰). بررسی مقایسه‌های ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، غیر سایکوتیک و افراد بهنجار. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان. دوره هفدهم. شماره ۱. شماره مسلسل. ۵۶-۵۷، ص ۶۱.
- روح‌افزا، علی؛ مدیری، محمد. (۱۳۸۹). بررسی پیش‌بینی‌های بیماری قلبی عروقی در افراد مبتلا. مجله پزشکی ایرانیان. ۴۳-۵۴.
- رشیدی، فرنگیس. (۱۳۸۶). بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی و کمرویی با سلامت روان دانش‌آموزان دختر پایه سوم دوره دبیرستانی شهر تهران کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- زارب، ژانت. م. (۱۳۸۳). ارزیابی و شناخت رفتار درمانی نوجوانان. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی. تهران: شهر آشوب.
- زرین کلک، مینا. (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- صاحب‌زمانی و رشوند. (۱۳۸۷). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه شیراز. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی بهار ۱۳۸۸؛ ۱۱(۳۹): ۴۳-۵۳.
- محمدی، ناصر. (۱۳۸۰). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو - ۲۰. مجله روانشناسان ایرانی. ۴۵-۶۲.
- نیک‌نظر، عاطفه. (۱۳۸۹). الگوهای شخصیتی در بیماران مبتلا به موئیل اسکروزیس، کنگره روانشناسی ایران.

- Broux. (1992). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 967-74.
- Blowers, L., Loxton, N.J., Grady-Flessner, M., Occhipinti, S. & Daw, S. (2003). The relationship between socio-cultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls, *Eating Behaviors*, 4:279 - 244.
- Brunner R. (2008). Effect of high-dose cortisol on memory functions. *Psychotherapy j.* 125-150.

- Brannon L, Feist J. (2009). Health psychology: an introduction to behavior and health. 6th Ed. Belmont, CA: Wadsworth. 29-36.
- Broux. (1992). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 34:967-74.
- Carur a , Koike A K, Unutzer J, Wells K B. (2002). Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness. Am J Psychiatry., 159(10); pp: 1738-45.
- Conner & Davidson & lei. (2003). Assessment of resilience in the aftermath of trauma, The Journal of clinical psychiatry, 67(2), 46-49.
- Collins, K. A, Westra, H. A Dozois, D. J. A & Stewart, S. H (2005).. The validity of the brief version of the fear of negative evaluation scale, Journal of Anxiety Disorders, 19, 345-359.
- Diamond, B.J.; Johnson, S.K.; Kaufman, M.; Graves, L. (2008), Relationships between information processing, depression, fatigue and cognition in multiple sclerosis, Arch clin Neuro-psychol, 23, 189-199.
- Feinstein, A. (2004), The Neuropsychiatry of multiple sclerosis, can psychiatry, 40(3): 157-163
- Isackson G. (2005). Family communication schema effect on children's resiliency running head: family communication schemata, The evolution of key mass communication concepts: Honoring Jack M. McLeod, 115-139.
- Luminta, Taylor, G. J. & Bagby, M. (2001) Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective. Soc SCI Med 2001;53:1503-11.
- Leary, R. M. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. Personality and Social Psychology Bulletin, 9, 371-375..
- Mauts F. (2001). The Metatheory of Resilience and Resiliency. Journal of Clinical Psychology 58, p. 307321.
- Maclark M. (2005). Resiliency , Uncertainty and perceived Effectiveness of communication across relationships and cultures. International journal of intercultural relations , Vol. 25 , Issue 1 , pp. 55-71.
- Nourtur KH. (2007). Resilience The power to bounce back when the going gets tough. Flach, Frederic F.: Resilience The power to bounce back when the going gets tough. New York 1997. pp 51-64.
- Pulsgh, Pargament K, Cole, B., Vander Greek, L., Belaviech, T., Brant, C., & Perz, L. (2009). The vigil, religion and the search for control in the hospital waiting room Journal of health Psychology 1999;4:178.
- Pekenhum D. (2001). Disentangling the stress labyrinth: Interpreting the meaning of the term stress as it is studied in health context. Anxiety, Stress & Coping 1998;11:181-212.
- Rush n, winner f. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2001;36:128-33.
- Saarijarvi, S., Salminen, J. K., & Toikka, T. B. (2001). Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. Journal of Psychosomatic research, 51, 729-733.
- Soutic R & chami Y. (2005). Adversity, resilience and young people: the protective value of positive school and spare time experiences. Children & society vol. 14, pp. 37-47.
- Taylor, G. J. & Bagby, M. (2004). New trends in alexithymia research. Psychotherapy and Psychosomatics, 73, 68-77.
- Vald E. (2001). Family resilience patterns, sex of subject and communication competence. Communication Monographs, 71, 226-244.
- Vander Wal, J.S. & Thelen, M.H. (2000). Predictors of body image dissatisfaction in elementa-

- ry-age school girls, *Eating Behaviors*, 1:105-122.
- Webster, J. & Tiggemann, M. (2003). The relationship between womens body satisfaction and self-image across the life span: the role of cognitive control, *Journal of Genetic Psychology*, 164(2):241 - 253.