



Research Article

The Role of Emotion Regulation in Predicting Depressive Symptoms in Students of Kermanshah University of Medical Sciences

Mohammad Mahdi Khashmin ¹ , Farahnaz Hosseini ² , Samira Jafari ³ , Sepideh Najafzade ⁴ , Human Ghasemi ⁴ , Niloufar Darvishi ^{4,*} , Asal Golchin ⁵

¹ Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

² Virtual University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Biostatistics, School of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

⁴ Student Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

⁵ Student Research Committee, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

* **Corresponding author:** Niloufar Darvishi, Student Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. E-mail: Darvishi.niloufar@gmail.com

DOI: [10.61186/jams.25.1.21](https://doi.org/10.61186/jams.25.1.21)

How to Cite this Article:

Khashmin MM, Hosseini F, Jafari S, Najafzade S, Ghasemi H, Darvishi N, et al. The Role of Emotion Regulation in Predicting Depressive Symptoms in Students of Kermanshah University of Medical Sciences. *J Arak Uni Med Sci.* 2022;25(4):21-31. DOI: [10.61186/jams.25.1.21](https://doi.org/10.61186/jams.25.1.21)

Received: 27 Dec 2021

Accepted: 25 Apr 2023

Keywords:

Depression
Emotion Regulation
Students

© 2022 Arak University of
Medical Sciences

Abstract

Introduction: Depression is an injury to the central nervous system that is caused by several factors that affect a large number of people around the world. Emotion regulation refers to the processes by which we influence what emotions we experience, when we experience them, and how we express them. The aim of this study was to investigate the role of emotion regulation in predicting depressive symptoms in students of Kermanshah University of Medical Sciences.

Methods: The present study is a descriptive correlational study. Participants were all students of the School of Nursing and Midwifery of Kermanshah University of Medical Sciences during 2020-2021. Three hundred and five participants were selected by available sampling method and randomly. Informed consent forms got from the participants, then they completed the Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II) and the Cognitive Emotion Regulation Scale (CERQ-18). This research was reviewed in the ethics committee of Kermanshah University of Medical Sciences and approved with the ID IR.KUMS.REC.1400.623.

Results: In this study, the study population was 305 people, 9 of whom were excluded from statistical analysis due to incomplete answers. Total mean age was 50.08 ± 191.30 . Of these, 198 (66.9%) were female and 98 (33.1%) were male. Self-blame strategies ($\beta = 0.31$, $P \leq 0.001$), positive reassessment ($\beta = -0.26$, $P \leq 0.001$), catastrophic ($\beta = 0.26$, $P \leq 0.001$), numerical importance ($\beta = -0.12$, $P \leq 0.001$) and positive refocus ($\beta = -0.10$, $P \leq 0.001$) in five steps predict 40% of the variance of depression. Inconsistent strategies such as self-blame and catastrophe directly and positive reassessment, insignificance and positive refocus inversely predict depression. Mahalanobis distance was used to investigate multivariate throw values. Statistical assumptions were tested by performing an initial regression analysis and evaluating the scatter plot of residues. After confirming the regression assumptions, the data were analyzed using Pearson correlation and stepwise regression. The findings of our study showed that there is a significant direct relationship between self-blame and catastrophic thinking as maladaptive strategies of cognitive emotion regulation with depression. Also in our study among adaptive emotion regulation strategies; Positive refocusing, positive reassessment, and a small number had a significant negative correlation with depression.

Conclusions: The results of our study showed that emotion regulation strategies play an important role in predicting the occurrence of depression. Therefore, it is necessary for health policy makers to strengthen adaptive emotion regulation strategies in designing and modifying interventions related to depression.

نقش تنظیم هیجان در پیش بینی نشانه‌های افسردگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۴۰۰

محمد مهدی خشمین^۱، فرحناز حسینی^۲، سمیرا جعفری^۳، سپیده نجف زاده^۴، هومن قاسمی^۴، نیلوفر درویشی^{۴*}، عسل گلچین^۵

^۱ گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
^۲ دانشگاه علوم پزشکی مجازی، تهران، ایران
^۳ گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
^۴ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
^۵ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

* نویسنده مسئول: نیلوفر درویشی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. ایمیل: Darvishi.niloufar@gmail.com

DOI: 10.61186/jams.25.1.21

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۵
مقدمه: افسردگی یک آسیب در سیستم عصبی مرکزی است که ناشی از عوامل متعددی است که تعداد زیادی از مردم در سراسر جهان را درگیر کرده است. تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره می‌کند که به وسیله آن ما بر این که چه هیجانانی را تجربه کنیم، چه موقع آنها را تجربه کنیم و چگونه آنها را بیان کنیم تأثیر می‌گذارد. این مطالعه با هدف بررسی نقش تنظیم هیجان در پیش بینی نشانه‌های افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد.	واژگان کلیدی: افسردگی سرزنش هیجان تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.
روش کار: پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش تمام دانشجویان دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند. از میان آنها ۳۰۵ نفر، به روش نمونه گیری در دسترس و به طور تصادفی، انتخاب شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان مقیاس افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II) و فرم کوتاه مقیاس تنظیم شناختی هیجان (CERQ-18) را تکمیل کردند. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بررسی و با شناسه اخلاقی IR.KUMS.REC.1400.623 مصوب گردید.	
یافته‌ها: در این تحقیق، جمعیت مورد مطالعه ۳۰۵ نفر بوده که ۹ مورد به دلیل پاسخ‌های ناقص از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند. میانگین سنی کل افراد 191.30 ± 50.08 بود. از این تعداد، ۱۹۸ نفر (۶۶/۹ درصد) زن و ۹۸ نفر (۳۳/۱ درصد) مرد بودند. راهبردهای خود سرزنشی ($\beta = 0.21, P \leq 0.001$)، ارزیابی مجدد مثبت ($\beta = -0.26, P \leq 0.001$)، فاجعه انگاری ($\beta = 0.001, P \leq 0.001$)، کم اهمیت شماری ($\beta = -0.12, P \leq 0.001$) و تمرکز مجدد مثبت ($\beta = -0.10, P \leq 0.001$) در پنج گام ۴۰٪ از واریانس افسردگی را پیش بینی می‌کند. به طوری که راهبردهای ناسازگارانه مثل خود سرزنشی و فاجعه انگاری به صورت مستقیم و ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری و تمرکز مجدد مثبت به طور معکوس پیش بینی کننده افسردگی هستند. جهت بررسی مقادیر پرت چند متغیری از فاصله مهالانوبیس (Mahalanobis distance) استفاده شد. مفروضه‌های آماری با اجرای یک تحلیل رگرسیون اولیه و ارزیابی نمودار پراکندگی باقی مانده‌ها مورد سنجش قرار گرفت. بعد از اطمینان از برقراری مفروضه‌های رگرسیون، داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.	
نتیجه گیری: یافته‌های مطالعه ما نشان داد که بین سرزنش خود و فاجعه انگاری به عنوان راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان با افسردگی رابطه مستقیم معناداری وجود دارد. همچنین در مطالعه ما از بین راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان؛ تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری با افسردگی همبستگی منفی معناداری داشتند. به همین دلیل لازم است سیاست گذاران نظام سلامت تقویت راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان باید در طراحی و اصلاح مداخلات مربوط به افسردگی مورد توجه واقع شود.	

مقدمه

یکی از علل اصلی ناتوانی در سراسر جهان است و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ بالاترین بار جهانی را در بین بیماری‌ها داشته باشد (۲). افسردگی یک بیماری مزمن گسترده است که می‌تواند بر افکار، خلق و

افسردگی یک آسیب در سیستم عصبی مرکزی است که ناشی از عوامل ژنتیکی، غدد درون ریز، متابولیک، نورویبولوژیکی و محیطی است که تعداد زیادی از مردم در سراسر جهان را درگیر کرده است (۱). افسردگی

تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره می‌کند که به وسیله آن ما بر این که چه هیجانانی را تجربه کنیم، چه موقع آنها را تجربه کنیم و چگونه آنها را بیان کنیم تأثیر می‌گذارد (۱۷). تنظیم هیجان را می‌توان "فرایندهای بیرونی و ذاتی مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های احساسی، به ویژه شدت و مدت آنها، برای تحقق هدف" تعریف کرد (۱۸). نه (۹) استراتژی تنظیم هیجان شناختی شامل: سرزنش خود (self-blame)، پذیرش (acceptance)، نشخوار ذهنی (rumination)، تمرکز مجدد مثبت (positive refocusing)، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی (refocus on planning)، ارزیابی مجدد مثبت (positive reappraisal)، دیدگاه گیری (putting into perspective)، فاجعه انگاری (catastrophizing)، و سرزنش دیگران (other-blame) است (۱۹).

افسردگی هر فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و متعلق به قشر خاصی نیست ولی برخی افراد جامعه به دلیل موقعیت خاص نسبت به این بیماری آسیب پذیرترند که از جمله می‌توان به دانشجویان اشاره نمود (۲۰). میزان ابتلا به افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی که در محیط‌های پر استرس می‌باشند بالاتر است (۲۱). در مطالعات بسیاری شیوع افسردگی در بین دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی گزارش گردیده است. در هرمزگان، زابل، و شیراز شیوع افسردگی در بین دانشجویان رشته پرستاری را به ترتیب ۴۹٫۵٪، ۶۴٫۳٪ و ۵۹٫۸٪ گزارش کردند (۲۱). علت شیوع بالای افسردگی در دانشجویان را می‌توان به عواملی نظیر تغییر محل زندگی و جدایی از خانواده، فشار تحصیل، اضطراب امتحان و دیگر عوامل تنش زا در طول دوران تحصیل، ارتباط داد (۲۰). بنا به موارد گفته شده، لازم دیدیم مطالعه‌ای با هدف بررسی نقش تنظیم هیجان در پیش بینی نشانه‌های افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی کرمانشاه انجام دهیم.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. این مطالعه بعد از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (IR.KUMS.REC.1400.623) و اخذ مجوز انجام پژوهش از ریاست دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و معاونت پژوهشی با رعایت کامل اصول اخلاقی در جمع آوری نمونه و کلیه مراحل تحقیق، انجام گرفت. شرکت در پژوهش برای شرکت کنندگان به صورت اختیاری بود. و صداقت در ثبت اطلاعات و آمار بدست آمده از پژوهش در زمان جمع آوری اطلاعات، انتخاب نمونه‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها در دستور کار قرار گرفت. فرم مشخصات فردی و استفاده از اطلاعات آن صرفاً در اجرای پژوهش بدون نام بود و از اطلاعات آن صرفاً در اجرای پژوهش استفاده شد. در صورت تمایل مسولین ذی ربط، نتایج حاصل از تحقیق در اختیار واحدهای مورد پژوهش و مسولین قرار داده شد. جامعه آماری این پژوهش تمام دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند. از میان آنها ۳۰۵ نفر، به روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان مقیاس افسردگی بک - ویرایش دوم - (BDI-II) و فرم کوتاه مقیاس تنظیم شناختی هیجان (CERQ-18) را به طور همزمان تکمیل کردند. پرسشنامه‌ها در بازه زمانی مرداد ۱۴۰۰ تا بهمن ۱۴۰۰ توسط دو محقق (س.ن. و ع.گ.) جمع آوری

خوی و سلامت جسمی تأثیر بگذارد (۳). این مشکل با خلق و خوی پایین، کمبود انرژی، غم، بی‌خوابی و ناتوانی در لذت بردن از زندگی مشخص می‌شود (۳). افرادی که از افسردگی رنج می‌برند، خلق و خوی پایین (به عنوان مثال، علاقه و انرژی کم)، تغییرات شناختی (مانند خواب، اشتها) را نشان می‌دهند (۱). اگرچه بسیاری از این علائم به صورت دوره‌ای ظاهر می‌شوند، اما وقتی این شرایط مزمن می‌شوند، افسردگی باعث بیماری، ناتوانی عملکردی و خطر بالای خودکشی می‌شود (۴).

دوران نوجوانی دوران اوج بروز اختلالات افسردگی است که معمولاً تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (۵). این مشکل علاوه بر خود فرد باعث ناراحتی خانواده و اطرافیان او هم می‌شود (۶). افسردگی در نوجوانان و جوانان با آسیب‌های اجتماعی و تحصیلی همراه است (۶). افسردگی نوجوانان علاوه بر تأثیر منفی بر عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و افزایش خطر مصرف مواد و خودکشی، با افزایش سطح تعارض با والدین همراه است (۵). در بدترین حالت، افسردگی می‌تواند منجر به انزوای شدید در طول دوره زندگی می‌شود (۷). افسردگی نوجوانان یک مشکل بهداشت عمومی است (۷). در دوران نوجوانی بروز علائم افسردگی به شدت افزایش می‌یابد به طوری که به بیش از دو میلیون نوجوان در ایالات متحده را درگیر خود کرده است (۸، ۷). افسردگی بین ۱ تا ۲ درصد از کودکان سنین مدرسه را درگیر خود می‌کند، افراد با سن پایین‌تر، که درگیر این اختلال هستند، در بزرگسالی بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی هستند (۹).

مطالعات تحقیقی از ملیت‌های مختلف در سراسر جهان (کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه) و با سیستم‌های آموزشی متفاوت نشان داده است که دانشجویان پزشکی بیشتر از دانشجویان رشته‌های غیرپزشکی خود دچار بیماری‌های روانی می‌شوند (۱۰). با سالها استرس مداوم، دانشجویان پزشکی معمولاً با مشکلات روحی روانی مانند افسردگی، اضطراب و ناامیدی روبرو می‌شوند (۱۱). بر اساس متاآنالیز بر روی ۷۷ مطالعه، اخیراً شیوع جهانی افسردگی در بین دانشجویان پزشکی ۲۸٫۰ درصد تخمین زده شده است (۱۲). مطالعات بسیاری تأثیر عوامل خطر مختلف افسردگی و اضطراب در دانشجویان پزشکی مانند سن، جنس، درجه، قومیت، محل اقامت، رشته فعلی، مدرسه، مرحله یادگیری، طول دوره تحصیل، تک فرزند بودن، رتبه مدرسه را بررسی کرده‌اند. رضایت از رشته فعلی، نگرش نسبت به شغل آینده، فشار تحصیلی، اعتیاد به سیگار، اعتیاد به الکل، کارآموزی بالینی، توانایی برخورد با روابط بین فردی، تحصیلات والدین وضعیت شغلی والدین وضعیت مالی خانواده، عوامل حمایت اجتماعی از موارد مؤثر بر این مشکل هستند (۱۳). علیرغم تلاش‌های صورت گرفته، شیوع افسردگی، به ویژه در نوجوانان همچنان در حال افزایش است (۲).

تنظیم احساسات یکی از موارد مهم در نوجوانی است؛ چراکه اولاً تغییرات جسمی، روحی روانی همراه با احساسات شدید در این دوره به اوج می‌رسند و بسیاری از سیستم‌های عصبی و شناختی که قرار است این حالات را کنترل کنند، در این دوره به بلوغ می‌رسند. علاوه بر این، تنظیم هیجان در اشکال مختلف آسیب شناسی روانی نوجوانان، از قبیل اختلالات درونی و بیرونی، دخیل است (۱۴). هیجان و تنظیم هیجان در اختلالات روانی، نظیر اضطراب و افسردگی؛ نقش موثری دارد (۱۵). مطالعات نشان داده‌اند که اختلال در تنظیم هیجان، می‌تواند فرد را مستعد مشکلاتی نظیر افسردگی و اضطراب کند (۱۶).

طریق همبستگی راهبردهای منفی با نمرات افسردگی و اضطراب پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، به ترتیب ضریبی برابر با ۰,۳۵ و ۰,۳۷ به دست آمده است که همگی معنادار بودند (۱۵).

فرم بلند پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان دارای محدودیت‌های اساسی است. از مهم‌ترین محدودیت‌های آن می‌توان به تکراری بودن محتوای گویه‌های خرده مقیاس‌ها، هماهنگی درونی پایین برخی از خرده مقیاس‌ها و ضعیف بودن ساختار عاملی آن اشاره نمود. این مشکلات در نسخه فارسی مقیاس مذکور هم قابل مشاهده است. لذا به منظور ارزیابی و غربالگری سریع در موقعیت‌های بالینی، مقایسه گروه‌های مختلف روان پزشکی، استفاده از پژوهش‌ها، استفاده از فرم کوتاه شده‌ی این پرسشنامه (SERQ-P-short) یا (cognitive emotion regulation questionnaire – Persian version – short form) ضروری به نظر می‌رسد (۲۴). در فرم کوتاه مقیاس نظم جویی شناختی هیجان، نمره هر خرده مقیاس یا جمع نمره‌های ماده مربوط به آن به دست می‌آید. بنابراین نمره هر خرده مقیاس بین ۲ تا ۱۰ است. نمره کل مقیاس نیز بین ۱۸ تا ۹۰ است. در مطالعه حسنی، نتایج الفای کرونباخ با دامنه (۰,۶۸ تا ۰,۸۲) نشان داد که ۹ خرده مقیاس فرم کوتاه نسخه فارسی پرسش نامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ-P-short) دارای اعتبار مطلوبی هستند. تحلیل مؤلفه اصلی ضمن تبیین ۷۵ درصد واریانس، الگوی ۹ عاملی اصلی این پرسشنامه را حمایت کرد. همچنین همبستگی بین خرده مقیاس‌ها به نسبت بالا بود. سرانجام، الگوی همبستگی خرده مقیاس‌های فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه CERQ-P-short با علائم افسردگی بیانگر روایی ملاکی مقیاس بود (۲۴). در نتیجه فرم کوتاه نسخه فارسی پرسش نامه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ-P-short) در جامعه ایران، خصوصیات روان سنجی مناسبی داشت (۲۴).

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)، یک ویرایش از پرسشنامه افسردگی و یک شاخص خود-گزارشی برای اندازه گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی است. این ویرایش به منظور هماهنگی بیشتر با ملاک شخصیتی برای دوره افسردگی عمده در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و اماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) گسترش یافت (۲۵). مؤلفه‌های افسردگی مورد سنجش در این پرسشنامه نشانه‌های عاطفی، شناختی، رفتاری، جسمی، انگیزشی، و افکار خودکشی است. پاسخ‌دهندگان به این آزمون، برای درک ماده‌های آن باید حداقل در سطح کلاس پنجم یا ششم توانایی خواندن داشته باشند. آن‌ها باید به هر ماده بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه پاسخ دهند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. گویه‌ها از ۰ تا ۳ درجه بندی می‌شود. حداکثر نمره فرد در این پرسشنامه ۶۳ است. به عنوان یک قاعده کلی نمره ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹-۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود. طبق مطالعه رجیبی و همکاران، که کفایت این پرسشنامه را بررسی کردند، اعلام کردند که ضرایب پایایی (الفای کرونباخ) برای کل ماده‌ها و عامل‌های استخراج شده رضایت بخش بودند (۲۵). طبق نتایج مطالعه رجیبی و همکاران، مقدار ضریب الفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰,۸۶، برای عامل‌های اول و دوم به ترتیب ۰,۸۴ و ۰,۷۸ می‌باشد. بنابراین یافته‌ها حاکی از اعتبار

شدند. بعد از جمع آوری داده‌ها، اطلاعات به نرم افزار SPSS version 26 وارد و توسط همان نرم افزار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی (CERQ-18): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، توسط Kraaij و Garnefski در سال ۲۰۰۶ طراحی شد (۲۲). فرم کوتاه شده‌ی آن دارای ۱۸ گویه است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی زای زندگی را می‌سنجد (۲۳). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان؛ (گارفنسکی و کرایج، ۲۰۰۶) یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است و راهبردهای تنظیم 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 به این شرح می‌سنجد: خودسرزنشگری؛ دیگرسرزنشگری؛ تمرکز بر فکر/نشخوارگری؛ فاجعه نمایی فاجعه آمیز پنداری؛ کم اهمیت 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 نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش نیافتاده) تقسیم می‌شوند. زیرمقیاس‌های کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی؛ راهبردهای سازش یافته و زیر مقیاس‌های خودسرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه نمایی؛ راهبردهای سازش نیافتاده را تشکیل می‌دهد. روش نمره گذاری: ابتدا نمره هر گزینه به این صورت مشخص شد: هرگز = ۱، گاهی = ۲، معمولاً = ۳، اغلب = ۴، همیشه = ۵. سپس نمره هر یک از زیرمقیاس‌های ۹ گانه با جمع نمره‌های دو ماده هر زیرمقیاس برحسب جدول ۱ محاسبه می‌شود. از مجموع نمره مربوط به زیرمقیاس‌های کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی تقسیم بر ۱۰ (تعداد ماده‌ها)، نمره راهبردهای سازش یافته؛ و از مجموع نمره زیرمقیاس‌های خودسرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه نمایی تقسیم بر ۸ (تعداد ماده‌ها) نمره راهبردهای سازش نیافتاده به دست می‌آید.

جدول ۱.

زیرمقیاس	ماده
خودسرزنشگری	۲/۱
پذیرش	۴/۳
تمرکز بر فکر/نشخوارگری	۶/۵
تمرکز مجدد مثبت	۸/۷
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۱۰/۹
ارزیابی مجدد مثبت	۱۲/۱۱
کم اهمیت شماری	۱۴/۱۳
فاجعه نمایی	۱۶/۱۵
دیگر سرزنشگری	۱۸/۱۷

در ایران روایی آزمون از طریق همبستگی نمره‌ی کل با نمرات خرده مقیاس‌های آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از ۰,۴۰ تا ۰,۶۸ با میانگین ۰,۵۶ را در برمیگرفت که همگی معنادار بودند. همچنین پایایی پرسشنامه، با اجرا روی نمونه‌ای از افراد ۱۵ تا ۲۵ سال ضریب الفای کرونباخ برابر با ۰,۸۲ گزارش شده است و برای روایی پرسشنامه از

رضایتبخش پرسشنامه افسردگی ایرانی -بک- ویرایش فارسی (BDI-II) بود (۲۵).

یافته‌ها

در این تحقیق، جمعیت مورد مطالعه ۳۰۵ نفر بوده که ۹ مورد به دلیل پاسخ‌های ناقص از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند. از این تعداد، ۱۹۸ نفر (۶۶/۹ درصد) زن و ۹۸ نفر (۳۳/۱ درصد) مرد بوده و میانگین سنی به طور کلی $50/08 \pm 19/30$ می‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده، اکثر افراد (۹۲/۲ درصد) مجرد بوده و ۳۰ نفر (۴۲ درصد) سابقه مصرف داروهای مربوط به اختلالات روان را گزارش کردند.

جهت بررسی مقادیر پرت چند متغیری از فاصله مهالانوبیس (Mahalanobis distance) استفاده شد. مطابق جدول کای دو (df=۹) و مقدار p-value مربوطه هیچ مورد به عنوان داده پرت شناخته نشد. بقیه مفروضه‌های آماری با اجرای یک تحلیل رگرسیون اولیه و ارزیابی نمودار پراکندگی باقی مانده‌ها مورد سنجش قرار گرفت. بعد از اطمینان از برقراری مفروضه‌های رگرسیون، داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در **جدول ۲**، میانگین و انحراف معیار افسردگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نشان داده شده است.

ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش در **جدول ۳** گزارش شده است. همان طور که در **جدول ۳** مشاهده می‌شود، بین راهبردهای

تنظیم شناختی ناسازگارانه (سرزنش خود و فاجعه انگاری) و افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. هم چنین بین راهبردهای تنظیم شناختی سازگارانه (تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری) و افسردگی رابطه معکوس و معنادار وجود دارد.

برای بررسی سهم راهبردهای تنظیم هیجان در پیش بینی افسردگی، از رگرسیون گام به گام استفاده شد که در آن نمرات افسردگی به عنوان متغیر ملاک و ۹ راهبرد تنظیم شناختی هیجان به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله شدند. خلاصه نتایج رگرسیون گام به گام در **جدول ۴** ارائه شده است.

همان گونه که مشاهده می‌شود راهبردهای خود سرزنشی ($P \leq 0,001$) همان گونه که مشاهده می‌شود راهبردهای خود سرزنشی ($P \leq 0,001$)، فاجعه انگاری ($\beta = 0,31, P \leq 0,001$)، کم اهمیت شماری ($\beta = 0,26, P \leq 0,001$)، تمرکز مجدد مثبت ($\beta = -0,12, P \leq 0,001$) و تمرکز مجدد مثبت ($\beta = -0,10, P \leq 0,001$) در پنج گام ۴۰٪ از واریانس افسردگی را پیش بینی می‌کند. به طوری که راهبردهای ناسازگارانه مثل خود سرزنشی و فاجعه انگاری به صورت مستقیم و ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری و تمرکز مجدد مثبت به طور معکوس پیش بینی کننده افسردگی هستند. **جدول ۵** ضرایب رگرسیونی متغیرهای مستقل و آماره t فقط در گام پنجم را نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش از نظر افسردگی و تنظیم شناختی هیجان بر حسب متغیرهای دموگرافیک

شرح	نمره پرسشنامه افسردگی			
	بهنجار تعداد (%)	خفیف تعداد (%)	متوسط تعداد (%)	شدید تعداد (%)
میانگین سنی	۶۲/۶۴±۲۳/۲۰	۲۲/۶۴±۲/۹۳	۵۴/۹۸±۲۰/۷۰۷	۲۱/۸۲±۲/۰۸
جنسیت				
زن	۱۱۲ (۶۶/۳)	۳۵ (۷۰)	۲۶ (۶۰/۵)	۲۵ (۷۳/۵)
مرد	۵۷ (۳۳/۷)	۱۵ (۳۰)	۱۷ (۳۹/۵)	۹ (۲۶/۵)
وضعیت تأهل				
مجرد	۱۵۴ (۹۱/۱)	۴۸ (۹۶)	۴۰ (۹۳)	۳۱ (۹۱/۲)
متأهل	۱۵ (۸/۹)	۲ (۴)	۳ (۷)	۳ (۸/۸)
سابقه اختلال روان				
بله	۱۸ (۱۰/۷)	۴ (۸)	۸ (۱۸/۶)	۲ (۵/۹)
خیر	۱۵۱ (۸۹/۳)	۴۶ (۹۲)	۳۵ (۸۱/۴)	۳۲ (۹۴/۱)
محل سکونت				
بومی	۷۷ (۴۵/۶)	۲۵ (۵۰)	۲۲ (۵۱/۲)	۱۸ (۵۲/۹)
غیر بومی	۹۲ (۵۴/۴)	۲۵ (۵۰)	۲۱ (۴۸/۸)	۱۶ (۴۷/۱)
سابقه مصرف داروهای مربوط به روان				
بله	۱۶ (۹/۵)	۴ (۸)	۸ (۱۸/۶)	۲ (۵/۹)
خیر	۱۵۳ (۹۰/۵)	۴۶ (۹۲)	۳۵ (۸۱/۴)	۳۲ (۹۴/۱)
ترم تحصیلی				
ترم یک	-	۲ (۴)	۱ (۲/۳)	-
ترم دو	۱۰ (۵/۹)	-	۶ (۱۴)	۳ (۸/۸)
ترم سه	۳۷ (۲۱/۹)	۶ (۱۲)	۹ (۲۰/۹)	۹ (۲۶/۵)
ترم چهار	۱۷ (۱۰/۱)	۶ (۱۲)	۴ (۹/۳)	۲ (۵/۹)
ترم پنج	۴۹ (۲۹)	۱۹ (۳۸)	۱۴ (۳۲/۶)	۱۲ (۳۵/۳)
ترم شش	۱۰ (۵/۹)	۲ (۴)	۲ (۴/۷)	۳ (۸/۸)
ترم هفت	۳۸ (۲۲/۵)	۱۳ (۲۶)	۶ (۱۴)	۵ (۱۴/۷)
ترم هشت	۸ (۴/۷)	۲ (۴)	۱ (۲/۳)	-

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۴/۱۰	۱۱/۲۵
سرزنش خود	۵	۲/۲۵
پذیرش	۵/۳۱	۲
نشخوار ذهنی	۵/۲۷	۱/۹۸
تمرکز مجدد مثبت	۵/۴۱	۲/۰۳
تمرکز بر برنامه ریزی	۵/۲۱	۱/۹۷
ارزیابی مجدد مثبت	۷/۱۲	۱/۸۹
کم اهمیت شماری	۵/۴۴	۲/۱۳
فاجعه انگاری	۵/۳۱	۲
سرزنش دیگران	۶/۰۶	۲/۳۱

جدول ۳. ماتریس همبستگی بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افسردگی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- افسردگی	۱/۰۰									
۲- سرزنش خود	۰/۴۸**	۱/۰۰								
۳- پذیرش	-۰/۰۲	-۰/۰۲	۱/۰۰							
۴- نشخوار ذهنی	-۰/۰۶	-۰/۱۵**	-۰/۰۵	۱/۰۰						
۵- تمرکز مجدد مثبت	-۰/۱۷**	-۰/۰۵	۰/۰۱	-۰/۰۹	۱/۰۰					
۶- تمرکز بر برنامه ریزی	-۰/۰۲	۰/۰۳	-۰/۱۴*	۰/۰۴	-۰/۰۹	۱/۰۰				
۷- ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۳۸**	-۰/۱۲*	۰/۰۷	-۰/۱	۰/۱۴*	-۰/۱۶**	۱/۰۰			
۸- کم اهمیت شماری	-۰/۱۷**	-۰/۰۹	-۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۱۵*	۰/۰۲	-۰/۰۰	۱/۰۰		
۹- فاجعه انگاری	۰/۴۷**	۰/۴۶**	۰/۰۰	-۰/۱۶**	۰/۰۰	-۰/۰۸	-۰/۲۴**	-۰/۰۳	۱/۰۰	
۱۰- سرزنش دیگران	۰/۰۴	۰/۰۹	-۰/۰۴	۰/۰۲	-۰/۰۱	-۰/۰۹	۰/۰۸	-۰/۰۵	-۰/۰۲	۱/۰۰

P<0/05*, P<0/01**

جدول ۴. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی افسردگی براساس راهبردهای تنظیم هیجان

گام	متغیر پیش بین	R	R ²	ΔR ²	F	Sig
۱	خود سرزنشی	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۲۳	۸۹/۳۷	۰/۰۰
۲	خود سرزنشی، ارزیابی مجدد مثبت	۰/۵۸	۰/۳۴	۰/۳۳	۷۴/۷۳	۰/۰۰
۳	خود سرزنشی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه انگاری	۰/۶۲	۰/۳۸	۰/۳۸	۶۰/۸۶	۰/۰۰
۴	خود سرزنشی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه انگاری، کم اهمیت شماری	۰/۶۳	۰/۴۰	۰/۳۹	۴۸/۸۲	۰/۰۰
۵	خود سرزنشی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه انگاری، کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت	۰/۶۴	۰/۴۱	۰/۴۰	۴۰/۴۰	۰/۰۰

جدول ۵. ضرایب رگرسیون و آماره t مربوط به گام پنجم تحلیل رگرسیون

	B	SEB	β	T	Sig
خود سرزنشی	۱/۵۷	۰/۲۶	۰/۳۱	۶/۱۶	۰/۰۰
ارزیابی مجدد مثبت	-۱/۵۷	۰/۲۸	-۰/۲۶	-۵/۶۲	۰/۰۰
فاجعه انگاری	۱/۴۵	۰/۲۹	۰/۲۶	۴/۹۴	۰/۰۰
کم اهمیت شماری	-۰/۶۲	۰/۲۴	-۰/۱۲	-۲/۵۵	۰/۰۱
تمرکز مجدد مثبت	-۰/۵۴	۰/۲۵	-۰/۱۰	-۲/۱۰	۰/۰۴

بحث

ارتباط معناداری با افسردگی نشان دادند. در مطالعه مارتین و همکاران نیز بین فاجعه انگاری و افسردگی ارتباط مثبت معناداری مشاهده گردید (۲۶). راهبرد فاجعه انگاری حالات هیجانی فرد را بطور مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد بطوریکه فرد در مواجهه با رخدادها تأسّف بار آن را هولناک و فاجعه وار می‌پندارد که این خود منجر به ایجاد افسردگی در فرد می‌گردد. به نظر می‌رسد افراد افسرده تمایل بیشتری به استفاده از هیجانات منفی در مقابله با رخدادها و موقعیت‌های ناراحت کننده دارند (۲۷، ۲۸).

همچنین در مطالعه ما از بین راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان؛ تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری با

هدف از انجام این پژوهش، تعیین نقش تنظیم هیجان در پیش بینی نشانه‌های افسردگی بود. یافته‌های مطالعه ما نشان داد که بین سرزنش خود و فاجعه انگاری به عنوان راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان با افسردگی رابطه مستقیم معناداری وجود دارد. ارتباط بین راهبرد فاجعه انگاری با افسردگی در مطالعات بسیار دیگری مورد تأیید قرار گرفته است. مطالعه انجام شده بر روی دانشجویان یزد توسط دادفرنی و همکاران نیز این ارتباط را نشان داد (۱۵). در مطالعه دادفرنی علاوه بر راهبردهای ذکر شده نشخوار ذهنی و سرزنش دیگران نیز

و سرزنش دیگران بیشترین تأثیر را بر افسردگی داشتند (۱۵). در مطالعه ابراهیمی و همکاران نیز نشان داد که راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان رابطه بین رویدادهای استرس زا و علائم افسردگی را تعدیل می‌کند بدین معنی که رابطه‌ی بین رویدادهای استرس زا و علائم افسردگی، در افرادی که از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان به میزان بیشتری استفاده می‌کنند ضعیف‌تر و در افرادی که از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان به میزان کمتری استفاده می‌کنند، قوی‌تر است (۲۹). همچنین در مطالعه مردانی فاجعه انگاری، سرزنش دیگران، تمرکز مجدد مثبت از جمله‌ی متغیرهای بودند که در تبیین افسردگی نقش داشتند (۳۳). علت این تفاوت در نوع راهبردها را می‌توان تفاوت در نوع جمعیت در مطالعات مختلف از نظر ترکیب سنی و جنسی دانست، تفاوت در شدت و نوع افسردگی در جمعیت‌های مختلف، تفاوت در میزان اضطراب و تفاوت در سایر عواملی که در مطالعات مختلف اندازه‌گیری نشده است دانست.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم تعمیم پذیری نتایج به علت محدود بودن جمعیت مورد مطالعه در بین دانشجویان اشاره نمود، به این صورت که جامعه مورد مطالعه دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بودند. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های آینده بر روی سایر جمعیت‌های سنی و شغلی و همچنین بر روی بیماران بالینی مبتلا به افسردگی انجام گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مطالعات مداخله‌ای به منظور تعیین تأثیر آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر میزان افسردگی در جمعیت‌های مختلف اجرا گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه ما نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان نقش مهمی در پیش‌بینی بروز افسردگی در دانشجویان پرستاری دارند. از بین راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگارانه؛ سرزنش خود و فاجعه انگاری و از بین راهبردهای تنظیم شناختی سازگارانه تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و کم‌اهمیت شماری بیشترین همبستگی را با افسردگی نشان دادند بنابراین اهمیت ویژه این راهبردها در برنامه‌ریزی برای کاهش افسردگی در دانشجویان باید مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

تیم نویسندگان از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه و همچنین از دانشجویان هم‌عنوان مشارکت‌کنندگان، بابت همکاری کمال تشکر را به عمل می‌آورد.

محل تأمین بودجه

مقاله حاضر منتج از طرح تحقیقاتی به شماره گزنت ۵۰۰۰۷۴۸ مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچگونه تضاد منافی در روند این مطالعه وجود نداشته است.

سهم نویسندگان

مسئولیت نویسندگان در گردآوری این مقاله به شرح ذیل می‌باشد: محمد مهدی خشمین و نیلوفر درویشی در شکل‌گیری ایده اولیه و

افسردگی همبستگی منفی معناداری داشتند. پژوهش‌های متعدد دیگری ارتباط بین راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان با افسردگی را تأیید کرده‌اند. در مطالعه دادفرنیاز از بین راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان؛ پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری با افسردگی ارتباط معکوس و معناداری داشتند که هم‌راستا با نتایج مطالعه ما می‌باشد (۱۵). مطالعه ابراهیمی و همکاران بر روی دانشجویان مقطع کارشناسی نشان داد که افرادی که به دنبال تجربه رویدادهای استرس‌زا، به میزان بیشتری از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند، علائم افسردگی کمتری را تجربه می‌نمایند (۲۹). در مطالعه انجام شده در بلژیک بر روی دانشجویان کارشناسی نیز مشاهده گردید که هرچه استراتژی‌های تنظیم هیجان سازگارانه در زندگی روزمره بیشتر استفاده شود رابطه بین نگرش‌های ناکارآمد و علائم افسردگی ضعیف‌تر خواهد بود که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد (۳۰). مطالعه انجام شده در هائیتزبورگ آمریکا نیز نشان داد که راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان به ویژه باز ارزیابی مجدد مثبت با کاهش علائم افسردگی، اضطراب و خشم در دانشجویان همراه است (۲۶). این راهبردها منجر به افزایش انعطاف‌پذیری فرد برای روبرو شدن با موقعیت‌ها مختلف می‌شوند که این خود منجر به این می‌گردد تا فرد سطح پایینتری از افسردگی را تجربه کند. راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، عواطف مثبت فرد را تقویت کرده و موجب تعدیل واکنش‌ها در برابر شرایط و رخدادهای استرس‌زا می‌گردد.

راهبرد تمرکز مجدد مثبت توسط فرد می‌تواند بجای تفکر بر رخداد واقعی، ذهن فرد را به تفکر درباره مسائل مسرت بخش و خوشایند سوق می‌دهد لذا می‌تواند منجر به کاهش افسردگی گردد. ارزیابی مجدد مثبت به معنای تغییر نحوه‌ی اندیشیدن به موقعیت و تفسیر آن به شکل فرصتی برای رشد شخصی، به منظور کاهش فشارهای هیجانی است که منجر به کاهش رفتارها و تجربه‌های منفی هیجان می‌گردد (۳۱، ۳۲).

اگر چه در مورد راهبرد تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت نتایج مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها مشابه است و این راهبردها منجر به کاهش سطح افسردگی می‌گردد اما در مورد راهبرد "پذیرش" نتایج متفاوتی در مطالعات مختلف دیده شده است (۳۱، ۳۳). بطوریکه برخی از مطالعات ارتباط مثبتی بین این راهبرد با ایجاد افسردگی نشان داده‌اند. در مطالعه ما ارتباطی بین راهبرد پذیرش و سطح افسردگی دیده نشد. برخی از پژوهشگران بیان کرده‌اند که با توجه به وضعیت روحی فرد، راهبرد پذیرش می‌تواند بصورت سازگارانه یا ناسازگارانه باشد؛ زیرا چنانچه فرد مشکلاتش را بصورت منفعلانه بدون تلاش برای تغییر در شرایط بپذیرد و احساس ناتوانی در مقابله با رخدادها را داشته باشد، احتمال بروز افسردگی در او افزایش خواهد یافت (۲۶).

اگر چه همه مطالعات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را به عنوان پیش‌بینی‌کننده افسردگی نشان دادند اما نوع راهبرد تنظیم شناختی که تبیین‌کننده افسردگی است در مطالعات مختلف متفاوت بوده است. در مطالعه ما خود سرزنشی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه انگاری، کم‌اهمیت شماری و تمرکز مجدد مثبت بعنوان پیش‌بینی‌کننده افسردگی شناخته شدند. در مطالعه دادفرنیاز و همکاران سرزنش خود، فاجعه انگاری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت

پس از کسب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان مقیاس افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II) - و فرم کوتاه مقیاس تنظیم شناختی هیجان (CERQ-18) را تکمیل کردند. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بررسی و با شناسه اخلاقی IR.KUMS.REC.1400.623 مصوب گردید.

نگارش پروپوزال، نیلوفر درویشی، سمیرا جعفری، فرحناز حسینی و هومن قاسمی در اجرای طرح تحقیقاتی، محمد مهدی خشمین، نیلوفر درویشی، هومن قاسمی، سمیرا جعفری، فرحناز حسینی و عسل گلچین در نگارش مقاله نقش داشته‌اند.

ملاحظات اخلاقی

پیوست الف:

پرسشنامه افسردگی

اطلاعات جمعیت شناسی

جنسیت:

سن:

تحصیلات:

نام و نام خانوادگی:

وضعیت تأهل:

سابقه بیماری جسمی و روانی:

شروع بیماری مصرف دارو و نوع دارو:

پیوست ب: پرسشنامه BDI-II

از این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه جمله است. لطفاً هر گروه از جملات را با دقت بخوانید. سپس در هر گروه یک جمله را انتخاب کنید که بهتر از همه گویای احساس شما طی ۲ هفته گذشته تا به امروز است. سپس دور شماره کنار جمله‌ای که انتخاب کرده‌ای یک دایره بکشید. اگر در یک گروه از جملات، چند جمله در مورد شما صدق می‌کند دور شماره‌ای که از همه بالاتر است دایره بکشید. دقت کنید در هیچ از جملات بیشتر از یک جمله انتخاب نکنید.

۱. غمگینی

۰ احساس غمگینی نمی‌کنم.

۱ - خیلی اوقات احساس غمگینی می‌کنم.

۲ - همیشه غمگین هستم.

۳ - به قدری غمگین هستم که نمی‌توانم تحمل کنم

۲. بدبینی

۰ نسبت به آینده بدبین نیستم.

۱ - بیشتر از گذشته، نسبت به آینده بد بین هستم.

۲ -- انتظار ندارم اوضاع بر وفق مراد من باشد.

۳ - احساس می‌کنم امیدی به آینده نیست.

۳. احساس شکست

۰ شکست.. احساس نمی‌کنم فردی شکست خورده‌ام.

۱ - بیش از آنچه که سزاوار بودم، شکست خوردم.

۲ - وقتی به گذشته می‌نگرم، شکست‌های زیادی می‌بینم.

۳ - احساس می‌کنم شخص کاملاً شکست خورده‌ای هستم.

۴. نارضایتی

۰ به اندازه گذشته، از زندگی لذت می‌برم.

۱ - دیگر به اندازه گذشته از زندگی لذت نمی‌برم.

۲ - از چیزهایی که در گذشته از آنها لذت می‌بردم، خیلی کم لذت می‌برم.

۳ - اصلاً نمی‌توانم از چیزهایی که قبلاً از آنها لذت می‌بردم، لذت ببرم.

۵. احساس گناه

۰ احساس گناه خاصی ندارم.

۱ - در مورد خیلی از چیزها که انجام داده‌ام و یا باید انجام می‌دادم احساس گناه می‌کنم.

۲ - اغلب اوقات احساس گناه می‌کنم.

۳ - همواره احساس گناه می‌کنم.

۶. انتظار تنبیه

۰ - احساس نمی‌کنم دارم تنبیه می‌شوم.

۱ - احساس می‌کنم ممکن است تنبیه شوم.

۲ - من انتظار تنبیه شدن را دارم.

۳ - احساس می‌کنم که دارم تنبیه می‌شوم.

۷. دوست نداشتن

۰ همان احساسی را در مورد خودم دارم که همیشه داشته‌ام.

۱- اعتماد به نفسم را از دست دادم..

۲- از خودم مأیوس شده‌ام.

۳- برای هر چیز بدی که اتفاق می افتد خود را سرزنش می‌کنم.

۸. افکار خودکشی.

۰ اصلاً در فکر آن نیستم که به خودم آسیبی برسانم.

۱- دربارۀ اینکه به خودم آسیبی برسانم فکر می‌کنم، ولی این کار را نمی‌کنم.

۲- دلم می‌خواهد خودم را بکشم.

۳- اگر امکان داشت، خودم را می‌کشم.

۹. گریه کردن

۰ بیشتر از گذشته، گریه نمی‌کنم.

۱- بیشتر از گذشته، گریه می‌کنم.

۲- بخاطر هر چیز کوچکی، گریه می‌کنم.

۳- دلم می‌خواهد گریه کنم، ولی نمی‌توانم.

۱۰. خود سرزنشی

۰ بیشتر از حد معمول، خود را مورد انتقاد و سرزنش قرار نمی‌دهم.

۱- دربارۀ اینکه به خودم آسیبی برسانم فکر می‌کنم، ولی این کار را نمی‌کنم.

۲- دلم می‌خواهد خودم را بکشم.

۳- اگر امکان داشت، خودم را می‌کشم.

۱۱. بی قراری

۰ بیشتر از حد معمول بی قرار و تحریک پذیر نیستم.

۱- احساس می‌کنم بیشتر از حد معمول، بی قرار و تحریک پذیر شده‌ام.

۲- به قدری بی قرار و ناراحت هستم که نمی‌توانم آرام بگیرم.

۳- به قدری بی قرار و ناراحت هستم که باید دائماً یا حرکت کنم یا به کاری مشغول باشم.

۱۲. -کناره گیری اجتماعی

۰ علاقه‌ام را نسبت به مردم و فعالیت‌ها از دست ندادم.

۱- در مقایسه با قبل، کمتر به مردم و چیزها علاقه دارم.

۲- بیشتر علاقه‌ام را نسبت به مردم و چیزها از دست دادم.

۳- علاقه مند شدن به هر چیزی برایم دشوار است.

۱۳. بی تصمیمی

۰ تقریباً به خوبی گذشته، تصمیم گیری می‌کنم.

۱- بیشتر از گذشته، در تصمیم گیری مشکل دارم.

۲- تصمیم گیری برایم دشوارتر از حد معمول است.

۳- در گرفتن هر نوع تصمیمی، مشکل دارم.

۱۴. بی ارزشی

۰ احساس می‌کنم آدم با ارزشی هستم.

۱- احساس نمی‌کنم به اندازه گذشته، ارزشمند و مفید هستم.

۲- در مقایسه با دیگران، خود را کم ارزش تر می‌دانم.

۳- بی نهایت احساس بی ارزشی می‌کنم.

۱۵. از دست دادن انرژی

۰ من به اندازه گذشته انرژی دارم.

۱- نسبت به گذشته، انرژی کمتری داشته‌ام.

۲- انرژی لازم برای انجام کارهای زیاد را ندارم.

۳- انرژی انجام هیچ کاری را ندارم.

۱۶. تغییر در الگوی خواب

۰ در الگوی خوابم، هیچ تغییری ایجاد نشده است.

۱- الف: کمی بیشتر از حد معمول می‌خوابم. ب: تا حدودی کمتر از حد معمول می‌خوابم.

۲- الف: الف - خیلی بیشتر از حد معمول می‌خوابم. ب: خیلی کمتر از حد معمول می‌خوابم.

۳- الف: بیشتر اوقات روز را می‌خوابم. ب: صبح‌ها یک تا دو ساعت زودتر بیدار می‌شوم و دیگر نمی‌توانم بخوابم.

۱۷. تحریک پذیری

۰ بیش از حد معمول تحریک پذیر نیستم.

۱- بیش از حد معمول تحریک پذیر هستم.

۲- خیلی بیش از حد معمول تحریک پذیر هستم.

۳- همیشه تحریک پذیر هستم.

۱۸. تغییر در اشتها

۰ اشتهایم تغییری نکرده است.

۱- اشتهایم کمتر از حد معمول است.

۲- اشتهایم بیشتر از حد معمول است.

۲- اشتهایم خیلی بیشتر از حد معمول است.

۳- اصلاً اشتها ندارم.
۳- همیشه میل زیادی به غذا خوردن دارم.

۱۹. اشکال در تمرکز

• تمرکز به خوبی گذشته است.

۱- نمی‌توانم به خوبی گذشته، تمرکز داشته باشم.

۲- نمی‌توانم فکر را روی موضوعی به مدت طولانی متمرکز کنم.

۳- احساس می‌کنم نمی‌توانم روی هیچ چیزی تمرکز کنم.

۲۰. خستگی پذیری

• - بیش از حد معمول، خسته با کسل نیستم.

۱- زودتر از حد معمول، خسته یا کسل می‌شوم.

۲- به قدری خسته با کسل هستم که نمی‌توانم کارهایی را که قبلاً انجام می‌دادم، انجام دهم.

۳- به قدری خسته با کسل هستم که نمی‌توانم اغلب کارهایی را که قبلاً انجام می‌دادم، انجام دهم.

۲۱. کاهش علاقه جنسی

• متوجه تغییر تازه‌ای در علاقه جنسی‌ام نشده‌ام.

۱- کمتر از گذشته به امور جنسی علاقه دارم.

۲- در حال حاضر خیلی کم به امور جنسی علاقه دارم.

۳- علاقه جنسی‌ام را کاملاً از دست داده‌ام.

پیوست ب:

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

پاسخ دهنده گرامی، با سلام و احترام،

این پرسشنامه نوع واکنش‌های شما به شرایط سخت و تنیدگی زا، و حوادث تلخ و تهدیدکننده را بررسی می‌کند. افراد در شرایط تنیدگی زا به شکل‌های مختلف عکس العمل نشان می‌دهند. واکنش معمول شما به شرایط نامطلوب و حوادث ناگوار چگونه است؟ هریک از عبارات را با دقت بخوانید و با علامت زدن یکی از گزینه‌ها مشخص کنید که در آن شرایط آن عبارت تا چه حد با عملکرد معمول شما مطابقت می‌کند. سعی کنید پاسخ شما بر اساس عکس العمل معمول شخصی خودتان در شرایط تنیدگی زا باشد نه مطابق نظر دیگران. لطفاً به تمام سوالها پاسخ دهید. از همکاری شما صمیمانه سپاسگزاریم.

وقتی شرایط نامطلوب و تجربه تلخی پیش می‌آید:	همواره	اغلب	معمولاً	گاهی	هرگز
۱. احساس می‌کنم که من مستول وضعیت پیش آمده هستم					
۲. فکر می‌کنم که در اصل من عامل وضعیت پیش آمده هستم.					
۳. فکر می‌کنم باید بپذیرم که اتفاقی است که افتاده است.					
۴. فکر می‌کنم باید وضعیت پیش آمده را بپذیرم.					
۵. اغلب به احساسات خودم در مورد آنچه تجربه کرده‌ام فکر می‌کنم.					
۶. ذهنم مدام به افکار و احساساتم در مورد آنچه تجربه کرده‌ام مشغول است.					
۷. به جای فکر کردن در مورد آنچه اتفاق افتاده است، به چیزهای جالب و خوشایند دیگر فکر می‌کنم.					
۸. به جای فکر کردن در مورد آنچه اتفاق افتاده است، به تجربه‌های جالب‌تری که داشته‌ام فکر می‌کنم.					
۹. به این فکر می‌کنم که چگونه وضعیت را تغییر دهم.					
۱۰. به این فکر می‌کنم که چه کار بهتری می‌توانم انجام دهم.					
۱۱. فکر می‌کنم می‌توانم از وضعیت پیش آمده درس بگیرم.					
۱۲. فکر می‌کنم در نتیجه آنچه پیش آمده است، می‌توانم فرد قوی‌تری باشم.					
۱۳. فکر می‌کنم در مقایسه با سایر تجربه‌ها و پیشامدها، آن قدر هم بد نبوده است.					
۱۴. به خودم می‌گویم، در زندگی چیزهای بدتر از این هم وجود دارد.					
۱۵. مدام به این فکر می‌کنم که چه تجربه بدی بود.					
۱۶. مدام به این فکر می‌کنم که وضعیت وحشتناکی بود.					
۱۷. احساس می‌کنم دیگران مسول وضعیت پیش آمده هستند.					
۱۸. حساس می‌کنم که در اصل دیگران عامل وضعیت پیش آمده هستند.					

References

- Mendoza J. Circadian insights into the biology of depression: Symptoms, treatments and animal models. *Behav Brain Res*. 2019;376:112186. doi: 10.1016/j.bbr.2019.112186 pmid: 31473283
- Kwong ASF, Lopez-Lopez JA, Hammerton G, Manley D, Timpson NJ, Leckie G, et al. Genetic and Environmental Risk Factors Associated With Trajectories of Depression Symptoms From Adolescence to Young Adulthood. *JAMA Netw Open*. 2019;2(6):e196587. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.6587 pmid: 31251383
- Cui R. Editorial: A Systematic Review of Depression. *Curr Neuropharmacol*. 2015;13(4):480. doi: 10.2174/1570159x1304150831123535 pmid: 26412067
- Phillips ML, Frank E. Redefining bipolar disorder: toward DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7):1135-1136. doi: 10.1176/ajp.2006.163.7.1135 pmid: 16816214

5. Johnco C, Rapee RM. Depression literacy and stigma influence how parents perceive and respond to adolescent depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2018;**241**:599-607. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.062 pmid: 30172212
6. Bevan Jones R, Thapar A, Stone Z, Thapar A, Jones I, Smith D, et al. Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2018;**101**(5):804-816. doi: 10.1016/j.pec.2017.10.015 pmid: 29103882
7. Koplewicz HS. Adolescent depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2012;**22**(1):1. doi: 10.1089/cap.2012.2211 pmid: 22339609
8. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *J Affect Disord.* 2019;**243**:175-181. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.015 pmid: 30243197
9. Forti-Buratti MA, Saikia R, Wilkinson EL, Ramchandani PG. Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;**25**(10):1045-1054. doi: 10.1007/s00787-016-0834-5 pmid: 26969618
10. Fawzy M, Hamed SA. Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Res.* 2017;**255**:186-194. doi: 10.1016/j.psychres.2017.05.027 pmid: 28575777
11. Coskun O, Ocalan AO, Ocbe CB, Semiz HO, Budakoglu I. Depression and hopelessness in pre-clinical medical students. *Clin Teach.* 2019;**16**(4):345-351. doi: 10.1111/tct.13073 pmid: 31397111
12. Brenneisen Mayer F, Souza Santos I, Silveira PS, Itaiqui Lopes MH, de Souza AR, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med Educ.* 2016;**16**(1):282. doi: 10.1186/s12909-016-0791-1 pmid: 27784316
13. Mao Y, Zhang N, Liu J, Zhu B, He R, Wang X. A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. *BMC Med Educ.* 2019;**19**(1):327. doi: 10.1186/s12909-019-1744-2 pmid: 31477124
14. d'Acremont M, Van der Linden M. How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Adolesc.* 2007;**30**(2):271-282. doi: 10.1016/j.adolescence.2006.02.007 pmid: 16600359
15. Dadfarnia S, Hadianfard H, Rahimi C, Aflakseir A. Predicting Depression Based on Cognitive Emotion Regulation Strategies. *J Toloobehdasht.* 2020. doi: 10.18502/tbj.v19i1.2815
16. Hemmat N, Alireza H, Manizheh S, Gholamhosien M. The Effects of Teaching Cognitive Regulation of Emotion Strategies on Social Adjustment and Well Being of Male Gifted Students. *JPA.* 2018;**25**(2):91-110.
17. Zare H, Solgi Z. Investigation of the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies with Depression, Anxiety and Stress In Students. 2012.
18. Andres ML, Richaud de Minzi MC, Castaneiras C, Canet-Juric L, Rodriguez-Carvajal R. Neuroticism and Depression in Children: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *J Genet Psychol.* 2016;**177**(2):55-71. doi: 10.1080/00221325.2016.1148659 pmid: 27010452
19. Domaradzka E, Fajkowska M. Cognitive Emotion Regulation Strategies in Anxiety and Depression Understood as Types of Personality. *Front Psychol.* 2018;**9**:856. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00856 pmid: 29946277
20. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Pers Individ.* 2006;**41**(6):1045-1053. doi: 10.1016/j.paid.2006.04.010
21. Mohammad Ali B. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Instruction and Scoring. *Dev Psychol.* 2017;**13**(50):221-223.
22. Jafar H. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Res Behav Sci.* 2012;**9**(4):229.
23. Gholamreza R, Sona Karjo K. Psychometric Properties of a Persian-Language Version of the Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II-Persian). *J Educ Meas.* 2013;**3**(10):139.
24. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ.* 2005;**39**(7):1249-1260. doi: 10.1016/j.paid.2005.06.004
25. Tortella-Feliu M, Balle M, Sese A. Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *J Anxiety Disord.* 2010;**24**(7):686-693. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.04.012 pmid: 20472383
26. Wolgast M, Lundh LG, Viborg G. Cognitive reappraisal and acceptance: an experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Behav Res Ther.* 2011;**49**(12):858-866. doi: 10.1016/j.brat.2011.09.011 pmid: 21999941
27. Mohammadzadeh Ebrahimi A, Rahimi Pardanani T. The Moderating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Stressful Events and Depression Symptoms. *MUI-JBS.* 2017;**15**(2):213-220.
28. Vanderhasselt MA, Koster EH, Onraedt T, Bruyneel L, Goubert L, De Raedt R. Adaptive cognitive emotion regulation moderates the relationship between dysfunctional attitudes and depressive symptoms during a stressful life period: a prospective study. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2014;**45**(2):291-296. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.01.003 pmid: 24553342
29. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *Eur J Psychol.* 2007;**23**(3):141-149. doi: 10.1027/1015-5759.23.3.141
30. Szczygiel D, Buczny J, Bazińska R. Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Pers Individ.* 2012;**52**(3):433-437. doi: 10.1016/j.paid.2011.11.005
31. Mardani S, Mehrabi H. Prediction of depression based on cognitive emotion regulation strategies and marital satisfaction in women. *J Appl Psychol.* 2017;**18**(3):65-75.
32. Szczygiel D, Buczny J, Bazińska R. Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personal Individ Difference.* 2012;**52**(3):433-437. doi: 10.1016/j.paid.2011.11.005
33. Mardani S, Mehrabi H. Prediction of depression based on cognitive emotion regulation strategies and marital satisfaction in women. *Knowledge Res Appl Psychol.* 2017;**18**(3):65-75.