MEJDS. 2019; 9:79.

Published online 2019 Nov. **Research Article**

Relationship between Perceived Stress, Frustration Tolerance, Cognitive Emotion Regulation with Depression Syndrome

*Abooie B[1], Amiri M[2]

Author Address
1. Master of psychology, Islamic Azad University, Yazd, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran.
***Corresponding Author's Email:** behnazabooie1367@gmail.com

Received: 2018 April 23**; Accepted:** 2018 July 28.

Abstract

Background & Objective: Depression mood is a state of affliction and escape from activity or unconsciousness and reluctance, and can affect one's thoughts, feelings, health, and wellbeing. People with depression can feel discomfort, anxiety, emptiness, frustration, and helplessness, loss of life, embarrassment, or restlessness. They may lose their passion for performing activities that are once enjoyable for themselves, lose their appetite and focus, have difficulty remembering details and make decisions, deal with problems in their relationships, thinking to suicide, and intend or do it. Depression causes insomnia, excessive sleep, tiredness, and burning digestive problems, or reduced body energy in some cases. Emotional self–regulation or regulation of emotion is the ability to respond to the ongoing demands of experience with the range of emotions in a manner that is socially tolerable and sufficiently flexible to permit spontaneous reactions as well as the ability to delay spontaneous reactions as needed. It can also be defined as extrinsic and intrinsic processes responsible for monitoring, evaluating, and modifying emotional reactions. Emotion self–regulation belongs to the broader set of emotion–regulation processes, which includes the regulation of one's feelings and the regulation of other people's feelings. Low frustration tolerance (LFT), or "short–term hedonism" is a concept utilized to describe the inability to tolerate unpleasant feelings or stressful situations. It stems from the feeling that reality should be as wished that any frustration should be resolved quickly and easily. People with low frustration tolerance experience emotional disturbance when frustrations are not quickly resolved. Behaviors are then directed towards avoiding frustrating events, which, paradoxically, leads to increased frustration and even greater mental stress. This study aimed to explore the relationship of frustration tolerance, defect in cognitive regulation, and perceived stress with depression syndrome among central prison employees.

Methods: The present research method was correlational. The population of this study was 120 personnel of employee in central prison that were chosen by random sampling. The questionnaire of perceived stress scale (PSS) of Cohen, Goldberg depression scale (GDS), cognitive emotion regulation of Granfaski, and frustration tolerance questionnaire distributed, and the PSS is the most widely used psychological instrument for measuring the perception of stress. It is a measure of the degree to which situations in one's life are appraised as stressful. Items were designed to how unpredictable, uncontrollable, and overloaded respondents find their lives. The scale also includes several direct queries about current levels of experienced stress. Granfaski developed the cognitive emotion regulation questionnaire in 2001. Hassani updated this questionnaire based on Iran's condition. Alpha Cronbach of this questionnaire in this research was 0.78. Harington developed a frustration tolerance questionnaire in 2005; he made this questionnaire by using Ellis's theory; Babareisi updated this questionnaire based on Iran's condition. Goldberg depression questionnaire used to help determine the need to see a mental health professional for diagnosis and treatment of depression or to monitor mood. Aminpoor updated this questionnaire based on Iran's condition. For analyzing data, we use descriptive statistical (Pearson correlation) and inferential statistics (step by step regression). The data was analyzed by SPSS 21.

Results: There was a meaningful correlation between depression and perceived stress ($r=0.37$, $p<0.001$). In addition, results showed there was negative correlation between frustration tolerance ($r=0.034$, $p<0.001$) and cognitive regulation ($r=0.28$, $p<0.001$). The result of step by step regression showed that perceived stress and frustration tolerance could predict depression.

Conclusion: Regard to the correlation between frustration tolerances perceived stress and cognitive emotion regulation with depression, attention to these advised to all of the professions in this field.

Keywords: Perceived stress, Cognitive emotion regulation, Frustration tolerance, Depression.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.54.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۷۹.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی ارتباط تحمل ناکامی و نقص در تنظیم شناختی هیجان و تنیدگی ادراک‌شده با نشانگان افسردگی

*بهناز ابویی[۱]، محسن امیری[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** behnazabooie1367@gmail.com

تاریخ دریافت: ۳اردیبهشت۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۶مرداد۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی، نشانگانی است که براساس بیان لفظی یا غیرلفظی عواطف غمگین و اضطرابی یا حالت‌های برانگیختگی مشخص می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط تحمل ناکامی و نقص در تنظیم شناختی هیجان و تنیدگی ادراک‌شده با نشانگان افسردگی در میان کارکنان زندان مرکزی یزد انجام پذیرفت.

روش‌بررسی: این تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ پژوهش را تمامی کارمندان زندان مرکزی یزد در سال ۹۶ـ۱۳۹۵ تشکیل دادند که از بین آنان ۱۲۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و به پرسشنامه‌های تحمل ناکامی (هرینگتون، ۲۰۰۵)، تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی، ۲۰۰۱)، تنیدگی ادراک‌شده (کوهن، ۱۹۸۳) و افسردگی (گلدبرگ، ۱۹۸۸) پاسخ دادند. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ در سطح ۹۵درصد اطمینان صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد ضریب همبستگی میان افسردگی با تنیدگی ادراک‌شده مثبت و معنادار است ($r=۰/۳۷$، $p<۰/۰۰۱$). ازسوی‌دیگر بین افسردگی با نقص در تنظیم شناختی هیجان ($r=-۰/۲۸$، $p<۰/۰۰۱$) و تحمل ناکامی ($r=-۰/۳۴$، $p<۰/۰۰۱$) رابطهٔ منفی و معناداری مشاهده می‌شود. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نیز حاکی‌از این بود که تحمل ناکامی و تنیدگی ادراک‌شده به‌میزان ۱۶ درصد نمرهٔ کل افسردگی را تبیین می‌کند ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش و رابطهٔ بین تحمل ناکامی و تنیدگی ادراک‌شده و نقص در تنظیم هیجان با افسردگی، توجه به این موضوعات در درمان بیماران افسرده به متخصصان در این زمینه توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: تحمل ناکامی، تنظیم شناختی هیجان، تنیدگی ادراک‌شده، افسردگی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.54.6]

۱ مقدمه

در میان مشکلات روانی، افسردگی بسیار شایع است که براساس پژوهش‌های انجام‌شده ۲۰ تا۲۵ درصد مردم دوره‌هایی از افسردگی را در لحظه‌هایی از عمر خود تجربه می‌کنند (۱). افسردگی نوعی عصبانیت ابرازنشدهٔ درونی است که از ضعف و درماندگی فرد ناشی می‌شود. افراد افسرده از تمام دنیا به‌علت کمک‌نکردن به او، گلایه‌مند و عصبانی هستند. همچنین به‌دلیل ضعف فردی، بیشتر از همه از خود خشمگین بوده و تنفر دارند. به‌همین سبب به اعمال تخریبی علیه خویش دست می‌زنند؛ گویی تلاش کرده خود را تنبیه کنند (۲).

علل متعددی می‌تواند در بروز و شیوع افسردگی نقش داشته باشد. از عواملی که به‌نظر می‌رسد بر افسردگی تأثیر دارد، ادراک تنیدگی یا استرس ادراک‌شده است (۳). توانایی سازگاری افراد در رویارویی با تنیدگی و مشکل‌های زندگی شخصی و معضل‌های اجتماعی برابر نیست. در محیط مشابه اجتماعی بعضی اشخاص قدرت مقابله با مشکلات و موقعیت‌های چالش‌برانگیز را خیلی زود از دست می‌دهند و دچار افسردگی، اضطراب، رفتارهای ضداجتماعی و خودکشی می‌شوند؛ درحالی‌که عده‌ای دیگر به‌راحتی قادر بوده از عهدهٔ این موقعیت‌ها برآیند و بدون عارضهٔ خاصی مشکل را برطرف کرده یا آن را پشت سر بگذارند. هراندازه چنین ظرفیتی بیشتر باشد، به‌همان اندازه شخص قادر خواهد بود سلامت روانی و اجتماعی خود را در سطح بهتری نگه دارد و به‌شیوهٔ مثبت و سازگارانه و کارآمد به حل‌وفصل مشکل‌های خویش بپردازد (۴). در پژوهش عزیزی و نظامی این نتیجه به‌دست آمد که ازطریق استرس ادراک‌شده و سبک‌های مقابله با اضطراب می‌توان افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی کرد (۵). همچنین مطالعهٔ صالح میرحسنی و همکاران نشان داد بین ادراک تنیدگی و افسردگی و اضطراب آتش‌نشان‌ها رابطه وجود دارد. در تحقیق آنان خودمهارگری و خودشناسی دارای نقش واسطه‌ای بودند (۶).

متغیر دیگری که در افسردگی نقش داشته، تحمل‌نکردن ناکامی است. این متغیر به ویژگی شخصیتی اشاره دارد که ناشی‌از مجموعه‌ای از باورهای منفی دربارهٔ نبود قطعیت و آستانهٔ تحمل کم در موقعیت‌های نامطمئن و مبهم و پیش‌بینی عواقب ناگوار برای ناکامی است (۷). نبود تحمل ناکامی نوعی سوگیری شناختی بوده که بر چگونگی دریافت و تفسیر و واکنش فرد بر وضعیتی نامطمئن در سطوح هیجانی و شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد. افرادی که تحمل ناکامی را ندارند، موقعیت‌های آن را تنش‌برانگیز و منفی و دارای فشار توصیف کرده و سعی می‌کنند از این فضاها اجتناب ورزند. آن‌ها اگر در این وضعیت‌ها قرار بگیرند کارکردشان دچار مشکل می‌شود. تحمل‌نکردن ناکامی سازه‌ای اساسی در نظریه و تحقیقات مربوط به اختلال افسردگی است؛ اما مطالعات کمی رابطهٔ بین افسردگی و نبود تحمل ناکامی را به‌طور مستقیم بررسی کرده‌اند (۸). در پژوهش ماهون مشخص شد که تحمل‌نکردن ناکامی با افسردگی و اضطراب رابطه دارد (۹). همچنین سمیور در مطالعه‌ای دریافت که نداشتن تحمل ناکامی سازه‌ای کلیدی بوده و افسردگی را در کودکان دارای بیش‌فعالی پیش‌بینی می‌کند (۱۰). پژوهشی توسط محققان یافت نشد که در ایران به بررسی ارتباط تحمل ناکامی و افسردگی پرداخته باشد.

تنظیم شناختی هیجان یکی دیگر از عواملی است که در این پژوهش رابطهٔ آن با افسردگی ارزیابی شد. راهبردهای شناختی هیجان از مدل‌های بسیار مهم درخصوص نقش سیستم‌های عصبی در کنترل هیجان است. این دسته از مدل‌ها به فرایندهای شناختی گوناگون مؤثر در تنظیم کنش‌های هیجانی می‌پردازد. تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به‌عنوان مدیریت اطلاعات برانگیخته‌شدهٔ هیجانی با راهبردهای شناختی هشیار تعریف شود (۱۱). تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره می‌کند که ازطریق آن فرد بر اینکه چه هیجان‌هایی را تجربه کرده و چه‌موقع آن‌ها را تجربه کند و نیز بر چگونگی بیانشان، تأثیر می‌گذارد (۱۲) و به‌عنوان ساختار وسیعی است که تعدادی از فرایندهای تنظیمی را مثل تنظیم تجربهٔ هیجان‌ها و خصیصه‌های زیربنایی و اساسی هیجانات مانند واکنش‌پذیری فیزیولوژیایی، اجتماعی، رفتاری و فرایندهای شناختی شامل می‌شود (۱۱). پژوهش‌های پیشین نُه راهبرد متفاوت تنظیم شناختی را به‌صورت مفهومی شناسایی کرده‌اند: سرزنش خود؛ سرزنش دیگران؛ نشخوار فکری؛ تلقی فاجعه‌آمیز؛ توسعهٔ چشم‌انداز؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مثبت؛ پذیرش موقعیت؛ برنامه‌ریزی‌کردن. در سال‌های اخیر تنظیم هیجانی به‌عنوان فرایند هسته‌ای در درمان و تحقیقات مربوط به آسیب‌شناسی روانی هدف قرار گرفته و میزان درخورتوجهی از پژوهش‌ها به‌منظور مشخص‌کردن ارتباط بین استفاده از راهبردهای معین و اختلال‌هایی مانند افسردگی و اضطراب، انجام شده است. در مطالعهٔ زارع و همکاران این نتیجه به‌دست آمد که بین تمام راهبردهای شناختی ناکارآمد تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد (۱۳). نتایج مطالعهٔ بادان فیروز و همکاران حاکی‌از ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و افسردگی بود. در پژوهش آنان نقش ذهن‌آگاهی نیز به‌عنوان متغیر واسطه‌ای ثابت شد (۱۴). قربانی و همکاران در تحقیقی نشان دادند که بین راهبردهای تنظیم هیجان و سبک زندگی با افسردگی در مبتلایان به رودهٔ تحریک‌پذیر ارتباط دیده می‌شود (۱۵). گارنفسکی و کرایج نیز دریافتند که در تمامی گروه‌های بررسی‌شدهٔ آن‌ها (نوجوانان و جوانان و افراد مسن) استفاده از راهبردهای نشخوار فکری و فاجعه‌بارخواندن و سرزنش خود با علائم افسردگی رابطهٔ مستقیم و بازارزیابی مثبت با آن رابطهٔ معکوس دارد (۱۶).

در میان اقشار جامعه، کارکنان زندان به‌دلیل فشار کاری به‌احتمال بیشتری به افسردگی مبتلا می‌شوند. تجربهٔ کاری محقق حاکی‌از آن است که افراد در محیط کاری به‌وفور با افسردگی مواجه بوده و بسیاری از نارضایتی‌ها و کم‌کاری‌های شغلی کارمندان (همکاران) وجود چنین مشکلی را بیان می‌کند. سرمایهٔ انسانی هر سازمانی ضامن افزایش بهره‌وری و خوش‌نامی آن سازمان است و این سرمایه هنگامی بهره‌ور می‌شود که از سلامت جسم و روان برخوردار باشد؛ بنابراین یافتن عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ افسردگی در درمان و پیشگیری از آن مهم است؛ لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطهٔ تحمل ناکامی و نقص در تنظیم شناختی هیجان و تنیدگی ادراک‌شده با نشانگان افسردگی در میان کارکنان زندان مرکزی یزد بود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.54.6]

۲ روش‌بررسی

روش این تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری را تمامی کارمندان زندان مرکزی یزد در سال ۹۶ـ۱۳۹۵ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به‌روش تصادفی ساده و با استفاده از جدول مورگان انجام شد که طبق نتایج این جدول (۱۷) ۱۲۰ نفر انتخاب شدند. سپس پرسشنامه میان کارمندان توزیع شد. داده‌های به‌دست‌آمده توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ و آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف و همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام در سطح ۹۵درصد اطمینان تحت تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از محدودهٔ سنی ۲۵تا۵۱ سال و معیار خروج شامل تکمیل‌نکردن پرسشنامه‌ها بود. در رابطه با ملاحظات اخلاقی پژوهشگران نظارت دقیقی بر اجرای پرسشنامه‌ها داشتند و توضیح‌های لازم را به شرکت‌کنندگان ارائه دادند که عبارت بودند از: حق شرکت در انجام پژوهش؛ محرمانه‌ماندن اطلاعات؛ شرح مختصری دربارهٔ هدف پژوهش.

ـ پرسشنامهٔ تحمل ناکامی[1] هرینگتون: این مقیاس توسط هرینگتون در سال ۲۰۰۵ تهیه شد و هدف آن بررسی میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف است. مجموع نمرات کم، تحمل ناکامی زیاد و مجموع نمرات بیشتر، تحمل ناکامی کم آزمودنی را نشان می‌دهد. پرسشنامه چهار خرده‌مقیاس دارد که شامل تحمل‌نداشتن عاطفی، نداشتن تحمل ناراحتی، نبود تحمل اهداف پیشرفت و تحمل‌نکردن بی‌عدالتی و ناخشنودی می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت بوده که از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم و از یک تا پنج است؛ به این صورت که نمرهٔ یک برای کاملاً مخالفم و نمرهٔ پنج برای کاملاً موافقم منظور می‌شود. آلفای کرونباخ در پژوهش هرینگتون ۰/۸۵ محاسبه شد (۱۸). ازآنجاکه مقیاسی جهت سنجش تحمل ناکامی در ایران وجود نداشت، این مقیاس برای اولین‌بار در ایران توسط رحیمی و همکاران ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی شد. در پژوهش آنان ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۴ و مؤلفه‌های تحمل‌نداشتن عاطفی ۰/۵۰، نداشتن تحمل هیجانی ۰/۶۱، پیشرفت ۰/۵۲ و استحقاق ۰/۷۱ به‌دست آمد. همچنین روایی همسانی درونی کل یک و مؤلفه‌های تحمل‌نداشتن عاطفی ۰/۷۲ و نداشتن تحمل هیجانی ۰/۷۸ و پیشرفت ۰/۷۴ گزارش شد (۱۹). آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۹ بود.

ـ پرسشنامهٔ راهبردهای تنظیم هیجان گرانفسکی (CERQ)[2] : این مقیاس را گرانفسکی و کرایج در کشور هلند در سال ۲۰۰۱ تدوین کردند و دو نسخهٔ انگلیسی و هلندی دارد. پرسشنامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان، چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه‌کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی به‌کار می‌رود. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به‌صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایزی قائل نیست، این مقیاس فکرهای شخص را پس از مواجهه با تجربه‌ای منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. پرسشنامهٔ مذکور، ابزاری خودگزارشی بوده که ۳۶ سؤال دارد و به‌آسانی اجرا می‌شود. همچنین برای افراد بیشتر از دوازده سال، هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی، استفاده‌شدنی است. پرسشنامه پایهٔ تجربی و نظری محکمی دارد و از نُه خرده‌مقیاس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس‌های مذکور نُه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنهٔ نمرات مقیاس از یک (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) قرار دارد. هر خرده‌مقیاس شامل چهار ماده است. نمرهٔ کل هریک از خرده‌مقیاس‌ها ازطریق جمع‌کردن نمرهٔ ماده‌ها به‌دست می‌آید. در ارتباط با روایی و پایایی، ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایج در دامنهٔ ۰/۷۱ تا۰/۸۱ گزارش شد (۱۶). نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ-P) در فرهنگ ایرانی را حسنی تحت هنجاریابی قرار داد. در این مطالعه، اعتبار مقیاس براساس روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی و روایی پرسشنامهٔ مذکور از راه تحلیل مؤلفهٔ اصلی با استفاده از چرخش واریماکس و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها و روایی ملاکی مطلوب (از ۰/۳۲ تا۰/۶۷) بیان شد (۲۰). میزان آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۸ بود.

ـ پرسشنامهٔ افسردگی گلدبرگ (GDS)[3]: ایوان گلدبرگ این مقیاس را در سال ۱۹۸۸ تهیه کرد و ۱۸ ماده دارد. نمره‌گذاری آن به‌صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای است. هرچه نمرهٔ فرد در آن زیاد باشد، افسردگی بیشتر را نشان می‌دهد. در دستورعمل پرسشنامهٔ افسردگی گلدبرگ از فرد خواسته می‌شود که با درنظرگرفتن وضعیت خود در دو هفتهٔ اخیر، به سؤال‌ها پاسخ دهد. دارای ۱۸ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی میزان اختلال افسردگی یا احتمال ابتلا به آن است. نمره‌گذاری هریک از عبارات در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای صورت می‌گیرد و نمره‌گذاری معکوس ندارد. در پژوهش ماگناویتا ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی گلدبرگ ۰/۷۸ بود که بیانگر پایایی خوب این ابزار است (۲۱). همچنین روایی هم‌زمان پرسشنامه همراه با مقیاس اضطراب گلدبرگ تأیید شد. در تحقیقی در ایران پایایی این پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ برای اشخاص دارای تحصیلات دبیرستان ۰/۹۰، افراد با تحصیلات دانشگاهی ۰/۸۶، سایرین ۰/۸۱ و برای کل نمونه ۰/۸۶ به‌دست آمد (۲۲). میزان آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۱ محاسبه شد.

ـ مقیاس تنیدگی ادراک‌شده[4]: این مقیاس در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و کمارک و مرملستین ساخته شد و ۱۴ ماده دارد. هر ماده براساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای به‌صورت هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد پاسخ داده می‌شود. این گزینه‌ها به‌ترتیب نمرهٔ ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرد. مقیاس تنیدگی ادراک‌شده دو خرده‌مقیاس را می‌سنجد: الف: خرده‌مقیاس ادراک منفی از تنیدگی که شامل مواد ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ است؛ ب: خرده‌مقیاس ادراک‌شدهٔ مثبت از تنیدگی که مواد ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳ را دربرمی‌گیرد و به‌شکل برعکس نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس بیان‌شده برای دانستن این مطلب به‌کار می‌رود که

[1] .Frustration discomfort scale
[2]. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
[3]. Goldberg Depression Scale
[4]. Perceived Stress Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.54.6]

موقعیت‌های زندگی فرد تا چه اندازه از نظر خود او تنیدگی‌زا است. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس ازطریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به‌دست آمد (۲۳). در مطالعهٔ قربانی و همکاران، پایایی این ابزار ۰/۸۱ گزارش شد (۱۵). محمدی یگانه و باستانی نیز در مطالعات خود پایایی ابزار را با روش همسانی درونی تأیید کردند (۲۴). آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۴ مشخص شد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۱۲۰ نفر شرکت کردند که از این تعداد ۷۰ نفر مرد و ۵۰ نفر زن (۵۸/۳درصد مرد و ۴۱/۶درصد زن) بودند. این افراد در محدودهٔ سنی ۲۵تا۵۱ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنان ۱۱/۲۱±۳۴ بود. قبل از انجام رگرسیون گام‌به‌گام و همبستگی پیرسون، پیش‌فرض‌های مربوط به این آزمون‌ها مانند نرمال‌بودن توزیع نمرات بررسی و تأیید شد. فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات نیز با آزمون کولموگروف‌اسمیرنف تحت ارزیابی قرار گرفت که نتایج آزمون، برقراری این فرض را نشان داد (p value=۰/۳۲۴)؛ نتایج مربوط به آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. افسردگی	۱			
۲. تحمل ناکامی	۰/۳۴** −	۱		
۳. تنیدگی	۰/۳۷**	۰/۲۸**	۱	
۴. نقص در تنظیم شناختی هیجان	۰/۲۸** −	۰/۴۱**	۰/۴۵**	۱

**همبستگی در سطح ۹۵درصد اطمینان معنادار است.

همان‌طورکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود ضریب همبستگی میان افسردگی با تنیدگی مثبت و معنادار است (r=۰/۳۷ و p<۰/۰۰۱). ازسوی‌دیگر بین افسردگی با نقص در تنظیم شناختی هیجان (r=−۰/۳۴ و p<۰/۰۰۱) و تحمل ناکامی (r=۰/۲۸− و p<۰/۰۰۱) رابطهٔ منفی و معناداری وجود دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون رگرسیون گام‌به‌گام به‌منظور پیش‌بینی افسردگی برحسب متغیرهای پیش‌بین به‌همراه جدول ANOVA

گام‌های تحلیل رگرسیون	متغیر پیش‌بین	ضریب رگرسیونی	خطای معیار	بتا	مقدار p	R^2	R^2 تغییر	مقدار F	مقدار p
گام ۱	تنیدگی	۰/۱۷۲	۰/۰۳۵	۰/۳۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۱۳	۲۴/۵۲	<۰/۰۰۱
گام ۲	تنیدگی	۰/۱۲۳	۰/۰۴۲	۰/۲۳۲	۰/۰۱	۰/۴۰	۰/۱۶	۱۷/۶۵	<۰/۰۰۱
	تحمل ناکامی	۰/۰۸۹ −	۰/۰۴۰ −	۰/۱۸۹ −	۰/۰۲				

باتوجه به نتایج حاصل از جدول ۲، روش گام‌به‌گام تحلیل رگرسیون در دو مرحله صورت گرفت: در گام اول ادراک تنیدگی وارد تحلیل شد که به‌تنهایی حدود ۱۳درصد تغییرات نمرهٔ کل افسردگی را پیش‌بینی کرد؛ در گام دوم و آخرین گام، تحمل ناکامی وارد تابع شد که این دو متغیر روی‌هم حدود ۱۶درصد تغییرهای نمرهٔ کل افسردگی را تبیین کرد؛ یعنی در این مرحله ۱۶درصد از تغییرات افسردگی توسط متغیرهای تنیدگی و تحمل ناکامی پیش‌بینی شد.

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطهٔ بین تنیدگی و نقص در تنظیم شناختی هیجان و تحمل ناکامی با افسردگی در بین کارکنان زندان مرکزی یزد بود. مطالعه مشخص کرد که بین تنیدگی‌های روزانه و افسردگی رابطه دیده می‌شود. این نتایج با یافتهٔ پژوهش‌های عزیزی و نظامی (۵) و صالح میرحسنی و همکاران (۶) همسوست. آن‌ها نشان دادند که بین افسردگی و تنیدگی روزانه ارتباط وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت فقط عوامل اضطراب‌آور نیست که شخص متحمل می‌شود، بلکه مهم، نحوهٔ ادراک فرد از استرس است که سلامتی وی را به‌میزان زیادی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. عواملی ازقبیل ظرفیت جسمانی، طرز برداشت، واکنش‌پذیری و تجارب پیشین افراد در چگونگی پاسخ‌دهی آنان به استرس نقش دارد (۵). باتوجه به عناصر مذکور ممکن است برخی افراد موقعیتی را تنش‌زا به‌شمار آورند؛ درحالی‌که دیگران ارزیابی متفاوتی از آن موقعیت دارند. بدین‌ترتیب، نحوهٔ ارزیابی و چگونگی ادراک شخص از وضعیت است که در بروز عوارض اضطراب تعیین‌کننده محسوب می‌شود. افراد با سطوح زیاد تنیدگی، احساس خستگی، درماندگی، اضطراب و آسیب‌پذیری خواهند کرد. اشخاص دارای تنیدگی شدید اغلب بیان می‌کنند که دچار کاهش اعتمادبه‌نفس و خودارزشی شده‌اند. همچنین شاید به‌قدری درگیر مشکلاتشان شوند که توانایی یا علاقهٔ کمتری برای برقراری ارتباط با دیگران داشته باشند. ممکن است دچار علائم افسردگی شده یا حتی فکر خودکشی را بیان کنند (۲۵).

همین‌طور نتایج این مطالعه مشخص کرد که رابطهٔ منفی معناداری بین تحمل ناکامی و افسردگی وجود دارد. نگاهی به پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد این رابطه در تحقیق ماهون (۹) و سمیور (۱۰) نیز دیده می‌شود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که سطوح ضعیف تاب‌آوری و تحمل ناکامی در مواجهه با مشکلات سبب شده تا افراد نتوانند از عواطف و هیجان‌های مثبت به‌منظور پشت‌سرنهادن تجربه‌های

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.54.6]

نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کنند. افراد دارای سطح تحمل ناکامی بیشتر، در بهزیستی روان‌شناختی نیز قادر هستند نمرات بهتری را به‌دست آورند. این افراد بهتر می‌توانند با مشکل‌های زندگی کنار آمده و در زیر بار آن‌ها خم نشوند و نیز انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند (۹). توانمندی به فرد تاب‌آور کمک می‌کند تا وضعیت استرس‌زا را مدیریت کند و در مقابله با مصائب و ناملایمات زندگی نه‌تنها جان سالم به در برد، بلکه بتواند به سطح جدیدی از تعادل و رشد مثبت دست یابد. چون تحمل ناکامی فرایندی پویا بوده که به متن زندگی وابسته است، وقتی به‌طور موفقیت‌آمیز کسب شود توانایی‌های فردی را تقویت می‌کند و به‌طورکلی باعث پیامدهای مثبت، باوجود تجربه‌های ناگوار، ناملایمات، عملکرد مثبت و مؤثر در موقعیت ناگوار بهبودی بعد از ضربه‌ای مهم، می‌شود (۱۰).

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر وجود رابطهٔ منفی و معنادار خودنظم‌جویی شناختی هیجان با افسردگی است. به‌عبارت‌دیگر با کاهش به‌کارگیری راهبردهای مثبت خودنظم‌جویی شناختی هیجان، خطر بروز افسردگی افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج تحقیقات زارع و همکاران (۱۳)، قربانی و همکاران (۱۵)، بادان فیروز (۱۴) و گارنفسکی و کرایج (۱۶) که نشان دادند بین تنظیم شناختی هیجان و افسردگی رابطه وجود داشته، همسوست. نتایج حاصل از این پژوهش را می‌توان چنین تفسیر کرد که یکی از سازوکارهای کلیدی در تنظیم هیجان، بازداری شناختی است؛ بنابراین انتظار می‌رود که نقص در بازداری افکار منفی با افزایش احتمال ابتلا به افسردگی همراه باشد (۱۹). همچنین می‌توان گفت براساس الگوی طرحواره‌درمانی هیجانی تفاوت موجود بین اشخاص از نظر تفسیرها، ارزیابی‌ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان‌ها، طرحواره‌های هیجانی نامیده می‌شود. برخی اشخاص دربارهٔ هیجان‌های خود، باورهایی منفی دارند؛ مانند این باور که هیجاناتشان بی‌معناست، تا ابد ادامه می‌یابد و آنان را از پای در می‌آورد، مایهٔ شرمندگی است، فقط مختص خود آن‌هاست، بیان‌شدنی نیست و هیچ‌گاه اعتباریابی نخواهد شد. این افراد به‌احتمال بیشتری ممکن است از روش‌های دردسرساز مانند نشخوار فکری، نگرانی و اجتناب، مصرف الکل، پرخوری و گسست برای مقابله استفاده کنند. بعضی دیگر، از دیدگاه‌هایی مثبت‌تر یا انطباقی‌تر دربارهٔ هیجان بهره‌مند بوده و بیشتر می‌توانند اعتباریابی کنند. هیجان‌های آن‌ها برایشان معنادار و پذیرفتنی است، مایهٔ شرمندگی و منحصر به خود نیست و گذرا قلمداد می‌شود؛ لذا چنین افرادی کمتر ممکن است راهبردهای دردسرساز را برای مقابله به‌کار گیرند و درنتیجه کمتر درمعرض ابتلا به افسردگی قرار دارند (۱۵).

این پژوهش همانند مطالعات دیگر محدودیت‌هایی داشت؛ ازجمله اینکه نمونهٔ مطالعه‌شده مربوط به کارکنان زندان مرکزی شهر یزد بود؛ بنابراین در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید جوانب احتیاط رعایت شود. همچنین در این پژوهش اثر ویژگی‌هایی مثل سن و وضعیت اجتماعی‌اقتصادی بررسی نشد و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این تحقیق بر سایر گروه‌ها نیز صورت گیرد و اثر متغیرهایی مثل سن و وضعیت اجتماعی‌اقتصادی ارزیابی شود.

۵ نتیجه‌گیری

مطابق یافته‌های این پژوهش بین تحمل ناکامی و تنیدگی ادراک‌شده و تنظیم شناختی هیجان با افسردگی رابطه وجود دارد. توانایی تحمل ناکامی و تنظیم هیجان آموزش‌دادنی است؛ لذا توجه به این نکته به متخصصان در این زمینه درجهت درمان و پیشگیری از افسردگی توصیه می‌شود.

References

1. Mortazavi Tabatabaee A, Ramazan Khani A, Gharli Pour Z, Babaee Haidar Abadi A, Tavasoli E, et al. Study of effective factors on depression, perceived stress and perceived social support and their relationship among students living in dormitories of Shahid Beheshti University of Medical Science. J Ilam Univ Med Sci. 2013;21(4):99-106. [Persian] http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1252-en.html
2. Gotlib IH, Hammen CL. Handbook of depression. Third edition. New York, USA: Guliford Press; 2001, pp:21- 45.
3. Noorbala F, Borjali A, Noorbala AA. The interaction effect between “self-compassion” and “rumination” of depressed patients in “compassion focused therapy”. Daneshvar Medicine. 2013;104(20):77-84. [Persian]
4. Ingram RE, Trenary L, Odom M, Berry L, Nelson T. Cognitive, affective and social mechanisms in depression risk: cognition, hostility, and coping style. Cognition and Emotion. 2007;21(1):78-94. doi:10.1080/02699930600950778
5. Azizi M, Nezami L. Predicting postpartum depression based on perceived stress and styles of coping with stress among pregnant women in Tabriz. Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar. 2015;10(37):67-76. [Persian]
6. Salehmirhassani V, Ghorbani N, Alipour A, Farzad V. The mediating role self-knowledge process (integrative self-knowledge and mindfulness) and self-control in regulating of relationship between perceived and objective stress and anxiety, depression, and physical symptoms. Journal of Research in Psychological Health. 2016;10(3):1-15. [Persian] doi:10.18869/acadpub.rph.10.3.1
7. Chand L. A study of frustration tolerance in relation to achievement motivation and sports achievement. International Journal of Applied Research. 2015;1(6):92-4.
8. Carleton RN, Collimore KC, Asmundson GJG. ‘‘It’s not just the judgements- It’s that I don’t know’’: Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. J Anxiety Disord. 2010;24(2):189–195. doi:10.1016/j.janxdis.2009.10.007

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.54.6]

9. Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ, Hanks MM. Relations of low frustration tolerance beliefs with stress**,** depression, and anxiety in young adolescents**.** Psychol Rep. 2007;100(1):98-100. doi:10.2466/pr0.100.1.98-100
10. Semyour KE, Miller L. ADHD and depression: the role of poor frustration tolerance. Curr Dev Disord Rep. 2017;4(1):14-18. doi:10.1007/s40474-017-0105-2
11. Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: gender differences and associations to worry. Pers Individ Dif. 2010;48(4):408–13. doi:10.1016/j.paid.2009.11.007
12. Szczygie D, Buczny J, Bazinska R. Emotion regulation and emotional information processing: the moderating effect of emotional awareness. Pers Individ Dif. 2012;52(3):433-7. doi:10.1016/j.paid.2011.11.005
13. Zare H, Solgi Z. Investigation of the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depression, anxiety and stress in students. Journal of Research in Psychological Health. 2012;6(3):19-29. [Persian] http://rph.khu.ac.ir/article-1-1524-en.html
14. Badan Firooz A, Makavand Hosseini S, Mohammadifar MA. The relationship of emotion regulation with depression and anxiety symptoms of university students: the mediating role of mindfulness. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2017;4(2):24-38. [Persian] http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-269-en.html
15. Ghorbani Taghlidabad B, Tasbihsazan Mashhadi SR. The relationship between cognitive emotion regulation and lifestyle with depression among patients with irritable bowel syndrome. J Neyshabur Univ Med Sci. 2017;4(4):11-21. [Persian] http://journal.nums.ac.ir/article-1-310-en.html
16. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Pers Individ Dif. 2006;40(8):1659–69. doi:10.1016/j.paid.2005.12.009
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308
18. Harington N. The frustration discomfort scale: development and psychometric properties. Journal of clinical psychology and psychotherapy. 2005;12(5):374-87. doi:10.1002/cpp.465
19. Rahimi N, Afsharnia K. Prediction of psychological resilience based on degree of differentiation and frustration tolerance in the elderly. Journal of Aging Psychology. 2017;3(2-9):127-36. [Persian]
20. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). Journal of Clinical Psychology. 2010; 2(3-7): 73-84. [Persian] doi:10.22075/JCP.2017.2031
21. Magnavita N. Anxiety and depression at work. The A/D Goldberg questionnaire. G Ital Med Lav Ergon. 2007;29(3):670-1. [Italian]
22. Aminpoor H, Afshinfar J, Mostafaei A, Ostovar S. Validation of Goldberg's Depression Scale in academic and non-academic peoples. Annals of Biological Research. 2012;3(9):4564-73.
23. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385-96. doi:10.2307/2136404
24. Mohammadi Yeganeh L, Bastani F, Feizi Z, Agilar Vafaie M. The effect of stress management training on mood and perceived stress in women consuming contraceptive pills. Iranian Journal of Nursing. 2009;21(53):2-12. [Persian]
25. Yosefi Afrashteh M, Sharifi K. The relationship between depression, perceived stress and social support with quality of life in elderly with Alzheimer's disease. Journal of aging psychology. 2015;1(2):1-10. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.54.6]