

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

*Abooie B¹, Amiri M²

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.

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.
 *رایانامه نویسنده مسئول: behnazabooie1367@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳ اردیبهشت ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۶ مرداد ۱۳۹۷

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. **روش بررسی:** این تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش را تمامی کارمندان زندان مرکزی یزد در سال ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل دادند که از بین آنان ۱۲۰ نفر به صورت 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. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ در سطح ۹۵ درصد اطمینان صورت گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش نشان داد ضریب همبستگی میان افسردگی با تنیدگی ادراک‌شده مثبت و معنادار است ($r=0.37$ ، $p<0.001$). ازسوی دیگر بین افسردگی با نقص در تنظیم شناختی هیجان ($r=-0.28$ ، $p<0.001$) و تحمل ناکامی ($r=-0.34$ ، $p<0.001$) رابطه منفی و معناداری مشاهده می‌شود. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نیز حاکی از این بود که تحمل ناکامی و تنیدگی ادراک‌شده به میزان ۱۶ درصد نمره کل افسردگی را تبیین می‌کند ($p<0.05$). **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این پژوهش و رابطه 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.

در میان مشکلات روانی، افسردگی بسیار شایع است که براساس پژوهش‌های انجام‌شده ۲۰ تا ۲۵ درصد مردم دوره‌هایی از افسردگی را در لحظه‌هایی از عمر خود تجربه می‌کنند (۱). افسردگی نوعی عصبانیت ابرازنشده درونی است که از ضعف و درماندگی فرد ناشی می‌شود. افراد افسرده از تمام دنیا به علت کمک‌نکردن به او، گلایه‌مند و عصبانی هستند. همچنین به دلیل ضعف فردی، بیشتر از همه از خود خشمگین بوده و تنفر دارند. به همین 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 به نظر می‌رسد بر افسردگی تأثیر دارد، ادراک تنیدگی یا استرس ادراک‌شده است (۳). توانایی سازگاری افراد در رویارویی با تنیدگی و مشکل‌های زندگی شخصی و معضله‌های 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 به راحتی قادر بوده از عهده این موقعیت‌ها برآیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف کرده یا آن را پشت سر بگذارند. هراندازه چنین ظرفیتی بیشتر باشد، به همان اندازه شخص قادر خواهد بود سلامت روانی و اجتماعی خود را در سطح بهتری نگه دارد و به شیوه مثبت و سازگارانه و کارآمد به حل و فصل مشکل‌های خویش بپردازد (۴). در پژوهش عزیز و نظامی این نتیجه به دست آمد که از طریق استرس ادراک‌شده و سبک‌های مقابله با اضطراب می‌توان افسردگی پس از زایمان را پیش‌بینی کرد (۵). همچنین مطالعه صالح میرحسینی 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 ناشی از مجموعه‌ای از باورهای منفی درباره نبود قطعیت و آستانه 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 رابطه بین افسردگی و نبود تحمل ناکامی را به طور 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 رابطه 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 به عنوان مدیریت اطلاعات برانگیخته‌شده هیجانی با راهبردهای شناختی هشیار تعریف شود (۱۱). تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره می‌کند که از طریق آن فرد بر اینکه چه هیجان‌هایی را تجربه کرده و چه موقع آن‌ها را تجربه کند و نیز بر چگونگی بیانشان، تأثیر می‌گذارد (۱۲) و به عنوان ساختار وسیعی است که تعدادی از فرایندهای تنظیمی را مثل تنظیم تجربه هیجان‌ها و خصیصه‌های زیربنایی و اساسی هیجان‌ها مانند واکنش‌پذیری فیزیولوژیایی، اجتماعی، رفتاری و فرایندهای شناختی شامل می‌شود (۱۱). پژوهش‌های پیشین نه راهبرد متفاوت تنظیم شناختی را به صورت مفهومی شناسایی کرده‌اند: سرزنش خود؛ سرزنش دیگران؛ نشخوار فکری؛ تلقی فاجعه‌آمیز؛ توسعه چشم‌انداز؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مثبت؛ پذیرش موقعیت؛ برنامه‌ریزی کردن. در سال‌های اخیر تنظیم هیجانی به عنوان فرایند هسته‌ای در درمان و تحقیقات مربوط به آسیب‌شناسی روانی هدف قرار گرفته و میزان درخور توجهی از پژوهش‌ها به منظور مشخص کردن ارتباط بین استفاده از راهبردهای معین و اختلال‌هایی مانند افسردگی و اضطراب، انجام شده است. در مطالعه زارع و همکاران این نتیجه به دست آمد که بین تمام راهبردهای شناختی ناکارآمد تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد (۱۳). نتایج مطالعه بادان فیروز و همکاران حاکی از ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و افسردگی بود. در پژوهش آنان نقش ذهن‌آگاهی نیز به عنوان 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 روده تحریک‌پذیر ارتباط دیده می‌شود (۱۵). گارنفسکی و کرایچ نیز دریافتند که در تمامی گروه‌های بررسی‌شده آن‌ها (نوجوانان و جوانان و افراد مسن) استفاده از راهبردهای نشخوار فکری و فاجعه‌بارخواندن و سرزنش خود با علائم افسردگی رابطه مستقیم و باارزیابی مثبت با آن رابطه معکوس دارد (۱۶).

در میان اقشار جامعه، کارکنان زندان به دلیل فشار کاری به احتمال بیشتری به افسردگی مبتلا می‌شوند. تجربه کاری محقق حاکی از 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. سرمایه 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 پیش‌بینی‌کننده افسردگی در درمان و پیشگیری از آن مهم است؛ لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه تحمل ناکامی و نقص در تنظیم شناختی هیجان و تنیدگی ادراک‌شده با نشانگان افسردگی در میان کارکنان زندان مرکزی یزد بود.

۲ روش بررسی

روش این تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را تمامی کارمندان زندان مرکزی یزد در سال ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش 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 نسخه ۲۱ و آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام در سطح ۹۵ درصد اطمینان تحت تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از محدوده سنی ۲۵ تا ۵۱ سال و معیار خروج شامل تکمیل نکردن 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؛ محرمانه ماندن اطلاعات؛ شرح مختصری درباره هدف پژوهش.

پرسشنامه تحمل ناکامی^۱ 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 تحمل‌نداشتن 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 نمره یک برای کاملاً مخالفم و نمره پنج برای کاملاً موافقم منظور می‌شود. آلفای کرونباخ در پژوهش هرینگتون ۰/۸۵ محاسبه شد (۱۸). از آنجاکه مقیاسی جهت سنجش تحمل ناکامی در ایران وجود نداشت، این مقیاس برای اولین بار 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 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.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان گرانفسکی (CERQ)^۲: این مقیاس را گرانفسکی و کرایچ در کشور هلند در سال ۲۰۰۱ تدوین کردند و دو نسخه انگلیسی و هلندی دارد. پرسشنامه 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 فکری شخص را پس از مواجهه با تجربه‌ای منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. پرسشنامه 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 پایه تجربی و نظری محکمی دارد و از نه خرده‌مقیاس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس‌های مذکور نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از یک (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) قرار دارد. هر خرده‌مقیاس شامل چهار ماده است. نمره کل هریک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع‌کردن نمره ماده‌ها به‌دست می‌آید. در ارتباط با روایی و پایایی، ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه توسط گرانفسکی و کرایچ در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شد (۱۶). نسخه فارسی پرسشنامه 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 پرسشنامه مذکور از راه تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها و روایی ملاکی مطلوب (از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) بیان شد (۲۰). میزان آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۸ بود.

پرسشنامه افسردگی گلدبرگ (GDS)^۳: ایوان گلدبرگ این مقیاس را در سال ۱۹۸۸ تهیه کرد و ۱۸ ماده دارد. نمره‌گذاری آن به‌صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای است. هرچه نمره فرد در آن زیاد باشد، افسردگی بیشتر را نشان می‌دهد. در دستورعمل پرسشنامه افسردگی گلدبرگ از فرد خواسته می‌شود که در نظر گرفتن وضعیت خود در دو هفته 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.

مقیاس تنیدگی ادراک‌شده^۴: این مقیاس در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و کمارک و مرملاستین 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 نمره 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 ادراک‌شده مثبت از تنیدگی که مواد ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳ در برمی‌گیرد و به‌شکل برعکس نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس بیان‌شده برای دانستن این مطلب به‌کار می‌رود که

۳. Goldberg Depression Scale

۴. Perceived Stress Scale

۱. Frustration discomfort scale

۲. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

مرد و ۵۰ نفر زن (۵۸/۳ درصد مرد و ۴۱/۶ درصد زن) بودند. این افراد در محدوده سنی ۲۵ تا ۵۱ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنان $34 \pm 11/21$ بود. قبل از انجام رگرسیون گام به گام و همبستگی پیرسون، پیش فرض‌های مربوط به این آزمون‌ها مانند نرمال بودن توزیع نمرات بررسی و تأیید شد. فرض نرمال بودن توزیع نمرات نیز با آزمون کولموگوروف اسمیرنوف تحت ارزیابی قرار گرفت که نتایج آزمون برقراری این فرض را نشان داد ($p \text{ value} = 0/324$)؛ نتایج مربوط به آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۱ آمده است.

موقعیت‌های زندگی فرد تا چه اندازه از نظر خود او تنیدگی‌زا است. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمد (۲۳). در مطالعه 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

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 ۹۵ درصد اطمینان معنادار است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ضریب همبستگی میان افسردگی با تنیدگی مثبت و معنادار است ($r = 0/37$ و $p < 0/001$). منفی و معناداری وجود دارد. از سوی دیگر بین افسردگی با نقص در تنظیم شناختی هیجان ($r = -0/28$ و $p < 0/001$) رابطه

جدول ۲. نتایج آزمون رگرسیون گام به گام به منظور پیش بینی افسردگی برحسب متغیرهای پیش بین به همراه جدول ANOVA

گام‌های تحلیل رگرسیون	متغیر پیش بین	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				

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. بدین ترتیب، نحوه 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 علاقه 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 رابطه 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 پشت‌سرنهاندن تجربه‌های

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

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه 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 یافته پژوهش‌های عزیزی و نظامی (۵) و صالح میرحسینی 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، نحوه ادراک فرد از استرس است که سلامتی وی را به‌میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد. عواملی از قبیل ظرفیت جسمانی،

مانند این باور که هیجان‌تشان بی‌معناست، تا ابد ادامه می‌یابد و آنان را از پای در می‌آورد، مایه شرمندگی است، فقط مختص خود آن‌هاست، بیان‌شدنی نیست و هیچ‌گاه اعتباریابی نخواهد شد. این افراد به‌احتمال بیشتری ممکن است از روش‌های دردرساز مانند نشخوار فکری، نگرانی و اجتناب، مصرف الکل، پرخوری و گسست برای مقابله استفاده کنند. بعضی دیگر، از دیدگاه‌هایی مثبت‌تر یا انطباقی‌تر درباره هیجان بهره‌مند بوده و بیشتر می‌توانند اعتباریابی کنند. هیجان‌های آن‌ها برایشان معنادار و پذیرفتنی است، مایه شرمندگی و منحصر به خود نیست و گذرا قلمداد می‌شود؛ لذا چنین افرادی کمتر ممکن است راهبردهای دردرساز را برای مقابله به‌کار گیرند و در نتیجه کمتر در معرض ابتلا به افسردگی قرار دارند (۱۵).

این پژوهش همانند مطالعات دیگر محدودیت‌هایی داشت؛ از جمله اینکه نمونه 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 اجتماعی اقتصادی بررسی نشد و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این تحقیق بر سایر گروه‌ها نیز صورت گیرد و اثر متغیرهایی مثل سن و وضعیت اجتماعی اقتصادی ارزیابی شود.

۵ نتیجه‌گیری

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

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 نه تنها 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 به‌طور کلی 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 رابطه 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)، بادن فیروز (۱۴) و گارنفسکی و کرایچ (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 طحوره‌درمانی هیجانی تفاوت موجود بین اشخاص از نظر تفسیرها، ارزیابی‌ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان‌ها، طحوره‌های هیجانی نامیده می‌شود. برخی اشخاص درباره هیجان‌های خود، باورهای منفی دارند؛

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: Guilford 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.10.007)

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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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 Taghliabad 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.num.s.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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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]