

پیش بینی علائم افسردگی براساس سیستم های مغزی - رفتاری و خود تنظیمی هیجانی در دانشجویان دانشگاه های تهران

صفیه بهزادی^۱، مریم مصری پور^۲

^۱استادیار فیزیولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

^۲کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

چکیده

هدف مقاله حاضر، بررسی پیش بینی علائم افسردگی بر اساس سیستم های مغزی - رفتاری و خودتنظیمی هیجانی در دانشجویان بود. از لحاظ ماهیت گردآوری داده ها، توصیفی مقطعی و از لحاظ روش اجرای پژوهش، جزو پژوهش های همبستگی به شمار می رود که جهت بررسی روابط موجود بین متغیرهای تحت مطالعه، پیش بینی متغیر مالک بر اساس متغیر پیش بین و در نهایت، استنباط این روابط از نمونه به جامعه مورد نظر، کاربرد دارد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران در سال تحصیلی ۶۹-۵۹۶۱ بودند؛ که با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند؛ در نهایت تعداد ۵۱۱ نفر به عنوان آزمودنی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها، شامل مقیاس فعال سازی - بازداری رفتاری کارور و وایت (۱۹۹۴) پرسشنامه سبک های عاطفی هافمن و کاشدان (۲۰۱۱) و پرسشنامه افسردگی بک (۵۶۹۹) بود. داده های پژوهش با استفاده از تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج فرضیه اصلی نشان داد سیستم های مغزی - رفتاری نمی توانند علائم افسردگی در دانشجویان را پیش بینی نمایند اما راهبردهای خودتنظیمی هیجانی، پیش بینی کننده علائم افسردگی می باشند. در تحلیل فرضیه های فرعی پژوهش، نتایج پژوهش نشان داد بین سیستم فعال ساز و بازداری رفتاری با علائم افسردگی رابطه وجود ندارد. نتایج نشان داد بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی (پنهان کاری، سازگاری، تحمل) با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.

واژه های کلیدی: خودتنظیمی هیجانی، افسردگی، سیستم مغزی - رفتاری.

مقدمه

اختلالات روانی افراد، مشکلات فراوانی در زندگی روزمره آنان ایجاد نموده و نه تنها خود افراد، بلکه خانه، مدرسه و جامعه را نیز متأثر می‌سازد. این اختلالات، همچنین بر عملکرد آنان به شدت اثر گذاشته و رشد شناختی، عاطفی، اخلاقی و اجتماعی آنان را مختل می‌سازد. یکی از این اختلالات، «افسردگی»^۱ می‌باشد (نوردیک^۲، ۲۰۱۴).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به کارگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان با عزت نفس، تعاملات اجتماعی مثبت، رویارویی کارآمد با شرایط تنش‌زا، سلامت روان و بهزیستی (گراس، ۲۰۰۱؛ جان و گراس^۳، ۲۰۰۳) و سازگاری مثبت (یو، ماتسوموتو و لی راکس^۴، ۲۰۰۶) مرتبط است. همچنین، تحقیقات نشان می‌دهد که راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان با پریشانی روان شناختی مرتبط بوده و تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجانی می‌تواند در پیش‌بینی و درمان مشکلات روانی، موثر باشد (برکینگ، اورث، ووپرمن، مه‌یر و کاسپر^۵، ۲۰۰۸). در نمونه‌های بالینی استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی مانند نشخوار فکری و راهبردهای شناختی تلقی فاجعه آمیز و سرزنش خود در رویارویی با شرایط ناگوار می‌توانند شروع، استمرار و عود دوره‌های افسردگی را پیش‌بینی نمایند (مارتین و داهلن^۶، ۲۰۰۵).

ادبیات نظری

افسردگی:

افسردگی اختلالی عاطفی است که سلامت فرد، روابط، کار و توانایی لذت بردن از زندگی را مختل می‌کند و با غم طبیعی تفاوت دارد. بر اساس DSM-IV، تشخیص افسردگی نیازمند وجود حداقل پنج علامت یا بیشتر در یک دوره دو هفته‌ای است و نشان‌دهنده تغییر از سطح کارکرد قبلی باشند:

- ✓ خلق افسرده در بیشتر اوقات روز، که یا از طریق گزارش ذهنی (مثلاً احساس غمگینی یا پوچی) و یا از طریق مشاهده دیگران (مثلاً غمگینی و گریان بودن) اظهار شود.
- ✓ کاهش قابل ملاحظه در علاقه یا احساس لذت نسبت به همه افراد و همه فعالیت‌ها در بیشتر اوقات روز و تقریباً هر روز.
- ✓ از دست دادن میزان قابل ملاحظه‌ای از وزن بدن بدون رژیم غذایی یا افزایش وزن بدن، کاهش یا افزایش اشتها.
- ✓ بی‌خوابی یا پر خوابی هر روز.
- ✓ بی‌قراری یا تأخیرهای روانی - حرکتی تقریباً هر روز.
- ✓ احساس خستگی شدید و نداشتن انرژی تقریباً هر روز.
- ✓ احساس بی‌ارزشی شدید یا احساس گناه افراطی و نامتناسب تقریباً هر روز.
- ✓ کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا بلاتصمیمی تقریباً هر روز.
- ✓ افکار تکراری در مورد مرگ، اندیشه پردازی مکرر در مورد خودکشی بدون یک طرح خاص یا اقدام به خودکشی همراه با یک طرح خاص.

نشانه‌های افسردگی:

افسردگی با دو مشخصه اصلی ناامیدی و غمگینی همراه است و فرد احساس رکود، بی‌کفایتی و بی‌ارزشی کرده و توان تصمیم‌گیری یا شروع فعالیت را از دست می‌دهد. این حالت می‌تواند او را به فکر شکست‌ها و حتی خودکشی سوق دهد. علائم

1. Depression

2. Nordick

3. Gross & John

4. Yoo, Matsumoto & Leerox

5. Berking, Oreh, Vooperman, Mayer & Casper

6. Martin & Duhllen

آن شامل پرخوابی یا کم‌خوابی، کاهش اشتها، اضطراب، بی‌قراری، گریه‌های مکرر، تپش قلب، گیجی، خشکی دهان، تهوع و اختلال در بینایی است. (ایلی^۷، ۲۰۰۷).

تعریف خودتنظیمی:

یکی از مهمترین عوامل درونی که مسیر رسیدن به پیشرفت‌های شخصی در افراد را هموار می‌کند، خودتنظیمی است؛ افراد از طریق محرک‌هایی که خودشان به وجود می‌آورند، رفتار خود را تنظیم می‌کنند و مسیر رسیدن به اهداف و مدیریت آنها را تسهیل می‌نمایند. خودتنظیمی، کانون عمده تحقیقات در حوزه روان‌شناسی رفتاری شده است (پینتریچ، ۲۰۰۰؛ رینولدز و میلر^۸، ۲۰۰۳؛ به نقل از مونتالو و تورس^۹، ۲۰۱۴). رشد خودتنظیمی به مهارت و اراده بستگی دارد (مونتالو و تورس، ۲۰۱۴).

هیجان:

هیجان^{۱۰} نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی را ایفا می‌کند. هیجان واکنش زیستی به موقعیت‌های مهم یا چالش‌برانگیز است که با پاسخ فرد به محیط همراه می‌شود. با وجود مبنای زیستی، افراد می‌توانند شیوه ابراز هیجان‌ها را تغییر دهند؛ این توانایی همان تنظیم هیجان است. خودتنظیمی هیجانی نقش اساسی در آغاز، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و پیشگیری از هیجان‌های منفی دارد. (گرانفسکی، کرایچ و اسپینهاون^{۱۱}، ۲۰۰۲).

اهمیت خودتنظیمی هیجانی:

نظارت و خودکنترلی افراد در مدیریت شخصی اهمیت زیادی دارد و به کنترل تکان‌ها کمک می‌کند. اعطای اختیار شناختی به افراد موجب افزایش اثربخشی در مدیریت و تنظیم رفتار می‌شود. فعال بودن در فرآیند خودتنظیمی شخصی توانایی برنامه‌ریزی تمرین‌ها و پیشبرد اهداف را فراهم می‌سازد. (سیمون و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۸). نکته قابل توجه در شرایط خودتنظیمی، ادراک فرد از محیط آموزش و نوع کنترل است. نتایج حاصل از یافته‌های تحقیق مانند زمان بندی سیمون و همکاران (۲۰۰۸)، شرایط ترجیحی و غیرترجیحی (باند، ۲۰۱۴)، مدیریت احساسات انبوه و معنی دار سان^{۱۳} (۲۰۰۴)، نشان داد نوع آموزش یکی از متغیرهای مهم در میزان تداخل زمینه ای طی جلسات آموزش خودتنظیمی است (باند^{۱۴}، ۲۰۱۴).

پیشینه پژوهش:

پژوهش‌های داخلی:

رحیمیان بوگر، تقوایی نیا و جهانبخش (۱۳۹۵) با نمونه‌گیری در دسترس و انتخاب ۵۰ نفر در هر گروه، نشخوار فکری و خودتنظیمی عاطفی را در افراد افسرده، مضطرب و بهنجار مقایسه کردند. نتایج نشان داد افراد بهنجار نمره‌های بالاتری در خودتنظیمی عاطفی، به‌ویژه در کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت دارند. همچنین افراد افسرده در مقیاس نشخوار فکری و خودفرورفتن نمره‌های بالاتری نسبت به مضطرب و عادی کسب کردند.

یزدانی (۱۳۹۴) در پژوهش خود ۲۵۰ بیمار مبتلا به ام‌اس، سرطان و دیابت را بررسی کرد. نتایج نشان داد آموزش راهکارهای خودتنظیمی هیجانی با سلامت روان رابطه معناداری دارد. افرادی که این آموزش‌ها را دریافت کردند، در پایان سطح اضطراب، استرس، ترس و افسردگی پایین‌تری نشان دادند و بهبود سلامت روان آنان تأیید شد.

7. Eylie

8. Reynolds & Miller

9. Montalvo & Torres

10. emotion

11. Spinhoven

12. Simon, Lee & Callen

13. Son

14. Bund

باقری و ملازاده (۱۳۹۳) در پژوهش خود ۲۱ بیمار افسردگی اساسی یک قطبی، ۲۱ بیمار دوقطبی مانیک و ۲۱ فرد بهنجار را مقایسه کردند. نتایج نشان داد سطح شاخص‌های سیستم فعال‌ساز رفتاری در بیماران دوقطبی مانیک بالاتر از دو گروه دیگر بود، اما بین بیماران یک قطبی افسرده و افراد بهنجار تفاوتی مشاهده نشد. همچنین سطح شاخص‌های سیستم بازداری رفتاری در بیماران افسرده یک قطبی بیشتر از دو گروه دیگر گزارش شد.

پژوهش‌های خارجی:

تولی، امز، گارسیا و داناو (۲۰۱۶) به بررسی نقش تعدیل کنندگی تنظیم هیجانی در رابطه بین همدلی و افسردگی در جوانان (۱۹ سال، ۳۰۴ نفر) پرداختند. نتایج نشان داد افرادی که تنظیم هیجانی شان در سطح خوبی قرار دارد به طور کلی سطوح پایین تری از افسردگی را تجربه می نمایند و علائم افسردگی شان زمانی که همدلی عاطفی در سطح متوسط است در پایین تر سطح قرار دارد. افراد با تنظیم هیجانی ضعیف، به طور کلی سطوح بالاتری از افسردگی را گزارش نمودند، مخصوصاً زمانی که سطوح همدلی متوسط به بالا بود. سطوح بسیار بالا و پایین همدلی شناختی با سطوح بالاتر افسردگی رابطه داشتند، اما نقش تعدیل گری تنظیم هیجانی در این رابطه مورد تایید قرار نگرفت.

لنگاو و استورمشک (۲۰۱۵) در پژوهششان به این نتیجه رسیدند که در فرآیند خودتنظیمی هیجانی، وجود منابع حمایتی و تنش زای متفاوت، سبک‌های متفاوت تعاملی و ارتباطی، انتظارات دیگران، شیوه‌های مقابله با تنش متفاوت و نقش‌های جنسیتی متفاوت برای هر جنس، قادرند سلامت روانی را به صورت منفی یا مثبت تغییر دهند.

روش تحقیق

روش تحقیق حاضر از نظر گردآوری داده‌ها، توصیفی مقطعی است. از نظر اجرای پژوهش، در دسته‌ی پژوهش‌های همبستگی قرار می‌گیرد که روابط بین متغیرها و پیش‌بینی متغیر ملاک را بررسی می‌کند. از نظر هدف، این مطالعه در زمره‌ی پژوهش‌های کاربردی محسوب می‌شود.

جامعه آماری:

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ خواهد بود.

روش و حجم نمونه گیری:

شرکت کنندگان در این پژوهش با روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب خواهند شد. روش نمونه گیری به این صورت خواهد بود که از واحدهای دانشگاه‌های تهران یک واحد را به صورت تصادفی انتخاب می‌کنیم و از بین گروه‌های فنی - مهندسی، علوم انسانی و علوم پایه چند رشته انتخاب و سپس از هریک یک کلاس به صورت تصادفی برگزیده خواهد شد. در نهایت تمام دانشجویان کلاس به عنوان آزمودنی در پژوهش انتخاب خواهند شد.

روش گردآوری اطلاعات:

روش اصلی جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر از طریق پرسشنامه می‌باشد. قسمت دیگر اطلاعات پژوهش حاضر از طریق منابع اسنادی و کتابخانه‌ای و مرور پیمایش‌ها و تحقیقات قبلی در زمینه متغیرهای پژوهش می‌باشد.

اهداف پژوهش:

هدف اصلی:

۱- تعیین توان پیش‌بینی علائم افسردگی بر اساس سیستم‌های مغزی - رفتاری و خودتنظیمی هیجانی

اهداف فرعی:

- ۱- تعیین رابطه بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی
- ۲- تعیین رابطه بین سیستم بازدارنده رفتاری با علائم افسردگی
- ۳- تعیین رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی
- ۴- تعیین رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی
- ۵- تعیین رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی

فرضیه های پژوهش:**فرضیه اصلی:**

- ۱- سیستم های مغزی - رفتاری و خودتنظیمی هیجانی، پیش بینی کننده علائم افسردگی می باشند.

فرضیه های فرعی:

- ۱- بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.
- ۲- بین سیستم بازدارنده رفتاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.
- ۳- بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.
- ۴- بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.
- ۵- بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.

تجزیه و تحلیل داده های پژوهش**تحلیل های استنباطی:**

- ✓ **مستقل بودن نمرات (خطاها):** نمره های هر فرد باید مستقل از افراد دیگر باشد، به عبارتی دیگر هر مشاهده یا اندازه گیری نباید تحت تأثیر مشاهدات یا اندازه گیری های دیگر باشد.
- ✓ **نرمال بودن:** برای بررسی نرمال بودن از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف

آزمون کولموگروف-اسمیرنف		متغیرها
سطح معناداری	Z	
0.03	0.23	خودتنظیمی هیجانی
0.21	0.15	افسردگی

با توجه به مفروضه نرمال بودن اطلاعات و سطح معناداری متغیرها، می توان از آزمون های پارامتریک استفاده نمود.

فرضیه اول: بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.

بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی رابطه وجود ندارد. $H_0: p = 0$

بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد. $H_1: p \neq 0$

جدول ۲: ضریب همبستگی بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی

علائم افسردگی	متغیر وابسته متغیر مستقل	
	R _{XY}	سیستم فعالساز رفتاری
۰/۰۳		معنی داری
۰/۲۶		
۱۰۰	تعداد	

با توجه به نتایج جداول فوق، چون سطح معنی داری بدست آمده ($\text{sig} = ۰/۲۶$) بیشتر از آلفای تحقیق ($\text{sig} = ۰/۰۵$) می باشد، پس نتیجه کلی آن، این است که فرضیه H_1 رد شده و فرضیه H_0 مبنی بر عدم وجود رابطه بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان پذیرفته می شود. با توجه به مقدار $۰/۰۳$ ضریب همبستگی، می توان گفت که شدت این رابطه از لحاظ آماری معنادار نمی باشد. جهت بررسی میزان ارتباط، برازش مدل رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت که در ادامه به آن پرداخته شده است.

برازش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل ارتباط بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان، پس از بررسی شاخص های کفایت، مدل زیر در جدول آمده است که به بررسی و ارائه مدل برازش یافته پرداخته شده است.

جدول ۳: شاخص کفایت مدل رابطه بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان

دوربین- واتسون	انحراف معیار خطا	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی
۱/۶۴۳	۳/۴۲	۰/۲۰	۰/۱۹	۰/۰۳

همبستگی بین متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته برابر با $۰/۰۳$ است. ضریب تعیین $۰/۱۹$ بدست آمده و این مقدار نشان می دهد که تغییرات علائم افسردگی در دانشجویان، مربوط به سیستم فعال ساز رفتاری نمی باشد. با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین- واتسون از مقدار استاندارد $۱/۵۰$ بزرگتر است، در نتیجه استقلال باقیمانده ها را نتیجه می گیریم. با توجه به شاخص هایی که عنوان شد، مدل از کفایت لازم برخوردار است. در جدول زیر معنی دار بودن رگرسیون، بوسیله آزمون F محاسبه شده است:

جدول ۴: آزمون F معنی دار بودن رگرسیون رابطه بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	Sig
رگرسیون	۷۳۸/۱۱	۱	۷۳۸/۱۱	۱۱/۰۴	۰/۲۶
باقیمانده	۱۴۶۲/۰۷	۹۹	۱۴/۷۶		
کل	۲۲۰۰/۱۸	۱۰۰			

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون همزمان ارتباط بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان

Coefficients					
Sig	T	ضریب استاندارد	ضریب غیر استاندارد		مدل
		Beta	Std. Error	B	
۰/۲۶	۱۵/۷۱		۱/۰۰۹	۵۶/۳۱	مقدار ثابت
۰/۲۶	۱۵/۷۱	۰/۰۳	۰/۵۱۲	۰/۷۸	سیستم فعال ساز رفتاری
متغیر وابسته: علائم افسردگی					

با ارتقاء یک واحد ویژگی مربوط به سیستم فعالساز رفتاری، تنها ۰/۰۳ واحد انحراف معیار علائم افسردگی در دانشجویان ارتقاء پیدا خواهد کرد که از لحاظ آماری معنادار نمی باشد. آزمون t مربوط به ضرایب رگرسیون نیز در این جدول، برای متغیر مستقل نشان داده شده است که این مقدار برای این متغیر برابر ۰/۲۶ بوده و در نتیجه بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان رابطه معنادار وجود ندارد؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار نمی گیرد.

فرضیه دوم: بین سیستم بازداری رفتاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.

H0: $p = 0$ بین سیستم بازداری رفتاری با علائم افسردگی رابطه وجود ندارد.

H1: $p \neq 0$ بین سیستم بازداری رفتاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.

جدول ۶: ضریب همبستگی بین سیستم بازداری رفتاری با علائم افسردگی

علائم افسردگی	متغیر وابسته	
	متغیر مستقل	
۰/۰۹	R_{XY}	بازداری رفتاری
۰/۱۸	معنی داری	
۱۰۰	تعداد	

با توجه به نتایج جداول فوق، چون سطح معنی داری بدست آمده ($\text{Sig} = ۰/۱۸$) بیشتر از آلفای تحقیق ($\text{Sig} = ۰/۰۵$) می باشد، پس نتیجه کلی آن، این است که فرضیه H1 رد شده و فرضیه H0 مبنی بر عدم وجود رابطه بین سیستم بازداری رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان پذیرفته می شود. با توجه به مقدار ۰/۰۹ ضریب همبستگی، می توان گفت که شدت این رابطه از لحاظ آماری معنادار نمی باشد. جهت بررسی میزان ارتباط، برازش مدل رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت که در ادامه به آن پرداخته شده است.

برازش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل ارتباط بین سیستم بازداری رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان، پس از بررسی شاخص های کفایت، مدل زیر در جدول آمده است که به بررسی و ارائه مدل برازش یافته پرداخته شده است.

جدول ۷: شاخص کفایت مدل رابطه بین سیستم بازداری رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان

دوربین- واتسون	انحراف معیار خطا	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی
۱/۷۵۴	۱۱/۶۳	۰/۳۵	۰/۳۲	۰/۰۹

همبستگی بین متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته برابر با ۰/۰۹ است. ضریب تعیین ۰/۳۲ بدست آمده و این مقدار نشان می دهد که تغییرات علائم افسردگی در دانشجویان، مربوط به سیستم بازداری رفتاری نمی باشد. با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین- واتسون از مقدار استاندارد ۱/۵۰ بزرگتر است، در نتیجه استقلال باقیمانده ها را نتیجه می گیریم. با توجه به شاخص هایی که عنوان شد، مدل از کفایت لازم برخوردار است. در جدول زیر معنی دار بودن رگرسیون، بوسیله آزمون F محاسبه شده است:

جدول ۸: آزمون F معنی دار بودن رگرسیون رابطه بین سیستم بازداری رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	Sig
رگرسیون	۸۶۹/۱۹	۱	۸۶۹/۱۹	۸/۵۳	۰/۱۸
باقیمانده	۱۷۴۳/۵۵	۹۹	۱۷/۶۱		
کل	۲۶۱۲/۷۴	۱۰۰			

جدول ۹: نتایج تحلیل رگرسیون همزمان ارتباط بین سیستم بازداری رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان

Coefficients					
مدل	ضریب غیر استاندارد		ضریب استاندارد	T	Sig
	B	Std. Error	Beta		
مقدار ثابت	۸۳/۵۵	۱/۵۳		۱۱/۵۲	۰/۱۸
سیستم بازداری رفتاری	۰/۵۳	۰/۷۳۹	۰/۰۹	۱۱/۵۲	۰/۱۸
متغیر وابسته: علائم افسردگی					

با ارتقاء یک واحد ویژگی مربوط به سیستم فعالساز رفتاری، تنها ۰/۰۹ واحد انحراف معیار علائم افسردگی در دانشجویان ارتقاء پیدا خواهد کرد که از لحاظ آماری معنادار نمی باشد. آزمون t مربوط به ضرایب رگرسیون نیز در این جدول، برای متغیر

مستقل نشان داده شده است که این مقدار برای این متغیر برابر ۰/۱۸ بوده و در نتیجه بین سیستم بازداری رفتاری با علائم افسردگی در دانشجویان رابطه معنادار وجود ندارد؛ بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز مورد تأیید قرار نمی گیرد.

فرضیه سوم: بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.

بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی رابطه وجود ندارد. $H_0: p = 0$

بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد. $H_1: p \neq 0$

جدول ۱۰: ضریب همبستگی بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی

علائم افسردگی	متغیر وابسته	
	متغیر مستقل	
۰/۸۳	R_{XY}	خودتنظیمی هیجانی (پنهان کاری)
۰/۰۳	معنی داری	
۱۰۰	تعداد	

با توجه به نتایج جداول فوق، چون سطح معنی داری بدست آمده ($\text{sig} = ۰/۰۳$) کمتر از آلفای تحقیق ($\text{sig} = ۰/۰۵$) می باشد، پس نتیجه کلی آن، این است که فرضیه H_0 رد شده و فرضیه H_1 مبنی بر وجود رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی در دانشجویان پذیرفته می شود. با توجه به مقدار ۰/۸۳ ضریب همبستگی، می توان گفت که شدت این رابطه بسیار قوی می باشد. جهت بررسی میزان ارتباط، برازش مدل رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت که در ادامه به آن پرداخته شده است.

برازش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل ارتباط بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی در دانشجویان، پس از بررسی شاخص های کفایت، مدل زیر در جدول آمده است که به بررسی و ارائه مدل برازش یافته پرداخته شده است.

جدول ۱۱: شاخص کفایت مدل رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی در

دانشجویان

دوربین - واتسون	انحراف معیار خطا	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی
۱/۷۱۶	۶/۲۲	۰/۱۸۲	۰/۱۷۹	۰/۸۳

همبستگی بین متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته برابر با $0/83$ است. ضریب تعیین $0/179$ بدست آمده و این مقدار نشان می دهد که قسمتی عمده ای از تغییرات مربوط به علائم افسردگی در دانشجویان، مربوط به راهبرد خودتنظیمی هیجانی (پنهان کاری) می باشد. با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین – واتسون از مقدار استاندارد $1/50$ بزرگتر است، در نتیجه استقلال باقیمانده ها را نتیجه می گیریم. با توجه به شاخص هایی که عنوان شد، مدل از کفایت لازم برخوردار است. در جدول زیر معنی دار بودن رگرسیون، بوسیله آزمون F محاسبه شده است:

جدول ۱۲: آزمون F معنی دار بودن رگرسیون رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی در دانشجویان

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	Sig
رگرسیون	۶۷۳/۲۸	۱	۶۷۳/۲۸	۱۸/۶۴	۰/۰۳
باقیمانده	۱۷۴۴/۱۵	۹۹	۱۷/۶۱		
کل	۲۴۱۷/۴۳	۱۰۰			

جدول ۱۳: نتایج تحلیل رگرسیون همزمان ارتباط بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی در دانشجویان

Coefficients					
Sig	T	ضریب استاندارد	ضریب غیر استاندارد		مدل
		Beta	Std. Error	B	
۰/۰۳	۸/۱۴		۱/۴۵۱	۰/۱۴۱	مقدار ثابت
۰/۰۳	۸/۱۴	۰/۸۳	۰/۲۴۱	۰/۶۲	خودتنظیمی هیجانی (پنهان کاری)
متغیر وابسته: علائم افسردگی					

با ارتقاء یک واحد خودتنظیمی هیجانی (پنهان کاری)، $0/83$ واحد انحراف معیار علائم افسردگی ارتقاء پیدا خواهد کرد، در نتیجه ارتباط مثبت است. آزمون t مربوط به ضرایب رگرسیون نیز در این جدول، برای متغیر مستقل نشان داده شده است که این مقدار برای این متغیر برابر $0/03$ بوده و در نتیجه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی پنهان کاری با علائم افسردگی در دانشجویان رابطه وجود دارد؛ بنابراین فرضیه سوم پژوهش مورد تأیید قرار می گیرد.

فرضیه چهارم: بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.

بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی رابطه وجود ندارد. $H_0: p = 0$

بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی رابطه وجود دارد. $H_1: p \neq 0$

جدول ۱۴: ضریب همبستگی بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی

علائم افسردگی	متغیر وابسته		متغیر مستقل
۰/۸۹	R _{XY}		خودتنظیمی هیجانی (سازگاری)
۰/۰۱	معنی داری		
۱۰۰	تعداد		

با توجه به نتایج جداول فوق، چون سطح معنی داری بدست آمده ($\text{sig} = ۰/۰۱$) کمتر از آلفای تحقیق ($\text{sig} = ۰/۰۵$) می باشد، پس نتیجه کلی آن، این است که فرضیه H_0 رد شده و فرضیه H_1 مبنی بر وجود رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی در دانشجویان پذیرفته می شود. با توجه به مقدار $۰/۸۹$ ضریب همبستگی، می توان گفت که شدت این رابطه بسیار قوی می باشد. جهت بررسی میزان ارتباط، برازش مدل رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت که در ادامه به آن پرداخته شده است.

برازش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل ارتباط بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی در دانشجویان، پس از بررسی شاخص های کفایت، مدل زیر در جدول آمده است که به بررسی و ارائه مدل برازش یافته پرداخته شده است.

جدول ۱۵: شاخص کفایت مدل رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی در دانشجویان

دوربین - واتسون	انحراف معیار خطا	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی
۱/۹۴۳	۹/۴۵	۰/۱۹۵	۰/۱۹۲	۰/۸۹

همبستگی بین متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته برابر با $۰/۸۹$ است. ضریب تعیین $۰/۱۹۲$ بدست آمده و این مقدار نشان می دهد که قسمتی عمده ای از تغییرات مربوط به علائم افسردگی در دانشجویان، مربوط به راهبرد خودتنظیمی هیجانی (سازگاری) می باشد. با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین - واتسون از مقدار استاندارد $۱/۵۰$ بزرگتر است، در نتیجه استقلال باقیمانده ها را نتیجه می گیریم. با توجه به شاخص هایی که عنوان شد، مدل از کفایت لازم برخوردار است. در جدول زیر معنی دار بودن رگرسیون، بوسیله آزمون F محاسبه شده است:

جدول ۱۶: آزمون F معنی دار بودن رگرسیون رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی در دانشجویان

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	Sig
رگرسیون	۹۴۳/۸۹	۱	۹۴۳/۸۹	۱۸/۶۴	۰/۰۳
باقیمانده	۱۹۵۵/۶۱	۹۹	۱۹/۷۵		
کل	۲۸۹۹/۵۰	۱۰۰			

جدول ۱۷: نتایج تحلیل رگرسیون همزمان ارتباط بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی در دانشجویان

Coefficients					
Sig	T	ضریب استاندارد	ضریب غیر استاندارد		مدل
		Beta	Std. Error	B	
۰/۰۱	۱۷/۳۸		۲/۳۷۶	۰/۱۲	مقدار ثابت
۰/۰۱	۱۷/۳۸	۰/۸۹	۰/۸۴۳	۰/۷۷	خودتنظیمی هیجانی (سازگاری)
متغیر وابسته: علائم افسردگی					

با ارتقاء یک واحد خودتنظیمی هیجانی (سازگاری)، ۰/۸۹ واحد انحراف معیار علائم افسردگی ارتقاء پیدا خواهد کرد، در نتیجه ارتباط مثبت است. آزمون t مربوط به ضرایب رگرسیون نیز در این جدول، برای متغیر مستقل نشان داده شده است که این مقدار برای این متغیر برابر ۰/۰۱ بوده و در نتیجه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی سازگاری با علائم افسردگی در دانشجویان رابطه وجود دارد؛ بنابراین فرضیه چهارم پژوهش نیز مورد تأیید قرار می گیرد.

فرضیه پنجم: بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.

H0: $p = 0$ بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی رابطه وجود ندارد.

H1: $p \neq 0$ بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.

جدول ۱۸: ضریب همبستگی بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی

علائم افسردگی	متغیر وابسته متغیر مستقل	
	R_{XY}	خودتنظیمی هیجانی (تحمل)
۰/۷۵		
۰/۰۱۷	معنی داری	
۱۰۰	تعداد	

با توجه به نتایج جداول فوق، چون سطح معنی داری بدست آمده ($\text{Sig} = ۰/۰۱۷$) کمتر از آلفای تحقیق ($\text{Sig} = ۰/۰۵$) می باشد، پس نتیجه کلی آن، این است که فرضیه H_0 رد شده و فرضیه H_1 مبنی بر وجود رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی در دانشجویان پذیرفته می شود. با توجه به مقدار ۰/۷۵ ضریب همبستگی، می توان گفت که شدت این رابطه بسیار قوی می باشد. جهت بررسی میزان ارتباط، برازش مدل رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت که در ادامه به آن پرداخته شده است.

برازش مدل رگرسیون

جهت بررسی و ارائه مدل ارتباط بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی در دانشجویان، پس از بررسی شاخص های کفایت، مدل زیر در جدول آمده است که به ارائه مدل برازش یافته می پردازیم.

جدول ۱۹: شاخص کفایت مدل رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی در دانشجویان

دوربین - واتسون	انحراف معیار خطا	ضریب تعیین تعدیل شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی
۱/۵۶۹	۳/۷۸	۰/۱۵۰	۰/۱۵۷	۰/۷۵

همبستگی بین متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته برابر با ۰/۷۵ است. ضریب تعیین ۰/۱۵۷ بدست آمده و این مقدار نشان می دهد که قسمتی عمده ای از تغییرات مربوط به علائم افسردگی در دانشجویان، مربوط به راهبرد خودتنظیمی هیجانی (تحمل) می باشد. با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین - واتسون از مقدار استاندارد ۱/۵۰ بزرگتر است، در نتیجه استقلال باقیمانده ها را نتیجه می گیریم. با توجه به شاخص هایی که عنوان شد، مدل از کفایت لازم برخوردار است. در جدول زیر معنی دار بودن رگرسیون، بوسیله آزمون F محاسبه شده است:

جدول ۲۰: آزمون F معنی دار بودن رگرسیون رابطه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی در دانشجویان

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	Sig
رگرسیون	۶۸۸/۳۵	۱	۶۸۸/۳۵	۱۸/۶۴	۰/۰۳
باقیمانده	۱۸۳۲/۴۳	۹۹	۱۸/۵۰		
کل	۲۵۲۰/۷۸	۱۰۰			

جدول ۲۱: نتایج تحلیل رگرسیون همزمان ارتباط بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی در دانشجویان

Coefficients					
مدل	ضریب غیر استاندارد		ضریب استاندارد	T	Sig
	B	Std. Error	Beta		
مقدار ثابت	۰/۷۹	۱/۳۹۱		۱۱/۵۴	۰/۰۱۷
خودتنظیمی هیجانی (تحمل)	۰/۴۳	۰/۵۵۲	۰/۷۵	۱۱/۵۴	۰/۰۱۷

متغیر وابسته: علائم افسردگی

با ارتقاء یک واحد خودتنظیمی هیجانی (تحمل)، ۰/۷۵ واحد انحراف معیار علائم افسردگی ارتقاء پیدا خواهد کرد، در نتیجه ارتباط مثبت است. آزمون t مربوط به ضرایب رگرسیون نیز در این جدول، برای متغیر مستقل نشان داده شده است که این مقدار برای این متغیر برابر ۰/۰۱۷ بوده و در نتیجه بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی تحمل با علائم افسردگی در دانشجویان رابطه وجود دارد؛ بنابراین فرضیه پنجم پژوهش نیز مورد تأیید قرار می گیرد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج فرضیه اصلی نشان داد سیستم های مغزی - رفتاری نمی توانند علائم افسردگی در دانشجویان را پیش بینی نمایند اما راهبردهای خودتنظیمی هیجانی، پیش بینی کننده علائم افسردگی می باشند. در تحلیل فرضیه های فرعی پژوهش، نتایج پژوهش نشان داد بین سیستم فعال ساز رفتاری با علائم افسردگی رابطه وجود ندارد. همچنین نتایج حاکی از آن بود که بین سیستم بازداری رفتاری نیز با علائم افسردگی رابطه وجود ندارد. نتایج نشان داد بین راهبرد خودتنظیمی هیجانی (پنهان کاری، سازگاری، تحمل) با علائم افسردگی رابطه وجود دارد.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش کوپر و گومز (۲۰۱۴)؛ آلدائو و همکاران (۲۰۱۰)؛ یزدانی (۱۳۹۴)؛ استرنبرگ و هالتر (۲۰۱۴)؛ فردریکسون و فارمل (۲۰۱۲) و پژوهش یوسفی (۱۳۸۵) همسو و هماهنگ می باشد؛ اما با نتایج پژوهش لی و زی

چن (۲۰۱۵)، وینزل و هارت (۲۰۱۴) و کیمبرل، نلسون گری و میکِل (۲۰۰۷) همسو نمی باشد. در ادامه نتایج پژوهش های همسو و غیرهمسو مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

افسردگی شایع ترین اختلال روانی است که با تغییرات محیطی و عوامل گوناگون، انواع مختلفی پیدا می کند و به سرعت در حال افزایش است. روش های درمانی شامل دارودرمانی و روان درمانگری (روان تحلیل گری، شناختی، رفتاری، خانواده درمانی) به صورت ترکیبی یا جداگانه به کار می روند. با وجود اثربخشی داروها، عوارض جانبی و نرخ بالای عود پس از قطع مصرف، محدودیت های جدی در کاربست آن ها ایجاد می کند.

مورفی و کارنی^{۱۵} (۲۰۱۴) در مقایسه ی سه روش درمانی، خودتنظیمی هیجانی نسبت به رفتاردرمانی و دارودرمانی اثربخشی بیشتری در کاهش افسردگی نشان داد. تنظیم هیجان نیازمند تعامل بهینه شناخت و هیجان است، زیرا تفسیرهای شناختی تعیین کننده واکنش های فرد به موقعیت های منفی اند. رویکردهای نوین اختلالات هیجانی را ناشی از نقص در کنترل شناختی و استفاده از راهبردهای ناکارآمد مقابله ای می دانند.

خودتنظیمی و تنظیم هیجان توانایی های اساسی برای کنترل رفتار، افکار و هیجانات هستند و ضعف در آن ها فرد را در برابر اضطراب و افسردگی آسیب پذیر می سازد. سلامت روانی حاصل تعامل میان راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و ارزیابی درست موقعیت های تنش زا است؛ پژوهش ها نشان داده اند راهبردهایی مانند مقصر دانستن خود یا دیگران و بازاربایی مثبت پیش بینی کننده های مهم افسردگی و اضطراب اند. مطالعه تولی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد افراد با تنظیم هیجانی قوی سطوح پایین تری از افسردگی دارند، در حالی که تنظیم هیجانی ضعیف همراه با همدلی متوسط یا بالا با افسردگی بیشتر مرتبط است.

افسردگی با احساس ناامیدی و غم آغاز می شود و به مرور با اضطراب، کرختی هیجانی و تفسیر بدبینانه از جهان شدت می گیرد. این وضعیت باعث می شود فرد هیجان های منفی و غیرواقعی پنهان ای تجربه کند که ریشه در باورهای نادرست درباره خود و محیط دارد. در نتیجه، ارتباط افسردگی با خودتنظیمی هیجانی و فیزیولوژی بدن معنادار می شود.

آلدائو و نولن-هاکسما (۲۰۱۰) نشان دادند که راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان اثر راهبردهای سازگارانه را بر اضطراب و افسردگی تضعیف می کنند؛ عوامل ژنتیکی و فشارهای محیطی نیز در بروز افسردگی نقش مهمی دارند. خودتنظیمی هیجانی با کاهش افکار منفی و علائم افسردگی مرتبط است و درمان شناختی با نقد فرض های ناسالم، عزت نفس را افزایش می دهد. گری سه سیستم مغزی-رفتاری (فعال ساز، بازداری و جنگ-گریز) را عامل تفاوت های شخصیتی می داند؛ سیستم پاداش رفتارهای مثبت و سیستم بازداری رفتارهای منفی و اضطراب را هدایت می کنند.

پیشنهادهای پژوهش:

پیشنهادهای پژوهشی:

✓ پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به ارتباط سیستم های مغزی-رفتاری با علائم افسردگی و خودتنظیمی در سایر جمعیت های آماری پرداخته شود.

✓ پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به ارتباط سیستم های مغزی-رفتاری با سایر متغیرهای روانشناختی پرداخته شود.

پیشنهادهای کاربردی:

✓ پیشنهاد می شود دوره ها و کارگاه های آموزشی برای دانشجویان برگزار شود و آنها را با رویکردهای تنظیم هیجان جهت کاهش افسردگی آشنا نمود تا بدین وسیله زمینه بهبود سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان نیز فراهم گردد.

¹⁵ . Murphy & Carney

✓ پیشنهاد می شود واحدهای درسی مرتبط تر با سیستم های مغزی- رفتاری برای دانشجویان رشته های روانشناسی در دانشگاه در نظر گرفته شود.

منابع

۱. امین آبادی، محسن؛ دهقانی، مریم و خداپناهی، فاطمه (۱۳۹۰). ارتباط هوش هیجانی با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دختر و پسر پیام نور. مقاله علمی پژوهشی، مجله تبیان، سال هفتم، شماره ۳۱، ص ۲۶-۱۴.
۲. باقری، سامان و ملازاده، ارجمند. (۱۳۹۳). مقایسه سطح شاخص های سیستم فعال ساز رفتاری بیماران دوقطبی مانیک با بیماران افسرده یک قطبی و افراد بهنجار. مرکز پژوهش های روانشناختی، ۵۶(۱۶)، ۱۷۲-۱۸۴.
۳. فرهودیان، ساغر؛ رضایی، علیرضا و سعادت، شیما (۱۳۸۷). بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در میان دانشجویان دانشگاه های آزاد تهران. سلامت، ۶۷(۲۱)، ۱۶۷-۱۵۲.
۴. یوسفی، مرتضی. (۱۳۸۵). بررسی نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش بینی افسردگی و اضطراب دانش آموزان شهر همدان. مجله سلامت، ۱۲(۹)، ۶۷-۵۳.
5. Aldao, A., NolenHoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A metaanalytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(11), 217-237.
6. Alden, R. A., & Biedingth, A. G. (2013). Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor vehicleaccidents. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, (33), 631-635.
7. Aldwin, C. M. (1994). Stress, coping and development. New York: The Guilford Press.
8. Cicchetti, E.L., & Cohen, C. E. (2006). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7(3), 110-123.
9. Cole, P. (2009). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75(43), 317-333.
10. Gross, J. J. (1998). Wise emotion regulation. In L. Felderman Barrett & P. Salovey (Eds.), *The Wisdom of fillings: Psychological Processes in emotion intelligence*. New York: Guilford.
11. Gross, J. J. (2011). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(23), 214-219.
12. Gross, J.J. (2003). Emotion regulation. In: L. Feldman Barrett & P. Salovey (Eds), *The wisdom in feeling*. New York: The Guilford Press, 6(8), 297-318.
13. Hansell, H., Pienas, G.N., Luckwood, P., Schimac, P.M., Fournier, H. (۲۰۱۰). Cognitive behavioral treatment of adolescent depression: Effecacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272-280.
14. Heras, RA, Kutler, P., & Goldberg (2014). Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation and extraversion. *Behav Brain Sci.*; (22): 491-517.
15. Hoffman, A. M., & Cashdan, K. H. (2010). Emotion regulation and psychopathology. In P. Philipot, & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (359-385). New York: LEA.
16. John, O. O., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(3), 1301-1334.

17. Johnson SL, Turner RJ, Iwata N. BAS/BIS levels and psychiatric disorder/An epidemiological study. *J Psychopathol Behav*. 2013; (25): 25-36.
18. McAdafer, A. (2010). Defense mechanisms, negative emotions and psychopathology in adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*., 41(1): 35- 41.
19. McGinn, L.K. (2010). Cognitive behavioral therapy of depression: theory, treatment, and Empirical status. *American Journal of Psycho therapy*, 54(2), PP,257-263.
20. Melamed, S. (2015). Emotional reactivity and elevated blood pressure. *Psychosomatic Medicine*, 49, 217-225.
21. Melick, S., Sharf, T., & Elenfo, V. (2014). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the footandmouth crisis. *Personality and Individual Differences*, 38(11), 1317-1327.
22. Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(64), 329-352.
23. Mennin, D. S., Holoway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its D ysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(2), 284-302.
24. Morphy, D., & Karney, S. (2014). Causal relation of perspective taking, emotional comparing, sex role orientation, self monitoring, and emotion regulation. *educational and psychology*, 14(9), 39-44.
25. Pickering AD, Gray JA. Dopamine, appetitive reinforcement, and the neuropsychology of human learning: An individual differences approach. Lengerich: PABST Science Publishers; 2001. p. 113-149.
26. Pintrich, P.R. (2000). Intraindividual differences in student motivational and self – regulated learning. *Handbook of self- regulation*. San Diego Academic Press, pp. 451-502.
27. Prat, S., & Brady, H. (2008). State and trait depression levels before coronary angiography. *J Clin Nurs* 1969, 17(5), 602-607.
28. Rid, D., Thrott, K., & Shartes, K. A. (2005). Connection between symptoms of obsessive-compulsivedisorder and posttraumatic stress disorder: acase series. *Behav Res Ther*; 41 (9): 1029-1041.
29. Rio, L. (2001). Psychometric adequacy of cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of psychological methods and models*, 1(28), 51-62.
30. Rottenberg, J., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(5), 627-639.
31. Rozenhan J. (2000). The impact of cancer on key relatives: a comparison of relative and patient concerns. *Eur J Cancer*, 31A: 1736-40.
32. Ryan RM, Deci EL. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *J Pers*, 74(6):PP, 1557-86.
33. Saarni, C. (2011). Emotional competence: how emotions and relationships become integrated. In: Thompson, R. A. (Ed.). *Nebraska symposium on motivation.Socio emotional development*. Lincoln: The University of Nebraska Press. 36(6), 115-182.
34. Saranberg, H., & Houlter, T. (2014). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(9), 267-276.
35. Schiffer, C. A. (2000). Acute myeloid leukemia in adults. *Cancer medicine* 6, 34(12), 34-49.

36. Schunk D. H., & Zimmerman, B. (2000). Self-regulated Learning and Academic Achievement. Theoretical Perspectives. 2nd ed. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2001. p. 54-68.
37. Zimmerman, B., & ponz.J. (1988).Self-regulated learned. Which are the sub processes? Contemporary. Journal of education psychology, 11,13- 30.
38. Zimmerman, B.J. (1989). A social cognitive view of self-regulated academic learning. J Educ Psychol, 81: 329-39.