

نقش خودکارآمدی در تنظیم هیجان در پیش‌بینی افسردگی

شکوفه دادفرنیا^۱، محمد بصیری جهرمی^۲، پوریا سعادت^۳

^۱ دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۲ کارشناسی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

^۳ کارشناسی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

نام نویسنده مسئول:

شکوفه دادفرنیا

چکیده

مقدمه: باور فرد به این موضوع که می‌تواند هیجان‌ها را در موقع مناسب بروز دهد یا کنترل کند، «خودکارآمدی در تنظیم هیجانی» نامیده می‌شود. هدف این پژوهش تعیین نقش باور خودکارآمدی در تنظیم هیجان در پیش‌بینی افسردگی بود. **روش:** این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی بود. بدین منظور ۲۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه یزد از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه‌های مقیاس افسردگی بک ۲ (BDI-II) و خودکارآمدی در تنظیم هیجان [۱] را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون استاندارد تحلیل گردید. یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد که بین خودکارآمدی در تنظیم هیجان و افسردگی همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. طبق نتایج تحلیل در مورد زیر مقیاس‌های پرسشنامه خودکارآمدی در تنظیم هیجان، بین خودکارآمدی ادراک شده برای مدیریت هیجان‌های منفی و افسردگی همبستگی معنادار منفی وجود داشت. اما بین خودکارآمدی ادراک شده برای ابراز هیجان مثبت و افسردگی رابطه معناداری وجود نداشت. نتایج رگرسیون نشان داد که خودکارآمدی ادراک شده برای مدیریت هیجان‌های منفی می‌تواند افسردگی را به طور معناداری پیش‌بینی کند ($\beta = -0.484, P < 0.001$). بر اساس این نتایج طراحی مداخلاتی جهت افزایش خودکارآمدی تنظیم هیجان می‌تواند در پیشگیری و درمان افسردگی مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی، تنظیم هیجان، افسردگی، پیش‌بینی.

مقدمه

بر مبنای تعریف انجمن روان شناسی آمریکا (APA1)، افسردگی یک اختلال ناهمگون تلقی می شود که اغلب با علائمی در سطح فیزیولوژیکی، رفتاری و روانی مشخص می گردد [۲]. امروزه اختلالات روانی به ویژه افسردگی بسیاری از گروه ها و رده های جامعه را تهدید نموده و به مکان، زمان و شخص خاصی محدود نمی باشد [۳-۵]. بر طبق گزارشات بیش از ۳۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از افسردگی رنج می برند و سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی، افسردگی را در صدر علل مهم ناتوانی و از کارافتادگی در جهان قلمداد نموده اند [۶-۹] و پیش بینی شده است که در سال های ۲۰۲۰ و ۲۰۳۰ از نظر تحمیل بار و هزینه، رتبه دوم را در بین بیماری ها به خود اختصاص دهد [۱۰ و ۱۱]. تحقیقات بیانگر آن است که هرساله در ایالات متحده آمریکا در حدود ۱۹ میلیون نفر از مردم درجاتی از افسردگی را تجربه می کنند [۱۲]. محققین تخمین زده اند که بین ۲۴ تا ۴۳ درصد جمعیت افراد ۱۵ سال به بالای ایران دچار افسردگی می باشند [۱۳]. افسردگی با رنج شخصی و اختلال در عملکرد، شغلی، اجتماعی و خانوادگی همراه بوده و عامل اصلی ناتوانی و مرگ و میر است [۱۴]. نشانه ها و علائم افسردگی (مثل خلق و خوی افسرده، بی علاقه گی نسبت به لذات زندگی، نداشتن انگیزه، کاهش تمرکز و حافظه، افکار خودکشی) از تهدیدهای مهم بهداشت و سلامت عمومی جوامع محسوب می شود [۱۵].

افسردگی در همه گروه ها و طیف های مختلف جامعه مشاهده می شود اما دانشجویان دانشگاه از جمله گروه هایی هستند که به طور ویژه ای در معرض خطر علائم افسردگی قرار دارند [۱۶]. عواملی چون ورود به دنیای بزرگسالی و پذیرفتن مسئولیت های متعدد، پشت سر گذاشتن سد کنکور و اضطراب های مربوط به آن، دغدغه در خصوص رشته پذیرفته شده و آینده مبهم شغلی یا عدم علاقه به رشته، جدا شدن از خانواده و ساکن شدن در منطقه ای با فرهنگ متفاوت، تجربه زندگی در کنار افراد نا آشنا با خلق و خوی متفاوت و مشکلات سازگاری و کمبود امکانات در خوابگاه می تواند فشار روانی قابل توجهی را بر دانشجویان وارد کند. در مطالعات متعدد، میزان افسردگی بالایی در دانشجویان دانشگاه های ایران گزارش شده است [۱۷-۱۹]. علائم افسردگی بر فرآیند یادگیری و عملکرد حافظه دانشجویان تأثیر گذاشته و در پیشرفت تحصیلی آنان تداخل ایجاد می کند [۲۰]. این علائم با مشکلات سوء مصرف مواد و افکار خودکشی نیز ارتباط دارد [۲۱]. از طرف دیگر، اغلب دانشجویانی که علائم افسردگی دارند برای درمان مراجعه نمی کنند. عدم مراجعه و درمان به موقع می تواند باعث تشدید علائم افسردگی و بروز مشکلات جدی شود [۲۲ و ۲۳]. بنابراین شناسایی علل و عوامل ابتلا به افسردگی، درک فرآیند ابتلا به آن و شناسایی افراد در معرض خطر اولیه، به ویژه در میان دانشجویان، جهت پیشگیری و مداخله به موقع ضروری بوده و می تواند از تشدید افسردگی و تحمیل هزینه و بار بیشتر بر فرد، خانواده و جامعه جلوگیری نماید.

اختلالات در تنظیم هیجانی، یکی از عوامل احتمالی مؤثر بر اختلالات خلقی و از جمله افسردگی است [۲۴]. در سال های اخیر تنظیم هیجانی به عنوان فرآیند هسته ای در درمان و آسیب شناسی روانی مورد توجه قرار گرفته و پژوهش های زیادی به منظور مشخص نمودن ارتباط بین مشکلات تنظیم هیجان و اختلالاتی مثل افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات خوردن انجام شده است [۲۵]. تنظیم هیجان، استفاده از راهبردهای رفتاری و شناختی متفاوتی برای تغییر در مدت یا شدت بروز یک هیجان است [۲۴].

هر فرد به استفاده از برخی الگوهای مشخص تنظیم هیجان تمایل دارد که نتایج هیجانی متفاوتی را به دنبال دارد. راهبردهایی که افراد برای تنظیم هیجانانشان استفاده می کنند، در پژوهش های نظری و کاربردی بسیاری مورد بررسی قرار گرفته و تحت عنوان راهبردهای سازگاران و ناسازگاران طبقه بندی شده است [۲۴ و ۲۶]. انتخاب راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان در ارتقا سلامت روان مؤثر بوده [۲۷-۲۹] و به کارگیری راهبردهای ناسازگاران می تواند در شکل گیری و یا تداوم اختلالات روانی نقش اساسی داشته باشد [۳۰]. اشخاصی که نمی توانند در مقابل وقایع استرس زای روزانه، پاسخ های هیجانی خود را تنظیم کنند، دوره های شدیدتر و طولانی تر از پریشانی را احساس می کنند که در نهایت ممکن است به اختلال های اضطرابی و افسردگی منجر شود [۳۱]. براساس نتایج پژوهش مارتین و داهلن (۲۰۰۵) افراد مبتلا به افسردگی، اغلب از استراتژی های ناکارآمد همانند نشخوار فکری و تلقی فاجعه آمیز و سرزنش خود در رویارویی با شرایط ناگوار استفاده می کنند [۳۲].

پژوهش ها نشان داده اند عوامل متفاوتی می تواند بر انتخاب راهبرد تنظیم هیجان در یک موقعیت معین تأثیر بگذارد که از آن میان می توان به شدت محرک هیجانی [۳۳]، انگیزه های بیرونی [۳۴]، هوش هیجانی [۳۵] و سایر منابع درونی (مثل کنترل شناختی) و بیرونی (مثل دسترسی به حمایت اجتماعی) [۳۶] و نیز باورهای هیجانی فرد [۳۷] اشاره کرد.

باورهای هیجانی به باور افراد در مورد به قابل کنترل بودن یا نبودن هیجانات و نیز توانایی آن‌ها در مورد کنترل هیجاناتشان اشاره دارد باور فرد به این موضوع که می‌تواند هیجان‌ها را در موقع مناسب بروز دهد یا کنترل کند، یا به بیان دیگر، باور وی به تسلط بر عواطف مثبت و منفی «خودکارآمدی در تنظیم هیجانی» نامیده می‌شود. براساس مدل بندورا و همکاران (۲۰۰۳) خودکارآمدی در تنظیم هیجانی دارای دو بعد خودکارآمدی ادراک شده در ابراز هیجان‌های مثبت و خودکارآمدی ادراک شده در تنظیم هیجان‌های منفی است [۳۸].

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باورهای افراد در مورد هیجان و تنظیم هیجان می‌تواند در انتخاب راهبرد تنظیم هیجان و پیامد بعدی آن یعنی سلامت روان یا ابتلا به اختلالات روانی مؤثر باشد [۳۷ و ۳۹ و ۴۰]. اعتقاد به اینکه خلق منفی می‌تواند تعدیل شود، استفاده از راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان مثل ارزیابی مجدد را پیش‌بینی می‌کند و در نتیجه با عاطفه مثبت بیشتر و افسردگی کمتر همراه است [۴۱].

هرچند نقش راهبردهای تنظیم هیجان در آسیب‌شناسی روانی به ویژه اختلالات افسردگی و اضطرابی در پژوهش‌های متعددی بررسی شده‌است. نقش باورهای مرتبط با هیجان و به طور خاص خودکارآمدی، در این رابطه کمتر مورد توجه قرار گرفته و بنا به اطلاعات نویسنده تاکنون در ایران بررسی نشده‌است. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی افسردگی بر اساس خودکارآمدی در تنظیم هیجان است.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است و جامعه‌ی آماری آن شامل دانشجویان دانشگاه یزد که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند، می‌باشد. بدین منظور ۲۶۰ نفر از دانشجویان از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. و پرسشنامه‌های خودکارآمدی در تنظیم هیجان و مقیاس افسردگی بک را تکمیل کردند.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی بک: BDI-II یک شاخص خودگزارشی ۲۱-ماده‌ای از نشانه‌های افسردگی تجربه شده در دو هفته گذشته است و شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است [۴۲]. مؤلفه‌های افسردگی مورد سنجش در این پرسشنامه شامل نشانه‌های عاطفی، شناختی، رفتاری، جسمی، انگیزشی و افکار خودکشی است. گویه‌ها از ۰ تا ۳ درجه بندی می‌شود. این پرسشنامه همسانی درونی بالا ($\alpha=0.91$) و پایایی بازآزمایی بالا ($r=0.93$) دارد [۴۲]. رجبی و کسمایی (۱۳۹۱) اعتبار فرم ایرانی را با روش همسانی درونی به دست آوردند [۴۳]. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶، برای عامل‌های اول و دوم به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۸ بود. در پژوهشی دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب پایایی ۰/۹۴ برای این مقیاس در نمونه ایرانی محاسبه شده است [۴۴].

پرسشنامه خودکارآمدی در تنظیم هیجان: RESE به منظور سنجش خودکارآمدی ادراک شده در مدیریت هیجانات منفی و مثبت تهیه شد [۴۵]. این پرسشنامه شامل ۱۱ گویه می‌باشد که روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً نمیتوانم= ۱ تا خیلی خوب می‌توانم= ۵ نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه دو زیر مقیاس دارد که عبارت‌اند از «خودکارآمدی ادراک شده برای ابراز هیجان مثبت (چهار گویه و توانایی ادراک شده برای مدیریت هیجانهای منفی) (هشت گویه). سازندگان مقیاس، از روش بندورا (۲۰۰۶) (برای ساختن مقیاسهای خودکارآمدی تبعیت کردند. در ایران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ برای این مقیاس گزارش شده است [۴۶].

یافته‌ها

ابتدا تعداد ۵ مورد از پرسشنامه‌ها به دلیل پاسخ‌های ناقص از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند. جهت واریس مقادیر پرت چند متغیری از فاصله مهالانوبیس استفاده شد. بقیه مفروضه‌های آماری با اجرای یک تحلیل رگرسیون اولیه و ارزیابی نمودار پراکندگی باقی‌مانده‌ها مورد سنجش قرار گرفت. در این مرحله مواردی دارای مقادیر باقی مانده پرت (قدر مطلق مقدار باقی مانده بیشتر از ۳ بود) شناسایی و حذف شدند و بنابراین تعداد به ۲۵۳ نفر تقلیل یافت. بعد از اطمینان از برقراری مفروضه‌های رگرسیون، داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار افسردگی و خودکارآمدی در تنظیم هیجان نشان داده شده است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش

متغیر ها	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۲/۴۳	۹/۵۹
خودکارآمدی در تنظیم هیجان	۳۷/۱۰	۷/۹۰
خودکارآمدی ادراک شده برای ابراز هیجان مثبت	۳۴/۵۰	۱۷/۸۵
خودکارآمدی ادراک شده برای مدیریت هیجانهای منفی	۲۰/۹۲	۶/۷۵

ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می شود بین خودکارآمدی در تنظیم هیجان و افسردگی همبستگی معنی داری وجود دارد.

($P < ۰/۰۱^*$). با توجه به این که متغیر خودکارآمدی در تنظیم هیجان دارای زیر مقیاس های توانایی ادراک شده برای ابراز هیجان مثبت و توانایی ادراک شده برای مدیریت هیجانهای منفی می باشد؛ ارتباط این دو زیر مقیاس با افسردگی نیز مورد بررسی قرار گرفت . نتایج نشان داد که بین توانایی ادراک شده برای مدیریت هیجان های منفی و افسردگی همبستگی $-۰/۴۸۴$ وجود دارد ($P < ۰/۰۱^*$). اما بین توانایی ادراک شده برای ابراز توانایی مثبت و افسردگی رابطه معناداری وجود نداشت.

جدول ۲) همبستگی بین افسردگی و خودکارآمدی در تنظیم هیجان و زیر مقیاس های آن

متغیر ها	همبستگی ها			
	۱	۲	۳	۴
۱- افسردگی	۱			
۲- خودکارآمدی در تنظیم هیجان	$-۰/۴۹۷^{**}$	۱		
۳- خودکارآمدی ادراک شده برای ابراز هیجان مثبت	$۰/۱۰۶$	$-۰/۰۹۷$	۱	
۴- خودکارآمدی ادراک شده برای مدیریت هیجانهای منفی	$۰/۹۵۴^{**}$	$-۰/۴۴۸^{**}$	$۰/۱۰۱$	۱

به منظور پیش بینی افسردگی از طریق خودکارآمدی از رگرسیون استاندارد استفاده شد. مطابق با جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون نشان می دهد توانایی ادراک شده برای مدیریت هیجانهای منفی پیش بینی کننده ی معناداری برای افسردگی می باشد ($P < ۰/۰۱$ ، $۰/۴۸۴$ $\beta = -۰/۲۳$ و از واریانس افسردگی را پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۳) نتایج رگرسیون همزمان افسردگی با استفاده از متغیر پیش بین (خودکارآمدی در تنظیم هیجان)

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	R	R^2	نسبت F	ضریب استاندارد Beta	t	sig
افسردگی	توانایی ادراک شده برای مدیریت هیجانهای منفی	$۰/۴۸۴$	$۰/۲۳۴$	$۷۸/۶۹۵$	$-۰/۴۸۴$	$-۸/۸۷۱$	$۰/۰۰۰$

بحث و نتیجه گیری:

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش خودکارآمدی در تنظیم هیجان در پیش‌بینی افسردگی (در بین دانشجویان) بود.

نتایج پژوهش نشان داد که بین افسردگی و خودکارآمدی در تنظیم هیجان همبستگی معناداری وجود دارد. این یافته همسو با مطالعه بندورا و همکاران (۲۰۰۳) است که گزارش کرده اند که خودکارآمدی در تنظیم هیجان با افسردگی و کم رویی رابطه منفی و با هم دلی و بهزیستی رابطه ای مثبت دارند [۳۸].

به طور کلی باور خودکارآمدی به باور فرد در مورد توانایی شخصی اش برای کنترل وقایع مهم اشاره دارد. افراد با خودکارآمدی بالا در یک حوزه خاص، معمولاً در مقابله های خود کوشا تر، پایدار تر و تاب آور تر هستند. از سوی دیگر افراد با احساس خودکارآمدی پایین، برای به عهده گرفتن تکالیف چالش برانگیز یا پایداری در مواجهه با مشکلات، انگیزه کمی دارند. باورهای خودکارآمدی از طریق تأثیر بر فرآیندهای شناختی، عاطفی، انگیزشی و تصمیم‌گیری که در دستیابی به اهداف دخیل هستند، بر کیفیت عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خودکارآمدی، با سلامت بیشتر، موفقیت بالاتر و یکپارچگی اجتماعی رابطه دارد [۴۷]. بندورا و همکاران (۱۹۹۷) نشان دادند که سطح پایین خودکارآمدی اجتماعی و تحصیلی، افسردگی کودکان را در دراز مدت پیش‌بینی می‌کند. جورسالم و میتاگ (۱۹۹۵) نشان دادند که خودکارآمدی عمومی با خوش‌بینی، حرمت خود، مهار درونی و انگیزه‌ی پیشرفت، همبستگی مثبت و با اضطراب، افسردگی و روان‌آزردگی‌ها، همبستگی منفی دارد. آن‌ها نشان دادند افرادی که خودکارآمدی بالاتری داشتند، با تغییرات زندگی سازگاری بهتری ایجاد کرده بودند [۴۸]. سیوکا چنگ و استفان (۲۰۰۰) نشان دادند که افزایش خودکارآمدی، بهبود سلامت روان را به دنبال دارد [۴۹]. شوارتز و لوتس سینسکا (۲۰۰۷) نشان دادند که آزمون خودکارآمدی، با اضطراب، افسردگی استرس، فرسودگی روانی و شکایات جسمانی همبستگی منفی و با اعتماد به نفس، خوش‌بینی و هیجانات مثبت همبستگی مثبت دارد [۵۰].

تکالیفی که انسان در طول زندگی با آنها مواجه است، بسیار گسترده و گوناگون اند؛ همین امر موجب شده است محققان خودکارآمدی را در حیطه های مختلف تحصیلی، اختلالات روانی، سلامت، انتخاب شغل و تغییرات اجتماعی-سیاسی بررسی کنند. باور به خودکارآمدی می‌تواند در ابعاد مختلف اجتماعی، روانشناختی، عملکردی و هیجانی مدنظر قرار گیرد. بر همین اساس در سال‌های اخیر کاربرد مفهوم خودکارآمدی در حیطه تنظیم هیجان، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است [۳۸].

باورهای خودکارآمدی در حوزه های مختلف، به صورت مستقل از هم و در انزوا عمل نمی‌کنند و تا حدی بین موقعیتهای و فعالیتها با هم مرتبط هستند. از این منظر باور به خودکارآمدی در کنترل هیجانات به عنوان یکی از ابعاد خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس مرتبط است [۴۸]. باورهای خودکارآمدی، می‌تواند در مسلط شدن بر عواطف منفی و نوسان‌های آن‌ها، همچنین در فائق آمدن بر حالات تکانشی، کمک‌کننده و دارای اهمیت ویژه باشند. به علاوه، باورهای خودکارآمدی می‌تواند در ارائه صحیح عواطف مثبت، به ویژه در موقعیت‌های حساس، نقش مهمی را ایفا کند [۳۸].

از منظر دیگر، برای تبیین رابطه باورهای هیجانی و سلامت روان باید به نقش متغیرهای میانجی در این رابطه اشاره کرد. باورها و شناخت‌های ما تعیین‌کننده و شکل‌دهنده رفتارهایمان هستند. در همین راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند باورهای افراد در مورد هیجاناتشان، افزایش یا کاهش تمایل آن‌ها به استفاده از راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان و توانایی در مدیریت موفق هیجان را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۵۱]. افرادی که هیجانات را غیرقابل کنترل در نظر می‌گیرند به احتمال کمتری از راهبردهای تنظیم هیجان کارآمد استفاده می‌کنند [۳۷ و ۵۲]. باور افراد به ناتوانی در کنترل هیجانات با نشخوار فکری بیشتر و استفاده کمتر از راهبردهای پذیرش، ارزیابی مجدد و حل مسئله همراه می‌باشد [۵۳]. در یک کوشش آزمایشی باورهای افراد در مورد تغییر پذیری هیجانات و توانایی کنترل آن‌ها را دستکاری کردند. آزمودنی‌ها با شرایط خودکارآمدی پایین، تمایل بیشتری در طی ماه بعد به استفاده از راهبردهای اجتناب مدار نشان دادند و با احتمال بالاتری از جستجوی کمک روانشناختی اجتناب کردند [۵۴]. افراد معمولاً از فعالیت‌ها و موقعیت‌هایی که باور دارند فراتر از توانایی مقابله‌ای آن‌هاست، اجتناب می‌کنند و در مقابل به آسانی درگیر فعالیت‌ها و محیط‌هایی می‌شوند که طبق ارزیابی‌های آن‌ها از خودشان، توانایی کنترل و مدیریت آن‌ها را دارند (بندورا، ۱۹۹۷). هنگامی که باور افراد بر ناتوانی کنترل هیجاناتشان باشد، با احتمال بیشتری در راهبردهای اجتناب مدار تنظیم هیجان درگیر

می‌شوند. به عنوان یک راهبرد پیشایند مدار، اجتناب افراد را قادر می‌سازد تا قبل از روبرو شدن با موقعیت برانگیزاننده هیجان و پیش از آن که هیجان کاملاً ایجاد شود بر فرآیند شکل‌گیری هیجان تأثیر بگذارند [۲۴].

به بیان دیگر راهبردهای اجتناب مدار ممکن است راهبرد انتخابی افرادی که باشد که خود را در مدیریت هیجان‌اتشان ناتوان می‌دانند زیرل آن‌ها در در مدیریت هیجان‌اتشان احساس درماندگی می‌کنند یا به این دلیل اینکه راهبردهای جایگزین محدودی در دسترس دارند. دلیل دیگر می‌تواند به احساس خودکارآمدی پایین در به کارگیری سایر راهبردهای تنظیم هیجان مربوط باشد [۵۴]. علاوه بر این ممکن است موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان به طور خاص برای افرادی که اعتقاد دارند که نمی‌توانند هیجان‌اتشان را کنترل کنند ترسناک و نگران‌کننده باشد که این خود می‌تواند دلیلی دیگری برای استفاده از اجتناب باشد [۵۴] به عبارت دیگر با حس خودکارآمدی پایین جنبه‌های پرخطر و یا حتی امن محیط، غیرقابل کنترل و خطرناک در نظر گرفته می‌شود و منجر به افزایش اضطراب، اجتناب موقعیتی و مشارکت محدود در فعالیت‌های اجتماعی و خلاقانه می‌شود.

به طور کلی این یافته‌ها حاکی از آن است که باور افراد مورد خودکارآمدی در تنظیم هیجان‌ات، بر شیوه تنظیم هیجان‌ات آن‌ها و انتخاب راهبردهای سازگارانه یا ناسازگارانه تأثیر می‌گذارد و به کارگیری راهبردهای ناسازگارانه می‌تواند در شکل‌گیری و یا تداوم اختلالات روانی نقش اساسی داشته باشد [۳۰]. اشخاصی که نمی‌توانند در مقابل وقایع استرس‌زای روزانه، پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم کنند، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تر از پریشانی را احساس می‌کنند که در نهایت ممکن است به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی منجر شود [۳۱].

مقیاس خودکارآمدی در تنظیم هیجان دارای دو زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: خودکارآمدی ادراک شده برای ابراز هیجان مثبت و خودکارآمدی ادراک شده برای مدیریت هیجان‌های منفی. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که توانایی ادراک شده برای مدیریت هیجان‌های منفی با افسردگی رابطه‌ی معناداری دارد و طبق نتایج تحلیل رگرسیون می‌تواند افسردگی را به طور معناداری پیش‌بینی کند. این یافته نیز با نتایج مطالعات پیشین همخوانی دارد [۵۶-۵۷].

از طرف دیگر در مطالعه حاضر رابطه معناداری بین توانایی ادراک شده برای ابراز توانایی مثبت هیجان و افسردگی یافته نشد. این یافته با نتایج برخی مطالعات پیشین همخوانی دارد [۵۶] اما برخی مطالعات ارتباط معناداری بین توانایی ادراک شده برای ابراز هیجان مثبت با افسردگی گزارش کرده‌اند و خودکارآمدی پایین در این زمینه را عامل مهمی در شکل‌گیری علائم افسردگی می‌دانند [۵۷].

این تناقض می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی در جوامعی باشد که این رابطه در آن‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعات نشان داده‌اند که هنجارهای فرهنگی و اجتماعی نقش مهمی در شکل‌دادن تجرب و فرآیندهای هیجانی افراد دارند [۵۸]. به دلیل سیستم ارزشی و فرهنگی متفاوت، جوامع در باورهای هیجانی، اهداف تنظیم هیجان و قوانین ابراز هیجان با یکدیگر تفاوت دارند [۵۹]. علاوه بر این تفاوت‌های فرهنگی، ادراک افراد از هیجان‌اتشان، شیوه پاسخ به هیجان‌ات و نیز پیامدهای تنظیم هیجان را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۶۰]. برای مثال در جوامع غربی افراد تشویق می‌شوند تا هیجان‌ات به ویژه هیجان‌ات مثبت را ابراز کنند و در این جوامع سرکوبی ابراز هیجان‌ات با پیامدهای منفی کارکرد روانشناختی همراه است [۶۱]. در مقابل برخی شواهد نشان می‌دهد که در برخی جوامع سرکوبی هیجان با مشکلات روانشناختی مرتبط نیست [۶۲]. مطالعات پیشین نشان داده‌اند در مقایسه با جوامع اروپایی و آمریکایی، آسیایی‌ها تمایل کمتری به دنبال کردن احساسات مثبت درونی دارند و هیجان‌ات خوشایند را به طور بالقوه مشکل‌زا تلقی می‌کنند [۶۳]. به دلیل اهمیت هماهنگی بین فردی در فرهنگ‌های آسیایی، افراد تمایل به کاهش ابراز هیجان‌ات برای مثال سرکوبی ابراز چهره‌ای هیجان و ارزیابی مجدد موفقیت‌های زودگذر با توجه به دستاوردهای طولانی مدت برای حفظ هماهنگی بین فردی دارند [۶۰].

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر از نقش مهم باورهای افراد در مورد هیجان و تنظیم هیجان در شکل‌گیری نشان‌های آسیب‌شناسی روانی حمایت می‌کند. با توجه به اینکه باورهای افراد عموماً در کودکی شکل گرفته و تثبیت می‌شوند، بنابراین پیشنهاد می‌شود آموزش جهت ارتقا خودکارآمدی در تنظیم هیجان از سنین کودکی و توسط والدین آغاز شده و در مدرسه تکمیل گردد. نتایج این پژوهش هم‌چنین به درمانگران رهنمود می‌دهد تا در مداخلات متمرکز بر تنظیم هیجان، باورهای افراد در این حوزه را نیز مدنظر قرار داده و به تعدیل و اصلاح آن‌ها مبادرت ورزند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بود که می‌تواند با سوگیری در پاسخ دهی همراه باشد. هم چنین جامعه آماری پژوهش حاضر، دانشجویان دانشگاه یزد بودند که به دلیل ویژگی‌های خاص این جامعه و افزایش چشمگیر دختران نسبت به پسران، تعمیم پذیری نتایج با محدودیت روبروست. علاوه بر این، یافته‌ها محدود به سنجش علایم افسردگی از طریق پرسشنامه افسردگی بک است و قابل تعمیم به نمونه‌های بالینی مبتلا به افسردگی نیست.

سپاس‌گزاری: بدین وسیله، گروه نویسندگان مقاله حاضر مراتب قدردانی و سپاس خود را از تمامی شرکت‌کنندگان در این طرح پژوهشی اعلام می‌دارد.

مراجع

- [1]Caprara, Gian Vittorio. (2003). The contribution of self-efficacy beliefs to dispositional shyness: On social-cognitive systems and the development of personality dispositions, *Journal of Personality*.
- [2]khoshkhati, A., jafari,N. and Yazdinezhad,A.(2015). Prevalence of depression among newcomer pharmacy students of Zanjan University of Medical Sciences correlating demographic parameters, *Journal of Medical Education Development*.
- [3]Foroutani, M)(2005) Depression in some college students, *Iran Journal of Nursing*.
- [4]Fallah,R. ,Farhadi, S. and Amini, K. (2011). Prevalence of depression in personnel of Zanjan University of Medical Sciences.
- [5]Sun, Sy., Cheung S-K. (2017). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2000;28(5):413-22.
- [6] ایلدرآبادی، اسحق و فیروزکوهی. (۲۰۰۴). بررسی میزان شیوع افسردگی دانشجویان دانشکده علوم پزشکی زابل در سال تحصیلی ۸۱-۸۰. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*, (۲۱-۶۲.۱۵)
- [7]Wahed, W. Y. A., Hassan, S. K (2017). Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria Journal of Medicine*, 53(1), 77-84.
- [8]Soto, José A Perez, Christopher R Kim and Young-Hoon Lee.(2011). Is expressive suppression always associated with poorer psychological functioning? A cross-cultural comparison between European Americans and Hong Kong Chinese, *emotion*.
- [9]Wang, X., Xie, X and Wang, Y. (2017). Partner phubbing and depression among married Chinese adults: The . roles of relationship satisfaction and relationship length. *Personality and individual differences*, 110, 12-17.
- [10]Murray, C. J., Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498-1504.
- [11]Mathers, C. D., Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to . 2030. *PLoS medicine*, 3(11), e442.
- [12]Baghianimoghadam, M.H.,Mohammadloo,A. and Fallahzadeh,H.(2012). "A survey about the prevalence of dysmenorrhea in female students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Their Knowledge, and no. 2 (2012): 93-98. , *مجله تحقیقات سلامت* ۱, Practice toward it."
- [13]Azizi, S., Ebrahimi, M. T. and Shamshirian, A. (2016). Evaluation of the level of depression in students of School of Paramedic Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences, in 2015. *Tabari Biomedical Student Research Journal*, 1(3), 41-48.
- [14]Saint Onge, Jarron M Krueger and Patrick M Rogers. (2014). The relationship between major depression and nonsuicide mortality for US adults: the importance of health behaviors, *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*.
- [15]Pilkington, Karen. (2010). Anxiety, depression and acupuncture: a review of the clinical research, *Autonomic Neuroscience*.
- [16]Stewart-Brown, Sarah Evans and Julie Patterson. (2000). The health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem? *Journal of Public Health*, 22(4), 492-499.
- [17]Mohammadbeygi, Abalfazl Ghamari and Farhad Salehi. (2009). Depression symptoms prevalence, general health status and its risk factors in dormitory students of Arak universities 2008. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 12(3), 116-123.
- [18]Hasanzadeh Taheri, M., Mogharab, M. and Akhbari, S. (2011). Prevalence of depression among new registered students in Birjand University of Medical Sciences in the academic year 2009-2010. *journal of Birjand University of Medical Sciences*, 18(2), 109-116.

- [19]Khodadadi, B. Anbari, KH. and Farahani, S.M. (2018). Evaluation of Anxiety, Stress and Depression among Students of Lorestan University of Medical Sciences, 2016. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(1), 258-294.
- [20]Hysenbegasi, A., Hass, S. L., and Rowland, C. R. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *Journal of mental health policy and economics*, 8(3), 145.
- [21]Garlow, S. J., Rosenberg, J., and Moore, J. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and anxiety*, 25(6), 482-488.
- [22]Blanco, Okuda, C., Mayumi Wright. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 65(12), 1429-1437.
- [23]Zivin, K., Eisenberg and Daniel, G. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of affective disorders*, 117(3), 180-185.
- [24]Gross, J. J., Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*.
- [25]Zare, H. (2012). Investigation of the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depression, anxiety and stress in students.
- [26]Kring, A. M., Sloan, D. M. (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*: Guilford Press.
- [27]Mohammadzadeh-Ebrahimi, A., Rahimi-pordanjani, T. (2017). The Moderating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Stressful Events and Depression Symptoms. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 15(2), 213-220.
- [28]Salehi, A., Baghban, I. and Bahrami, F. (2011). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems considering the personal and family factors. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 1(1), 1-19.
- [29]Salehi, A., Mazaheri, Z. and Aghajani, Z. (2015). The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Prediction of Depression. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 16(1), 108-117.
- [30]Besharat, M., Zahedi-Tajrishi, K. and Noorbala, A. (2014). Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders, and normal individuals: A comparative study. *Contemporary Psychology*, 8(2), 3-16.
- [31]Nolen-Hoeksema, S., Blair, E.W., Sonja, L. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- [32]Martin, R. C., Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and individual differences*, 39(7), 1249-1260.
- [33]Sheppes, G., Gross, J. J. (2011). Is timing everything? Temporal considerations in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 15(4), 319-331.
- [34]Sheppes, G., Scheibe, G. and Suri, S. (2014). Emotion regulation choice: a conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(1), 163.
- [35]Peña-Sarrionandia, Ainize Mikolajczak and Moira Gross. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 6, 160.
- [36]Urry, H. L. (2016). Resources for emotion regulation in older age: Linking cognitive resources with cognitive reappraisal.
- [37]De Castella, Krista Goldin and Philippe Jazaieri. (2013). Beliefs about emotion: Links to emotion regulation, well-being, and psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(6), 497-505.

- [38]Bandura, A., Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of applied psychology*, 88(1), 87.
- [39]Ortner, C. N. M., Briner, E. L., Marjanovic, Z. (2017). Believing is doing: Emotion regulation beliefs are associated with emotion regulation behavioral choices and subjective well-being. *Europe's journal of psychology*, 13(1), 60.
- [40]Kneeland, E. T., Dovidio, J. F., Joormann, J., Clark, M. S. (2016). Emotion malleability beliefs, emotion regulation, and psychopathology: Integrating affective and clinical science. *Clinical psychology review*, 45, 81-88.
- [41]Trincas, R., Bilotta, E., Mancini, F. (2016). Specific beliefs about emotions are associated with different emotion-regulation strategies. *Psychology*, 7(13), 1682.
- [42]Beck, A. T. (1996). *Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology*.
- [43]Rajabi, G. Karjo, S. (2013). Psychometric properties of a Persian-language version of the beck depression inventory-second edition (BDI-II-Persian).
- [44]Fata, L., Birashk, B., Atefvahid, MK., Dabson, KS. (2005). Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 11(3), 312-326.
- [45]Caprara, Gian Vittorio.,Steca, Patrizia.,Cervone, Daniel.,Artistico, Danielle.(2003). The contribution of self-efficacy beliefs to dispositional shyness: On social-cognitive systems and the development of personality dispositions, *Journal of Personality*.
- [46]Hosseinchari, M., Kamali, F., Mehrpour, A. (2016). Psychometric properties OF the regulatory emotional self-efficacy sclae in a sample of high school students. *Quarterly of Educational Measurement*, 6(22).
- [47]Schwarzer, R., Renner, B., & (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health psychology*, 19(5), 487.
- [48]Khoshnevisan, Z., Afroz, G. (2011). The relationship between self-efficacy. depression, anxiety and stress. *Journal of behavior*, 5.
- [49]Cheung, S.-K., Sun, S. Y. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 28(5), 413-422.
- [50]Schwarzer, R., Luszczynska, A. (2007). Health behavior constructs: Theory, measurement, and research. National Cancer Institute Website. Retrieved. URL: <http://dccps.cancer.gov/brp/constructs/selfefficacy/index.html>.
- [51]Mennin, D. S.,Fresco, D. M. (2015). Advancing emotion regulation perspectives on psychopathology: The challenge of distress disorders. *Psychological Inquiry*, 26(1), 80-92.
- [52]Tamir, Maya., John, Oliver P., Srivastava, Sanjay Gross, James J. (2007). Implicit theories of emotion: Affective and social outcomes across a major life transition, *Journal of personality and social psychology*.
- [53]Trincas, R., Bilotta, E., Mancini, F. (2016). Specific beliefs about emotions are associated with different emotion-regulation strategies. *Psychology*, 7(13), 1682.
- [54]De Castella, K., Gross, J. J, Platow, M. J., Tamir, M. (2018). Beliefs about emotion: implications for avoidance-based emotion regulation and psychological health. *Cognition and Emotion*, 32(4), 773-795.
- [55]Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*: Macmillan.
- [56]Wu, X.-w., He, X.-q., Huang, L., Tang, H.-b. (2015). Social anxiety, aggression and depression: The mediating of regulatory emotional self-efficacy. *Chinese Journal of Clinical Psychology*.
- [57]Dou, K., Bin, J. L, Liu, Y.-Z, Wang, Y.-J. (2016). Core self-evaluation, regulatory emotional self-efficacy, and depressive symptoms: Testing two mediation models. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 44(3), 391-399.

- [58]Novin, Sheida ,Rieffe, Carolien.,MO. (2010). The role of situational goals and audience on self-reported emotion experience and expression: Dutch and South Korean children compared. *Infant and Child Development*, 19(4), 406-421.
- [59]Wei, Meifen., Su, Jenny C.,Carrera, Stephanie, Lin, Shu-Ping ,Yi., Fei. (2013). Suppression and interpersonal harmony: A cross-cultural comparison between Chinese and European Americans. *Journal of counseling psychology*, 60(4), 625.
- [60]Deng, X., Luan, Z., Sang, B. (2013). Up-and down-regulation of daily emotion: An experience sampling study of Chinese adolescents' regulatory tendency and effects. *Psychological Reports*, 113(2), 552-565.
- [61]Kitayama, S., Kurokawa, M., Markus, H. R. (2000). Culture, emotion, and well-being: Good feelings in Japan and the United States. *Cognition & Emotion*, 14(1), 93-124.
- [62]Soto, José A Perez, Christopher R Kim, Young-Hoon Lee. (2011). Is expressive suppression always associated with poorer psychological functioning? A cross-cultural comparison between European Americans and Hong Kong Chinese. *Emotion*, 11(6), 1450.
- [63]Uchida, Y., Kitayama, S. (2009). Happiness and unhappiness in east and west: Themes and variations. *Emotion*, 9(4), 441.