نقش تعدیل کننده راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی

علی محمدزاده ابراهیمی[1]، طیبه رحیمی پردنجانی[1]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: شیوع علایم افسردگی به طور روزافزونی در حال افزایش است و اثرات مخرب آن بر روی فرد و جامعه بسیار گسترده می‌باشد. شناسایی عوامل خطر و محافظت کننده و درک فرایند ابتلا به علایم افسردگی به منظور پیشگیری به موقع و تلاش‌های مداخله‌ای اولیه، ضروری به نظر می‌رسد. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی نقش تعدیل کننده راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی بود.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این مطالعه، دانشجویان مقطع کارشناسی بودند که ۳۵۷ نفر از آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه بررسی تجارب زندگی (Life Experiences Survey یا LES)، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire یا CERQ) و پرسش‌نامه افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI) استفاده گردید. فرضیه پژوهش از طریق روش تحلیل رگرسیون مورد آزمون قرار گرفت.

یافته‌ها: راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی را تعدیل نمود.

نتیجه‌گیری: افرادی که به دنبال تجربه رویدادهای استرس‌زا، به میزان بیشتری از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند، علایم افسردگی کمتری را تجربه می‌نمایند و بر عکس افرادی که پس از تجربه رویدادهای استرس‌زا، به میزان کمتری از این راهبردها استفاده می‌کنند، تجربه علایم افسردگی بیشتری دارند. بر این اساس، مداخلات و برنامه‌های پیشگیرانه در زمینه علایم افسردگی، باید اهتمام ویژه‌ای به آموزش و ترویج راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجان، رویدادهای استرس‌زا، علایم افسردگی

ارجاع: محمدزاده ابراهیمی علی، رحیمی پردنجانی طیبه. **نقش تعدیل کننده راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۲): ۲۲۰-۲۱۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱/۲۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۳/۱۶

مقدمه

افسردگی در صدر فهرست زیان‌بارترین بیماری‌های روانی قرار دارد (۱). بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO)، افسردگی بر حسب هزینه و باری که تحمیل می‌کند، در سال ۲۰۲۰ دومین بیماری مهم در بین تمام بیماری‌ها خواهد بود (۲). در واقع، نشانه‌ها و علایم افسردگی (Depression symptoms) یکی از شاخص‌های مهم بهداشت و سلامت عمومی جوامع محسوب می‌گردد (۳). امروزه، علاوه بر اختلال افسردگی بالینی، علایم و نشانه‌های خفیف‌تر افسردگی نیز از لحاظ بالینی مهم انگاشته می‌شوند (۴). دانشجویان دانشگاه، از جمله گروه‌هایی هستند که به طور ویژه‌ای در معرض خطر رشد علایم افسردگی قرار دارند (۵). علایم این اختلال در دانشجویان می‌تواند با فرایندهای یادگیری و عملکرد حافظه تداخل پیدا کند و اثر منفی بر عملکرد تحصیلی بگذارد (۶). همچنین، با مشکلات سوء مصرف مواد و مشروبات الکلی و افکار خودکشی نیز ارتباط دارد (۷). بیشتر دانشجویانی که علایم افسردگی دارند، در پی درمان و کمک‌خواهی نیستند (۱۰-۸). این علایم، اگر بدون توجه و درمان به موقع باقی بمانند، می‌توانند باعث بروز مشکلات جدی شوند. بنابراین، شناسایی علل و علایم افسردگی، درک فرایند ابتلا به آن و شناسایی افراد در معرض خطر اولیه در این برهه از زندگی، برای پیشگیری به موقع و تلاش‌های مداخله‌ای اولیه، حیاتی است و می‌تواند از موارد افسردگی شدیدتر در آینده که هزینه و بار زیادی به فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند، جلوگیری نماید.

اثرات مخرب افسردگی پژوهش‌های زیادی را در جهت شناسایی عوامل آن برانگیخته است. بخشی از پژوهش‌ها مبتنی بر رویکرد استرس‌زاهای محیطی زندگی می‌باشند که در آن بر نقش رویدادهای استرس‌زای زندگی (Stressful life events) به عنوان زمینه‌ساز افسردگی تأکید می‌شود (۱۱). در تأیید این رویکرد، نتایج تحقیقات گزارش کرده‌اند که رویدادهای استرس‌زای زندگی، به صورت مستقیم و غیر مستقیم از عوامل خطر رشد افسردگی (۱۳، ۱۲) و آغاز کننده نخستین دوره افسردگی (۱۴، ۱۳) می‌باشند. به ویژه در مورد دانشجویان، شیوع افسردگی در آن‌ها به طور عمده به استرس‌زاهای مختلفی که با آن مواجه می‌شوند (مانند نگرانی‌های مالی، عملکرد تحصیلی و مشکلات ارتباطی) مربوط است (۱۹-۱۵). با این وجود، هنگام وقوع رویدادهای استرس‌زا، همه افراد به صورت یکسان در مقابل افسردگی آسیب‌پذیر نیستند (۱۱) و فقط اقلیتی از این افراد افسرده می‌شوند (۲۱، ۲۰). علت این امر آن است که

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران

نویسنده مسؤول: علی محمدزاده ابراهیمی

Email: alimohamadzade98@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.10.1]

افسردگی نوعی اختلال پیچیده ناشی از تعامل عوامل خطر مختلف می‌باشد. بنابراین، توجه ما به عوامل مهم دیگری جلب می‌شود. به ویژه این که، افسردگی اغلب به عنوان یک اختلال در تنظیم هیجان مفهوم‌سازی می‌گردد (۲۲) و توافق قابل توجهی وجود دارد که مهارت‌های تنظیم هیجانی برای رشد بهنجار ضروری هستند (۲۳). اگرچه تنظیم هیجانی یک ظرفیت ویژه فردی می‌باشد، اما تفاوت‌های فردی زیادی در این راهبردها و انطباقی بودن راهبردهایی که افراد در طول تجربه رویدادهای استرس‌زا استفاده می‌کنند، وجود دارد (۲۴). از جمله این مهارت‌های تنظیم هیجانی می‌توان به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Cognitive emotion regulation strategies) اشاره نمود که افراد از آن به منظور مقابله و کنار آمدن با افکار مربوط به استرس استفاده می‌کنند (۲۸-۲۵). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به شیوه‌های هشیارانه و ذهنی اداره کردن اطلاعات برانگیزاننده هیجانی ناشی از تجربه رویدادهای استرس‌زا اطلاق می‌گردد (۳۰، ۲۹). به عنوان نمونه، هنگام تجربه رویدادهای منفی زندگی، فرد ممکن است گرایش به افکاری پیدا کند که خود سرزنش کننده می‌باشد یا بر عکس، دیگران را سرزنش کند. همچنین، ممکن است او به وسیله نشخوار ذهنی، روی احساساتش تمرکز نماید و یا موقعیت را به طور مثبتی ارزیابی کند (۳۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان، به عنوان یک تعدیل کننده ارتباط بین استرس و سلامت روان‌شناختی عمل می‌کند (۳۴-۳۲). محققان ۹ راهبرد متفاوت تنظیم شناختی را شناسایی کرده‌اند که شامل «خودسرزنشی، پذیرش، نشخوار ذهنی، بازتمرکز مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، بازارزیابی مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران» می‌باشد (۳۰، ۲۹). آن‌ها راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را بر حسب تکنیک‌های انطباقی (Adaptive) و غیر انطباقی (Inadaptive) معرفی نمودند. پذیرش (افکاری که از طریق آن، افراد آنچه را که تجربه کرده‌اند، می‌پذیرند و تسلیم آنچه که اتفاق افتاده می‌شوند)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (فکر کردن به این موضوع که چه گام‌هایی باید برداشته شود و چگونه رویداد منفی باید اداره شود)، بازتمرکز مثبت (فکر کردن به پیامدهای خوشایند و مطلوب رویداد به جای رخداد واقعی)، بازارزیابی مثبت (افکاری که معنای مثبتی را به یک رویداد بر حسب کمک به رشد شخصی می‌دهند) و دیدگاه‌پذیری (افکاری که وخامت و پیامدهای یک رویداد را با تأکید بر نسبیت و مقایسه آن با دیگر رخدادها از بین می‌برد و کاهش می‌دهد) به عنوان راهبردهای تنظیم شناختی مثبت یا انطباقی و سایر راهبردها به عنوان راهبردهای مقابله شناختی منفی یا غیر انطباقی شناخته می‌شود (۳۵).

پژوهش‌ها به طور عمده به بررسی نقش راهبردهای غیر انطباقی تنظیم شناختی هیجان پرداخته و نشان داده‌اند که استفاده از این راهبردها در پی تجربه رویدادهای استرس‌زای زندگی، با آسیب روانی همراه است (۳۸-۳۶، ۳۴، ۲۷). تحقیقات اندکی نیز نقش برخی راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان را بررسی کرده و نشان داده‌اند که راهبردهای انطباقی همچون بازارزیابی مثبت، با سلامت روان‌شناختی و علایم کمتری از افسردگی ارتباط دارد (۴۲-۳۸). مطالعات قبلی، رویکرد مبتنی بر منفک کردن را هنگام بررسی رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سلامت روان اتخاذ کرده‌اند (۴۳)؛ بدین صورت که محدود به بررسی نقش برخی از انواع راهبردهای انطباقی هر یک به صورت مجزا، در آسیب و سلامت روان‌شناختی بوده‌اند (۴۴). چنین رویکردی از ماهیت چند متغیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و امکان این که افراد ممکن است بیش از یک راهبرد را هنگام کنار آمدن (مقابله) با رویدادهای استرس‌زا استفاده نمایند، غفلت می‌کند (۴۵). پژوهش‌ها و نظریه‌های جدیدتر بیان می‌دارند که تنها یک رفتار یا راهبرد تنظیم شناختی هیجان نمی‌تواند نشانگر پاسخ‌های مقابله‌ای حداکثری فرد باشد (۴۶، ۴۴). بنابراین، مطالعاتی که به بررسی رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مشکلات روان‌شناختی می‌پردازند، باید تنها بر یک راهبرد مجزا تمرکز نکنند و هم‌زمان راهبردهای مقابله شناختی چند گانه که افراد استفاده می‌کنند را به منظور دستیابی به نتایج مهم و معنی‌دار مورد توجه قرار دهند (۲۹).

تاکنون پژوهشی که نقش کلیه راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، بازتمرکز مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، بازارزیابی مثبت و دیدگاه‌پذیری) را در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی بررسی کند، انجام نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر درصدد بررسی این مسأله بود که آیا راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان رابطه رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی را تعدیل می‌کند؟ بدین منظور، فرض بر این است که رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی در افرادی که به میزان بیشتری از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند، ضعیف‌تر و در افرادی که به میزان کمتری از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند، قوی‌تر است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع همبستگی بود و به روش توصیفی انجام گردید. جامعه آماری مطالعه را کلیه دانشجویان (پسر و دختر) مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز در نیم‌سال اول سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ تشکیل داد که با استناد به آمار دفتر برنامه‌ریزی و ارزیابی آموزشی دانشگاه، تعداد آن‌ها ۱۱۴۳۰ نفر (۷۴۹۳ دختر و ۳۹۳۷ پسر) بود. به منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شد؛ به این ترتیب که نمونه‌ها با توجه به کل جمعیت دانشجویان مقطع کارشناسی هر دانشکده و همچنین، نسبت جنسیتی آن‌ها انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس جدول Krejcie و Morgan، ۳۷۳ نفر تعیین گردید. در نهایت، پس از حذف ۱۶ پرسش‌نامه به دلیل نقص در پاسخدهی، ۳۵۷ پرسش‌نامه (۱۲۳ پسر و ۲۳۴ دختر) جهت تحلیل باقی ماند. از جمله روش‌هایی که به منظور تجزیه و تحلیل رابطه تعاملی دو متغیر پیش‌بین پیوسته در پیش‌بینی یک متغیر ملاک استفاده می‌شود، تحلیل رگرسیون تعدیل‌گر (Moderated Regression Analysis) می‌باشد (۴۷). در تحقیق حاضر نیز از این روش برای آزمون فرضیه پژوهش استفاده گردید. جهت جمع‌آوری داده‌های مطالعه، ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفت.

پرسش‌نامه بررسی تجارب زندگی (Life Experiences Survey یا LES):

این پرسش‌نامه که توسط Sarason و همکاران تهیه شد (۴۸)، یک ابزار ۶۰ ماده‌ای و به طور عمده مربوط به جامعه آماری دانشجویان است. LES، ادراک از شدت رویدادهای استرس‌زا را در حوزه‌های مختلفی همچون آموزشی و تحصیلی، روابط نزدیک، از دست دادن، مرگ، بیماری یا آسیب دیدگی دوستان، اعضای خانواده و خویشاوندان، فعالیت‌های اجتماعی، مسایل مربوط به شغل و درامد، مسایل خانوادگی و سلامت جسمانی ارزیابی می‌کند. این ابزار اثر مثبت،

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.10.1]

اثر منفی و شدت اثر آن‌ها را روی یک مقیاس هفت درجه‌ای با دامنه ۳- (اثر منفی شدید) تا ۳+ (اثر مثبت شدید) درجه‌بندی می‌کند. مؤلفه‌های پرسش‌نامه LES شامل نمره تغییر مثبت (Positive change score) و نمره تغییر منفی (Negative change score) می‌باشد که به ترتیب از مجموع موادی که توسط آزمودنی به عنوان اثرگذار مثبت (۱+ تا ۳+) و اثرگذار منفی (۱- تا ۳-) ارزیابی شده‌اند، به دست می‌آید (۴۸). نمره تغییر منفی به عنوان شاخصی از شدت ادراک شده رویدادهای استرس‌زا در نظر گرفته می‌شود. پایایی مقیاس LES توسط Sarason و همکاران به روش بازآزمایی در فاصله زمانی ۵ تا ۶ هفته، در دو مطالعه مجزا به ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۸۸ گزارش گردید و ضرایب همبستگی بازآزمایی نمره کلی رویدادهای استرس‌زا نیز به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۴ به دست آمد (۴۸). از لحاظ روایی، LES با سیاهه صفت اضطرابی State-Trait Anxiety Inventory یا STAI) و فرم کوتاه مقیاس مطلوبیت اجتماعی Marlowe-Crowne (Marlowe-Crowne Social Desirability Scale یا MC–SDS) و نمرات پرسش‌نامه افسردگی Beck (Beck Depression Inventory یا BDI) (۴۹) همبستگی داشت. در پژوهش حاضر، مقدار پایایی LES با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۷۸ برای نمره تغییر مثبت و ۰/۸۱ برای نمره تغییر منفی به دست آمد.

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire یا CERQ):

این پرسش‌نامه ۳۶ مادای، توسط Garnefski و همکاران به منظور شناسایی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد پس از تجربه رویدادها و موقعیت‌های منفی طراحی شد (۳۰). CERQ شامل ۹ خرده مقیاس از لحاظ مفهومی مجزا می‌باشد که بعضی از این راهبردها منفی یا غیر انطباقی (خودسرزنشی، نشخوار ذهنی، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران) و بقیه راهبردها انطباقی یا مثبت هستند (پذیرش، بازتمرکز مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، بازارزیابی مثبت و دیدگاه‌پذیری). هر یک از خرده مقیاس‌ها شامل ۴ ماده با دامنه ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. نمره کلی راهبردهای انطباقی بر اساس مطالعه Garnefski و همکاران (۳۰)، از مجموع نمرات پنج خرده مقیاس انطباقی یا مثبت CERQ به دست می‌آید. پایایی خرده مقیاس‌های CERQ، توسط Garnefski و همکاران با استفاده از ضریب Cronbach's alpha بین ۰/۸۱(نشخوار ذهنی) و ۰/۶۸ (ملامت دیگران) و با استفاده از ضرایب همبستگی بازآزمایی بین ۰/۴۸ (تمرکز بر برنامه‌ریزی) و ۰/۶۵ (ملامت دیگران) گزارش شد ($P < ۰/۰۱۰$) (۳۰). روایی پرسش‌نامه CERQ نشان داد که ساختار عاملی با توجه به زیرگروه‌های متنوع (اوایل نوجوانی، اواخر نوجوانی، بزرگسالان، سالخوردگان و بیماران روان‌پزشکی) و با توجه به جنسیت، اغلب ثابت و یکسان است. در جامعه ایرانی، یوسفی پایایی CERQ را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، در نمونه‌ای از آزمودنی‌های ۱۵ تا ۲۵ ساله، برای راهبردهای مثبت (انطباقی) و منفی (غیر انطباقی) به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به دست آورد. روایی این مقیاس نیز از طریق همبستگی میان راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (General Health Questionnaire یا GHQ)، ۰/۳۵ ($P < ۰/۰۰۱$) و ۰/۳۷ ($P < ۰/۰۰۱$) به دست آمد (۵۰). پایایی CERQ در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب Cronbach's alpha از ۰/۵۴ (پذیرش) تا ۰/۸۷ (بازارزیابی مثبت) محاسبه گردید.

BDI-II: این پرسش‌نامه توسط Beck و همکاران طراحی گردید. نسخه اصلاح شده مقیاس BDI، ابعاد عاطفی، شناختی، رفتاری، انگیزشی و جسمانی افسردگی و شدت علایم آن را در افراد بالای ۱۳ سال مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه ۲۱ ماده دارد و هر ماده به شکل متغیری شامل ۴ تا ۷ عبارت می‌باشد که درجات متفاوتی از شدت تجربه شده (دامنه نمرات بین صفر تا ۳) یکی از علایم ویژه افسردگی را طی یک هفته گذشته می‌سنجد (۴۹). از لحاظ روایی همگرا، آن‌ها مقدار همبستگی ۰/۹۳ ($P < ۰/۰۱۰$) را بین BDI-II و BDI و مقدار همبستگی ۰/۶۳ ($P < ۰/۰۱۰$) را بین این ابزار و مقیاس تجدید نظر شده افسردگی Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale یا HRSD) گزارش نمودند. به لحاظ پایایی نیز مقدار ضریب Cronbach's alpha این مقیاس ۰/۹۱ به دست آمد (۴۹). پایایی BDI-II در جامعه ایرانی با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۷۴ ($P < ۰/۰۰۱$) محاسبه گردید. روایی همگرای BDI-II با همبسته کردن آن با پرسش‌نامه افکار خودآیند (Automatic Thoughts Questionnaire یا ATQ)، ۰/۷۳ ($P < ۰/۰۰۱$) گزارش شد (۵۱). در پژوهش حاضر، پایایی BDI-II با روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۰ به دست آمد.

یافته‌ها

به لحاظ جمعیت‌شناختی، مردان ۳۵ درصد و زنان ۶۵ درصد نمونه‌های پژوهش حاضر را تشکیل دادند. میانگین سنی زنان و مردان به ترتیب ۲۲/۱۵ و ۲۲/۶۵ سال بود. ۹/۸ درصد از مشارکت کنندگان در دانشکده علوم تربیتی، ۱۷/۶ درصد در دانشکده اقتصاد، ۸/۷ درصد در دانشکده الهیات، ۱۶/۲ درصد در دانشکده علوم پایه، ۹/۲ درصد در دانشکده ادبیات، ۹/۰ درصد در دانشکده کشاورزی، ۱۸/۵ درصد در دانشکده مهندسی، ۲/۲ درصد در دانشکده تربیت بدنی، ۶/۷ درصد در دانشکده ریاضی و ۲/۰ درصد در دانشکده علوم آب مشغول به تحصیل بودند. همچنین، میانگین (± انحراف معیار) ادراک از رویدادهای استرس‌زا ۱۰/۱۱ ± ۱۹/۹۶، راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان ۱۱/۵۴ ± ۵۸/۴۴ و علایم افسردگی ۶/۹۶ ± ۱۱/۵۷ به دست آمد. علاوه بر این، نتایج ضرایب همبستگی Pearson نشان داد که رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان با علایم افسردگی به ترتیب ۰/۵۰۶ و ۰/۲۴- و هر دو معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$). علاوه بر این، بین رویدادهای استرس‌زا و راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$).

با توجه به این که تحلیل استنباطی داده‌های پژوهش مستلزم استفاده از تحلیل رگرسیون می‌باشد، ابتدا مفروضه‌های آن مورد سنجش قرار گرفت. مفروضه یکسانی پراکندگی خطاها با استفاده از ترسیم نمودار توزیع خطاها بررسی گردید و نتایج نشان داد که خطاها دارای توزیع نرمال و میانگین صفر می‌باشند و فرضیه مذکور محقق شده است. نتیجه بررسی مفروضه استقلال خطاها با استفاده از آزمون Durbin-Watson حاکی از آن بود که مقدار این آزمون ۱/۸۳ است و با توجه به این که در بازه ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد، این مفروضه نیز رعایت شده است. به منظور آزمون مفروضه هم‌خطی، از آماره تحمل و تورم واریانس استفاده گردید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.10.1]

جدول ۱. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی مربوط به اثرات تعدیل کننده راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان بر رویدادهای استرس‌زا در پیش‌بینی علایم افسردگی

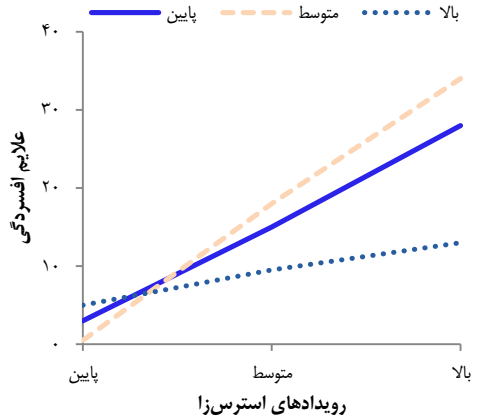
مراتب		R	R^2	ΔR^2	ΔF	B	SE_B	β
مرتبه ۱	جنسیت	۰/۱۴*	۰/۰۲۲	۰/۰۲۲*	۲/۵۹	−۲/۱۷۰	۰/۸۰۰	−۰/۱۵**
	سن	–	–	–	–	۰/۲۱۰	۰/۱۹۰	۰/۰۶
مرتبه ۲: رویدادهای استرس‌زا		۰/۵۱**	۰/۲۶۰	۰/۲۴۰**	۱۱۴/۰۹	۰/۳۵۰	۰/۰۳۰	۰/۵۱**
مرتبه ۳: راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان		۰/۵۵**	۰/۳۱۰	۰/۰۴۶**	۲۳/۲۶	−۰/۱۳۰	۰/۰۲۰	−۰/۲۲**
مرتبه ۴: رویدادهای استرس زا × راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان		۰/۵۷**	۰/۳۳۰	۰/۰۲۰**	۱۰/۴۸	−۰/۰۰۹	۰/۰۰۳	−۰/۱۴**

*P < ۰/۰۵، **P < ۰/۰۱

نتایج نشان داد که مقدار آماره تحمل و تورم واریانس برای متغیرهای پیش‌بین به ترتیب بیشتر و کمتر از ۰/۱ می‌باشد. بنابراین، این فرضیه نیز محقق شده است. پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، به منظور آزمودن نقش تعدیل کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی نیز از تحلیل رگرسیون با روش سلسله مراتبی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ ارایه شده است.

بر اساس داده‌های جدول ۱، به منظور کنترل متغیرهای تأثیرگذار در متغیر ملاک، ابتدا متغیرهای جنسیت و سن و سپس متغیرهای اصلی وارد تحلیل رگرسیون شدند. نتایج نشان داد که جنسیت سهم معنی‌داری در تبیین واریانس متغیر ملاک داشت و قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک بود (R^2 = ۰/۰۲۲، β = −۰/۱۵، P < ۰/۰۵)، اما سهم سن معنی‌دار نبود (P > ۰/۰۵). در مرتبه دوم، رویدادهای استرس‌زا به عنوان متغیر پیش‌بین اول وارد تحلیل رگرسیون گردید. مطابق با جدول ۱، رویدادهای استرس‌زا ۲۶ درصد واریانس علایم افسردگی را تبیین نمود (R^2 = ۰/۲۶۰). ضرایب رگرسیون نشان داد که این متغیر نقش معنی‌داری در پیش‌بینی متغیر ملاک داشت (β = −۰/۵۱، P < ۰/۰۱). در مرتبه سوم، با ورود راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان به عنوان متغیر تعدیل کننده به مدل رگرسیون، نتایج حاکی از آن بود که این متغیر ۴/۶ درصد واریانس انحصاری افزوده را برای مدل پدید آورد که این میزان معنی‌دار بود ($R\Delta^2$ = ۰/۰۴۶، $F\Delta$ = ۲۳/۲۶، P < ۰/۰۱). ضرایب رگرسیون در مرتبه سوم نشان داد که این متغیر نقش معنی‌داری در پیش‌بینی متغیر ملاک داشت (β = −۰/۲۲، P < ۰/۰۱). به منظور نشان دادن اثرات تعدیل کننده در مرتبه چهارم، تعامل رویدادهای استرس‌زا و راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان وارد مدل گردید. نتایج نشان داد که این تعامل، ورای اثرات متغیرهای اصلی، ۲ درصد واریانس انحصاری افزوده را برای مدل ایجاد کرد که این میزان به لحاظ آماری معنی‌دار بود (ΔR^2 = ۰/۰۲۰، ΔF = ۱۰/۴۸، P < ۰/۰۱). تعامل معنی‌دار مذکور نشان دهنده آن است که رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی در سطوح مختلف راهبردهای انطباقی (بالا، متوسط و پایین) متفاوت می‌باشد. ضرایب رگرسیون در مرتبه چهارم حاکی از آن بود که این تعامل نقش معنی‌داری در پیش‌بینی متغیر ملاک داشت (β = −۰/۱۴، P < ۰/۰۱).

به منظور روشن ساختن ماهیت این اثر تعدیل‌گر، نمودار تعامل با استفاده از ضرایب استاندارد خطوط رگرسیون برای افراد بالا (۱ انحراف معیار بالای میانگین)، متوسط (بین ۱ انحراف معیار بالا و پایین میانگین) و پایین (۱ انحراف معیار پایین میانگین) در راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان و رویدادهای استرس‌زا (۵۲، ۵۱) ترسیم گردید. شکل ۱ نحوه تعامل رویدادهای استرس‌زا و راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی علایم افسردگی را نشان می‌دهد.



شکل ۱. تعامل رویدادهای استرس‌زا و راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی علایم افسردگی

مطابق با شکل ۱، شیب‌های خطوط رگرسیون مربوط به رابطه رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی در افرادی که در راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان نمره بالا، متوسط و پایین گرفته‌اند، با یکدیگر موازی نیست؛ بدین معنی که رابطه مثبت بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی، در افرادی که از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان به میزان بیشتری استفاده می‌کنند، ضعیف‌تر و در افرادی که از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان به میزان کمتری استفاده می‌کنند، قوی‌تر است. بر این اساس، می‌توان اظهار داشت که راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی را تعدیل می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی نقش تعدیل کننده راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی بود. نتایج نشان داد که راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی را تعدیل می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهد افرادی که در پی تجربه رویدادهای استرس‌زا به میزان بیشتری از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.10.1]

راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند، علایم افسردگی کمتری را تجربه می‌نمایند و بر عکس افرادی که پس از تجربه رویدادهای استرس‌زا به میزان کمتری از این راهبردها استفاده می‌کنند، علایم افسردگی بیشتری دارند. این نتایج با یافته‌های برخی پژوهش‌ها (۴۲-۳۸) همسو بود.

نتایج مطالعه Vanderhasselt و همکاران نیز نشان داد که کاربرد ترکیبی از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان در پی رویدادهای استرس‌زا، اثر نگرش‌های ناکارامد بر علایم افسردگی دانشجویان را کاهش می‌دهد (۵۳) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داشت. Martin و Dahlen دریافتند که راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان به ویژه بازارزیابی مثبت، با کاهش علایم افسردگی، اضطراب و خشم در دانشجویان همراه است (۳۹). تحقیق دیگری نیز گزارش کرد که راهبرهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، با افزایش رضایت از زندگی و عواطف مثبت همراه می‌باشد و با سطوح پایینی از خلق افسرده و عواطف منفی رابطه دارد (۲۲).

نگاهی مختصر به ویژگی‌های انواع راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، به درک بهتر اثرات تعدیل کننده آن در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و علایم افسردگی کمک می‌کند. افرادی که «بازتمرکز مثبت» را به کار می‌برند، سعی می‌کنند به جای رویداد استرس‌زا، به تفکر درباره پیامدهای خوشایند و مطلوب این رویدادها و یافتن معنی مثبت برای آن اقدام کنند و بدین طریق با آن کنار بیایند. افرادی که از «بازارزیابی مثبت» استفاده می‌کنند، شرایط استرس‌زا را بر حسب کمک به رشد شخصی تعبیر می‌کنند و همچنین، شرایط را سازماندهی مجدد می‌کنند، مورد بازبینی قرار می‌دهند و اهدافشان را تعریف مجدد می‌کنند (۵۴). پذیرش به عنوان یک راهبرد انطباقی، رابطه مثبتی با عزت نفس و خوش‌بینی دارد و به افراد برای کنار آمدن با شرایط استرس‌زا کمک می‌کند. با به کار بردن «تمرکز بر برنامه»، افراد در واقع درباره این که چه گام‌هایی می‌شود برای اداره کردن موقعیت منفی برداشت، فکر می‌کنند. در نهایت با اتخاذ راهبرد «دیدگاه‌پذیری»، افراد رویدادهای استرس‌زای منفی را با رویدادهای دیگر مقایسه می‌کنند و به نوعی با تأکید بر نسبیت رویدادها، خود را از لحاظ ذهنی آرام می‌کنند (۳۱).

راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، نقش مهمی در کمک به افراد برای تنظیم یا اداره کردن هیجاناتشان و حفظ کنترل روی آن‌ها پس از تجربه رویدادهای منفی و استرس‌زا دارد. استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان به ویژه راهبردهای بازارزیابی مثبت، بازتمرکز مثبت و تمرکز بر برنامه، افراد را تشویق می‌کند تا به نشانه‌های موقعیتی پاسخ دهنده‌تر باشند و به طور تعاملی‌تر و فعال‌تر با محیط اجتماعی برخورد کنند. با چنین شیوه‌ای، پاسخ‌های هیجانی افراد به جای پاسخ‌های قالبی سخت‌گیرانه، انعطاف‌پذیرتر خواهد بود و ممکن است مانع از تجربه علایم افسردگی گردد (۵۵). همچنین، استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان مانند بازارزیابی مثبت، دیدگاه‌پذیری، بازتمرکز مثبت، پذیرش و تمرکز بر برنامه می‌توانند شناخت‌ها و عقاید غیر منطقی و کژکارانه افراد را نیز تعدیل کند و بدین طریق در کنار آمدن با رویدادهای استرس‌زا و همچنین، افزایش خلق و عواطف مثبت به آن‌ها کمک نماید. بر عکس، استفاده اندک از این راهبردها می‌توانند افکار منفی و شناخت‌های تحریف شده افراد را تشدید نماید و علایم افسردگی بیشتری را به دنبال داشته باشد (۵۶).

افرادی که از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند، تلاش خود را در جهت بازسازی شناختی مسأله یا موقیت استرس‌زا به کار می‌گیرند. چنین امری سلامت روان و کیفیت زندگی بهتری را برای آن‌ها به همراه دارد. راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، افراد را قادر می‌سازد که با انعطاف‌پذیری بیشتری به رویدادهای استرس‌زا پاسخ دهند. استفاده از این راهبردها به عملکرد مؤثر فرد در محیط اجتماعی و جستجوی اهداف شخصی کمک می‌کند؛ بدین صورت که شناخت‌های منفی کمتری در افراد هنگام تجربه رویدادهای استرس‌زا ایجاد می‌کند و بدین طریق باعث می‌شود افراد هنگام تجارب استرس‌زا، علایم افسردگی کمتری را نشان دهند.

در مجموع، افرادی که به دنبال تجربه رویدادهای استرس‌زا، به میزان بیشتری از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند، علایم افسردگی کمتری را تجربه می‌نمایند و بر عکس افرادی که پس از تجربه رویدادهای استرس‌زا به میزان کمتری از این راهبردها استفاده می‌کنند، علایم افسردگی بیشتری دارند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بود که می‌تواند با سوگیری در پاسخدهی همراه باشد. همچنین، استفاده از نمونه آماری دانشجویان، تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش حاضر را محدود می‌سازد. علاوه بر این، یافته‌های این پژوهش محدود به علایم افسردگی بود و قابل تعمیم به نمونه‌های مبتلا به اختلال افسردگی بالینی نمی‌باشد و اهدافی را برای مداخلات فراهم می‌آورد. مطالعات گذشته تأکید دارند که مداخله‌های پیشگیرانه در زمینه اختلالات روانی به جای رفتارها و علایم مشکل‌زا و مقوله‌بندی آن‌ها، باید به طور عمده بر عوامل خطر و حفاظت کننده تمرکز نمایند (۵۷). مطالعه حاضر نشان داد، راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان به عنوان یک عامل حفاظت کننده، خطر علایم افسردگی در دانشجویان را به دنبال تجربه رویدادهای استرس‌زا کاهش می‌دهد. بر این اساس، هدف مهم برنامه‌های پیشگیری آن است که با ترویج استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای غیر انطباقی، از بروز علایم افسردگی پیشگیری شود. این نتایج می‌تواند پیشنهاد ویژه‌ای نیز برای محتوای چنین مداخلاتی داشته باشد از جمله این که مهم است متخصصان هنگام درمان علایم افسردگی، به آموزش و کسب راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان همچون بازتمرکز مثبت و بازارزیابی مثبت اهتمام ویژه‌ای داشته باشند. تصدیق و تأیید بیشتر نتایج تحقیق حاضر نیازمند مطالعات گسترده‌تر بر روی نمونه‌های دیگر و استفاده از سایر روش‌ها می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های آینده به بررسی این موضوع در نمونه‌های غیر دانشجویی که بیشتر می‌توانند معرف جامعه باشند، بپردازند. همچنین، بهتر است موضوع تحقیق حاضر بر روی نمونه‌های آماری مبتلا به افسردگی بالینی نیز صورت گیرد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از یافته‌های پژوهشی نویسندگان می‌باشد. بدین وسیله از کلیه دانشجویانی که در اجرای این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.10.1]

References

1. Wang EC. Depression and cognitive vulnerability [PhD Thesis]. Tromso, Norway: Department of Psychology, School of Social Sciences, University of Tromso; 2006.
2. Berry DM, York K. Depression and religiosity and/or spirituality in college: A longitudinal survey of students in the USA. Nurs Health Sci 2011; 13(1): 76-83.
3. Pilkington K. Anxiety, depression and acupuncture: A review of the clinical research. Auton Neurosci 2010; 157(1-2): 91-5.
4. Backenstrass M, Joest K, Rosemann T, Szecsenyi J. The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it all that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients. BMC Health Serv Res 2007; 7: 190.
5. Stewart-Brown S, Evans J, Patterson J, Petersen S, Doll H, Balding J, et al. The health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem? J Public Health Med 2000; 22(4): 492-9.
6. Hysenbegasi A, Hass SL, Rowland CR. The impact of depression on the academic productivity of university students. J Ment Health Policy Econ 2005; 8(3): 145-51.
7. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. Depress Anxiety 2008; 25(6): 482-8.
8. Blanco C, Okuda M, Wright C, Hasin DS, Grant BF, Liu SM, et al. Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2008; 65(12): 1429-37.
9. Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E, Hefner JL. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. Am J Orthopsychiatry 2007; 77(4): 534-42.
10. Zivin K, Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E. Persistence of mental health problems and needs in a college student population. J Affect Disord 2009; 117(3): 180-5.
11. Alloy LB, Riskind JH. Cognitive vulnerability to emotional disorders. London, UK: Routledge; 2005.
12. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. Clin Psychol Rev 2007; 27(8): 959-85.
13. Monroe SM, Harkness KL. Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. Psychol Rev 2005; 112(2): 417-45.
14. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. Am J Psychiatry 1992; 149(8): 999-1010.
15. Amritha K, Srikanth S, Srivatsa VG, Thirunaaukarasu, Susiganeshkumar E. Stressful life events- Effect on mental health of medical students. Indian Journal of Medical Specialities 2013; 4(2): 254-8.
16. Burns RA, Machin MA. Psychological wellbeing and the diathesis-stress hypothesis model: The role of psychological functioning and quality of relations in promoting subjective well-being in a life events study. Pers Individ Dif 2013; 54(3): 321-6.
17. Lee SA. Does empathy mediate the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students? Pers Individ Dif 2009; 47(5): 429-33.
18. McLennan J. 'University Blues': Depression among tertiary students during an academic year. Br J. Guid Couns 1992; 20(2): 186-92.
19. Vrana S, Lauterbach D. Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. J Trauma Stress 1994; 7(2): 289-302.
20. Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Altham PM. First-episode major depression in adolescents. Affective, cognitive and endocrine characteristics of risk status and predictors of onset. Br J Psychiatry 2000; 176: 142-9.
21. Kessler RC, de Jonge P, Shahly V, van Loo HM, Wang PSE, Wilcox MA. Epidemiology of depression. In: Gotlib IH, Hammen CL, editors. Handbook of depression. New York, NY: Guilford; 2002. p. 5-22.
22. Gross J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Review of General Psychology 1998; 2(3): 271-99.
23. Eisenberg N, Spinrad TL. Emotion-related regulation: sharpening the definition. Child Dev 2004; 75(2): 334-9.
24. Bosch NM, Riese H, Ormel J, Verhulst F, Oldehinkel AJ. Stressful life events and depressive symptoms in young adolescents: Modulation by respiratory sinus arrhythmia? The TRAILS study. Biol Psychol 2009; 81(1): 40-7.
25. Brockmeyer T, Bents H, Holtforth MG, Pfeiffer N, Herzog W, Friederich HC. Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. Psychiatry Res 2012; 200(2-3): 550-3.
26. Ehring T, Fischer S, Schnule J, Bosterling A, Tuschen-Caffier B. Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. Pers Individ Dif 2008; 44(7): 1574-84.
27. 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.
28. Pfeifer JH, Masten CL, Moore WE, III, Oswald TM, Mazziotta JC, Iacoboni M, et al. Entering adolescence: Resistance to peer influence, risky behavior, and neural changes in emotion reactivity. Neuron 2011; 69(5): 1029-36.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.10.1]

29. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Individ Dif 2001; 30(8): 1311-27.
30. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: Spinhoven and DATEC; 2002.
31. Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Eur J Psychol Assess 2007; 23(3): 141-9.
32. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. Psychol Bull 2001; 127(1): 87-127.
33. Connor-Smith JK, Compas BE. Vulnerability to social stress: Coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. Cognit Ther Res 2002; 26(1): 39-55.
34. Lee EJ, Wu MY, Lee GK, Cheing G, Chan F. Catastrophizing as a cognitive vulnerability factor related to depression in workers' compensation patients with chronic musculoskeletal pain. J Clin Psychol Med Settings 2008; 15(3): 182-92.
35. Rudolph SG, Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism and Deficits in Cognitive Emotion Regulation. J Ration Emot Cogn Behav Ther 2007; 25(4): 343-57.
36. Bryant RA, Moulds M, Guthrie RM. Cognitive strategies and the resolution of acute stress disorder. J Traum Stress 2001; 14(1): 213-9.
37. Jermann F, Van der Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Eur J Psychol Assess 2006; 22(2): 126-31.
38. Kraaij V, Garnefski N. The role of intrusion, avoidance, and cognitive coping strategies more than 50 years after war. Anxiety Stress Coping 2006; 19(1): 1-14.
39. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. Pers Individ Dif 2005; 39(7): 1249-60.
40. Shiota MN, Campos B, Keltner D, Hertenstein MJ. Positive emotion and the regulation of interpersonal relationships. In: Philippot P, Feldman RS, editors. The regulation of emotion. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2004. p. 129-57.
41. Sumida E. Clarifying the relationship between emotion, regulation, gender, and depression [Thesis]. Logan, UT: Uta State University; 2010.
42. Yeung DY, Wong CK, Lok DP. Emotion regulation mediates age differences in emotions. Aging Ment Health 2011; 15(3): 414-8.
43. Doron J, Thomas-Ollivier V, Vachon H, Fortes-Bourbousson M. Relationships between cognitive coping, self-esteem, anxiety and depression: A cluster-analysis approach. Pers Individ Dif 2013; 55(5): 515-20.
44. Bonanno GA, Burton CL. Regulatory flexibility. Perspect Psychol Sci 2013; 8(6): 591-612.
45. Sideridis GD. Coping is not an'either"or': The interaction of coping strategies in regulating affect, arousal and performance. Stress Health 2006; 22(5): 315-27.
46. Bonanno GA. Meaning making, adversity, and regulatory flexibility. Memory 2013; 21(1): 150-6.
47. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. J Pers Soc Psychol 1986; 51(6): 1173-82.
48. Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. J Consult Clin Psychol 1978; 46(5): 932-46.
49. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II). San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
50. Yousefi F. The causal model of emotional intelligence, cognitive development, cognitive emotion regulation strategies and general health [MSc Thesis]. Shiraz, Iran: Shiraz University; 2003. [In Persian].
51. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-Persian. Depress Anxiety 2005; 21(4): 185-92.
52. Aiken LS, West SG, Reno RR. Multiple regression: Testing and Interpreting Interactions. London, UK: SAGE Publications; 1991.
53. Vanderhasselt MA, Koster EH, Onraedt T, Bruyneel L, Goubert L, De RR. Adaptive cognitive emotion regulation moderates the relationship between dysfunctional attitudes and depressive symptoms during a stressful life period: a prospective study. J Behav Ther Exp Psychiatry 2014; 45(2): 291-6.
54. Cohen P, West SG, Aiken LS. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. 3rd ed. London, UK: Routledge; 2002.
55. Park CL, Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. Rev Gen Psychol 1997; 1(2): 115-44.
56. Hsieh M. The relations among emotion regulation strategies, self-concept, and adolescents' problem behaviors [Thesis]. Bloomington, IN: Indiana University; 2010.
57. Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. Prevention and Treatment 2001; 4: 1-59.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.10.1]

The Moderating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Stressful Events and Depression Symptoms

Ali Mohammadzadeh-Ebrahimi[1], Tayebeh Rahimi-Pordanjani[1]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The prevalence of depression symptoms is increasing and has widespread destructive effects on individuals and the society. Identifying the risk and protective factors and understanding the process of developing depressive symptoms is essential for timely prevention and early intervention measures. The aim of this study was to investigate the moderating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between stressful events and depression symptoms.

Methods and Materials: The statistical population consisted of undergraduate students; from among them 357 individuals were selected using stratified random sampling method. The Life Experiences Survey (LES), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), and Beck Depression Inventory-II (BDI-II) were used for data collection. The hypothesis was tested using regression analysis.

Findings: The results showed that adaptive cognitive emotion regulation strategies moderated the relationship between stressful events and depression symptoms.

Conclusions: Individuals who use adaptive cognitive emotion regulation strategies to a greater extent after experincing stressful life events, show fewer depression symptoms. Conversely, individuals, who use these strategies to a lesser extent after stressful life events, show more depression symptoms. Accordingly, intervention and prevention programs for depression symptoms should have special attention to the education and promotion of adaptive cognitive emotion regulation strategies.

Keywords: Emotion regulation, Life events, Depressive symptoms

Citation: Mohammadzadeh-Ebrahimi A, Rahimi-Pordanjani T. **The Moderating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Stressful Events and Depression Symptoms.** J Res Behav Sci 2017; 15(2): 213-20.

Received: 09.04.2017 Accepted: 06.06.2017

1- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Humanitis Sciences, University of Bojnord, Bojnord, Iran
Corresponding Author: Ali Mohammadzadeh-Ebrahimi, Email: alimohamadzade98@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.10.1]