

افسردگی در دانشجویان پرستاری: نقش پیش بینی کننده تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری

سحر بادران فیروز^۱، خسرو روشناس^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی آموزش ابتدایی، دانشگاه فرهنگیان

^۲ کارشناسی ارشد مدیریت، اداره کل آموزش و پرورش

نام نویسنده مسئول:

سحر بادران فیروز

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و تحقیقات میان رشته ای (سال پنجم)
شماره ۱۵ / بهار ۱۳۹۸ / ص ۹۷-۱۰۴

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یکی از رایج ترین بیماری هایی است که سلامت روان با آن مواجه شده و دست به گریبان است. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری در افسردگی دانشجویان پرستاری بود.

روش بررسی: روش پژوهش از نوع همبستگی که در زیر مقوله طرحهای توصیفی قرار می گیرد، بود. جامعه آماری این پژوهش متشکل از تمامی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی دولتی شهر یاسوج بود که در نیمسال دوم تحصیلی ۹۷-۹۸ مشغول به تحصیل بودند. تعداد نمونه ۲۴۳ نفر بود که بوسیله نمونه برداری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، تاب آوری کونور و دیویدسون و افسردگی بک استفاده شد. برای تحلیل داده ها از رگرسیون خطی چند متغیری استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری با افسردگی رابطه منفی معنی داری داشته و مجموعاً ۵۹ درصد از واریانس افسردگی را تبیین می کنند.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش می تواند به دانشجویان در زمینه افسردگی با توجه به آگاهی از تاب آوری و تنظیم شناختی هیجان کمک نماید.

واژگان کلیدی: افسردگی، تاب آوری، تنظیم هیجانی.

مقدمه

افسردگی یکی از رایج ترین بیماری های روانی است که حرفه سلامت ذهن و روان با آن مواجه شده و دست به گریبان است [۱]. اساساً افسردگی یک حالت هیجانی است که با ناراحتی، احساس ناامیدی، احساس بی ارزشی و احساس گناه مشخص می شود و به صورت علائمی چون کناره گیری از دیگران، بی میلی و اختلال در اشتها، بی میلی جنسی و اختلال خواب بروز می یابد. افسردگی در یک پیوستار قرار دارد و افسردگی مازور رایج ترین آن است [۲]. یکی از سازه هایی که با افسردگی رابطه دارد تنظیم هیجانی است. تنظیم هیجانی به راهبردهایی گفته می شود که در افزایش، کاهش و حفظ و نگهداشت پاسخ های هیجانی ما اثرگذار است [۳]. تنظیم هیجان بیشتر شامل ارزیابی اتفاقات استرس زا در رابطه با تهدیدآمیز بودن یا نبودن آنها و به علاوه راههایی که یک فرد با استرس زاها روبرو میشود، است [۳]. تنظیم هیجانی به عنوان فرآیندهایی مفهوم سازی شده که از طریق آن اشخاص هیجانانشان را در پاسخ به نیازهای محیطی برای رسیدن به اهداف تعدیل می کنند [۴] [۵]. شواهد مرتبط زیادی وجود دارد که نشان می دهد دشواری یا اشکال در تنظیم هیجانی با آسیب شناسی روانی و بخصوص با اختلالات درونی کردن (درونی سازی) مثل افسردگی و اضطراب ارتباط دارد [۶] [۷]. گرایش به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی با میزان کمتر افسردگی و اضطراب در ارتباط است، تحقیقات نشان می دهد که تنظیم هیجانی در کمتر شدن نشخوارهای ذهنی که یکی از فاکتورهای افسردگی و اضطراب است، اثرگذار است [۸] [۹]. نقش کلیدی تنظیم هیجانی برافزایش عملکرد تحصیلی درمدرسه [۱۰]، عمل کردن تنظیم هیجانی بعنوان یک فاکتورحمایتی و ایجاد یک سپردفاعی درتخفیف نشانه های افسردگی و خطر کمتر ابتلا به افسردگی، معلوم شده است [۱۱]. شواهد همچنین ارتباط تنظیم هیجانی را با احتمال کمتر سوء مصرف مواد [۱۲]، عمل کردن به عنوان یک عامل حفاظتی در برابر مشکلات سلامت جسمی و روانی و بیماری های روان تنی، نشان می دهد [۱۳] [۱۴]. تاب آوری به توانایی برای غلبه یافتن بر موقعیت ها و شرایط دشوار اطلاق می شود [۱۴]. تاریخچه بررسی تاب آوری از زمانی که تمرکز بر شناسایی ویژگی های شخصیتی مرتبط با کنار آمدن سازگارانه اهمیت داشته، قدمت دارد [۱۵] [۱۶]. باچای و سینگل [۱۷] اظهار داشتند که سه عامل اساسی و بنیادی تاب آوری را بهبود می بخشد: خود کارآمدی، ایمان به چیز مشخص و مطلوبی که برای آن زنده اید و توانایی برای قالب بندی و تنظیم مجدد موانع. باچای و سینگل [۱۷] بیان می کنند که ترکیب این فاکتورهای هیجانی و شناختی، حمایت خویشاوندی و عوامل روانی - اجتماعی نیز در بالا بردن تاب آوری اشخاص نقش دارند. مطالعات انجام شده در بیماران مزمن در نمونه ای از بزرگسالان که خیلی خوب با بیماری شان کنار آمده بودند و به بیانی با افسردگی نیز همایندی داشتند شامل: زمینه یابی های دراز مدت از بیماران ایدز [۱۸] و آنهایی که خطر مبتلا به سرطان گردن داشتند [۱۹] نشان دادند؛ ویژگی های شخصیتی مرتبط با تاب آوری در این مطالعات شامل خوش بینی، سبک کنار آمدن سازگارانه و فعال و توانایی برای فراخوانی حمایت اجتماعی در کنار آمدن این بیماران مؤثر بود. راتر [۲۰] تاب آوری را ظرفیت داشتن برای سازگاری موفقیت آمیز با بدبختی و فلاکت، توانایی برگشت و جهش بعد از مراجعه با مشکلات و سختی ها، رویدادهای منفی و اوقات سخت و دشوار معرفی می کند. تاب آوری همچنین شامل یک حسی از عزت نفس و اعتماد به نفس، شکیبایی و بردباری توانایی برای سازگاری با تغییر شرایط، شوخ طبعی در رویارویی با مشکلات و باور اینکه مشکلات می تواند قابل حل و فصل باشند، می باشد [۲۱]. عوامل متنوع و متغیر زیادی وجود دارد که افراد را برای اینکه مکرراً افسرده شوند مستعد کند این عوامل شامل رویدادهای فلاکت بار کودکی، انواع خاص شخصیتی، وجود همزیستان، تاریخچه شخصی و خانوادگی مشکلات سلامت روانی و بیماری های جسمانی مزمن [۲۲] نقش عوامل اجتماعی و محیطی و همینطور عناصر ژنتیکی [۲۳]. در حالی که تاب آوری شامل نگرشهای مقاومت در مقابل استرس می باشد، که مربوط به ارزیابی شخص به عنوان توانایی کنار آمدن با استرس زهاست. به هر حال تاب آوری که همراه با تنظیم هیجان مشخص شده است [۲۴] [۲۵] به عنوان یک ساختار شخصیتی در نظر گرفته میشود و به توانایی فرد در کاهش اثرات منفی استرس زها اشاره میکند و سازگاری مثبت را تشویق و با افسردگی مقابله می کند [۲۶]. در واقع، تاب آوری پدیده ای است که از پاسخ های انطباقی طبیعی انسان حاصل میشود و علی رغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می سازد. تاب آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست بلکه فرد تاب آور مشارکت کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است. تاب آوری قابلیت فرد در برابر برقراری تعادل زیستی- روانی- معنوی در مقابل شرایط مخاطره آمیز می باشد [۲۱]. اگرچه پژوهش های مختلفی در خصوص رابطه تاب آوری، تنظیم هیجان با افسردگی انجام شده است؛ اما کمتر مطالعه جامعی که این متغیر ها را در کنار هم بررسی نموده و سهم هرکدام را در تبیین افسردگی مشخص نموده باشد،

¹ Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.

انجام شده است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه ساده و چندگانه تاب آوری و تنظیم هیجان در تبیین افسردگی دانشجویان پرستاری و تعیین سهم هر کدام از آنها می باشد.

روش بررسی

جامعه آماری این پژوهش متشکل از تمامی دانشجویان پرستاری و هوشبری شهرستان بویر احمد استان کهگیلویه و بویر احمد بود که در نیمسال دوم تحصیلی ۹۷-۹۸ مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش برای تعیین نمونه از روش نمونه برداری خوشه ای تصادفی استفاده شد. بدین صورت که در ابتدا دانش جویان بر اساس سال ورود به دانشگاه به ۴ سال تقسیم شدند، سپس از هر ورودی تعداد ۶۱ دانشجو انتخاب شد، پرسشنامه ها بین ۲۴۴ دانشجو اجرا شد که در پایان یکی از پرسش نامه ها بدلیل ناقص بودن از تحلیل کنار گذاشته شد، بنابراین نهایتاً ۲۴۳ نفر از دانشجویان مورد بررسی قرار گرفتند. داده های جمع آوری شده در نهایت توسط نرم افزار SPSS22 تحلیل شدند.

ابزار پژوهش

۱-مقیاس تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران [۲۷] تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان دارای نه راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیرش، فاجعه انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می کند. در این پرسشنامه از فرد خواسته می شود تا واکنش خود را در مواجه با تجارب تهدید آمیز و رویدادهای استرس زای زندگی که به تازگی تجربه کرده اند را بوسیله پاسخ به ۵ تا پرسش که استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می کند مشخص نماید این پرسشنامه دارای فرم ویژه بزرگ سالان و فرم ویژه کودکان می باشد. اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره ای (از همیشه یا هرگز) می باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مرد ارزیابی قرار می دهد و در مجموع نه عامل به قرار، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه آمیز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت را در مورد ارزیابی قرار می دهد. ضریب آلفا خرده مقیاس های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران [۲۷] در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. برای بررسی روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس که شامل ۲۱ پرسش مدرج چهار نمره ای (از کاملاً شبیه من تا متفاوت از من) می باشد که سه عامل افسردگی، استرس و اضطراب را مورد ارزیابی قرار می دهد، در این مقیاس هر یک عامل اختلال هیجانی را مورد ارزیابی قرار می دهد [۲۷].

۲-مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون (CD-RIS): برای سنجش تاب آوری مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون [۲۸]، (CD-RIS) بکار برده شد. بررسی ویژگیهای روانسنجی این مقیاس در شش گروه: جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبتهای اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، انجام شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی میتواند افراد تاب آور را از غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی به کار برده می شود [۲۸]. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) با دامنه ۲۵-۱۲۵ نمره گذاری می شود. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر نمره با نمره کل بجز گویه ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه های مقیاس به روش موءلفه اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش الفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد [۲۸].

۳- پرسشنامه افسردگی بک «BDI»: این پرسشنامه برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط «آرون بک» تدوین شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ گروه سؤال است. مواردی که سوالهای این آزمون شامل می شود عبارتند از: خلق، بدبینی، احساس ناکامی، ناخشنودی، احساس گناه، احساس مستوجب تنبیه بودن بیزاری از خود، خود مقصر بینی، امیال خود تنبیهی، دوره های گریه، تحریک پذیری، کناره گیری اجتماعی، بی تصمیمی، تصویر بدن، وقفه در کار، اختلال خواب، خستگی، اشتها، وزن بدن، اشتغال فکر درباره وضعیت جسمانی و میل جنسی [۲۹]. تست افسردگی بک بهترین تست شناخته شده در تعیین افسردگی است زیرا شخص می تواند به سهولت هر جمله مناسب با حال خود را از میان جملات ارائه شده که مبین حالات کلینیکی افسردگی هستند انتخاب نماید [۲۹].

یافته ها

در جدول ۱ یافته های توصیفی و در جداول ۲ و ۳ یافته های مربوط به فرضیه های تحقیق ارائه شده است.

جدول ۱: آماره های توصیفی متغیرهای پیش بین و ملاک (n=243)

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- افسردگی	۳۳/۹۰	۹/۷۳	۱										
۲- تاب آوری	۹۲/۴۱	۱۵/۰۷	۰/۴۷**	۱									
۳- تمرکز مثبت مجرد/ برنامه ریزی	۳۱/۴۲	۵/۰۴	۰/۱۲	۰/۳۳	۱								
تنظیم													
شناختی													
۴- ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیعتر	۲۱/۱۰	۴/۸۲	۰/۱۵*	۰/۳۹	۰/۴۶	۱							
مثبت													
۵- کل	۵۲/۷۱	۸/۴۵	۰/۱۵*	۰/۴۶	۰/۸۶	۰/۸۵	۱						
۶- سرزنش خود	۱۱/۵۳	۴/۲۴	۰/۰۴	۰/۲۴	۰/۳۰	۰/۳۰	۱						
۷- سرزنش دیگران	۱۰/۱۵	۲/۳۲	۰/۱۵*	۰/۱۲	۰/۴۱	۰/۳۳	۰/۴۴	۰/۲۴	۱				
تنظیم													
۸- نشخوار فکری	۱۷/۴۰	۳/۵۲	۰/۰۸	۰/۱۰	۰/۵۹	۰/۳۵	۰/۵۲	۰/۳۸	۰/۴۵	۱			
تنظیم													
۹- فاجعه آمیز کردن	۱۵/۷۹	۴/۳۶	۰/۰۰	۰/۲۴	۰/۳۳	۰/۲۸	۰/۳۷	۰/۱۶	۰/۲۲	۰/۲۸	۱		
شناختی													
منفی													
۱۰- پذیرش	۱۴/۸۷	۲/۶۸	۰/۲۱**	۰/۴۲	۰/۴۱	۰/۴۱	۰/۴۶	۰/۲۳	۰/۲۴	۰/۲۸	۰/۲۰	۱	
۱۱- کل	۷۰/۴۱	۱۱/۷۳	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۶۱	۰/۴۴	۰/۶۲	۰/۶۹	۰/۵۹	۰/۷۲	۰/۶۴	۰/۵۲	۱

*p<0/05, **p<0/01

همانطور که جدول فوق نشان می دهد، همبستگی بین سرزنش دیگران و افسردگی در سطح $p \leq 0.05$ بدست آمد. همچنین همبستگی بین تاب آوری، ارزیابی مثبت، تنظیم شناختی مثبت و پذیرش با افسردگی به ترتیب -0.47 ، -0.15 ، -0.15 و -0.21 بدست آمد. به منظور تعیین سهم هر کدام از متغیرهای ذکر شده در پیش بینی افسردگی از رگرسیون چندگانه خطی استفاده شد. پیش از استفاده از تحلیل رگرسیون در ابتدا به منظور بررسی خطی بودن رابطه متغیرها از نمودار اسکتر استفاده شد. نتایج نشان داد که رابطه بین متغیرهای مورد بررسی خطی است. علاوه بر آن نمودار پراکنش توزیع تراکمی مقادیر مشاهده شده و مورد انتظار یک شیب 45° را نشان داد و همه نقاط روی خط قرار گرفتند که حاکی از نرمال بودن توزیع باقیمانده ها بود. همچنین نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نیز نشان داد که توزیع داده ها نرمال است ($K-S=1/50; p>0/05$). مفروضه یکسانی واریانس ها از طریق نمودار کردن باقیمانده های پاک شده در مقابل مقادیر پیش بینی شده استاندارد بررسی شد. نقاط به صورت تصادفی پراکنده شده بودند که حاکی از یکسانی واریانس ها بود. به منظور بررسی استقلال خطاها از آماره دوربین و اتسون استفاده شد. نتایج نشان داد مفروضه استقلال برقرار است ($DW=1/74$). مفروضه همخطی چندگانه از طریق آماره تلرانس و همچنین تورم واریانس (VIF) بررسی شد. نتایج نشان داد کمینه تلرانس برابر با 0.75 و بیشینه

تورم واریانس برابر ۱/۳۴ بود که نشان می دهد همخطی چندگانه بین متغیرهای مستقل وجود ندارد. با توجه به برقرار بودن مفروضه ها از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج در ادامه ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه مدل رگرسیون و آماره های تحلیل واریانس

مدل	متغیرها	منابع	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	p<	R مجذور	R
۱	تاب آوری	رگرسیون	۳۶۵۲/۴۳۲	۱	۳۶۵۲/۴۳۲	۵۷/۴۲۸	۰/۰۰۰۵	۰/۲۹	۰/۵۴۱
		خطا	۸۸۴۰/۳۷۶	۱۳۹	۶۳/۶۰				
		کل	۱۲۴۹۲/۸۰۹	۱۴۰					
۲	تاب آوری، سرزنش دیگران	رگرسیون	۴۳۰۲/۹۴۴	۲	۲۱۵۱/۴۷۲	۳۶/۲۵۳	۰/۰۰۰۵	۰/۳۴	۰/۵۸۷
		خطا	۸۱۸۹/۸۶۴	۱۳۸	۵۹/۳۴۷				
		کل	۱۲۴۹۲/۸۰۹	۱۴۰					

نتایج جدول فوق نشان می دهد که در مدل اول، تاب آوری وارد تحلیل شده و ۵۴ درصد از واریانس افسردگی را تبیین نموده است. در گام دوم و نهایی با اضافه شدن متغیر سرزنش دیگران، میزان واریانس تبیین شده از ۵۴ درصد به ۵۹ درصد افزایش یافته است. در جدول ۳ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد رگرسیون ارائه شده است.

جدول ۳: ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مدل نهایی رگرسیون برای پیش بینی عملکرد تحصیلی از طریق متغیرهای مستقل

متغیرها	B	خطای B	Beta	t	P	همبستگی ها
ثابت	۵۵/۴۹	۴/۶۴	—	۱۱/۹۴	۰/۰۰۰۵	مرتبه صفر
تاب آوری	-۰/۳۴	۰/۰۴	-۰/۵۶	-۸/۱۸	۰/۰۰۰۵	تفکیکی
سرزنش دیگران	۰/۹۷	۰/۲۹	۰/۲۳	۳/۳۱	۰/۰۰۱	نیمه تفکیکی

در جدول فوق ضرایب غیر استاندارد b و همچنین ضرایب استاندارد بتا برای پیش بینی افسردگی بر اساس متغیرهای مستقل و همچنین ضرایب معنی داری، همبستگی مرتبه صفر (دو متغیره)، همبستگی تفکیکی و نیمه تفکیکی ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می شود ضریب بتا و همبستگی برای متغیر سرزنش دیگران مثبت است که نشان می دهد با افزایش سرزنش دیگران، افسردگی افزایش می یابد. در حالی که ضرایب بتا و همبستگی برای متغیر تاب آوری منفی می باشد که نشان می دهد بین تاب آوری و افسردگی رابطه معکوس وجود دارد، بدین معنی که با افزایش تاب آوری، افسردگی کاهش پیدا می کند. ضرایب همبستگی دو متغیره بیانگر این است که بیشترین همبستگی بین تاب آوری و افسردگی ($r = -0/54$) وجود دارد. ضرایب همبستگی تفکیکی و نیمه تفکیکی نیز بیانگر این است که سهم متغیر تاب آوری در تبیین افسردگی بیشتر از سهم متغیر سرزنش دیگران است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تاب آوری و تنظیم هیجانی با افسردگی رابطه معنی داری دارند. این یافته با نتایج پژوهش کریس و همکاران و همچنین آرویان و نوریس همخوان است [۱۴] [۱۵]. شایان توجه است از بین مولفه های تنظیم هیجان، سرزنش دیگران در تحلیل رگرسیون در معادله رگرسیون معنی دار بود. برای تبیین رابطه تاب آوری و افسردگی قابل ذکر است که افراد با تاب آوری بالا با شرایط محیطی مختلف براحتی سازگار می شوند و هنگامی که با شرایط سختی روبرو می شوند توانایی تغییر شرایط را دارند، بنابراین هنگامی که به ناکامی در کاری دچار می شوند، به جای تمرکز بر روند ناکامی و اثرات سوء آن سعی در تغییر شرایط ایجاد شده دارند و بنابراین با بهبود وضعیت، به سلامت روان خود نیز کمک می کنند و از دچار شدن به ناراحتی های طولانی مدت که منجر به افسردگی می شوند در امان می مانند. بنابراین قابل پیش بینی است که وقتی تاب آوری افراد بالا باشد، افسردگی پایین باشد. برای تبیین رابطه تنظیم هیجانی و افسردگی باید به این نکته اشاره کرد که در تنظیم هیجانی مثبت فرد دنبال راهکارهایی برای حل مشکل و نهایتاً تعدیل هیجان است، بدین صورت هنگام برخورد با شرایط استرس زا با ارائه راهکارهای مختلف برای حل مشکل میزان زیادی از فشار روانی وارد شده به خود را تعدیل می کند و هنگامی که راه حل های مختلف به نتیجه نمی رسد با سازگار شدن با شرایط ایجاد شده فشار روانی را کاهش می دهد. در تنظیم هیجانی مثبت فرد سعی دارد ارزیابی مثبتی از موقعیت داشته باشد و بعد از ارزیابی با برنامه ریزی مجدد راههای مقابله با شرایط پیش آمده را بررسی و اجرا می کند، بنابراین در هنگام مواجهه با رویدادهای استرس زا تلاش فرد در برخورد مثبت با موقعیت پیش آمده می تواند کمک کند تا از دچار شدن به ناراحتی های پس از آن جلوگیری کند. به دلیل اینکه این پژوهش در خصوص افسردگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه پزشکی دولتی یاسوج انجام شده است، نتایج حاصله قابل تعمیم به سایر جوامع نبوده و پیشنهاد می شود رابطه تاب آوری و تنظیم هیجانی با افسردگی در سایر جوامع نیز بررسی شود تا ادبیات متراکم و منسجمی در خصوص نحوه بکارگیری متغیر های ذکر شده در جوامع مختلف فراهم آید.

تقدیر و تشکر

در پایان پژوهشگران از تمامی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی دولتی یاسوج به دلیل همکاری صادقانه در انجام پژوهش کمال تشکر و قدردانی را می نمایند.

منابع:

- ¹ Oton, D. A. (2003). *Psychiatric nursing: biological and behavioral concepts*. New York: Delmar Cengage Learning.
- ² Australian Institute of Health and Welfare Disability data. 2004. Retrieved November 25, 2015, from <http://www.aihw.gov.au/>
- ³ Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), 551-573.
- ⁴ Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders.
- ⁵ Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52.
- ⁶ Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- ⁷ Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- ⁸ Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 974-983.
- ⁹ McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*, 49(3), 186-193.
- ¹⁰ Graziano, P. A., Reavis, R. D., Keane, S. P., & Calkins, S. D. (2007). The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of school psychology*, 45(1), 3-19.
- ¹¹ Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 116(1), 198.
- ¹² Skitch, S. A., & Abela, J. R. (2008). Rumination in response to stress as a common vulnerability factor to depression and substance misuse in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(7), 1029-1045.
- ¹³ Denollet, J., Gidron, Y., Vrints, C. J., & Conraads, V. M. (2010). Anger, suppressed anger, and risk of adverse events in patients with coronary artery disease. *The American journal of cardiology*, 105(11), 1555-1560.
- ¹⁴ Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- ¹⁵ Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Lapp, A. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. *Child development*, 73(4), 1220-1237.
- ¹⁶ Aroian, K. J., & Norris, A. E. (2000). Resilience, stress, and depression among Russian immigrants to Israel. *Western Journal of Nursing Research*, 22(1), 54-67.
- ¹⁷ Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and psychopathology*, 5(4), 503-515.
- ¹⁸ Bachay, J. B., & Cingel, P. A. (1999). Restructuring resilience: Emerging voices. *Affilia*, 14(2), 162-175.
- ¹⁹ Rabkin, J. G., Remien, R., Williams, J. B., & Katoff, L. (1993). Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. *Psychiatric Services*, 44(2), 162-167.
- ²⁰ Antoni, M. H., & Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia—I. Personality facets. *Journal of psychosomatic research*, 32(3), 327-338.
- ²¹ Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- ²² Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- ²³ Cabral, M., & Astbury, J. (2000). *Womens mental health: an evidence based review*. Mental health determinants and populations department of mental health and substance dependence world health organization Geneva.
- ²⁴ Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ... & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389.
- ²⁵ Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual differences*, 34(1), 77-95.
- ²⁶ Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, 86(2), 320.
- ²⁷ Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric. *Journal of nursing measurement*, 1(2), 165-178.
- ²⁸ Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.

- ²⁹ Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- ³⁰ Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1, 82.