

The Role of Difficulty in Emotion Regulation and Negative Repetitive Thoughts in Predicting the Mental Health of NAJA Employees (Case study of Tehran City)

Peyman Hatamian^{1*}, Ahmad Souri², Alireza Colivand³

¹ Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Department of Psychology, Faculty of Humanities, Amin Police University, Tehran, Iran

³ Department of Social Studies, Naja Research Institute of Law Sciences and Social Studies, Tehran, Iran

Received: 31 January 2022 Accepted: 16 November 2022

Abstract

Background and Aim: Mental health is an important part of the overall concept of health including the ability to communicate positively with others, how to adapt to the environment, and how to control stress in daily life when faced with critical situations. Therefore, the study aimed to investigate the role of difficulty in emotion regulation and negative repetitive thoughts in predicting the mental health of NAJA employees.

Methods: The present study is a descriptive correlational study. The statistical population included the employees of the police force of Tehran city Who were employed in 2021, and 203 people were selected from them by the available sampling method. Gertz and Roemer's emotion regulation difficulty questionnaire (2004), McEvoy et al.'s repetitive negative thoughts questionnaire (2010), and Goldberg and Hiller's mental health questionnaire (1979) were used to collect data. Data analysis was done using SPSS version 23 statistical software.

Results: The results showed that there is a correlation of 0.58 and 0.64 between the overall score of difficulty in emotions regulating and negative repetitive thoughts with mental health. Also, the results of regression coefficient analysis show that the overall score of difficulty in emotion regulation is 0.54 and the total score of negative repetitive thoughts is 0.60 can predict mental health changes. components difficult in emotion regulating and repetitive negative thoughts can all predict 56% of mental health changes, so the regression model is significant ($P < 0.001$).

Conclusion: It can be concluded that difficulty in emotion regulating and negative recurring thoughts can threaten the mental health of NAJA employees, Therefore, with the help of skills related to proper emotion regulation and management of unhealthy thoughts and emotions, many mental health threats can be avoided.

Keywords: Emotion Regulation, Negative Thoughts, Mental Health, NAJA Staff.

نقش دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی در پیش‌بینی سلامت روان کارکنان ناجا (مطالعه موردی شهر تهران)

پیمان حاتمیان^{۱*}، احمد سوری^۲، علیرضا کولیوند^۳

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۲ گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران

^۳ گروه مطالعات اجتماعی، پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: از آنجایی که سلامت روان به‌عنوان بخش مهمی از مفهوم کلی سلامت شامل توانایی برقراری رابطه مثبت با دیگران، شیوه تطابق و سازگاری با محیط و نیز چگونگی کنترل استرس در زندگی روزمره در هنگام مواجهه با شرایط بحرانی است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف نقش دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی در پیش‌بینی سلامت روان کارکنان ناجا انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کارکنان نیروی انتظامی استان تهران که در سال ۱۴۰۰ مشغول به خدمت بودند، از بین آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۰۳ نفر انتخاب شد. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان گرتز و روئمر (۲۰۰۴)، پرسشنامه افکار تکرارشونده منفی مک‌اوی و همکاران (۲۰۱۰) و پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی با سلامت روان به ترتیب همبستگی ۰/۵۸ و ۰/۶۴ وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد که نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان ۰/۵۴ و نمره کلی افکار تکرارشونده منفی ۰/۶۰ توان پیش‌بینی تغییرات سلامت روانی را دارند. مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی همگی با هم می‌توانند ۵۶ درصد تغییرات سلامت روانی را پیش‌بینی کنند، بر این اساس مدل رگرسیونی معنادار است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی می‌توانند سلامت روان کارکنان ناجا را با تهدید مواجهه سازند، از این رو با کمک گرفتن از مهارت‌های مرتبط با تنظیم و مدیریت درست هیجان و مدیریت افکار و هیجان‌های ناسالم می‌توان از بسیاری از تهدیدکننده‌های مرتبط با سلامت روان اجتناب کرد.

کلیدواژه‌ها: تنظیم هیجان، افکار منفی، سلامت روان، کارکنان ناجا.

مقدمه

شغل نظامی از جمله مشاغلی است که به دلیل ماهیت و فشارهای مرتبط با آن ممکن است سلامت روان کارکنان را تحت تاثیر قرار دهد (۱-۲). سلامت روان به عنوان بخش مهمی از مفهوم کلی سلامت شامل؛ توانایی برقراری رابطه مثبت با دیگران، شیوه تطابق و سازگاری با محیط و نیز چگونگی کنترل استرس در زندگی روزمره در هنگام مواجهه با شرایط بحرانی است، از این رو سلامت روان شامل سلامت در رفتار، باور و افکار فرد است (۳). نتایج تحقیقات مختلف حاکی از آن است که عوامل مختلفی با سلامت روان در ارتباط هستند، به گونه‌ای که این عوامل می‌توانند هم نقش تسهیل کننده برای سلامت روان داشته باشند و هم برعکس سلامت روان را با مخاطرات گوناگونی مواجهه سازند (۴).

یکی از متغیرهای مهم که ارتباط نزدیکی با سلامت روان دارد، تنظیم هیجان است (۵). قبل از اینکه ارتباط تنظیم هیجان با سلامت روان مورد بررسی قرار گیرد بایستی هیجان را توضیح دهیم. در واقع هیجان حالت روانشناختی است که معمولاً به احساس‌ها و واکنش‌های عاطفی اشاره دارد (۶). طبق برخی از تئوری‌ها، این هیجان‌ها هستند که منجر به تغییرات جسمی و روانی می‌شوند و بر رفتار ما تأثیر می‌گذارند (۷). این موضوع نشان‌دهنده نقش مهم هیجان‌ها در زندگی روزمره انسان‌ها است. با این حال هیجان‌ها علاوه بر اینکه دارای کارکردهای مثبت و سازگارانه هستند، می‌توانند اثرات آسیب‌زا را نیز به دنبال داشته باشند (۸). کاهش جنبه سازگارانه هیجان‌ها و افزایش کارآمدی رفتار هیجانی یکی از اهداف اساسی مطالعات علمی در حوزه عواطف است که بر اساس فرآیند تنظیم هیجان اتفاق می‌افتد. نتایج تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که تنظیم هیجان نقش مؤثری در سلامت روان انسان‌ها دارد (۵،۹). در واقع تنظیم هیجان به راهبردهایی اطلاق می‌شود که به منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۸). به عبارت دیگر اصطلاح تنظیم هیجان برای اشاره به فرآیندی استفاده می‌شود که از طریق آن افراد می‌کوشند برای اینکه کدام هیجان‌ها را داشته باشند و نیز چه موقع و چگونه آن هیجان‌ها را ابراز و تجربه کنند (۸). امروزه این ادعا مطرح است که بدتنظیمی هیجان تقریباً در تمام اختلال‌های روانی وجود دارد (۱۰). با این حساب، چنین ادعایی می‌تواند سلامت روان انسان‌ها را با تهدید جدی مواجهه سازد. بسیاری از پژوهشگران اعتقاد دارند که بدتنظیمی هیجان ویژگی اصلی در ۷۵ درصد از اختلال‌های روانشناختی است (۱۱). به گونه‌ای که مشکل در تنظیم هیجان‌ها با دامنه گسترده‌ای از پیامدهای نامطلوب روانشناختی از جمله، اضطراب (۱۲)، افسردگی، اکثر اختلال‌های شخصیت، مصرف مواد روانگردان و حتی بسیاری از مشکلات جسمی همچون؛ بیماری‌های قلبی عروقی و فشار خون همراه است (۱۵-۱۳). بنابراین با توجه به موارد نامبرده می‌توان گفت که دشواری در تنظیم هیجان یکی از مهمترین تهدیدکننده‌های سلامت روان در انسان است.

متغیر دیگری که ارتباط نزدیکی با سلامت روان دارد افکار تکرارشونده منفی یا به باور برخی از پژوهشگران افکار منفی تکرارشونده ناخوشایند است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که افکار تکرارشونده منفی عامل اصلی فراتشخیصی در بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اضطراب، افسردگی و اختلال خواب است که تهدیدی برای سلامت روان به حساب می‌آید (۱۶). طبق مدل شناختی اختلالات روانی (همچون افسردگی، اضطراب، بی‌خوابی و ...) از طریق الگوهای پایدار تفکر مکرر منفی، راهبردهای توجهی مرتبط با نظارت و تهدید و حتی گاهی مواقع اجتناب و سرکوب فکر ایجاد و حفظ می‌شوند که مجموع این فاکتورها به تشکیل یک سندرم شناختی- توجهی می‌انجامد. این سندرم باعث شکست در اصلاح باورهای ناسازگار با خود و افزایش دسترسی اطلاعات منفی درباره خود می‌گردد، چنین الگویی یک حالت تفکر پایدار و شامل نگرانی یا نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای غیرمفید ایجاد می‌کند که بر سلامت روان تاثیر منفی خواهد گذاشت (۱۷). Morin و Barlow مدعی شده‌اند که برانگیختگی شناختی بیش از برانگیختگی فیزیولوژیکی سلامت روان را با مشکل مواجهه می‌سازد، برانگیختگی شناختی می‌تواند به صورت نگرانی، نشخوار ذهنی، افکار مزاحم، مشکل در کنترل افکار هیجانی متجلی شود (۱۸).

در سال‌های اخیر توجه به جنبه‌های گوناگون مرتبط با سلامت روان در بین مشاغل مختلف بیش از پیش احساس می‌شود. نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که آمار اختلال‌های روانی در بین کارکنان مشاغل مختلف، مخصوصاً کارکنان شغل‌های نظامی روزبه‌روز در حال افزایش است، بنابراین شناسایی عوامل تاثیرگذار بر سلامت روان و عوامل مؤثر در پیشگیری و بهبود آن دارای اهمیت بسزایی است (۱۹). با توجه به توضیحات مطرح شده، از آنجایی که از یک سو، تا کنون پژوهش‌های جامعی که به واکاوی نقش پیش‌بینی‌کننده دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرار شونده منفی در سلامت روان کارکنان ناجا بپردازد، انجام نگرفته است، که به عنوان یک خلاء پژوهشی احساس می‌شود. از سوی دیگر، کارکنان ناجا به عنوان حافظان نظم و امنیت در کشور با شرایط حساس و بعضاً استرس‌آور همراه با دغدغه‌های فکری مواجهه هستند که می‌تواند مشکلاتی را در سلامت روان آن‌ها ایجاد نماید، بنابراین پژوهش حاضر به دنبال آن است که نقش پیش‌بینی‌کننده دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرار شونده منفی در سلامت روان کارکنان ناجا را مورد بررسی قرار دهد.

روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کارکنان اجرایی و ستادی نیروی انتظامی (کارکنان ناجا) کلانشهر تهران بودند که در رسته‌های راهنمایی رانندگی (راهور)، انتظامی، آگاهی، اداری و ... در سال ۱۴۰۰ مشغول به خدمت

کلی برابر با ۰/۹۳ می‌باشد و برای هر خرده مقیاس به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ است (۲۰). براساس بررسی پایایی درونی که توسط علوی انجام شده همسانی درونی کل را ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۱). در پژوهش کرمی و همکاران نیز روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ گزارش شد (۲۲). در پژوهش حاضر نیز روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ برای هر خرده مقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی به ترتیب، ۰/۸۷، ۰/۷۹، ۰/۸۸، ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۶ است و آلفای کرونباخ کلی آن ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه افکار تکرار شونده منفی

این پرسشنامه در سال ۲۰۱۰ توسط مک اوی و همکاران جهت سنجش افکار تکرار شونده منفی طراحی شد و دارای ۳۱ گویه در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه است. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. برای محاسبه روایی پیش‌بین از همبستگی این ابزار با پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک استفاده گردید که به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۴۲ و ۰/۳۸ به دست آمد (۲۳). در پژوهش، مهونی، مک‌اوی و مودلس به بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پرداختند، نتایج نشان داد بین نمره کل پرسشنامه افکار تکرار شونده منفی و پرسشنامه شخصیت آیزنک همبستگی ۰/۴۸ وجود دارد، و با پرسشنامه افسردگی بک همبستگی ۰/۵۲، با پرسشنامه اضطراب اجتماعی همبستگی ۰/۴۷، و با نمره کل پرسشنامه عاطفه منفی (PANAS) همبستگی ۰/۶۰ وجود دارد (۲۳). پایایی نسخه فارسی این ابزار نیز توسط خالقی، لیاقت و گنج‌اندیش به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش خالقی و همکاران برای بررسی روایی پرسشنامه افکار تکرار شونده منفی از پرسشنامه‌های افسردگی بک و اضطراب بک استفاده شد که نتایج نشان داد بین نمره کل افکار تکرار شونده منفی و مقیاس افسردگی بک، ضریب همبستگی ۰/۵۲ وجود دارد و بین نمره کل افکار تکرار شونده منفی و مقیاس اضطراب بک، ضریب همبستگی ۰/۵۳ وجود دارد. در پژوهش حاضر نیز روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت روانی

این پرسشنامه یک آزمون ۲۸ سؤالی است که در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر طراحی شد (۲۴). این پرسشنامه دارای ۴ مقیاس است که علائم جسمانی، علائم اضطرابی، افسردگی و علائم اختلال در کارکرد اجتماعی را می‌سنجد. سؤالات آن در بر گیرندهٔ چهار خرده مقیاس می‌باشد که هر یک از آن‌ها شامل ۷ سؤال می‌باشند. سؤالات ۱-۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی می‌باشد. از سؤال ۸-۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سؤال ۱۵-۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی، و سؤالات ۲۲-۲۸ نیز مربوط به مقیاس افسردگی می‌باشند. دو نوع

بودند. حجم نمونه شامل ۲۰۳ نفر از اعضای جامعه آماری مذکور بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از مشخص کردن پرسشنامه‌ها و تنظیم آن‌ها و نیز انتخاب شرکت‌کننده‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار کارکنان نیروی انتظامی (ناجا) قرار گرفت. سپس توضیحات لازم از سوی پژوهشگر در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به شرکت‌کنندگان ارائه شد و از آن‌ها خواسته شد اگر در فرآیند تکمیل پرسشنامه با مشکلی مواجه شدند از پژوهشگر درخواست توضیح بیشتری داشته باشند. شرکت‌کنندگان انتخاب شده پس از اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش و دریافت تضمین لازم مبنی بر اینکه اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند. قابل ذکر است مجموع کل پرسشنامه‌های گردآوری شده ۲۲۱ پرسشنامه بود که به دلیل مخدوش بودن ۱۸ پرسشنامه، فقط اطلاعات مربوط به ۲۰۳ پرسشنامه تحلیل نهایی شد. ملاک‌های ورود جهت شرکت در پژوهش شامل: (۱) نظامی شاغل در ناجا بودن، (۲) شاغل در شهر تهران بودن، (۳) حداقل سابقه ۱ سال خدمت داشتن جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز عدم شاغل بودن در شهر تهران بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده و با توجه به فرضیه‌های پژوهش علاوه بر استفاده از آماره‌های توصیفی همچون میانگین و انحراف استاندارد، از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و ضرایب همبستگی کانونی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ انجام گرفت.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان

برای سنجش دشواری تنظیم هیجان از مقیاس معرفی شده توسط گرتز و روئمر (۲۰۰۴) استفاده شد. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار خودگزارش دهی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است (۲۰). نحوه پاسخ‌دهی به آن به صورت (۱ = تقریباً هرگز تا ۵ = تقریباً همیشه) است، که گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه جنبه‌های مختلف اختلاف در تنظیم هیجانی را می‌سنجد. سؤالات ۷، ۶، ۲، ۱، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس است. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی می‌باشند. مقیاس دارای یک نمره کلی از جمع نمرات کلیه سؤالات و همچنین ۶ نمره مربوط به زیر مقیاس‌ها می‌باشد. شش زیر مقیاس عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی. پایایی درونی

بررسی و ضریب پایایی مقیاس به‌طور کلی برابر با ۰/۷۷ و برای مؤلفه‌های اضطراب (۰/۷۷)، علائم جسمانی (۰/۷۹)، سوء عملکرد اجتماعی (۰/۷۳) و افسردگی (۰/۷۵) گزارش شد (۲). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های اضطراب (۰/۶۹)، علائم جسمانی (۰/۸۱)، سوء عملکرد اجتماعی (۰/۷۷) و افسردگی (۰/۷۹) و نمره کلی سلامت روانی ۰/۷۴ به‌دست آمد.

نتایج

تعداد کل شرکت‌کنندگان مورد بررسی ۲۰۳ نفر است که ۷ نفر زن (۳/۴ درصد) و ۱۹۶ نفر مرد (۹۶/۶ درصد) بودند، از مجموع نمونه مورد بررسی ۱۸۱ نفر متأهل و ۲۲ نفر مجرد بودند. بر این اساس میانگین کل سنی نمونه مورد بررسی ۳۴/۳۷ است. همچنین میانگین سنوات خدمت نمونه مورد نظر در زنان و مردان به ترتیب ۱۲ سال و ۴ ماه، ۱۵ سال و ۹ ماه و به‌طور میانگین در کل نمونه مورد نظر ۱۴ سال و ۱۵ روز بود. در جدول ۱ رسته خدمتی نمونه مورد بررسی آمده است.

شیوه نمره‌گذاری برای این آزمون وجود دارد. یکی روش سنتی است که گزینه‌ها به‌صورت (۰-۱-۰-۰-۱) نمره داده می‌شوند و حداکثر نمره فرد برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره‌گذاری، روش لیکرتی است که گزینه‌ها به‌صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش در پرسشنامه مذکور ۸۴ خواهد بود (۲۵). در پژوهش حاضر هم از این روش استفاده شد. پرسشنامه حاضر استاندارد بوده و در جمعیت مختلفی در ایران و کشورهای مختلف هنجاریابی شده است. در یک مطالعه این پرسشنامه همزمان با یک آزمون موازی (MHQ) سنجیده شد که ضریب همبستگی دو آزمون ۵۵ بوده و ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بود که بیانگر اعتبار بالای آن می‌باشد. این مطالعه بر روی جامعه آماری دانشجویی اجرا شده بود (۲۶). همچنین این آزمون از پایایی بالایی برخوردار است که مقدار آلفا محاسبه شده برای کل گویه‌های آن ۰/۹۰ می‌باشد (۲۷). در مطالعه بهشتی و نوریان نجف‌آبادی میزان پایایی و هماهنگی درونی بین مقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ

جدول-۱. تعداد و میزان درصد هر یک از رسته‌های خدمتی در نمونه مورد بررسی

نوع رسته خدمتی	تعداد (به نفر)	میانگین درصدی هر رسته خدمتی
رسته اداری	۴۵	۲۲/۱۷
رسته انتظامی	۲۶	۱۲/۸۱
رسته اطلاعات	۲۱	۱۰/۳۴
رسته آگاهی	۱۲	۵/۹۱
رسته آماد و پشتیبانی	۳۶	۱۷/۷۳
رسته دارایی	۸	۳/۹۴
رسته راهنمایی و رانندگی	۲۹	۱۴/۲۹
سایر رسته‌ها	۲۶	۱۲/۸۱

جدول-۲. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان، مؤلفه‌های افکار تکرارشونده منفی و سلامت روان

دشواری در تنظیم هیجان	میانگین	انحراف استاندارد
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۴/۳۶	۳/۴۰
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۰/۸۷	۲/۳۳
دشواری در کنترل تکانه	۱۳/۰۶	۲/۶۱
فقدان آگاهی هیجانی	۱۹/۹۱	۴/۵۲
دسترسی محدود به راهبردها	۱۵/۸۷	۳/۶۰
عدم وضوح هیجانی	۱۲/۴۱	۲/۵۴
نمره کل دشواری در تنظیم	۸۶/۵۰	۱۵/۴۳
نگرانی	۱۸/۵۱	۲/۸۸
نشخوار ذهنی	۱۷/۱۸	۳/۶۰
پایش تهدید	۲۲/۱۴	۴/۸۵
نمره کل افکار تکرارشونده	۵۷/۸۳	۹/۹۵
علائم جسمانی	۵/۴۲	۳/۰۷
اضطراب	۵/۱۹	۳/۴۲
اختلال عملکرد اجتماعی	۱۲/۱۸	۱/۷۹
افسردگی	۳/۸۳	۱/۳۷
نمره کل سلامت روان	۲۶/۶۴	۸/۷۵

برای بررسی رابطه بین مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی با سلامت روان ابتدا از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است. نتایج تحلیل داده‌ها که در جدول ۳ آمده است نشان داد که بین نمره کل دشواری در تنظیم هیجان و نمره کل سلامت روان ضریب همبستگی ۰/۵۸ وجود دارد. همچنین بین نمره کل افکار تکرارشونده منفی، با نمره کل سلامت روان ضریب همبستگی ۰/۶۴ وجود دارد که این همبستگی‌ها در سطح $P < 0.001$ معنادار هستند.

همانطور که در جدول ۱ آمده است از نمونه مورد بررسی در بین کارکنان ناجا ۲۲/۱۷ درصد در رسته اداری، ۱۲/۸۱ درصد در رسته انتظامی، ۱۰/۳۴ درصد در رسته اطلاعات، ۵/۹۱ درصد در رسته آگاهی، ۱۷/۷۳ درصد در رسته آماد و پشتیبانی، ۳/۹۴ درصد در رسته دارایی، ۱۴/۲۹ درصد در رسته راهنمایی رانندگی و ۱۲/۸۱ درصد در سایر رسته‌ها مشغول به خدمت بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان در نمونه مورد بررسی آمده است.

جدول ۳- ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های مشکلات دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی با سلامت روانی

متغیرها	علائم جسمانی		اضطراب		عملکرد اجتماعی		افسردگی		نمره کل سلامت روان	
	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری
عدم پذیرش هیجان	۰/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۰۰۴
مشکل انجام رفتار هدفمند	۰/۲۱	۰/۰۰۳	۰/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۰۰۱
دشواری در کنترل تکانه	۰/۲۹	۰/۰۰۵	۰/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۰۰۳	۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۰۰۱
فقدان آگاهی هیجان	۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۰/۰۰۱
دسترسی محدود	۰/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۰۰۱
عدم وضوح هیجان	۰/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۰۰۲	۰/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۰۰۱
نمره کل دشواری	۰/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۰۰۱
نگرانی	۰/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۰۰۲	۰/۴۳	۰/۰۰۱
نشخوار ذهنی	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۰/۰۰۱
پایش تهدید	۰/۴۳	۰/۰۰۴	۰/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۰۰۲	۰/۵۹	۰/۰۰۱
نمره کل افکار تکرارشونده	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۰۰۳	۰/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۰۰۱

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت روان بر اساس نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی

متغیر ملاک	R	R ²	آماره F	سطح معناداری
سلامت روان	۰/۷۸	۰/۵۷	۴۶/۰۳	۰/۰۰۱

تکرارشونده منفی از تحلیل رگرسیون به شیوه گام‌به‌گام نیز استفاده شد که خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۵ آمده است. همانگونه که در جدول ۵ آمده است، مدل رگرسیونی پیش‌بینی در ۵ گام انجام می‌گیرد، که در گام ۵ مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی همگی با هم می‌توانند ۵۶ درصد تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی کنند، بر این اساس مدل رگرسیونی معنادار است ($P < 0.001$)، ضرایب رگرسیونی برای پیش‌بینی سلامت روان (نمره کل) در جدول ۶ آمده است.

برای پیش‌بینی سلامت روان بر اساس نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی از تحلیل رگرسیون به شیوه همزمان استفاده شد که خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۴ آمده است. همانگونه که در جدول ۴ آمده است، نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی هر دو با هم می‌توانند ۵۷ درصد تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی کنند، بر این اساس مدل رگرسیونی معنادار است ($P < 0.001$). برای پیش‌بینی سلامت روان بر اساس مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های افکار

جدول ۵- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت روان به شیوه گام‌به‌گام

گام	R	R ²	آماره F	سطح معناداری
۱	۰/۶۱	۰/۴۰	۱۳۹/۳۶	۰/۰۰۱
۲	۰/۶۶	۰/۴۵	۱۷۵/۰۴	۰/۰۰۱
۳	۰/۷۰	۰/۴۹	۱۲۲/۸۶	۰/۰۰۱
۴	۰/۷۳	۰/۵۲	۹۷/۹۹	۰/۰۰۱
۵	۰/۷۷	۰/۵۶	۸۲/۵۲	۰/۰۰۱

جدول ۶- ضرایب رگرسیونی برای پیش‌بینی سلامت روان

گام	متغیر پیش‌بین	B ضرایب غیراستاندارد	β ضرایب استاندارد	t	معناداری
۱	فقدان آگاهی هیجانی	۱/۲۳	۰/۶۴	۱۱/۸۰	۰/۰۰۱
۲	فقدان آگاهی هیجانی	۱/۱۱	۰/۵۷	۱۳/۳۸	۰/۰۰۱
	نشخوار ذهنی	۱/۱۶	۰/۵۲	۱۱/۱۷	۰/۰۰۱
۳	فقدان آگاهی هیجانی	۱/۳۸	۰/۷۱	۱۰/۷۵	۰/۰۰۱
	نشخوار ذهنی	۱/۰۱	۰/۵۹	۸/۳۲	۰/۰۰۱
	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	-۰/۴۸	۰/۴۶	۲/۷۱	۰/۰۰۷
۴	فقدان آگاهی هیجانی	۱/۲۵	۰/۶۵	۹/۴۱	۰/۰۰۱
	نشخوار ذهنی	۱/۲۱	۰/۶۳	۸/۷۷	۰/۰۰۱
	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	-۰/۶۴	۰/۴۴	۳/۵۶	۰/۰۱
	دشواری در کنترل تکانه	-۰/۶۶	۰/۳۸	۲/۹۷	۰/۰۰۳
۵	فقدان آگاهی هیجانی	۱/۳۰	۰/۶۷	۹/۳۹	۰/۰۰۱
	نشخوار ذهنی	-۰/۹۹	۰/۶۰	۶/۱۹	۰/۰۰۱
	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	-۰/۵۷	۰/۴۲	۳/۱۹	۰/۰۰۲
	دشواری در کنترل تکانه	-۰/۸۵	۰/۳۴	۳/۷۰	۰/۰۰۱
	دسترسی محدود به تنظیم هیجانی	-۰/۴۶	۰/۲۹	۲/۷۵	۰/۰۰۶

سلامت روان دیده شد. از طرفی نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به تنظیم هیجانی توان بیشتری جهت پیش‌بینی سلامت روان کارکنان ناجا را دارند. این نتیجه تا حدودی همسو و هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های Yap و همکاران (۲۸)، Wendland و همکاران (۲۹)، Kim و همکاران (۳۰) و امینی و همکاران (۳۱) بود. جهت تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که از آنجایی که دشواری در تنظیم کردن هیجانات موجب می‌شود که فرد در موقعیت‌های مبهم دچار سردرگمی و بلا تکلیفی شود و نیز چنین حالتی فرد را از درست اندیشیدن و معقولانه رفتار کردن دور می‌کند، بنابراین چنین حالتی می‌تواند سلامت روان فرد را تهدید کند و او را به سمت مشکلات روانشناختی همچون اضطراب، افسردگی و حتی مشکلات جسمانی بکشاند. از طرف دیگر به اعتقاد محققان چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام روبه‌رو شدن با حادثه هیجان‌آور (موقعیت هیجانی)، از اهمیت بالایی برخوردار است. سلامت روان افراد تحت تاثیر تعامل دو طرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ارزیابی درست از موقعیت‌های مخاطره‌آمیز قرار می‌گیرد (۳۲). از طرفی تغییراتی که در مسیر هیجانی در طول عمر افراد شکل می‌گیرد، جنبه‌های مختلف رفتار آدمی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین نمی‌توان نقش تنظیم هیجان را در سازگاری افراد و میزان سلامت روان آن‌ها نادیده گرفت. همچنین با توجه به جامعه مورد هدف و از آنجایی که کارکنان ناجا به اقتضای شغلشان با مشغله‌های فراوانی مواجه هستند، همین می‌تواند موجب گردد، برخی از آن‌ها در شناسایی دقیق هیجانات خود یا دیگران در محیط کار با مشکل مواجه شوند و این امر موجب می‌شود در برقراری ارتباط درست

همانگونه که در جدول ۵ آمده است، مدل رگرسیونی پیش‌بینی در ۵ گام انجام می‌گیرد، که در گام ۵ مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی همگی با هم می‌توانند ۵۶ درصد تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی کنند، بر این اساس مدل رگرسیونی معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$)، ضرایب رگرسیونی برای پیش‌بینی سلامت روان (نمره کل) در جدول ۶ آمده است. نتایج تحلیل رگرسیون به شیوه گام‌به‌گام نشان می‌دهد که در گام پنجم خرده مقیاس‌های فقدان آگاهی هیجانی (از دشواری در تنظیم هیجان)، نشخوار ذهنی (از افکار تکرارشونده منفی) عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (از دشواری در تنظیم هیجان)، دشواری در کنترل تکانه (از دشواری در تنظیم هیجان) و دسترسی محدود به تنظیم هیجان (از دشواری در تنظیم هیجان)، به ترتیب با ضرایب تأثیر ۰/۶۷، ۰/۶۰، ۰/۴۲، ۰/۳۴ و ۰/۲۹ توان پیش‌بینی سلامت روان را دارند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی نقش دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرارشونده منفی در سلامت روان کارکنان ناجا انجام شد. نتایج یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رابطه مثبت معناداری بین مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان با سلامت روان وجود دارد. بدین معنی هر چقدر عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی بیشتر باشد مشکلات مرتبط با سلامت روان از جمله مشکلات جسمانی، اضطرابی، افسردگی و نیز مشکلات مرتبط با عملکرد اجتماعی نیز بیشتر است و بالعکس. همچنین رابطه مثبت و معناداری بین نمره کل دشواری در تنظیم هیجان با

سایر جوامع و گروه‌های مشابه بایستی با احتیاط عمل کرد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای پرسشنامه‌ها در بین نظامیان و کارکنان جامعه هدف بود، چراکه بنابر شرایط شغلی و مشغله کاری کارکنان، همکاری را با سختی مواجهه می‌کرد. با توجه به اینکه تنها منبع جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه‌هایی بود که جنبه خودگزارشی دارند، به همین دلیل ممکن است در اطلاعات به‌دست آمده سوءگیری تک روشی ایجاد شده باشد. با توجه به اینکه پژوهش حاضر با هدف واکاوی نقش پیش‌بینی‌کننده دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرار شونده منفی در سلامت روان کارکنان ناجا انجام شد بنابراین، پیشنهاد می‌شود: در پژوهش‌های آتی به رابطه علت و معلولی این متغیرها در قالب طرح‌های آزمایش توجه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به رابطه سایر متغیرهای شناختی و هیجانی با سلامت روان در کارکنان ناجا توجه شود، زیرا که این پژوهش تنها تعداد محدودی از متغیرهای روانشناختی را مورد بررسی قرار داد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی جهت افزایش اعتبار بیرونی پژوهش حاضر، از نمونه افراد نظامی غیر از کارکنان ناجا استفاده شود (مثلاً کارکنان ارتش، سپاه و سایر ارگان‌های نظامی) و جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر (هرچند نمونه کمتر) از روش‌های دیگر نظیر مصاحبه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده کنند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر گویای آن است که رابطه معناداری بین دشواری در تنظیم هیجان و افکار تکرار شونده منفی با سلامت روانشناختی کارکنان ناجا وجود دارد. این بدین معناست که این متغیرها با همدیگر توان پیش‌بینی مشکلات مربوط به سلامت روان را دارند. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که اولاً؛ مشکل در جنبه‌های هیجانی و تکرار افکار منفی می‌تواند سلامت روان کارکنان ناجا را با تهدید مواجهه سازد، و ثانیاً؛ کمک گرفتن از مهارت‌های مرتبط با تنظیم و مدیریت درست هیجان می‌تواند در موقعیت‌های تهدیدکننده سلامت نقش حمایتی ایفا کند، تا جایی که موقعیت مخاطره‌آمیز را کاهش داده و حتی آن را به موقعیت مفیدی تبدیل نماید.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- با در نظر گرفتن برنامه‌هایی برای کارکنان به نقش مؤلفه‌های روانشناختی همچون تنظیم هیجان توجه شود.
- کارکنان نظامی هر سال از لحاظ شاخص‌های سلامت روان ارزیابی شوند.

با همکاران و ارباب‌رجوع‌ها دچار مشکل شوند که خود یکی از عوامل بسیار مهم آسیب‌رسان به سلامت عمومی آن‌ها و علی‌الخصوص سلامت روان است (۳۳). از طرف دیگر می‌توان گفت کارکنانی که مهارت‌های خود تنظیم‌گری پایینی دارند قادر به خودکنترلی در موقعیت‌های خطرناک و منفی نیستند، به همین دلیل است که آن‌ها جهت تنظیم عواطف خود به سمت سوء مصرف انواع مخدر یا صنعتی روی می‌آورند که تهدید بزرگی برای سلامت روان آن‌ها است. De Berardis و همکاران (۳۴) در پژوهشی نشان دادند، که دشواری هیجانی ارتباط مثبت و معنادار با رفتارهای تهدیدکننده سلامت روان همچون خودکشی دارد. همچنین Yang و همکاران (۳۵) در مطالعه‌ای که با هدف بررسی تنظیم هیجان در نوجوانان انجام شد، دریافتند که تنظیم هیجان به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در مقابل بسیاری از مشکلات روانشناختی به حساب می‌آید و افرادی که از مشکلات در تنظیم هیجان رنج می‌برند، در مقابل مخاطرات بیشتر با مشکل مواجهه می‌شوند که با یافته حاضر همخوان است.

همچنین نتایج یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رابطه معناداری بین مؤلفه‌های مختلف افکار تکرار شونده منفی با سلامت روان وجود دارد، بدین معنی که هرچقدر نگرانی، نشخوار ذهنی، کنترل ناپذیری بیشتر باشد احتمال تهدید سلامت روان نیز بیشتر است و بالعکس هر چقدر شدت این مؤلفه‌ها کمتر باشد فرد از امنیت و سلامت روانشناختی بیشتری برخوردار خواهد بود. از طرف دیگر نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین خرده مقیاس‌های افکار تکرار شونده منفی، نشخوار ذهنی و پایش تهدید توان بیشتری جهت پیش‌بینی سلامت روان کارکنان ناجا را داشتند. این نتیجه تا حدودی همخوان با نتایج پژوهش‌های گودرزی و اکبری (۳۶)، جوربنیان و همکاران (۳۷)، و McEvoy و همکاران (۱۶) بود.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که خیلی از افرادی که از مشکلات مرتبط با سلامت روان همچون اضطراب، افسردگی و ... رنج می‌برند با نشخوارهای فکری و نگرانی‌های مداوم و تکرارپذیر در طول شبانه روز مواجهه هستند که می‌توان گفت دلیل طیف وسیعی از مشکلات مرتبط با سلامت روان را ناشی از چنین افکاری دانست. به‌عنوان نمونه مبتلایان به اختلال اضطرابی که از افکار غیر منطقی مرتبط با آینده و نگرانی مرتبط با آن رنج می‌برند، به دلیل فشار روانی فوق‌العاده عملکرد آن‌ها در طول روز و در محیط شغلی پایین می‌آید. وقتی فرد نگرانی شدید و نشخوار فکری دارد در شناسایی و پردازش منطقی موقعیت‌ها و رویدادها با مشکل مواجهه خواهد شد، بنابراین چنین افرادی توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا را دارند و این تهدیدی برای سلامت روان به حساب می‌آید.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

چون جامعه آماری محدود به یک نمونه منتخب از کارکنان ناجا مشغول به کار در شهر تهران بود، بنابراین برای تعمیم نتایج به

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از طرح کسری خدمت بنیاد نخبگان متعلق به نخبه وظیفه پیمان حاتمیان است

کارکنان شاغل در شهر تهران که نهایت همکاری را در به انجام رساندن پژوهش حاضر را داشتند صمیمانه قدردانی می‌نمایند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Veisi B, Rahmati-Najarkolaei F, Ahmadi S. Impact of positive-skill training on general health and spiritual well-being of soldiers. *Journal of Military Medicine*. 2019;21(2):161-7. [In Persian]
2. Shekari H, Yousefi S, Ahmadi M. Study of Frequency and Severity of Depression in Bandar Lengeh Air Defense Forces. *Paramedical Sciences and Military Health*. 2018;13(1):27-32. [In Persian]
3. Fouladi J, Gharaei E, Khaksar Boldaji D. The Relationship between Physical Activity and Mental Health of AJA's Military Staff. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(4):63-71. [In Persian]
4. Beheshti S, Norian Najafabadi M. Social Factors Related to Primary School Teachers' Mental Health. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2021;19(1):99-112. [In Persian]
5. Kneeland ET, Goodman FR, Dovidio JF. Emotion beliefs, emotion regulation, and emotional experiences in daily life. *Behavior Therapy*. 2020;51(5):728-38. doi:10.1016/j.beth.2019.10.007
6. Barrett LF, Mesquita B, Ochsner KN, Gross JJ. The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*. 2007;58:373-403. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085709
7. Goldie P. Emotion. *Philosophy Compass*. 2007; 2(6):928-38. doi:10.1111/j.1747-9991.2007.00105.x
8. Gross JJ. Handbook of emotion regulation. *Journal of Behavioral Addictions*. 2015;4(3):210-3. doi:10.1556/2006.4.2015.031
9. SayyahBargard M, Olapour A, Ardame A, Shahidi S, Yaghoobi Askarabad E. Prediction of mental health and academic performance of students within cognitive emotional regulation strategies in Medical Sciences University of Jundishapur in Ahvaz. *Educational Development of Judishapur*. 2014;5(1): 37-44. [In Persian]
10. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(2):217-37. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
11. Thielsch C, Ehring T, Nestler S, Wolters J, Kopei I, Rist F, et al. Metacognitions, worry and sleep in everyday life: Studying bidirectional pathways using Ecological Momentary Assessment in GAD patients. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015;33:53-61. doi:10.1016/j.janxdis.2015.04.007
12. Dixon ML, Moodie CA, Goldin PR, Farb N, Heimberg RG, Gross JJ. Emotion regulation in social anxiety disorder: reappraisal and acceptance of negative self-beliefs. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2020;

که در پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا و با نظارت دانشگاه عالی دفاع ملی و تحقیقات راهبردی نخبگان و استعداددهای برتر با شماره نامه ۳۱۲۳/۱/۹۹۱۶۸۳/۳ و در تاریخ ۱۳۹۹/۱/۱ به تصویب و تایید رسیده و در تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۲۹ با موفقیت پایان یافته است. بدین وسیله نویسندگان از تمامی کارکنان ناجا مخصوصاً

- 5(1):119-29. doi:10.1016/j.bpsc.2019.07.009
13. Bruggink A, Huisman S, Vuijk R, Kraaij V, Garnefski N. Cognitive emotion regulation, anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2016;22:34-44. doi:10.1016/j.rasd.2015.11.003
14. Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2011;37(1):37-42. doi:10.3109/00952990.2010.535582
15. Karami J, Momeni KM, Hatamian P. The relationship between emotion dysregulation with psychoactive substance abuse in nurses working at hospitals of Kermanshah Iran 2016. *Bali Medical Journal*. 2017;6(3):495-9. doi:10.15562/bmj.v6i3.640
16. McEvoy PM, Mahoney AE, Moulds ML. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24(5):509-19. doi:10.1016/j.janxdis.2010.03.008
17. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997;11(3):279-96. doi:10.1016/S0887-6185(97)00011-X
18. Morin CM. *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford press; 1993.
19. Elahi T, Ashtiani A, Bigdeli E. The relationship between physical fitness and mental health of the employees of a medical sciences university. *Journal of Military Medicine*. 2012;14(3):197-205. [In Persian]
20. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004;26(1):41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
21. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Investigating the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with students' dependence on smoking. *Hakim Research Journal*. 2010;13(1):11-8. [In Persian]
22. Karami J, Zakiei A, Hatamian P, Baghri A. The comparison of emotional regulation destruction and emotional styles in people with nicotine dependence

- and non nicotine dependence. *Studies in Medical Sciences*. 2017;27(10):848-55. [In Persian]
23. Mahoney AE, McEvoy PM, Moulds ML. Psychometric properties of the Repetitive Thinking Questionnaire in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(2):359-67. doi:10.1016/j.janxdis.2011.12.003
24. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 1979;9(1):139-45. doi:10.1017/S0033291700021644
25. Fayaz I, Kiani J. A survey on the mental health status of the adolescents in Shahid Dastgheyb and Namaazi orphanages of Shiraz. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2011;1(2):19-48. [In Persian]
26. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of shiraz university. *Journal of Psychology*. 2002;5(4): 381-98. [In Persian]
27. Fathi Ashtiani A, Dastani M. *Psychological tests: Evaluation of personality and mental health*. Tehran: Besat Publications. 2009. [In Persian]
28. Yap K, Mogan C, Moriarty A, Dowling N, Blair-West S, Gelgec C, et al. Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2018;74(4):695-709. doi:10.1002/jclp.22553
29. Wendland J, Lebert A, de Oliveira C, Boujut E. Links between maltreatment during childhood or adolescence and risk-related substance use among young adults. *L'Évolution Psychiatrique*. 2017;82(2):e17-26. doi:10.1016/j.evopsy.2016.12.002
30. Kim H, Seo J, Namkoong K, Hwang EH, Sohn SY, Kim SJ, et al. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2016;192:50-5. doi:10.1016/j.jad.2015.12.018
31. Amini A, Shirvani H, Bazgir B. Comparison of sleep quality in active and non-active military retirement and its relationship with mental health. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(3):252-63. [In Persian] doi:10.30491/JMM.22.3.252
32. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, van Den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*. 2004;36(2):267-76. doi:10.1016/S0191-8869(03)00083-7
33. Parker JD, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 2008;45(2):174-80. doi:10.1016/j.paid.2008.03.018
34. De Berardis D, Serroni N, Campanella D, Rapini G, Olivieri L, Feliziani B, et al. Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: an exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*. 2015; 58:82-7. doi:10.1016/j.comppsy.2014.12.016
35. Yang M, Deng X, An S. The relationship between habitual use and real-time emotion regulation strategies in adolescents: Evidence from frontal EEG asymmetry. *Neuropsychologia*. 2021; 162:108056. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2021.108056
36. Akbari M. The Role of Emotion Dysregulation, Repetitive Negative Thoughts and Thought-Action Fusion, in Prediction of Worry. *Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry*. 2017;4(3):65-76. [In Persian]
37. Joorbonyan A, Abdi R, Chalabianloo G. The role of repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in predicting the severity of emotional disorders symptoms. *Clinical Psychology and Personality*. 2020;17(2):103-11. [In Persian] doi:10.22070/CPAP.2020.2911