Journal of Police Medicine

Special Issue; Vol. 5, No. 4: 273-282

Original Article

Predict of Mental Health of Border Police Staff Based on Cognitive Emotion Regulation Strategies (Case Study: Border Cadre of Sistan and Baluchestan Province)

Received: 22 December 2015 **Revised:** 10 January 2016 **Accepted:** 18 January 2016

Masoud Faal[1*]
Sidal Faal[2]

[1]MSc in pharmaceutical Chemistry, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

[2]Lecturer, Public Law, Amin University of Police, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background: Cognitive emotion regulation strategies have different effects on individuals' mental health (especially soldiery). Emotions management, which consists of internal and external processes, controls, evaluates and changes a person's emotional response in order to achieve their goals. Mental health is a state of mind associated with a number of internal and external variables covering from the absence of disease up to the sense of satisfaction and enjoyment of life. This study aimed to predict the mental health of border staff.

Materials and Methods: This is a descriptive and correlational research. The sample population consisted of 125 randomly selected border cadre personnel of Sistan-Baluchistan in 2015 tested by mental health questionnaire (GHQ-28) and cognitive emotion regulation questionnaire (GERQ). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics including regression and Pearson correlation test via SPSS Software.

Results: The results showed that there is a positive significant correlation between strategies of other-blame and catastrophizing with physical impairment, anxiety, social dysfunction, depression and mental health, and there is a negative significant relationship between positive thinking strategies and acceptance with physical impairment, anxiety, social dysfunction, depression and mental health. Also, regression analysis results showed that strategies of other-blame, catastrophizing and positive thinking were able to predict and explain 33.2 percent of changes related to mental health.

Conclusion: The results suggest that cognitive emotion regulation strategies can predict and explain mental health changes in the border cadre.

Keywords: mental health, cognitive emotion regulation strategies, cadre border, border

[*]**Corresponding Author:**
Masoud Faal
Tel: (+98)9173411290
email: masoud.faal@yahoo.com

ویژه‌نامه- دوره ۵- شماره ۴- صفحات ۲۸۲-۲۷۳

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

پیش‌بینی وضعیت سلامت روانی کارکنان مرزبانی ناجا بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

(مطالعه موردی کارکنان پایور مرزبانی استان مرزبانی س و ب)

تاریخ دریافت: ۱ دی ۱۳۹۴ **تاریخ اصلاح:** ۲۰ دی ۱۳۹۴ **تاریخ پذیرش:** ۲۸ دی ۱۳۹۴

مسعود فعال [1*]

سیدال فعال [2]

[1] کارشناس ارشد شیمی دارویی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

[2] مربی، حقوق عمومی، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران.

[*]نویسنده مسئول:

مسعود فعال

تلفن: ۰۹۱۷۳۴۱۱۲۹۰(۹۸+)

پست الکترونیک:

masoud.faal@yahoo.com

چکیده

مقدمه: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تأثیرات متفاوتی بر سلامت روانی افراد (بخصوص نظامیان) دارد. مدیریت هیجانات به‌منزله فرایندهایی درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد. سلامت روانی نوعی وضعیت ذهنی است که با شماری از متغیرهای درونی و بیرونی در ارتباط است که می‌تواند از فقدان بیماری تا احساس رضایت و لذت بردن از زندگی را در برمی‌گیرد. پژوهش حاضر باهدف پیش‌بینی وضعیت سلامت روانی کارکنان مرزبانی صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه نمونه شامل ۱۲۵ نفر از کارکنان پایور مرزبانی استان سیستان و بلوچستان در سال ۹۴ بوده که به شیوه تصادفی ساده انتخاب و با ابزار پرسشنامه سلامت روانی (GHQ-28) و پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (GERQ) موردسنجش واقع و داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی ازجمله آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام از طریق نرم‌افزار SPSS.20تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داده است که بین راهبردهای سرزنش دیگران و فاجعه‌آمیز پنداری با اختلال جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت روان، رابطه مثبت و معنادار و بین راهبردهای مثبت اندیشی و پذیرش با اختلال جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت روان رابطه منفی و معنادار دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که راهبردهای سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیز پنداری و مثبت اندیشی توانستند ۲/۳۳ درصد تغییرات مربوط به‌سلامت روانی را پیش‌بینی و تبیین کنند.

نتیجه‌گیری: نتایج اشاره دارند که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌خوبی می‌توانند تغییرات سلامت روانی را در کارکنان پایور مرزبانی پیش‌بینی و تبیین کنند.

کلید واژه‌ها: سلامت روان، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، کارکنان پایور مرزبانی، مرز

مقدمه

سلامت روانی نوعی وضعیت ذهنی است که با شماری از متغیرهای درونی و بیرونی در ارتباط است که می‌تواند از فقدان بیماری تا احساس رضایت و لذت بردن از زندگی را در برمی گیرد [۱]. مطالعات انجام‌شده سطح بالایی از استرس را برای مشاغل نظامی شناسایی کرده‌اند، به‌عبارت‌دیگر استرس‌های شغلی در محیط های نظامی با فراوانی و شدت بیشتری نمایان می باشد، جدایی طولانی‌مدت از خانواده و انزوای مکانی یا اجتماعی در سرزمین‌های دور از استرس‌هایی هستند که در مطالعات به آن اشاره‌شده است. همچنین نشانه‌های استرس نظامیان به‌صورت افسردگی، کاهش

Journal of Police Medicine
Special Issue; Vol. 5, No. 4: 273-282

عملکرد شغلی، غیبت از کار، نگرش منفی نسبت‌به فرماندهان و افت سلامت جسمی نمایان می‌شود [۲].

بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی، نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است [۳]. هیجان در تمام اختلال‌های عاطفی نقش به‌سزایی دارد. روان‌گسیختگی دربرگیرنده تغییرات هیجانی است. روان آزردگی به اضطراب وابسته است. جامعه‌ستیزی ریشه در فقدان آشکار هیجان دارد. اختلال‌های روانی عمومی و انواع رفتارهای نابهنجار، ریشه در مشکلات هیجانی دارد و حتی عقب‌ماندگی ذهنی، غالباً به‌عنوان عقب‌ماندگی‌های هیجانی در نظر گرفته می‌شود [۴].

اگرچه هیجان‌ها اساس زیست‌شناختی دارند اما افراد قادرند بر هیجان‌ها و ابراز آن‌ها تسلط داشته باشند. تنظیم هیجانی به اعمال اطلاق می‌شود که به‌منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به‌کار می‌رود و شکل خاصی از خود نظم‌بخشی است. درمجموع فرض بر این است که نظم جویی هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی ایفا می‌کند [۵].

سلامت روانی: درزمینه تعریف بیماری روانی تاکنون نظرات و دیدگاه‌های بسیاری ارائه گردیده است به عقیده فروید نشانه سلامت روانی وجود تعادل بین نهاد من و من برتر و همچنین بین سطوح خودآگاه و ناخودآگاه است.

آدلر معتقد است فردی از سلامت روانی برخوردار است که روش زندگی خود را با واقع‌بینی چنان طرح‌ریزی می‌کند که منجربه بروز احساس حقارت غیرقابل‌جبران در وی نگردد. معیار سلامت روانی به عقیده یونگ ضمیمه کردن اندیشه و تفکر به صفات برون گرایی می‌باشد [۶].

هدف بهداشت روانی تأمین سلامت روان‌شناختی و تحقق انسان سالم است و جنبه‌های روان‌شناختی عمدتاً شامل شناخت انگیزه‌ها، عواطف و امیال هستند اما مشکل اساسی در تعریف سلامت روان است. در تعریف سلامت بدنی و حالات مطلوب کارکرد طبیعی بدن میان متخصصان توافق نسبی وجود دارد اما چنین توافقی راجع‌به‌سلامت روان‌شناختی و حالات مطلوب روان وجود ندارد. به‌عبارت‌دیگر اگرچه مهم‌ترین، اساسی‌ترین، دشوارترین و پیچیده‌ترین مسئله روانشناسی چگونگی تغییر رفتار است و ارزش عملی روان‌شناسی با میزان موفقیت آن در تغییر رفتار از وضع موجود به وضع مطلوب می‌باشد، اما هنوز تعریف جامع و مورد اتفاقی از وضع مطلوب، انسان سالم و سلامت روان وجود ندارد و هر فرد یا گروهی برداشت خاصی را ارائه می‌دهند که در حقیقت به‌علت وابستگی این دیدگاه‌ها به جنبه‌های ارزشی است و ارزش ها از فرهنگی به فرهنگ دیگر و حتی درون فرهنگ‌ها بر اساس اهداف و نگرش‌های افراد و مکاتب به ماهیت انسان، متفاوت خواهد بود [۷].

سلامت روان از دیدگاه مکاتب گوناگون روان شناسی اعم‌از روان‌کاوی (فروید، یونگ، آدلر، اریکسون و اریک فروم)، انسان‌گرایی (راجرز و مازلو)، مکتب رفتارگرایی (اسکینر)، مکتب شناختی (گلاسر و الیس)، مکتب هستی‌گرایی (فرانکل) ارائه‌شده است. هرکدام از این رویکردها تعریف ویژه‌ای برای سلامت روان و ویژگی های افراد دارای سلامت روان پیشنهاد می‌کنند. در این پژوهش به‌دلیل گستردگی این مکاتب و رویکردها، تنها به دیدگاه گلدبرگ در مورد سلامت و ابعاد آن اشاره‌شده است.

گلدبرگ چهار مؤلفه به شرح علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را مدنظر قرار می‌دهد و معتقد است افرادی که دارای این چهار نوع اختلال می‌باشند یا به‌طور خفیف متأثر از آن هستند، از سلامت روانی لازم برخوردار نیستند. ابعاد سلامت روانی ازنظر گلدبرگ عبارت است از:

۱- علائم جسمانی: شامل احساس افراد نسبت‌به وضع سلامت و احساس خستگی آن‌ها است و نشانه‌های بدنی را دربر می‌گیرد. این زیرمقیاس دریافت‌های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی های هیجانی همراه هستند شناسایی می‌کند. ۲- اضطراب و بی خوابی: شامل مواردی است که مشخص می‌کند افراد تا چه میزان با اضطراب و بی‌خوابی مواجه هستند ۳- اختلال در کارکرد اجتماعی: توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، داشتن قدرت تصمیم گیری، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن در زندگی و لذت‌بردن از فعالیت‌های روزمره موردبررسی قرار می گیرد. ۴- افسردگی: علائم ویژه افسردگی مانند؛ احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزش بودن زندگی، داشتن افکار خودکشی و آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

تنظیم هیجان به‌صورت فرایندی که از طریق آن، افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌ها را تجربه و ابراز کنند توصیف‌شده است. مدیریت هیجانات به‌منزله فرایندهایی درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که توانایی تنظیم موفق هیجان با شماری از پیامدهای سلامت جسمانی، اجتماعی و فیزیولوژیک مرتبط است. برعکس، فرض براین‌است که نارسایی در تنظیم هیجان، مکانیسم زیربنایی اختلال‌های خلقی و اضطرابی است. مفهوم کلی تنظیم

مجله طب انتظامی
ویژه‌نامه- دوره ۵- شماره ۴- صفحات ۲۸۲-۲۷۳

شناختی هیجان بر شیوه‌های شناختی دست‌کاری ورود اطلاعات فراخوانده شده هیجان دلالت دارد [۸]. به‌عبارت‌دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه‌ی آسیب‌زا برای آن‌ها اطلاق می‌شود [۹].

سبک‌های تنظیم هیجان به دودسته سبک‌های تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار تقسیم می‌شوند. سبک های تنظیم شناختی هیجان سازگار شامل پنج زیرمقیاس پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کنار آمدن با دیدگاه و سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار شامل چهار زیرمقیاس سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه انگاری و سرزنش دیگری می‌باشند [۱۱ و ۱۰].

مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دست‌کاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد [۸]. به‌عبارت‌دیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا برای آن‌ها اطلاق می‌گردد.

سبک‌های تنظیم هیجان به دودسته تقسیم می‌شوند:

سبک‌های تنظیم هیجان شناختی سازگار:

این شیوه مقابله، شامل پنج زیر مقیاس می‌باشد و راهبردهای مقابله‌ای بهنجار محسوب می‌شوند که عبارتند از:

۱. پذیرش: تفکر با محتوای پذیرش و تسلیم رخداد

۲. تمرکز مجدد مثبت: فکر کردن به موضوع لذت‌بخش و شاد به‌جای تفکر درباره حادثه واقعی.

۳. تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی: فکر کردن درباره مراحل فائق آمدن بر واقعه منفی یا تغییر آن.

۴. ارزیابی مجدد مثبت: تفکر درباره جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقا شخصی.

۵. کنار آمدن با دیدگاه: تفکرات مربوط‌به کم‌اهمیت بودن واقعه یا تأکید بر نسبیت آن در مقایسه با سایر وقایع [۱۰].

سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار:

این شیوه مقابله شامل چهار زیر مقیاس می‌باشد و راهبردهای مقابله‌ای نابهنجار را تشکیل می‌دهند، که عبارتند از:

۱. سرزنش خود: تفکر با محتوای تقصیر دانستن و سرزنش خود.

۲. نشخوار فکری: اشتغال ذهنی درباره احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه منفی.

۳. فاجعه انگاری: تفکر با محتوای وحشت از حادثه.

۴. سرزنش دیگری: تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران به‌خاطر آنچه اتفاق افتاده است [۱۱].

در سال‌های اخیر موضوع سلامت روان بسیار مورد بحث و توجه روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران قرارگرفته و توجه‌به نقش سلامت روان در زندگی فردی و اجتماعی اهمیت ویژه‌ای یافته است [۷]. سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود می‌داند. به‌عبارت‌دیگر بهداشت روانی حالت خاصی از روان است که سبب بهبود، رشد و کمال شخصیت انسان می‌گردد و به فرد کمک می‌کند که با خود و دیگران سازگاری داشته باشد. هدف اصلی سلامت روانی کمک به همه افراد دررسیدن به زندگی عاقلانه‌تر، شادتر، هماهنگ‌تر، شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است [۱۲].

باتوجه‌به شرایط جغرافیایی و محیطی و امنیتی مرزهای کشور و اینکه تعداد زیادی از کارکنان فرماندهی مرزبانی ناجا با شرایط روحی و روانی و سایر ویژگی‌های شخصیتی متفاوت در نقاط مرزی مشغول حراست از مرزوبوم کشور جمهوری اسلامی ایران هستند و پیچیدگی محیط و وجود عوامل متغییر و فشارزا باعث می‌گردند افراد دچار تنش‌ها و اختلاف روانی گردند لذا باتوجه‌به اهمیت این سرمایه در این مقاله تحقیقی به بررسی موضوع پرداخته می‌شود. سلامت از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار نقش حیاتی دارد. مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می‌باشد [۱۳].

با توجه به مطالب ذکرشده و با اذعان به این امر یکی از عواملی که تأثیرات متفاوتی بر سلامت روانی افراد (خصوصاً نظامیان) می‌تواند داشته باشد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان که باید بیش‌ازپیش در تحقیقات به آن پرداخته شود لذا هدف پژوهش حاضر این است که بررسی کند آیا راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌توانند سلامت روانی را پیش‌بینی و تبیین کنند؟ که در این تحقیق به بررسی موضوع و پاسخ به سؤال پرداخته می‌شود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل ۲۵۰ نفر از کارکنان پایور مرزبانی استان سیستان و بلوچستان در سال ۹۴ بوده (به‌منظور رعایت اصول حفاظتی از اعلام طیف خودداری شده است) که تعداد ۱۲۵ نفر از به‌عنوان جامعه نمونه به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار مورداستفاده شامل پرسشنامه سلامت روانی (GHQ-28) و پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (GERQ) بود. داده‌ها با استفاده از روش های آماری توصیفی و استنباطی ازجمله آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام از طریق نرم‌افزار SPSS.20 تحلیل شد.

Journal of Police Medicine
Special Issue; Vol. 5, No. 4: 273-282

ابزارهای اندازه‌گیری:
الف) مقیاس سلامت روان(GHQ-28): این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال می‌باشد که به بررسی وضعیت روانی فرد در یک‌ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل‌مشاهده است. پرسشنامه سلامت روانی دارای چهار خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی است که هرکدام هفت پرسش را شامل می‌شود. سؤالات پرسشنامه مذکور چهار گزینه دارند و نمرات صفر تا سه به آن تعلق می‌گیرد. نریمانی و ابوالقاسمی (۱۳۸۴) ضریب اعتبار این مقیاس را ۰/۶۷ تا ۰/۷۶ و پایایی تنصیف ۰/۸۳ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ را گزارش نمودند [۱۴]. همچنین قربانی و همکاران (۱۳۹۲) مقدار آلفای کرونباخ کل سلامت روان را ۰/۹۲ و ابعاد آن را به ترتیب نشانه‌های جسمانی ۰/۸۳، اضطراب ۰/۸۲، اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۷۵ و افسردگی ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند [۱۵]. در این مقیاس نمره پایین آزمودنی نشانه سلامت روان بهتر و نمرات بالاتر نشانه اختلال در سلامت روان می‌باشد.
ب) پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (GERQ):
این پرسشنامه، پرسش‌نامه‌ای چندبعدی است که توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) طراحی‌شده است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجزیه کردن وقایع یا موقعیت های منفی مورداستفاده قرار می‌گیرد [۱۲]. برخلاف سایر پرسش‌نامه‌های مقابله‌ای که به‌صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسش‌نامه افکار فرد را پس از یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. اجرای این پرسشنامه برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل‌استفاده است [۹]. نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و نه زیرمقیاس متفاوت است. در این پرسشنامه راهبردهای (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری) راهبردهای منفی تنظیم هیجان و راهبردهای (پذیرش، توجه مجدد بر برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه) راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار پنج‌درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع‌آوری می‌گردد. سازندگان این پرسشنامه پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه مجدداً توسط امین‌آبادی در پژوهشی (۱۳۸۸) ازلحاظ روان‌سنجی موردبررسی قرار گرفت و ۳۶ ماده پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مؤلفه اصلی موردبررسی قرار گرفت و درنتیجه آن ۳۶ سؤال به ۲۶ سؤال و نه خرده مقیاس به چهار خرده مقیاس (سرزنش خود و فاجعه‌آمیز پنداری، مقابله و پذیرش، مثبت اندیشی، سرزنش دیگران) کاهش یافت که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۷۶ و ۰/۶۴ برای خرده مقیاس‌ها و درکل پرسشنامه ۰/۷۰ گزارش‌شده است [۱۶]. عیسی زادگان در پژوهشی ضرایب پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش کردند. در این پژوهش، پرسشنامه ۲۶ سؤالی با چهار خرده مقیاس بکار گرفته شد [۵].
ج) تعریف عملیاتی تنظیم شناختی هیجان:
در این پژوهش تنظیم شناختی هیجان بر اساس عملکرد فرد در پرسشنامه ۲۶ سؤالی تنظیم شناختی هیجان (CERQ) که توسط گارنفسکی و همکاران تدوین‌شده است، سنجیده می شود. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و دارای چهار خرده مقیاس (سرزنش خود و فاجعه‌آمیز پنداری، مقابله و پذیرش، مثبت اندیشی، سرزنش دیگران) می‌باشد. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار پنج‌درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع آوری می‌شود. اجرای این پرسشنامه برای افراد ۱۲ سال به بالا هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی قابل‌استفاده می‌باشد.

یافته‌ها

الف: سیمای نمونه آماری: (خصوصیات دموگرافیک پاسخ‌دهندگان)
یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد از ۱۲۵ نفر شرکت کننده در پژوهش، سن ۵۳/۶ درصد زیر ۳۵ سال و ۴۶/۴ درصد ۳۶ سال و بالاتر سن داشتند.

جدول ۱: توزیع فراوانی درصد پاسخ‌دهندگان برحسب سن

	زیر ۳۵ سال	۳۶ سال و بالاتر	کل
فراوانی	۶۷	۵۸	۱۲۵
درصد فراوانی	۵۳/۶	۴۶/۴	۱۰۰
درصد تجمعی	۵۳/۶	۱۰۰	

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد از ۱۲۵ نفر شرکت کننده در پژوهش، ۵۶ درصد برحسب نوع خدمت در واحد صفی و ۴۴ درصد در واحد ستادی مشغول به خدمت بودند.

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌دهندگان برحسب نوع خدمت

نوع خدمت	صفی	ستادی	جمع
فراوانی	۷۰	۵۵	۱۲۵
درصد	۵۶	۴۶	۱۰۰
درصد تجمعی	۵۶	۱۰۰	

ب: یافته‌های توصیفی:
جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر سلامت روانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را نشان می‌دهد.

مجله طب انتظامی
ویژه‌نامه- دوره ۵- شماره ۴- صفحات ۲۸۲-۲۷۳

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر سلامت‌روانی و راهبردهای تنظیم شناختی‌هیجان

متغیرهای موردپژوهش	شاخص	
	میانگین	انحراف معیار
اختلال جسمانی	۲۳/۴	۳۸/۳
اضطراب	۲۲/۵	۰۱/۴
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰۵/۷	۷۴/۳
افسردگی	۷۷/۴	۷۵/۴
سلامت‌روان	۲۷/۲۱	۸۰/۱۲
سرزنش دیگران	۰۷/۷	۹۰/۲
فاجعه‌آمیز پنداری	۵۴/۳۰	۳۴/۷
مثبت‌اندیشی	۷۳/۱۴	۳۱/۴
پذیرش	۴۱/۲۰	۰۹/۵

یافته‌های استنباطی:
نتایج تحلیل رگرسیونی نشان داد که ۰/۲۷۷ درصد تغییرات به وقوع پیوسته در متغیر وابسته (سلامت روانی)، مرتبط به متغیرهای مستقل به‌کاررفته شده در پژوهش بوده است. البته اشکال وارد بر این ضریب این است که تعداد درجه آزادی را در نظر نمی‌گیرد. به همین دلیل برای رفع این مشکل، از ضریب تعدیل شده (Adjust R Square) استفاده می‌نماییم. مقدار این ضریب برابر است با ۰/۲۵۸ (از دلایل کم بودن فاصله بین دو ضریب فوق، می‌توان به کم بودن تعداد متغیرهای مستقل اشاره نمود.) همان‌طور که جدول ۴ گویای آن است، متغیر سرزنش خود و فاجعه آمیز پنداری با ضریب بتای ۰/۲۰۱، مهم‌ترین پیش‌بینی کننده سلامت روانی کارکنان فرماندهی مرزبانی ناجا است؛ پس ازاین متغیر به‌ترتیب سرزنش دیگران با ضریب بتای ۰/۱۸۸، مثبت اندیشی با ضریب بتای ۰/۰۹۹، مقابله و پذیرش با ضریب بتای ۰/۰۱۳، به‌عنوان تأثیرگذارترین متغیرها در تبیین تغییرات عملکرد سازمانی هستند. سلسله‌مراتب تأثیرگذاری متغیرهای مستقل به ترتیب شدت تأثیرگذاری به شرح ذیل می‌باشد:

۱- سرزنش خود و فاجعه‌آمیز پنداری
۲- سرزنش دیگران
۳- مثبت اندیشی
۴- مقابله و پذیرش

بحث و نتیجه‌گیری

سعادتمند و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی بر روی سربازان وظیفه هنگ مرزی مریوان نشان دادند که بین اختلال جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت روان با نگرانی مرضی و عاطفه مثبت و منفی رابطه معناداری وجود دارد [۱۷].
ربیعی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان دادند که بین اکثر متغیرهای تنظیم شناختی- هیجانی با اختلالات اضطرابی رابطه معنی‌داری وجود دارد [۱۸].
سیاح و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند از میان راهبردهای تنظیم هیجان شناختی سازگار، پذیرش و از میان راهبردهای تنظیم هیجان شناختی ناسازگار، فاجعه انگاری بهترین پیش‌بینی کننده سلامت‌روان می‌باشند [۱۹].
یوسفی (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان داد که بین راهبردهای تنظیم هیجان و هیجانات مثبت و منفی با سلامت روانی، همبستگی معنی‌داری وجود دارد و ارزیابی مجدد و هیجانات مثبت به صورت مثبت و معنی‌دار و فرونشانی و هیجانات منفی به‌صورت منفی و معنی‌دار قادر به‌پیش بینی سلامت روانی هستند [۲۰].
عیسی زادگان و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان دادند که بین راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان (فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش خود و سرزنش دیگران) با بهداشت عمومی رابطه منفی و معناداری و بین راهبردهای کارآمد تنظیم شناختی هیجان (مثبت اندیشی و پذیرش) با بهداشت عمومی رابطه منفی و معناداری وجود دارد [۵].
عبدی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند که سبک های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار (فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگری) پیش‌بینی کننده سلامت‌روان به‌طور منفی و سبک های تنظیم هیجان شناختی سازگار (تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد

جدول ۴: خلاصه نتایج ضرایب محاسبه‌شده در معادله

مدل	متغیرهای مستقل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	سطح معنی‌داری
		B	خطای استاندارد	بتا	
۱	(Constant)	۱۲/۷۱۹	۵۰۹/۰	–	۰۰۲/۰
	سرزنش خود و فاجعه‌آمیز پنداری	۲/۰۷۹	۴۱۱/۱	۲۰۱/۰	۰۰۰/۰
	مقابله و پذیرش	۰/۲۴۸	۲۰۹/۱	۰۱۳/۰	۰۰۸/۰
	مثبت‌اندیشی	۱/۴۸۱	۰۶۹/۱	۰۹۹/۰	۰۰۰/۰
	سرزنش دیگران	۲/۲۶۵	۶۰۶/۰	۱۸۸/۰	۰۰۰/۰

Journal of Police Medicine
Special Issue; Vol. 5, No. 4: 273-282

مثبت) پیش‌بینی کننده سلامت روان‌شناختی به‌طور مثبت بودند [۲۱].

زارع و سلگی (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که بین افسردگی، اضطراب و استرس با راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان (سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز پنداری) همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد [۹].

باقری (۱۳۷۸) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان «بررسی رابطه بین وضعیت و افسردگی بین کارکنان وظیفه ستادی متوسط شهرکرد» گزارش نموده است که هیچ‌گونه رابطه معنی‌داری بین افسردگی و افت کارکنان وظیفه مذکور وجود نداشته است.

فارسی و همکاران (۱۳۸۵) در بررسی وضعیت سلامت روان سربازان مراجعه‌کننده سرپایی به یک کلینیک نظامی در تهران از ۳۰۱ سرباز موردمطالعه، ۱۷۴ (۸/۵۷ درصد) را مشکوک به اختلال روانی گزارش کردند. همچنین در این مطالعه مشخص شد ارتباط معناداری بین مشکلات روانی و عدم فعالیت جسمانی، سابقه خودزنی، فرار از خدمت، زندان و تعداد ماه‌های خدمت وجود دارد [۲۲].

نریمانی در سال ۱۳۸۴ در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت روانی کارکنان نظامی شهر اردبیل با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) گزارش نمود که بین کارکنان کادر و وظیفه، مابین کارکنان کادر نیروی‌زمینی‌ارتش، نیروی‌زمینی‌سپاه و نیروی‌انتظامی، مابین کارکنان وظیفه نیروی‌زمینی‌ارتش، نیروی‌زمینی‌سپاه و نیروی‌انتظامی و نیز به‌طورکلی بین گروه‌های نظامی (سرباز، درجه‌دار و افسر) ازنظر اختلال روانی تفاوت وجود داشت [۲۳]. میزان اختلالات روانی در کارکنان وظیفه بیشتر از کارکنان کادر بود و ازنظر اضطراب و افسردگی نیز بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت.

مطالعه‌ی دیگری توسط خبازیان در سال ۱۳۸۳ با عنوان بررسی وضعیت سلامت روانی ۱۲۰ دانشجوی مذکر دانشگاه آجا (ارتش‌جمهوری‌اسلامی‌ایران) با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) صورت گرفت که نشان داد ۶۷/۸ درصد افراد مشکوک به اختلال سلامت روانی هستند که از آن میان بیشترین درصد به مقیاس علائم اضطراب تعلق داشت [۲۴].

دیاریان (۱۳۷۸) نیز با مقایسه ویژگی‌های روانی ــ اجتماعی دانشجویان مشروط و غیرمشروط دانشگاه اصفهان ذکرنموده‌است که دانشجویان مشروط ازنظر وسواس، افسردگی، خصومت، اضطراب فوبیک و روان‌پریش به‌طور معنی دار با دانشجویان غیرمشروط متفاوتند به‌طوری‌که میانگین نمرات آن‌ها بیشتر از دانشجویان غیرمشروط بوده‌است و همچنین گزارش نموده است که در گروه دانشجویان مشروط و غیرمشروط تفاوت معنی‌داری ازنظر جسمی‌سازی حساسیت بین فردی اضطراب و افکار پارانویید نداشته‌اند.

پالاهنگ (۱۳۷۴) در کاشان شیوع اختلالات روانی را معادل ۲۳/۷۵ درصد گزارش‌نموده‌است همچنین شیوع اختلالات مذکور را در زنان بیشتر از مردان ذکر کرده‌است ولی همچنین گزارش کرده‌است وضعیت اقتصادی- اجتماعی نامطلوب رابطه‌ای معنی‌داری و مثبت با اختلالات روانی نشان داده است.

احمدی (۱۳۷۴) در تحقیق گزارش کرده است در ایران افسردگی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است و شیوع آن در حدود ۱۵ درصد در مردان و ۲۵ درصد در زنان بوده است.

در بررسی‌هایی که توسط جردن و همکاران در سال ۱۹۹۱ انجام شد افراد نظامی مستعد ابتلا به اختلالات متعدد روان‌پزشکی ازجمله افسردگی و وابستگی به الکل بودند. در آن تحقیق عنوان شد که ۴۰/۸ درصد سربازان از سلامت روانی خوبی برخوردار نبودند.

آلدو و همکاران (۲۰۱۴) در بسط نظریه‌های مربوطبه راهبردهای تنظیم هیجانی، اظهار داشتند که اختلال و آشفتگی در هیجان‌ها و تنظیم آن‌ها به‌دلیل اهمیت ذاتی‌شان در زندگی روزمره، پیامدهای آسیب‌شناختی خواهند داشت [۲۵].

ساکنا و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافتند که دشواری در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی، عواملی مهم و تأثیرگذار در کاهش سلامت روانی افراد هستند [۲۶].

کیودباچ و همکاران (۲۰۱۰) به این نتیجه دست یافتند که راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان همچون فرونشانی، اجتناب و نشخوار فکری، سهم معنی‌داری در پیش‌بینی سطوح پایین عواطف و احساسات مثبت همچون شادکامی و سلامت ذهنی دارند [۲۷].

انجر و کاروگزوگلا (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند که هوش هیجانی و هیجانات مثبت با افزایش رفتارهای مرتبط با سلامت روانی در ارتباط هستند [۲۸].

کودتا و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که عواطف و هیجانات منفی همچون خشم، غم و نفرت به صورت منفی و معکوس و عواطف و هیجانات مثبت همچون خوش‌بینی به صورت مثبت و مستقیم، سلامت روانی و ذهنی را پیش‌بینی می‌کنند [۲۹].

داشتن مشکلات روانی منجر به اختلال در انجام وظایف، کاهش انگیزه، اضطراب، ترس و نگرانی شده و سبب می‌شود که فرد بخش قابل‌توجهی از نیروی فکری خود را صرف چنین مشکلاتی نماید. درنتیجه مسلم است که فرد توان و علاقه کافی برای فعالیت در سازمان را نخواهد داشت. ازآنجاکه نیروی انسانی یکی از بزرگ‌ترین منابع و سرمایه‌های هر سازمانی محسوب می‌شود که سلامت آن‌ها

مجله طب انتظامی
ویژه‌نامه- دوره ۵- شماره ۴- صفحات ۲۸۲-۲۷۳

در افزایش بهره‌وری نقش تعیین‌کننده دارد. بنابراین هرگونه برنامه‌ریزی و حتی سرمایه‌گذاری در این بخش که منتهی به حفظ و ارتقاء سطح سلامت کارکنان گردد، می‌تواند درنهایت باعث افزایش کارایی شده و با بازگشت سرمایه همراه باشد [۳۰]. یکی از عواملی که تأثیرات متفاوتی بر سلامت روانی افراد (خصوصاً نظامیان) می‌تواند داشته باشد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان که باید بیش‌ازپیش در تحقیقات به آن پرداخته شود لذا پژوهش حاضر باهدف پیش‌بینی وضعیت سلامت روانی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در کارکنان پایور مرزبانی انجام شد.

نتایج آزمون تحقیق حاکی از آن است که متغیر سرزنش خود و فاجعه‌آمیز پنداری با ضریب بتای ۰/۲۰۱، مهم‌ترین پیش‌بینی کننده سلامت روانی کارکنان فرماندهی مرزبانی ناجا است، پس‌ازاین متغیر به ترتیب سرزنش دیگران با ضریب بتای ۰/۱۸۸، مثبت اندیشی با ضریب بتای ۰/۰۹۹، مقابله و پذیرش با ضریب بتای ۰/۰۱۳، به‌عنوان تأثیرگذارترین متغیرها در تبیین تغییرات عملکرد سازمانی هستند. سلسله‌مراتب تأثیرگذاری متغیرهای مستقل به‌ترتیب شدت تأثیرگذاری به شرح ذیل می‌باشد:

۱- سرزنش خود و فاجعه‌آمیز پنداری
۲- سرزنش دیگران
۳- مثبت اندیشی
۴- مقابله و پذیرش

پژوهش‌های اخیر دریافته‌اند که تنظیم هیجانی اثربخش و کارآمد برای سلامت روانی بسیار حیاتی است و مشکل در تنظیم هیجان در ارتباط با دامنه‌ای از رفتارهای مسئله‌ساز و اختلالات روانی مثل سوءمصرف مواد، خودآزاری، افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی و اختلال استرس پس از سانحه می‌شود [۳۱]. سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زا است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد پیشرفت یا بروز اختلال های روانی رابطه مستقیم دارد [۳۲]. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت کارکنان پایوری که از راهبردهای سرزنش دیگران و فاجعه آمیز پنداری در تنظیم هیجانات استفاده می‌کنند در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیری بیشتری دارند و درنتیجه بروز اختلال در سلامت روان آنان نیز بیشتر است و بالعکس.

در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به توسعه حوزه دانش در این زمینه کمک کند و پیشینه‌ای برای پژوهش‌های بعدی درزمینه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تأثیر آن در سلامت روانی باشد. ازنظر عملی نیز باتوجه‌به تأیید رابطه معنادار بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تأثیر آن در سلامت روانی، نیاز به مداخلات آموزشی مبتنی بر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خودتنظیمی هیجانی را خصوصاً در کارکنان پایور مرزبانی آشکار می‌کند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان موارد ذیل را برشمرد. محدود نمودن بررسی‌ها به کارکنان پایور مرزبانی یکی از مناطق مرزی کشور که تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش را به دیگر نواحی مرزی با دشواری روبرو می‌سازد و باید احتیاط کرد. استفاده از آزمون‌ها خارجی که ازنظر فرهنگی و اجتماعی می‌تواند با بافت فرهنگی و اجتماعی کشور ما متفاوت باشد از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر بود. به‌تبع محدودیت‌های یادشده و یافته‌های نهایی این مطالعه، پیشنهاد می‌شود که در طرح‌های پژوهشی آتی، این پژوهش در سایر مناطق جغرافیایی و در صورت امکان بر روی حجم بزرگ‌تری از کارکنان پایور مرزبانی انجام گیرد، همچنین پیشنهاد می‌شود که مراکز بهداری، کتاب، نوشته و یا بروشورهایی را درزمینه متغیرهای موردپژوهش تهیه و در دسترس نیروهای نظامی (اعم از کارکنان پایور کادر و وظیفه) قرار دهد.

با توجه نتایج یافته‌ها متصدیان امر با برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری و ایجاد راهبردهای مناسب با استفاده از نتایج تحقیق اقدام و ضمن پیگیری علل مرتبط با این نتیجه انجام فعالیت‌های پیشگیری مثل مشاوره، درمان و غیره برای رفع معضلات روانی صفی آن را بیش از گذشته مدنظر قرار دهند. همچنین محققان تحقیقات بیشتری درزمینه کاهش اختلالات روانی داشته باشند.

تقدیر و تشکر

در پایان از فرماندهی مرزبانی استان سیستان و بلوچستان که در خصوص توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها نهایت همکاری را داشته‌اند تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

1. Lucas RE, Diener E, Suh ED. Criminate Validity of well-being measures. J Per and Soc Psychol. (71); 1996: 616-628
2. Eskandari M, Ahmadi, Khodabakhsh J. The relationship between the presence in border areas and mental health in the Military. Military Psychology Journal.2011; 2(5): 39-46. (Persian)
3. Thompson R. Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. Fox (Ed.), the development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994; 59 (2. (
4. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression. Journal of Personality and Social Psychology. 1998:224-237.

Journal of Police Medicine

Special Issue; Vol. 5, No. 4: 273-282

5. Isazadegan A, sheikh S, bashrpour S, Saadatmand S. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional creativity by public health among students. Urmia Medical Journal.24 (1): 1-10 (Persian)
6. Bagheri yazdi A, Investigate the epidemiology of mental disorders in the villages of Yazd Meibod, Psychology Master's Thesis, Tehran University of Medical Sciences. 2003 (Persian)
7. Saadatmand S. The effectiveness of life skills training and group counseling Albert Ellis's REBT method of self-concept. Psychology master's thesis. Urmia University, Faculty of Literature. 2012. (Persian)
8. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. Trends in Cognitive Sciences. 2005:242-249.
9. Zaree H, Solgi Z. Investigate the relationship between cognitive emotion regulation strategies with depression, anxiety and stress among students.2011; 6(3):19-29. (Persian)
10. Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. Personality and Individual Differences.2005:1317–1327.
11. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. Personality and Individual Differences.2001:1311–1327.
12. Amini M, Narimani M, Barahmand T, Sobhi N. the relationship emotional intelligence by self-efficacy and mental health and Comparison of the top students as Normal students. Knowledge and Research in Applied Psychology. 2008. (Persian)
13. Abdi masole F, Kaviani H, Khaghanizadeh M, Momeni araghi A, The relationship Burnout by Mental health: a study in 200 nurses. Tehran University of Medical Sciences. 65(6); 2009; 65-75. (Persian)
14. Narimani M, Abolghasemi A. Psychological tests, Ridvan Garden Publications,2005.
15. Ghorbani E, Saadatmand S, Sepehrian azar F, Asadnia S, Feizipur H. The relationship between hope, anxiety, death by mental health in students of Urmia University. Urmia Medical Journal. 24(8); 2013: 607-616. (Persian)
16. Aminabadi Z. The relationship between parenting styles and Cognitive emotion regulation by academic performance. Master's thesis, Tehran, shahid Beheshti University. 2008. (Persian)
17. Saadatmand S, Saidian M, Borojerdi A, Asadnia S. Check the status of mental health and its relationship to disease concerns and positive and negative affect in Marivan border regiment soldiers. Border Studies Journal. 2(6); 2013: 47-78. (Persian)
18. Rabii M, Zrrehposh A, Palahang H, Zareii mahmoudabadi H. The relationship between The Component of Cognitive regulation - emotional and anxiety disorders. Journal of Behavioral Sciences Research. 11(5); 2013: 363-374. (Persian)
19. Siah M, Avalipour A, Ardameh A, Shahidi Sh, Yaaghobi E. Prediction of mental health and academic performance of Students Through cognitive emotion regulation strategies in Ahwaz University of Medical Sciences, Development of training Jundishapur. 5(1); 2013: 37-44. (Persian)
20. Yusefi J. The relationship between emotion regulation strategies and Positive emotions and negative mental health, Faculty Journal of Medical Sciences Nishapur. 3(1); 2014: 66-74. (Persian)
21. Abdi S, Babapur J, Fathi H. The relationship between Cognitive emotion regulation Styles and general health, Health science research and military Calendar. 8(4); 2010: 258-264. (Persian)
22. Farsi Z, Jabari M, Ebadi A. Study the mental health status of Outpatient Referring soldiers to a military clinic in Tehran, Journal of Military Medical University. 4(3); 2006: 923-930. (Persian)
23. Haji Y, Rajabnejad M, Khodami H, Mesri M, Aghapour E, Salari M. Study of stress management on general health and lifestyle University of Imam Hussein, Journal of Islamic lifestyle.2012:30-41. (Persian)
24. Khabazian R. Study of mental health in medical students, PhD's Thesis. 2004. (Persian)
25. Aldo D, Hooria J, Goldin R, Gross JJ. Adaptive and Maladaptive Emotion Regulation Strategies: Interactive effects during CBT for Social Anxiety Disorder. J Anxiety Disord. 28(4); 2014: 382-9.
26. Saxena P, Dubey A, Pandey R. Role of Emotion Regulation Difficulties in Predicting Mental Health and Well-being. J Proj Psy & Ment Health. 18(2); 2011:147- 54.
27. Quoidbach J, Berry EV, Hansenne M, Mikolajczak M. Positive Emotion Regulation and Well-being: Comparing the Impact of Eight Savoring and Dampening Strategies. Pers Individ Dif. 49(5); 2010: 368-73.
28. Üngür G, Karagözoğlu C. The Relationship between Emotional Intelligence, Social Physique Anxiety and Life Satisfaction in Physical Education and Sports Students. Int J Human Soc Sci Res3. (13); 2013:102-10.
29. Kortte KB, Gilbert M, Gorman P, Wegener ST. Positive Psychological Variable in the Prediction of Life Satisfaction after Spinal Cord Injury. Rehabil Psychol. 55(1); 2010:40-7.
30. Devries MW, Wilkerson B. Stress, work and mental health: a global perspective, Acta Neuropsychiatrica. 2003: 15 (1):44-53.
31. Roberton T, Daffern M, Bucks RS. Emotion regulation and aggression. Aggression and Violent Behavior. 17(1); 2012:72–82.

مجله طب انتظامی
ویژه‌نامه- دوره ۵- شماره ۴- صفحات ۲۸۲-۲۷۳

32.Ghasemzadeh S, Hosseinian S, Motabi F, Banihashem S. The effectiveness of Cognitive-behavioral intervention on Coping responses and cognitive emotion regulation strategies, Journal of Behavioral Sciences. 4(1); 2010: 35-43. (Persian)