

مقایسه تنظیم شناختی هیجان، شادکامی و عدم تحمل آشفتگی در کارکنان وظیفه  
با رفتارهای پرخطر بالا و پایین  
*Comparison of Cognitive Emotion Regulation, Happiness and  
Distress Intolerance in Conscripts with High and Low Risk  
Behaviors*

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۱۴

Niusha, B. ✉, Rajabi, A.

بهشته نیوشا ✉، علی اکبر رجیبی<sup>۱</sup>

**Abstract**

**Introduction:** The purpose of the present study was to compare cognitive emotion regulation, happiness and distress intolerance in conscripts with high and low risk behaviors.

**Method:** This is a causal-comparative study, and its statistical population consisted of all conscripts (n = 139) serving in a military unit in the west of Tehran. The sample included 60 conscripts selected through the availability sampling method and assigned into two groups: with high and low risk behaviors. The High Risk Behaviors Questionnaire, the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, the Oxford Happiness Questionnaire and the Distress Tolerance Scale were used for data collection. Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to analyze the data.

**Results:** The results showed that there is a difference between cognitive emotion regulation in the conscripts with high- and low-risk behaviors. Also, there was a difference between the conscripts with high- and low-risk behaviors in distress tolerance. It was further revealed that there was a difference between the conscripts with high- and low-risk behaviors in happiness.

**Discussion:** It can be concluded that conscripts with low risk behaviors have higher cognitive emotion regulation and distress tolerance and more happiness than the other group.

**Keywords:** cognitive emotion regulation, happiness, distress tolerance, risk behaviors.

**چکیده**

**مقدمه:** هدف از تحقیق حاضر، مقایسه تنظیم شناختی هیجان، شادکامی و عدم تحمل آشفتگی در کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر بالا و پایین بود.

**روش:** این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای بوده و جامعه آماری این پژوهش را تمامی کارکنان وظیفه (سربازان) مشغول به خدمت در یکی از یگان‌های نظامی غرب شهر تهران تشکیل دادند (تعداد ۱۳۹ N=). نمونه این پژوهش نیز شامل ۶۰ نفر از کارکنان وظیفه بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس، انتخاب و سپس در دو گروه با رفتارهای پرخطر بالا و پایین جایگزین شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه رفتارهای پرخطر، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و مقیاس تحمل آشفتگی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد بین تنظیم شناختی هیجان در کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر بالا و رفتارهای پرخطر پایین، تفاوت وجود دارد. همچنین بین تحمل آشفتگی در کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر بالا و پایین، تفاوت وجود دارد و همچنین مشخص شد بین شادکامی در کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر بالا و پایین، تفاوت وجود دارد.

**بحث:** می‌توان نتیجه گرفت کارکنان وظیفه با رفتار پرخطر پایین، از "تنظیم شناختی هیجان"، "تحمل آشفتگی" بالاتر و "شادکامی" بیشتری نسبت به گروه دیگر برخوردارند.

**کلیدواژه‌ها:** تنظیم شناختی هیجان؛ شادکامی؛ تحمل آشفتگی؛ رفتارهای پرخطر

✉ **Corresponding Author:** Assistant Professor,  
Department of Psychology, Faculty of Humanities,  
Saveh Branch, Islamic Azad University, Iran  
E-mail: beheshteh\_niusha@yahoo.com

✉ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، ایران  
۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه، ایران

## مقدمه

نیروهای مسلح، دژهای استوار مردمان و مایه عزت و شکوه دین و راه‌های استقرار امنیت در کشور می‌باشند. وظیفه ویژه، اساسی و بنیادین نیروهای مسلح و نظامی، تأمین امنیت و مراقبت و پاسداری از آن است. در میان نیروهای انسانی تشکیل‌دهنده سازمان‌های نظامی و انتظامی، سربازان و مشمولان، بدنه اصلی ارتش و نیروهای مسلح کشور را تشکیل می‌دهند و طبعاً در فرایند راهبرد امنیت ملی از جایگاه و موقعیت برجسته‌ای برخوردارند و چنانچه آنان افرادی فاقد انگیزه، روحیه، نشاط، اشتیاق، اعتماد به نفس و رضایت باشند (هاردی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) و سازوکارهای به‌کارگیری آنها منطقی و خردمندانه و هوشمندانه نباشد، در اجرای مأموریت‌های محوله و به‌ویژه در مصاف با دشمن، جز شکست، سرخوردگی و هزیمت، دستاوردی ندارند (ذوالفقاری، ۱۳۸۲). شیوع مشکلات رفتاری و هیجانی و تأثیر این مشکلات بر عملکرد کلی سربازان موجب شده است تا عوامل مرتبط با آن مورد بررسی قرار گیرند. از جمله عواملی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار می‌گیرند، تنظیم شناختی، عدم تحمل آشفتگی و میزان شادکامی کارکنان وظیفه عمومی (سربازان) می‌باشد.

تنظیم شناختی هیجان به تمام سبک‌های شناختی اطلاق می‌شود که هر فرد از آن به‌منظور افزایش یا کاهش یا حفظ هیجان خود استفاده می‌کند (گراس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). به‌عبارت‌دیگر، تنظیم شناختی هیجان، به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان اشاره دارد. تنظیم شناختی هیجان، افراد را قادر می‌سازد با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع محیطی متنوع پاسخ دهند (اوکسنر<sup>۳</sup> و گراس، ۲۰۰۵، ۲۰۰۴). افراد از راهبردهای مختلفی برای مدیریت و تنظیم شناختی هیجان‌هایشان استفاده

می‌کنند. گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون<sup>۴</sup> (۲۰۰۱)، نه راهبرد متفاوت تنظیم شناختی هیجان را شناسایی کرده‌اند که در دو دسته راهبردهای منفی و مثبت جای می‌گیرند. راهبردهای سرزنش خود<sup>۵</sup>، سرزنش دیگران<sup>۶</sup>، نشخوار ذهنی<sup>۷</sup> و فاجعه‌آمیزپنداری<sup>۸</sup>، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان را تشکیل می‌دهند. راهبردهای پذیرش<sup>۹</sup>، توجه مجدد به برنامه‌ریزی<sup>۱۰</sup>، توجه مجدد مثبت<sup>۱۱</sup>، ارزیابی مجدد مثبت<sup>۱۲</sup> و اتخاذ دیدگاه<sup>۱۳</sup>، راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان را تشکیل می‌دهند. به‌نظر می‌رسد استفاده از هر راهبرد منحصر به فرد، مزایای متفاوتی (مانند، کاهش تجربه هیجانات ناخواسته<sup>۱۴</sup>) و هزینه‌هایی مانند (پاسخ‌های فیزیولوژیک غیرانطباقی یا اختلال در عملکرد اجتماعی) را به دنبال دارد. استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، به کاهش در تجربه هیجانات منفی منجر می‌شود و کسانی که از این راهبردها استفاده می‌کنند هیچ هزینه فیزیولوژیکی، احساسی و اجتماعی پرداخت نمی‌کنند (تروی<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۲). مطالعات نشان داده است که توانایی استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجانی، علاوه بر کاهش تجربه احساسات منفی، می‌تواند باعث افزایش تجربه احساسات مثبت شود (برای مثال، ماوس<sup>۱۶</sup>، کوک<sup>۱۷</sup>، چنگ<sup>۱۸</sup> و گراس، ۲۰۰۷). در نتیجه می‌توان چنین فرض کرد که نوع راهبرد تنظیم شناختی هیجان، عامل مؤثر بر سطح سلامت روانی و کاهش رفتارهای پرخطر افراد است.

عدم تحمل آشفتگی به توانایی تجربه و تحمل موقعیت‌های روان‌شناختی منفی اطلاق می‌گردد. آشفتگی ممکن است ماحصل فرایندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به‌صورت حالت هیجانی است که اغلب با تمایل به عمل جهت‌رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌شود (سیمونز<sup>۱۹</sup> و گاهر<sup>۲۰</sup>،

است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجهشان جلب این هیجان آشفته‌کننده می‌شود و عملکردشان به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (سیمونز، ۲۰۰۵). یافته‌های به‌دست‌آمده از نمونه‌های مبتنی بر جامعه و روان‌پزشکی نشان می‌دهد که تحمل آشفتگی به‌طور معکوس با طیفی از رفتارهای ناسازگارانه مانند رفتار ضداجتماعی، قماربازی بیمارگون، خودآسیب‌زنی عمدی، رفتارهای پرخوری و به‌طور قابل‌توجهی با مصرف الکل و مواد مخدر، رابطه دارد (هانت و همکاران، ۲۰۱۲).

شادکامی، نام علمی ارزیابی افراد از زندگی‌شان می‌باشد و به‌عبارت‌دیگر توانایی افراد در اینکه می‌توانند زندگی‌شان را به‌صورت کلی (مانند رضایت‌مندی از زندگی یا احساس خرسندی) یا به‌صورت ارزیابی از حیطه‌های خاص زندگی‌شان (مانند ازدواج یا کار) یا احساسات هیجانی اخیر خود را در رابطه با آنچه برایشان رخ داده است، مورد بررسی و ارزیابی قرار دهند (داینر<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۵). به عقیده برخی مؤلفان، شادی و شادکامی در زندگی از عوامل مهمی است که موجب می‌شود فرد احساس خوبی درمورد زندگی خود و دیگران داشته باشد. افراد خوشحال دارای امید، تعمق، موفقیت‌های آموزشی، سطوح بالای علائق اجتماعی و کیفیت زندگی هستند (احمدی و پیرحیاتی، ۲۰۱۲). آرگایل و همکاران (۱۹۸۹) پنج بعد را برای شادکامی بیان نموده‌اند: رضایت از زندگی، عزت‌نفس (حرمت خود)، سلامتی (بهبودی فاعلی)، کارآمدی (رضایت خاطر) و خلق مثبت. افراد ناشاد یا به‌تعبیری افسرده، نسبت به مهارت‌های خود، قضاوت‌های دقیق‌تری را انجام می‌دهند (آکرمن و دروبیز<sup>۲۸</sup>، ۱۹۹۱؛ به‌نقل از تاجری، ۲۰۱۳)، درمقابل، افراد شادکام مهارت‌های خود را زیادی برآورد کرده و حوادث مثبت را بیشتر از حوادث منفی به‌خاطر

اعتقاد بر این است که تحمل آشفتگی بر ارزیابی و عواقب ناشی از تجربه هیجانات منفی اثرگذار است؛ به‌طوری‌که افرادی که تحمل آشفتگی کم‌تری دارند، با شدت بیشتری به استرس و آشفتگی پاسخ می‌دهند. همچنین اعتقاد بر این است که این افراد، توانایی‌های مقابله‌ای ضعیفی نسبت به پریشانی نشان می‌دهند و در نتیجه می‌کوشند با به‌کارگیری راهبردهایی که هدف آنها کاهش حالات هیجانی منفی است، از هیجانات منفی اجتناب کنند (اندامی‌خشک، ۱۳۹۲). سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) برای تحمل آشفتگی چهار بعد: تحمل پریشانی هیجانی (تحمل)، جذب‌شدن به‌وسيله هیجانات منفی (جذب)، برآورد ذهنی پریشانی (ارزیابی) و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (تنظیم) را بیان کرده‌اند. در اکثر تحقیقات تجربی، تحمل آشفتگی به داشتن ارتباط تنگاتنگ با بی‌نظمی رفتاری، تشخیص داده شده است (کیوگ<sup>۲۱</sup>، ریکاردی<sup>۲۲</sup>، تیمپانو<sup>۲۳</sup>، میتچل<sup>۲۴</sup> و اسمیت<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۰). بین عدم تحمل آشفتگی در سطح بالا با نشانه‌های اضطراب فراگیر، از جمله نگرانی ارتباط وجود دارد. عدم تحمل آشفتگی بر نگرش فرد و سطوح اجتناب شناختی تأثیر می‌گذارد و افرادی که دارای میزان بالای عدم تحمل آشفتگی هستند، مستعد نگرانی خواهند بود (داکاس<sup>۲۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). افراد دارای تحمل آشفتگی پایین، اولاً هیجان را غیرقابل‌تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند، ثانیاً این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند؛ چراکه توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست‌کم می‌گیرند. سومین مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل آشفتگی پایین، تلاش فراوان برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه‌شده می‌باشد. لازم به ذکر

می‌سپارند، در برنامه‌ریزی دقیق‌ترند، زیرا از راهبردهای مهم مثل جستجوی اطلاعات مرتبط با سلامتی بهره می‌گیرند (آرگایل<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۱). افرادی که شاد هستند احساس امنیت بیشتری می‌کنند، آسان تصمیم می‌گیرند، دارای روحیه مشارکتی هستند و نسبت به کسانی که با آنان زندگی می‌کنند بیشتر احساس رضایت می‌کنند (مایرز، ۲۰۰۲). بنابراین، باتوجه به اینکه شادکامی، ارتباط نزدیک با سلامت روان دارد، افرادی که شادکامی بالایی دارند، به احتمال زیاد از سلامت روان کافی نیز برخوردار هستند، پس احتمالاً تجربه رفتارهای پرخطر را کم‌تر خواهند داشت.

رفتارهای پرخطر به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد (کارگرگ و گرو<sup>۳۰</sup>، ۲۰۰۳). این‌گونه رفتارها می‌تواند تأثیر نامطلوبی بر رشد و سلامتی افراد برجای بگذارد (گازمن<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۸). رایج‌ترین رفتارهای پرخطر عبارتند از: مصرف زیاد مشروبات الکلی، سوءمصرف مواد مخدر، آمیزش جنسی ناایمن، رانندگی بی‌پروا، ورزش‌های خطرناک، قماربازی، اعمال بی‌بندوبار و غیرقانونی (بویر<sup>۳۲</sup>، ۲۰۰۶). مطالعات نشان داده است اغلب رفتارهای پرخطر مانند سیگار، الکل و رفتارهای جنسی نامطمئن در سنین قبل از ۱۸ سالگی شروع می‌شوند (برکمن و اسکات<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۱) که در جامعه ما به‌نوعی هم‌زمان با ورود جوانان به خدمت وظیفه عمومی است.

به‌نظر می‌رسد قرارگرفتن جوانان در محیط‌های نظامی به دلایل مختلفی از جمله افسردگی، اعتیاد، ناسازگاری با محیط خدمت، تحقیر و تنبیه نابجا، خدمت در یگان‌های صفی، وجود صفات شخصیتی چون درون‌گرایی، روان‌آزردگی، مشکلات خانوادگی

(انسی و همکاران، ۱۳۹۳)، دوری از خانواده و رفتارهای همسالان در گرایش به رفتارهای پرخطر ازجمله مصرف مواد اعتیادآور و سیگار (باسکرینو<sup>۳۴</sup>، ۲۰۰۶؛ تراوتمن<sup>۳۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)، خودکشی (ناک<sup>۳۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، اقدام به خوزنی (آوخ‌کیسمی، مهدوی و ابراهیمی، ۱۳۹۲) را افزایش می‌دهد. مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که رویکرد قطعی درباره علل رفتارهای پرخطر ارائه نشده است (فُکس<sup>۳۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). از این‌رو، پژوهش‌های مختلف، علل گوناگونی را برای وقوع رفتارهای پرخطر ارائه می‌کنند که ازجمله آنها به خانواده و ضعف حمایت والدین از جوانان (گنزالز، کاس و میسون<sup>۳۸</sup>، ۲۰۰۸؛ پناغی و همکاران، ۲۰۱۲)، عوامل اجتماعی و محیط ناامن جامعه (بیگلن<sup>۳۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۰)، مشکلات مربوط به مدرسه و ترک تحصیل (ادی، رید و فترو<sup>۴۰</sup>، ۲۰۰۰)، دوستان (پریستن، بوئرگس و اسپرتتو<sup>۴۱</sup>، ۲۰۰۰) عوامل ژنتیکی، تأثیرات هورمونی و رویدادهای دوران بلوغ (کیمبرلی، اسلاتر و اتینگ<sup>۴۲</sup>، ۲۰۰۵) و عوامل فردی و روان‌شناختی (ووتا، مانیون و سایک<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۴؛ لنا، لارسن، بیرگیتا و بدیل<sup>۴۴</sup>، ۲۰۰۵) می‌توان اشاره کرد.

در این راستا، سبک‌های معیوب و ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ات و رفتارهایی که منشأ هیجانی دارند، به احتمال زیاد، پیش‌بینی‌کننده مهمی در بروز رفتارهای پرخطر هستند. افرادی که فاقد مهارت‌های لازم برای کنارآمدن با تجارب هیجانی خود هستند، هنگام مدیریت و کنترل عواطف منفی خود بیشتر درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند (لیکن، انت و نورتن<sup>۴۵</sup>، ۲۰۰۶). قادری و تقوا (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که در راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان، میانگین نمرات گروه سربازان با مشکلات رفتاری بیشتر از گروه هنجار است و در

انجام اعمال و وظایفی که برعهده وی می‌باشد، جلوگیری خواهد نمود (تمنایی فر و همکاران، ۱۳۹۰)، لذا براین اساس، در این پژوهش محققین درصدد پاسخگویی به سه سؤال زیر هستند که بین تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی) در کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر بالا و پایین چه تفاوتی وجود دارد؟ بین شادکامی (رضایت از زندگی، خلق مثبت، سلامتی، کارآمدی و عزت نفس) در کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر بالا و پایین چه تفاوتی وجود دارد؟ و بین عدم تحمل آشفتگی (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) در کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر بالا و پایین چه تفاوتی وجود دارد؟

### روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش تحقیق پس‌رویدادی (علی - مقایسه‌ای) است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کارکنان وظیفه (سربازان) مشغول به خدمت در غرب شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دهند که برای نمونه‌گیری ابتدا نمونه ۱۸۰ نفری از کارکنان وظیفه (سربازان) مشغول به خدمت در غرب تهران به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و از آنان خواسته شد تا به پرسشنامه "رفتارهای پرخطر" پاسخ دهند که در تجزیه و تحلیل ۴۱ پرسشنامه مخدوش حذف شد و از میان ۱۳۹ نفر باقیمانده، در مرحله دوم نمونه‌گیری ۳۰ نفر از کارکنان وظیفه که بالاترین نمره و ۳۰ نفر که پایین‌ترین نمره را در پرسشنامه "رفتارهای پرخطر" کسب کرده بودند و همچنین باتوجه به مصاحبه وضعیت روانی انجام شده، غربالگری و جزو افراد با رفتارهای پرخطر بالا و پایین، بودند انتخاب و در ادامه پرسشنامه‌های "تنظیم شناختی هیجان"، "شادکامی" و "عدم تحمل آشفتگی" روی این نمونه

راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان افراد گروه سربازان با مشکلات رفتاری میانگین نمرات کم‌تری در مقایسه با گروه بهنجار کسب نمودند. فوکس و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند افراد وابسته به کوکائین نقص‌های بارزی را در تنظیم هیجان نشان می‌دهند که با واکنش استرس بیشتر و کنترل تکانه کاهش یافته ارتباط دارد. صمیمی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که راهبردهای سازگارانه با برخی رفتارهای پرخطر رابطه منفی معنی‌داری داشت. همچنین براساس یافته‌ها، بین مؤلفه‌های تحمل پریشانی نیز با برخی رفتارهای پرخطر ارتباط منفی معنی‌داری مشاهده شد. در پژوهش گراتز<sup>۴۶</sup> و همکاران (۲۰۱۲) یافته‌های به‌دست‌آمده از نمونه‌های مبتنی بر جامعه و روان‌پزشکی نشان می‌دهد که تحمل آشفتگی به‌طور معکوس با طیفی از رفتارهای پرخطر (ناسازگارانه) مانند رفتارهای ضد اجتماعی، قماربازی بیمارگون<sup>۴۷</sup>، خودآسیب عمدی، رفتارهای پرخوری و به‌طور قابل توجهی با مصرف الکل و مواد رابطه دارد. در پیشینه پژوهشی، مطالعات اندکی به بررسی رابطه بین رفتارهای پرخطرکردن و شادکامی پرداخته‌اند. یافته‌ها نشان داد که میان شادکامی و گرایش به اعتیاد، رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (علی‌پور و همکاران، ۱۳۹۴؛ پیشگر و ندیمی، ۱۳۹۴). باتوجه به مطالعات مختلف و باعنایت به اینکه احساس و رفتارهای نامناسب، ریشه در نارسایی تنظیم هیجان دارد (قادری و تقوا، ۱۳۹۳) و اینکه افراد با تحمل آشفتگی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند (کیوگ<sup>۴۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب درصدد تسکین درد هیجانی خود بر می‌آیند (عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹) و اینکه عدم شادکامی از پیشرفت و اعتلای فرد و همچنین توانایی

۶۰ نفری اجرا شد.

### ابزارهای پژوهش

**مصاحبه وضعیت روانی:** مصاحبه درمورد وضعیت روانی برای غربالگری سطح عملکرد روان‌شناختی و وجود یا عدم وجود پدیده‌های نابهنجار مانند هذیان، دلیریوم یا دمانس (زوال عقل) انجام گرفت. معاینه وضعیت روانی، شامل مشاهده ظاهر و منش بیمار، ویژگی‌های کلامی، خلق، فرایند تفکر، بینش، قضاوت، حافظه و جهت‌گیری می‌شد. نتایج حاصل از معاینه بالینی، اطلاعات مقدماتی درمورد تشخیص اولیه روان‌پزشکی و نیز راهنمایی برای سنجش و ملاحظه‌های بعدی را فراهم می‌آورد (عریضی، ۱۳۸۷) و به‌جهت غربالگری و انتخاب آزمودنی‌ها (افراد با رفتارهای پرخطر بالا و پایین) استفاده شد.

**پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان:** این پرسشنامه که توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲)؛ به‌نقل از باعزت، ۲۰۰۸) تدوین شده است، مقیاس تنظیم شناختی هیجان دو راهبرد نظری شناختی مثبت (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌پذیری) و منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیزکردن و نشخوار فکری) را ارزیابی می‌کند (سامانی و صادقی، ۱۳۸۹).

این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج‌نمره‌ای (از همیشه تا هرگز) است که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶)؛ به‌نقل از باردن، ۲۰۱۲) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه کرده‌اند. در مطالعه کول و همکاران (۲۰۰۴) نتایج ضریب بازآزمایی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه در دامنه ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. سامانی و صادقی (۱۳۸۹)، نیز دامنه ضریب پایایی

برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ از ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند.

**مقیاس تحمل آشفتگی:** تحمل آشفتگی، یک سازه فراهیجانی است که شامل ارزیابی و انتظارات یک فرد را از تجربه حالات هیجانی منفی درمورد تحمل‌پذیری و انزجار، ارزیابی و قابلیت پذیرش، گرایش به جذب توجه و ازهم‌گسیختن عملکرد و تنظیم هیجانات و به‌ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل درجهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). مقیاس تحمل آشفتگی که به‌وسیله (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) ساخته شده یک ابزار خود گزارشی ۱۵ آیتمی است که در آن از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود میزان موافقت یا مخالفت خود با جملات را در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای درجه‌بندی کنند. تحمل آشفتگی با سنج‌های آشفتگی عاطفی ( $r = -0.59$ ) و بدتنظیمی ( $r = -0.51$ ) رابطه منفی و با سنج‌های هیجان‌پذیری مثبت رابطه مثبت معنی‌داری ( $r = 0.26$ ) نشان داده است. جهت تعیین پایایی آزمون، ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۲۷، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست آمده است. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌آزمون‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم به‌ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۴، ۰/۷۷ و ۰/۷۴ به‌دست آمده است (رضاپور و بشرپور، ۱۳۹۲).

**پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHQ):** این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط آرگیل<sup>۵</sup>، مارتین و گرسلند<sup>۵</sup>، برای اندازه‌گیری شادکامی شخصی و بیشتر به‌منظور استفاده در مؤسسه گروه روان‌شناسی آزمایشی دانشگاه آکسفورد ابداع شد (آرگیل و همکاران، ۱۹۸۹). این مقیاس و ویژگی‌های آن توسط آرگیل و

این مقیاس شامل ۳۸ سؤال است و شش دسته از رفتارهای پرخطر شامل رانندگی خطرناک، خشونت، سیگار، مواد مخدر، گرایش به الکل و خطرپذیری جنسی می‌شود، آزمودنی‌ها مخالفت و موافقت خود را در یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف بیان می‌کنند. میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس کل خطرپذیری ۰/۹۳، گرایش به الکل ۰/۹۳، رانندگی خطرناک ۰/۸۸، سیگار ۰/۹۱، مواد مخدر ۰/۸۵، خطرپذیری جنسی ۰/۷۷ محاسبه شد. در نتیجه، مقیاس خطرپذیری جوانان، از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است و می‌تواند در سنجش و ارزیابی میزان خطرپذیری جوانان به کار رود (زاده‌محمدی و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین در پژوهش عطادخت و همکاران (۱۳۹۲) ضریب پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ و ۰/۹۴ به‌دست آمده است.

همکاران (۱۹۹۵) تجدیدنظر شد. این پرسشنامه که دارای ۲۹ ماده می‌باشد، شامل سؤالاتی در زمینه رضایت از زندگی، لذت، حرمت خود، آرامش، کنترل و خودکارآمدی است که براساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت به آن پاسخ داده می‌شود.

آرگایل و همکاران (۱۹۸۹) ضریب آلفای ۰/۹۰، فارنهام و بروین<sup>۵۲</sup> (۱۹۹۰) آلفای ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در ایران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و پایایی دونیمه‌سازی آزمون ۰/۹۲ پرسشنامه توسط علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸)، فرخی و سبزی (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود ضریب اعتبار این پرسشنامه را ۰/۹۴ و روایی آن را به روش تحلیل عاملی به‌دست آوردند. ثابت و لطفی کاشانی (۱۳۸۹) نیز شواهدی از روایی سازه این پرسشنامه ارائه کرده و ضریب آلفای کرونباخ آن را برای گروه پسران برابر با ۰/۸۸ و برای گروه دختران برابر با ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند.

مقیاس رفتارهای پرخطر: این مقیاس توسط زاده‌محمدی و همکاران (۱۳۹۰) ساخته شده است.

## یافته‌ها

جدول ۱. توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی براساس گروه

ویژگی جمعیت‌شناختی	گروه	رفتار پرخطر بالا		رفتار پرخطر پایین		کل
		فراوانی درصد	فراوانی	فراوانی درصد	فراوانی	
وضعیت تأهل	مجرد	۲۶	۸۶/۷	۲۵	۸۳/۳	۵۱
	متأهل	۴	۱۳/۳	۶	۱۶/۷	۱۵
سطح تحصیلی	زیر دیپلم	۵	۱۶/۷	۵	۱۶/۷	۱۰
	دیپلم	۸	۲۶/۷	۹	۳۰	۱۷
	بالتر از دیپلم	۱۷	۵۶/۷	۱۶	۵۳/۳	۳۳
سن		M	SD	M	SD	M
		۲۴	۳/۸	۲۲/۹۳	۴	۲۳/۴۷

می‌دهند که مجرد هستند. تنها ۱۵ درصد از آنها اظهار داشته‌اند که متأهلند.

نتایج توصیفی جدول ۱ نشان می‌دهد که:  
۱. ۸۶/۷ درصد از افراد گروه نمونه را کارکنانی تشکیل

با ۲۲/۹۳ و در آزمودنی‌های با رفتار پرخطر پایین برابر با ۲۳/۴۷ است. مقایسه میانگین و فراوانی‌های دو گروه، حاکی از هم‌تابودن گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی است.

۲. بیشتر آزمودنی‌ها دارای تحصیلات "بالتر از دیپلم" هستند (۵۶/۷ درصد). سطح تحصیلات ۲۶/۷ درصد از آنها "دیپلم" و ۱۶/۷ درصد نیز "زیردیپلم" است. ۳. میانگین سنی کارکنان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر برابر با ۲۳/۴۷ با انحراف معیار ۳/۹ برآورد شده است که این شاخص در افراد با رفتارهای پرخطر برابر

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای براساس گروه (n = ۶۰)

رفتار پرخطر بالا (n=۳۰)		رفتار پرخطر پائین (n=۳۰)		گروه	متغیر
SD	M	SD	M	مؤلفه‌ها	
۵/۹	۴۸/۶۳	۷	۵۳	تنظیم شناختی مثبت	تنظیم شناختی
۹/۱	۶۰/۹۰	۱۱/۶	۶۱/۷۳	تنظیم شناختی منفی	هیجان
۲/۸	۶/۳۷	۳/۶	۹/۲۷	تحمل پریشانی	
۲/۹	۷/۵۰	۲/۹	۹/۱۷	جذب	تحمل آشفتگی
۵/۷	۱۶/۶۰	۵/۷	۱۸/۸۰	ارزیابی	
۲/۶	۶/۱۳	۲/۸	۸/۱۳	تنظیم	
۷/۳	۱۲/۳	۷	۱۹/۱۰	رضایت از زندگی	
۳/۷	۷/۱۷	۳/۲	۹/۹۷	خلق مثبت	
۲/۸	۵/۷	۳/۳	۸/۱۷	سلامتی	شادکامی
۲/۱	۳/۷۷	۲/۶	۵/۸۷	کارآمدی	
۲/۱	۳/۰۳	۲/۲	۴/۵۷	عزت نفس	

است.

در بررسی سؤال‌های مطرح‌شده، از تحلیل واریانس چندمتغیره (Manova) استفاده شد. در بررسی سؤال اول ابتدا M باکس نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس برقرار است (Box s M = ۱/۹، F = ۰/۶۲، df1 = ۳، P = ۰/۶۰، df2 = ۶۰۵۵۲۰). همچنین آزمون لوین حاکی از همگنی واریانس خطاها در مقیاس‌های تنظیم شناختی مثبت (F = ۰/۳۳، P = ۰/۹۶) و تنظیم شناختی منفی (F = ۲/۳، P = ۰/۱۴) بود.

نتایج جدول ۲ نشان‌دهنده نمره بالای مؤلفه "تنظیم شناختی مثبت" در کارکنان وظیفه‌ای است که دارای رفتار پرخطر پائینی هستند. درحالی‌که در مؤلفه "تنظیم شناختی منفی"، تفاوت قابل‌توجهی بین دو گروه مشاهده نمی‌شود. همچنین، کارکنان وظیفه‌ای که دارای "رفتار پرخطر پائینی" هستند، در مؤلفه‌های "تحمل پریشانی"، "جذب"، "ارزیابی" و "تنظیم" نمره بالاتری نسبت به کارکنان با "رفتار پرخطر بالا"، کسب کرده‌اند. به‌علاوه، میانگین هر پنج مؤلفه "شادکامی" در کارکنان وظیفه‌ای با "رفتار پرخطر بالا"، کم‌تر از کارکنان وظیفه‌ای با "رفتار پرخطر پائین"،



جدول ۳. خلاصه آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره جهت مقایسه تنظیم شناختی هیجان در کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر بالا و پائین

اثرات	لانداى ويلكز	F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آزمون
گروه	۰/۸۶	۴/۵	۲	۵۷	۰/۰۱۵	۰/۱۳۷	۰/۸۵

معنی داری بین گروه‌ها وجود دارد؛ بنابراین، با استفاده از تحلیل واریانس بین آزمودنی با تصحیح خطای نوع اول به شیوه بونفرونی این موضوع مورد بررسی قرار می‌گیرد.

براساس اطلاعات جدول ۳ سطح معنی داری لانداى ويلكز کم‌تر از ۰/۰۵ است ( $Wilks\ Lambda = 0.86$ ).  $F = 4.5$ ,  $P = 0.015$ ,  $\eta^2 = 0.137$ ؛ یعنی حداقل در یکی از مؤلفه‌های "تنظیم شناختی هیجان" تفاوت

جدول ۴. تحلیل واریانس یک‌راهه بین آزمودنی جهت مقایسه مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان در کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر بالا و پائین

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	تنظیم شناختی مثبت	۲۸۶/۰۲	۱	۲۸۶/۰۲	۶/۹	۰/۰۱۱	۰/۱۰۶
	تنظیم شناختی منفی	۱۰/۴	۱	۱۰/۴	۰/۱	۰/۸۰	۰/۰۰۲
خطا	تنظیم شناختی مثبت	۲۴۱۹	۵۸	۴۱/۷			
	تنظیم شناختی منفی	۶۳۵۶/۶	۵۸	۱۰۹/۶			
کل	تنظیم شناختی مثبت	۱۵۷۶۴۵	۶۰				
	تنظیم شناختی منفی	۲۳۱۹۵۱	۶۰				

در بررسی سؤال دوم همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس توسط آزمون باکس مورد بررسی و تأیید قرار گرفت ( $Box\ s\ M = 19/07$ ,  $F = 1/8$ ,  $df1 = 10$ ,  $df2 = 16082/9$ ,  $P = 0/06$ ). آزمون لوین نیز نشان داد که مفروضه همگنی واریانس خطاها در هر چهار مؤلفه: تحمل پریشانی ( $F = 1/3$ ,  $P = 0/26$ ), جذب ( $F = 0/81$ ,  $P = 0/06$ ), ارزیابی ( $F = 0/55$ ,  $P = 0/36$ ) و تنظیم ( $F = 1/3$ ,  $P = 0/25$ ) برقرار است.

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که با احتساب آلفای میزان شده بونفرونی (۰/۰۲۵) تنها در "تنظیم شناختی مثبت" تفاوت معنی داری بین گروه‌ها، وجود دارد؛ به طوری که مقایسه اطلاعات جدول نیز نشان می‌دهد کارکنان با رفتار پرخطر پائین، از "تنظیم شناختی مثبت" بالاتری نسبت به گروه دیگر برخوردارند. اندازه اثر نیز نشان می‌دهد که تقریباً ۱۰/۶ درصد از تغییرات "تنظیم شناختی مثبت" آزمودنی‌ها، تحت تأثیر رفتارهای پرخطر آنها بوده است.

جدول ۵. خلاصه آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره جهت مقایسه تحمل آشفتگی کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر بالا و پائین

اثرات	لانداى ويلكز	F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آزمون
گروه	۰/۷۴	۴/۹	۴	۵۵	۰/۰۱	۰/۲۶۲	۰/۹۴

براساس اطلاعات جدول ۵ شاخص لانداى ويلكز در سطح ۰/۰۱ معنی دار است ( $Wilks\ Lambda = ۷۴۰$ ).  $F = ۴/۹$ ,  $P = ۰/۰۱$ ,  $\eta^2 = ۰/۲۶۲$ ). این نتیجه بدان معناست که در مجموع، تفاوت معنی داری بین گروه‌ها وجود دارد؛ بنابراین، به منظور اطلاع از اینکه تفاوت بین دو گروه مربوط به کدام یک از مؤلفه‌های "تحمل آشفتگی" است، از تحلیل تک‌متغیری با تصحیح خطای نوع اول به شیوه بونفرونی استفاده شد.

جدول ۶. تحلیل واریانس یک‌راهه بین آزمودنی جهت مقایسه مؤلفه‌های تحمل آشفتگی کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر بالا و پائین

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	تحمل پریشانی	۱۲۶/۲	۱	۱۲۶/۲	۱۲/۱	۰/۰۰۱	۰/۱۷۳
	جذب	۴۱/۷	۱	۴۱/۷	۴/۸	۰/۰۳۳	۰/۰۷۶
	ارزیابی	۷۲/۶	۱	۷۲/۶	۲/۲	۰/۱۱۴	۰/۰۳۷
	تنظیم	۶۰	۱	۶۰	۸/۰۸	۰/۰۰۶	۰/۱۲۲
خطا	تحمل پریشانی	۶۰۲/۸	۵۸	۱۰/۴			
	جذب	۵۰۳/۷	۵۸	۸/۷			
	ارزیابی	۱۹۰۰	۵۸	۳۲/۸			
	تنظیم	۴۳۰/۹	۵۸	۷/۴			
کل	تحمل پریشانی	۴۳۹۵	۶۰				
	جذب	۴۷۱۲	۶۰				
	ارزیابی	۲۰۷۷۰	۶۰				
	تنظیم	۳۵۴۴	۶۰				

"رفتار پرخطر پائین" است. اندازه اثر نیز نشان می‌دهد که ۱۷/۳ درصد از واریانس "تحمل پریشانی" و ۱۲/۲ درصد از تغییرات "تنظیم" در کارکنان وظیفه، وابسته به سطح رفتارهای پرخطر آنهاست. با این وجود، از نظر "جذب" و "ارزیابی" تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد.

نتایج جدول ۶ حاکی از آن است که حتی با احتساب آلفای میزان شده بونفرونی (۰/۰۱۲) تنها در دو مؤلفه "تحمل پریشانی" و "تنظیم"، تفاوت معنی داری بین گروه‌ها، وجود دارد؛ مقایسه اطلاعات جدول نیز نشان می‌دهد که میزان "تحمل پریشانی" و "تنظیم" در کارکنان با "رفتار پرخطر بالا"، کمتر از کارکنان با

در بررسی سؤال سوم M باکس نشان داد که همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در متغیر شادکامی برقرار است ( $F = 1/4, df1 = 15, Box's M = 22/6, P = 0/15, df2 = 13544/5$ ). سطح معنی‌داری F لوین نیز تساوی واریانس خطای متغیر وابسته، در مؤلفه‌های رضایت از زندگی ( $F = 0/05, P = 0/82$ )، خلق مثبت ( $F = 1/4, P = 0/24$ )، سلامتی ( $F = 0/81, P = 0/06$ )، کارآمدی ( $F = 0/43, P = 0/43$ )، عزت‌نفس ( $F = 0/64, P = 0/45$ ) و کارکنان وظیفه با رفتارهای پرخطر... ۷۵

### جدول ۷. خلاصه آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره جهت مقایسه شادکامی در کارکنان وظیفه با رفتار

#### پرخطر بالا و پائین

اثرات	لانداي ويلكز	F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	حجم اثر	توان آزمون
گروه	0/799	2/7	5	54	0/03	0/201	0/98

چنانکه اطلاعات جدول ۷ نشان می‌دهد، شاخص لانداي ويلكز در سطح 0/05 معنی‌دار است ( $P = 0/03, F = 2/7, Wilks Lambda = 0/799$ ).  $\eta^2 = 0/201$ . به عبارت دیگر، می‌توان ادعا کرد که دست‌کم در ترکیب یکی از میانگین‌های مربوط به "شادکامی"، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود دارد؛ بنابراین، به‌منظور اطلاع از اینکه پراش در کدامیک از متغیرهای وابسته، منجر به معنی‌داری لانداي ويلكز شده است، از تحلیل تک‌متغیره با تصحیح خطای نوع اول به شیوه بونفرونی استفاده و در این شیوه برای کنترل خطای نوع اول سطح معنی‌داری آزمون فرضیه‌ها برابر با 0/01 در نظر گرفته شد.

### جدول ۸. تحلیل واریانس یک‌راهه بین آزمودنی جهت مقایسه مؤلفه‌های تحمل پریشانی در کارکنان وظیفه

#### با رفتار پرخطر بالا و پائین

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	رضایت از زندگی	693/6	1	693/6	13/5	0/001	0/189
	خلق مثبت	117/6	1	117/6	9/8	0/003	0/145
	سلامتی	91/3	1	91/3	9/9	0/003	0/146
	کارآمدی	66/2	1	66/2	11/8	0/001	0/169
	عزت‌نفس	35/3	1	35/3	7/6	0/008	0/115
خطا	رضایت از زندگی	2971	58	51/2			
	خلق مثبت	695/1	58	12			
	سلامتی	534/5	58	9/2			
	کارآمدی	324/8	58	5/6			
	عزت‌نفس	270/3	58	4/7			
کل	رضایت از زندگی	18454	60				
	خلق مثبت	5216	60				
	سلامتی	3510	60				
	کارآمدی	1783	60				
	عزت‌نفس	1172	60				

دارند. اولریک و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند افرادی که سطوح بالایی از نقایص تنظیم هیجان را بروز می‌دهند بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطری هستند که متعاقباً به افسردگی یا اضطراب منجر می‌شود. پارکر و همکاران (۲۰۰۸) نیز در پژوهش‌های خود نشان داده‌اند که سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آنهاست در شروع مصرف مواد نقش دارد. به نظر می‌رسد که آگاهی هیجانی به فرد امکان می‌دهد تا از یک سو به ویژگی‌های محرک و از سوی دیگر به نشانه‌های هیجانی خود توجه کرده و موقعیت‌ها و احساسات را تمیز داده و دسته‌بندی نماید. این فرایند، فرصت انتخاب و استفاده از راهبردهای خودتنظیمی مؤثر را فراهم می‌آورد. به‌طور کلی تنظیم شناختی هیجان‌ها، براساس فرایندها و فنون متعدد صورت می‌گیرد؛ فنونی که ممکن است به‌صورت خودکار یا هدفمند و هشیار یا ناهشیار به‌کار بسته شوند. یکی از گستره‌های اصلی فعالیت هیجان‌ها، انگیزختگی و تنظیم آنها در پاسخ به عوامل استرس‌زا و رفتارها از جمله رفتارهای پرخطر و مقابله با آن است. مقابله را به‌عنوان فعالیت‌های شناختی فرد به‌منظور مدیریت مطالبات خاص بیرونی و یا درونی تحمیلی یا فراتر از توانمندی‌های وی، می‌توان مدنظر داشت که براین اساس، سربازان با رفتارهای پرخطر بالا نسبت به سربازان با رفتارهای پرخطر پایین از تنظیم شناختی هیجان کم‌تری برخوردارند و به‌نظر می‌رسد علت آن این است که تنظیم شناختی هیجان خود به‌عنوان عامل بازدارنده رفتارهای پرخطر سربازان محسوب می‌شود و از همین روی است که هرچقدر تنظیم شناختی هیجان بالاتر باشد رفتار پرخطر نیز کم‌تر خواهد شد؛ چراکه این رفتارها از طریق تنظیم هیجانی به شکل مطلوبی کنترل خواهد شد. همچنین به‌نظر

براساس اطلاعات جدول ۸، با احتساب آلفای میزان‌شده بنفرونی (۰/۰۱) در همه مؤلفه‌های "شادکامی" تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها، وجود دارد؛ به‌طوری‌که اطلاعات جدول نیز نشان می‌دهد میانگین مؤلفه‌های "رضایت از زندگی"، "خلق مثبت"، "سلامتی"، "کارآمدی" و "عزت‌نفس" در کارکنان وظیفه با "رفتار پرخطر پائین"، به‌طور معنی‌داری بالاتر از کارکنان با "رفتار پرخطر بالا" می‌باشد؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که "شادکامی" در کارکنان با رفتار پرخطر پائین، بیشتر از گروه دیگر برآورد شده است. اندازه اثر نیز نشان می‌دهد که ۱۸/۹ درصد از تفاوت آزمودنی‌ها در "رضایت از زندگی"، از طریق انتساب به گروه‌ها، قابل تبیین است. این رقم در مؤلفه‌های "خلق مثبت"، "سلامتی"، "کارآمدی" و "عزت‌نفس" به‌ترتیب به ۱۴/۵، ۱۴/۶، ۱۶/۹ و ۱۱/۵ درصد می‌رسد.

### بحث و نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر کارکنان با رفتار پرخطر پائین، از "تنظیم شناختی مثبت" بالاتری نسبت به گروه دیگر برخوردارند. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش لیرو، زولنسکی و برنستین (۲۰۱۰)، رگانسی و کنگز (۲۰۱۰)، گراتز و گاندرسون (۲۰۰۶)، جاکوبس و همکاران (۲۰۰۸)، کول، مایکل و تتی (۲۰۰۴) همسو می‌باشد. یکی از علل گرایش به رفتارهای پرخطر توانایی و کفایت فرد در تنظیم هیجان‌ها و خلق خود یا خودتنظیمی هیجانی است (کول، مایکل و تتی، ۲۰۰۴). دراین راستا فوکس و همکاران (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی دریافته‌اند که سوءمصرف‌کنندگان کوکائین در تنظیم، درک، مدیریت هیجان‌ها و کنترل تکانش‌گری به‌ویژه در مراحل اولیه وابستگی، دشواری‌های زیادی

به مصرف مواد در افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هنگام تجربه استرس شدید، بیشتر می‌شود. افرادی که توانایی تحمل بالایی در برابر تجربه آشفتگی داشته و به راحتی می‌توانند احساسات آشفتگی و درماندگی خود را جذب و هضم نمایند به احتمال کم‌تری به رفتارهای پرخطر می‌پردازند، درحقیقت اضطراب منفی پایینی دارند و رفتارهای پرخطر کم‌تری از خود نشان می‌دهند؛ چراکه توانایی تحمل آشفتگی‌هایی را دارند که مهم‌ترین وجه ممیز آن اضطراب است. درحالی‌که توانایی پایین برای تحمل آشفتگی‌ها و پریشانی و احتمال بالای بروز رفتارهای تکانه‌ای باعث می‌شود این افراد برای برطرف کردن حالت هیجانی آزارنده به روش‌های ناسالم و رفتارهای پرخطر روی بیاروند که خود این امر هم می‌تواند به صورت یک چرخه معیوب به شدت رفتارهای پرخطر آنان دامن بزند.

براساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر میزان مؤلفه‌های "رضایت از زندگی"، "خلق مثبت"، "سلامتی"، "کارآمدی" و "عزت نفس" در کارکنان وظیفه با "رفتار پرخطر پائین"، به طور معنی‌داری بالاتر از کارکنان با "رفتار پرخطر بالا" می‌باشد؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که "شادکامی" در کارکنان با رفتار پرخطر پائین، بیشتر از گروه دیگر برآورد شده است. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش اتو، میسرا، پراساد و مکرا (۲۰۱۴)، والتون و همکاران (۲۰۱۱)، برن استیند (۲۰۱۱)، مارتین و دلگادو (۲۰۱۱)، آلدایو و مینن (۲۰۱۲) و کاکس (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان این فرایند را در نظر داشت که شادکامی و مؤلفه‌های آن از جمله "رضایت از زندگی"، "خلق مثبت"، "سلامتی"، "کارآمدی" و "عزت نفس" یک مسئله نسبی است و نسبت به کیفیت زندگی فرد حساس است. به عنوان مثال، یک فرد قضاوت‌هایی را

می‌رسد که افرادی با آگاهی هیجانی اندک، منابع محدودی برای مقابله مؤثر برای هیجان‌ات خود در اختیار داشته و احساسات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. به همین سبب، به رفتارهای پرخطری روی می‌آورند که معمولاً با هیجان بالایی همراهند و می‌توانند به کنترل احساسات و هیجان‌های ناخوشایند کمک نمایند. درحقیقت، این یافته حاکی از آن است که افراد با تحمل آشفتگی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌ات منفی خود درگیری بی‌نظمی رفتاری می‌شوند که به نوعی آنان را به سمت وسوسه رفتارهای پرخطر سوق می‌دهد. براساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر میزان "تحمل پریشانی" و "تنظیم" در کارکنان با "رفتار پرخطر بالا"، کم‌تر از کارکنان با "رفتار پرخطر پائین" است. یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش لاپوسا و همکاران (۲۰۱۵)، فوکس و همکاران (۲۰۱۱) همبرگ و گراس (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. به طور مثال، در پژوهش گراتز و همکاران (۲۰۱۲) یافته‌های به دست آمده از نمونه‌های مبتنی بر جامعه و روان‌پزشکی نشان می‌دهد که تحمل آشفتگی به طور معکوس با طیفی از رفتارهای پرخطر (ناسازگارانه) مانند رفتارهای ضداجتماعی، قماربازی بیمارگون، خودآسیب عمدی، رفتارهای پرخوری و به طور قابل توجهی مصرف الکل و مواد رابطه دارد. نتایج پژوهش پوترا، وُجانویک، مارشال - برنز، برن استیند و برن استیند (۲۰۱۱) نیز نشان داده است که استفاده‌کنندگان ماری جوانا به عنوان یک رفتار پرخطر ممکن است از ماری جوانا به عنوان روشی برای مقابله با حالات خلقی منفی استفاده کنند، زیرا این افراد ظرفیت پایینی برای تحمل آشفتگی هیجانی دارند. نکته دیگری که در این پژوهش‌ها در نمونه‌های مصرف‌کننده مواد، به چشم می‌خورد، این است که میل

آسیب‌زننده است. این دقیقاً همان نکته‌ای است که (داینر، ۲۰۰۲) نیز بدان اشاره کرده است که افراد شادکام از دستگاه ایمنی قوی‌تر و عمر طولانی‌تر، برخوردار از روابط اجتماعی بهتر، مقابله مؤثر با موقعیت‌های مشکل، خلاقیت، موفقیت بیشتر و شانس زیادتر برای کمک به دیگران بهره‌مندند و همین داری‌ها می‌تواند آنان را در مقابل رفتارهای پرخطر تا حدود قابل توجهی مصون سازد.

باتوجه به اینکه جامعه آماری این پژوهش کلیه کارکنان وظیفه (سربازان) مشغول به خدمت در غرب شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بوده‌اند، بنابراین، در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد و مناطق کشور باید رعایت احتیاط را کرد. به‌طور کلی رفتارهای پرخطر، از جمله سوء مصرف مواد، مصرف سیگار، رفتارهای پرخطر جنسی و... نیازمند مداخلات پیشگیری وسیع و شناخت و درک علل رفتار جهت کاهش در سطح کلان کشوری و سیاست‌گذاری‌های کلی درخصوص این آسیب‌ها از سوی دولت‌مردان است. پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران و متولیان امر برای گروه سربازان وظیفه به تشکیل جلسات و گروه‌های مشاوره و روان‌درمانی اهتمام جدی نمایند تا در دوران سربازی افراد مربوطه از خدمات این جلسات بهره‌مند شده و راهکاری پیشگیرانه درخصوص رفتارهای پرخطر نیز مدنظر قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی تفاوت میان گروه‌های سربازان با رفتارهای پرخطر بالا و پایین درخصوص متغیرهای پژوهش حاضر با در نظر گرفتن متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله وضعیت تأهل، تحصیلات و... نیز پرداخته شود.

به‌صورت کلی و آگاهانه درمورد خشنودی از زندگی به‌عمل می‌آورد یا به جنبه‌های خاصی از زندگی مانند تفریحات اشاره می‌کند. این قضاوت‌ها شکل عاطفی نیز دارد و فرد هیجان‌ها و خلق مثبتی را گزارش کرده یا معتقد است که هیجان‌های ناخوشایند از قبیل غمگینی و خشم و عواطف مثبت اندک و احساسات هیجانی منفی، مانند خشم یا اضطراب دارد و از خوشبختی ذهنی اندکی برخوردار است و در ادامه این طیف این قضاوت‌ها شکل رفتاری نیز به‌خود می‌گیرد و فرد با تسلط هریک از هیجان‌های مثبت یا منفی ناشی از شادکامی و مؤلفه‌های آن و یا عدم شادکامی اقدام به رفتارهای تکانشی و منفی و پرخطر می‌زند. به‌عنوان نمونه، یکی از مؤلفه‌های شادکامی، عزت‌نفس است که به‌نظر می‌رسد افراد شاد از عزت‌نفس و احترام به خود بالایی برخوردارند و خودشان را دوست دارند و دوست داشتن خود و احترام به خویشان مانعی برای بروز و اقدام به رفتارهای پرخطر می‌شود. همچنین خلق مثبت و سلامتی و کارآمدی نیز از همین حیث است؛ چراکه افراد واجد این مؤلفه‌ها و ویژگی‌ها دارای عاطفه مثبت هستند و با در نظر گرفتن خلق مثبت و احساس سرشار از رضایت از زندگی، عزت‌نفس، سلامتی و کارآمدی خود را از اقدام به رفتارهای پرخطر در زمینه‌های مختلف منع می‌نمایند. درحالی‌که افرادی که شادکامی پایین‌تری دارند و مؤلفه‌های شادکامی نیز در این افراد از شدت کم‌تری برخوردار است، به‌عنوان مثال عزت‌نفس کم‌تری داشته و براساس هیجان‌های منفی که نسبت به خود دارند، برای خود ارزش کم‌تری قائل شده و به سمت رفتارهای پرخطر ولو اینکه به آنان آسیب جدی نیز بزند، گرایش پیدا می‌کنند. شاید که این مسئله سرپوشی بر نبود شادکامی و هیجان‌های تبعی آن باشد که نتیجه و حاصل آن رفتارهای پرخطر و

۱. آرگایل، مایکل (۱۳۸۶)، روان‌شناسی شادی، ترجمه فاطمه بهرامی، حمید طاهر نشاط‌دوست، مسعود گوهری‌انارکی و حسین پلاهنک، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
۲. آوخ کسیم، فرهاد؛ مهدوی، علی و ابراهیمی، محمدرضا (۱۳۹۲)، تعیین رابطه خودزنی و اختلال شخصیت در سربازان، فصلنامه علمی - پژوهشی ابن‌سینا، سال پانزدهم، شماره ۴: ۲۴ - ۳۰.
۳. اندامی‌خشک، علی‌رضا (۱۳۹۲)، نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۴. انسی، جعفر؛ رحمتی نجار کلایی، فاطمه؛ اسماعیلی، علی‌اکبر و حقی، علی‌اکبر (۱۳۹۳)، بررسی تأثیر آموزش حل مسئله در کاهش افکار خودکشی سربازان، فصلنامه علمی - پژوهشی ابن‌سینا، سال شانزدهم، شماره اول و دوم: ۴۳ - ۴۷.
۵. پیشگر، معصومه و ندیمی، محسن (۱۳۹۴)، رابطه هوش معنوی و شادکامی با گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان پسر، اولین همایش علمی - پژوهشی روان‌شناسی، علوم تربیتی و آسیب‌شناسی جامعه.
۶. پورحسین، رضا؛ شیخان، شیلا و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۳)، بررسی اثربخشی «روش مرور خویشتن» بر افزایش شادکامی و حرمت خود در نوجوانان دختر بزهکار، فصلنامه رویش روان‌شناسی، سال سوم، شماره ۴، (۹): ۶۱.
۷. ثابت، مهرداد و لطفی کاشانی، فرح (۱۳۸۹)، هنجاریابی آزمون شادکامی آکسفورد، اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۵: ۱۸ - ۷.
۸. ذوالفقاری، غلامرضا (۱۳۸۲)، بررسی علل و دلایل ضرورت اصلاح قانون نظام وظیفه عمومی، اصول و سیاست‌های حاکم بر قانون جدید و تهیه پیش‌نویس آن، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
۹. زاده‌محمدی، علی؛ احمدآبادی، زهره؛ پناغی، لیلی و حیدری، محمود (۱۳۹۰)، ساخت و هنجاریابی مقیاس خطرپذیری جوانان، مجله روان‌شناسی، سال پانزدهم، شماره ۲: ۱۲۹ تا ۱۴۶.
1. Hardy
2. Gross
3. Ochsner
4. Garnefski, Kraaij & Spinhoven
5. Self-blame
6. Other-blame
7. Rumination
8. Catastrophizing
9. Acceptance
10. Refocus on planning
11. Positive refocusing
12. Positive reappraisal
13. Putting into perspective
14. Unwanted emotions
15. Troy
16. Mauss
17. Cook
18. Cheng
19. Simons
20. Gaher
21. Keough
22. Riccardi
23. Timpano
24. Mitchell
25. Schmit
26. Dugas
27. Diener
28. Ackerman & Derubeis
29. Argyle
30. Carr Gregg & Grover
31. Gusman
32. Boyer
33. Bergman & Scott
34. Boscarino
35. Trautmann
36. Nock
37. Fox
38. Gonzales, Cauce & Mason
39. Biglan
40. Eddy, Reid & Fetrow
41. Prinstein, Boergers & Spirito
42. Kimberly, Slater & Oetting
43. Votta, Manion & Psych
44. Lena, Larsson, Birgitta & Bodil
45. Lakon, Ennett & Norton
46. Gratz
47. Pathological Gambling
48. Keough
49. Oxford Happiness Questionnaire
50. Argyle
51. Martin & Crossland
52. Furnham, A., & Brewin, C. R.

- anxiety disorder. *J Behav Res Ther.* 50(2): 122-30.
3. Argyle, M. (2001). *Psychology of happiness*. Tarnlation: Gohar, M., et al (2004). Isfahan, Isfahan Jahad-e Dneshgahi press.
  4. Argyle, M. (1998). *The Social Psychology of work* (2 ed). Harmond worth: Penguin.
  5. Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness*. (Rev. ed), East Sussex, Great Britain: Routledge.
  6. Argyle, M. & L. U. L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, 11: 1011-1017.
  7. Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas & J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective* (pp.189-203). North-Holland: Elsevier.
  8. Argyle, M., Martin, M., & Lu, L. (1995). Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors. In C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and emotion* (pp.173-187). Washington, DC: Taylor & Francis.
  9. Baezat, F. (2008). Determine the factors of effective emotional disorders on Dyslexia elementary students. *Research on Exceptional Children*. 3, 404-412. [Persian].
  10. Bardeen JR, Fergus TA, Orcutt HK. An Examination of the Latent Structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathic Behavior Assessment*. 2012; 34: 382-392.
  11. Bergman, M.M. & Scott, J. (2001) "Young Adolescents' Well-Being and Health-Risk Behaviors: Gender and Socioeconomic Differences", *Journal of Adolescence*, No. 24, p 183-197.
  12. Boscarino, JA. (2006). Posttraumatic stress disorder and mortality among US Army veterans 30 years after military service. *Ann. Epidemiol*, 16(4), 248-256.
  13. Boyer TW. The development of risk-taking: A multiperspective review. *Dev Rev* 2006; 26: 291-345.
  14. Carr Gregg, M. R. C., & Grover, S. R. (2003). Risk taking behavior of young women in Australia, screening for health risk behaviors. *Medical Journal of Australia*, 178, 601- 604.
  15. Cole PM, Michel MK, Teti L. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. In: Gratz KL, Roemer L. *Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial*
  ۱۰. صمیمی، زبیر؛ میردورقی، فاطمه؛ حسنی، جعفر و ذاکری، محمدمهدی (۱۳۹۵)، نقش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و تحمل‌پریشانی در رفتارهای پرخطر دانشجویان، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، سال چهاردهم شماره ۱، (۴۳): ۹۲ - ۱۰۲.
  ۱۱. عریضی، حمیدرضا (۱۳۸۷)، روش‌های کار برای پژوهش در روان‌شناسی بالینی و مشاوره، تهران، دانژه، چاپ اول: ۲۹۸، ۳۰۲.
  ۱۲. عزیزی، علی‌رضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹)، بررسی رابطه تحمل‌آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار، *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۳(۱): ۱۱ - ۱۸.
  ۱۳. عطادخت، اکبر؛ رنجبر، محمدجواد؛ غلامی، فائزه و نظری، طوبی (۱۳۹۲)، گرایش دانشجویان به رفتارهای پرخطر و ارتباط آن با متغیرهای فردی - اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی، *مجله سلامت و مراقبت*، دوره پانزدهم، شماره چهارم: ۵۰ تا ۵۹.
  ۱۴. علی‌پور، احمد و نوربالا، احمدعلی (۱۳۷۸)، بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره‌های ۱ و ۲: ۶۵ - ۵۵.
  ۱۵. علی‌پور، مهران؛ مردانی، سمیه؛ گنجعلی، مهتاب و داوودی حموئه، فریده (۱۳۹۴)، رابطه هوش معنوی و شادکامی با گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان پسر، *همایش بین‌المللی روان‌شناسی و فرهنگ زندگی*.
  ۱۶. فرخی، الهام و سبزی، ندا (۱۳۹۲)، شادکامی و ادراک الگوهای ارتباطی خانواده: نقش واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی، *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، سال یازدهم، شماره ۴۳: ۳۱۳ - ۳۲۳.
  ۱۷. قاسمی، فرزاد و تقوا، ارسیا (۱۳۹۳)، مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در سربازان با مشکلات رفتاری و سربازان سالم، *فصلنامه علمی - پژوهشی ابن‌سینا*، سال شانزدهم، شماره اول و دوم: ۶۱ - ۵۴.
  1. Ahmadi Gatab, T., & Pirhayti, S. (2012). The effect of the selected exercise on male students' happiness and mental health. *Procedia-Social and Behavioral*
  2. Aldao A, Mennin DS.(2012). Paradoxical cardiovascular effects of implementing adaptive emotion regulation strategies in generalized



- Psychological, and training outcomes in elite military recruits. *Lead. Quart.* 21: 20–32.
28. Hunt ED, Bornovalova MA, Gratz KL, Daughters SB, CW, Lejuez CW. Initial RCT of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. *Drug Alcohol Depen* 2012; 122: 70-76.
29. Jacobsen, B. (2008). *Intervention to existential psychology, a psychology for the unique Human being and its application in therapy.* England, Wiley.
30. Keough, M. E., and Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., and Schmidt, N. B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41, 567–574.
31. Kimberly, L.H., Slater, M.D., & Oetting, E.R. (2005). Alcohol Use in Early Adolescence: The effect of changes in risk taking, perceived harm and friends alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, (2); Pp 275-293.
32. Lakon, C.M., Ennett, S.T. & Norton, E.C. (2006). Mechanisms through which drug, sex partner and friendship network characteristics relate to risky needle use among high risk youth and young adults. *Social science & Medicine*, 63, 2484-2484.
33. Laposa J M, Collimore K C, Hawley L L, Rector N A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 33, 8–14.
34. Lena, K.A., Larsson, G., Birgitta, A., Bodil, M. (2005). Psychosocial aspects of health in adolescence: the influence of gender, and general self-concept. *JAdolesHealth*;36: Pp21-28.
35. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. (2010) Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*. 136(4): 576–600.
36. Myers, D. G. (2002). Happy and Healthy. *Social Science & Medicine*, 66 (8), 1750-1759.
37. Nock, MK., Deming CA, Fullerton, CS., Gilman, SE., Goldenberg, M., Kessler, RC., et al. (2013). Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors. *Psychiatry*, 76(2), 97-125.
38. Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 242-249.
39. O’Cleirigh, C., Ironson, G., Smits, J. A. J. (2007). Does Distress Tolerance Moderate the Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26: 41-54.
16. Cox, Keith. (2012). Happiness and unhappiness in the developing world: life satisfaction among urban, rural residents. *Journal of Happiness studies*: 128-130.
17. Diener, E. D. (2005). Frequently asked question about subjective well-being (happiness and life satisfaction). <http://www.psych.uiuc.edu/diener/faq.html>.
18. Dugas, M. J., Robichaud, M. (2007) *cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice:* Taylor & Francis.
19. Fox, H.C., Bergquist, K.L., Casey, J., Hong, K.A. & Sinha, R. (2011). Selective cocaine-related difficulties in emotional intelligence: relationship to stress and impulse control. *American Journal Addictive*, 20, 151–160.
20. Fox, J., White, P.J., MacDonald, N., Weber, J., McClure, M., Fidler, S., & Ward, H. (2009). Reductions in HIV transmission risk behavior following diagnosis of primary HIV infection: A cohort of high-risk men who have sex with men. *HIV Medicine*, 10, 432-438.
21. Furnham, A., & Bergin, C., (1990). Personality and happiness. *Personality and Individual Differences*, 11, 1093-1096.
22. Garnefski, N., Karaj, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
23. Gratz KL, Bornovalova MA, Daughters SB, Hunt ED, CW, Lejuez CW. (2012). Initial RCT of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. *Drug Alcohol Depen*, 122: 70-76.
24. Gratz KL, Gunderson JG. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther*, 37(1): 25–35.
25. Gross, S.S. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214-219.
26. Gusman, M., R. (2008). *High risk behavior among youth: A guide*, University of Nebraska.
27. Hardy, L.; Arthur, C.A.; Jones, G.; Shariff, A.; Munnoch, K.; Isaacs, I.; & Allsopp, A.J. (2010). The relationship between transformational leadership behaviors,

Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behaviors Important in the Management of HIV. *Behavior Therapy*, 38, 314-323.

40. Otto, B., Misra, S., Prasad, A., McRae, K. (2014). Functional overlap of top-down emotion regulation and generation: An fMRI study identifying common neural substrates between cognitive reappraisal and cognitively generated emotions. *Cogn Affect Behav Neurosci*

41. Pottera, C. M., Vujanovic, A. A., Marshall-Berenz, E. C., Bernsteind, A., Bernsteind, M. O. (2011). Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: The mediating role of distress tolerance. *Journal of anxiety Disorders*, 25, 437 – 443.

42. Ruganci RN, Gencoz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 66: 442-455.

43. Simons, J. S., Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motivation and Emotion*, 20 (9), 83-102.

44. Tajeri, B. (2013). Effect of Problem Solving Skill Training on Happiness and Coping in Addicts. *International Journal of Advanced Studies in Humanities and Social Science*. Vol 1, 11, 2013: 1958-1964.

45. Trautmann. S., Schonfeld, S., Behrendt, S., Hofler, M., Zimmermann, P., Wittchen, H. (2014). Substance Use and substance use disorders in recently deployed and never deployed soldiers. *Drug alcohol Depend*, 134, 128-135.

46. Troy, A.S. (2012). Cognitive reappraisal Ability As A Protective Factor: Resilience to stress across time and context. Doctoral Dissertation of philosophy. University of Denver.

47. Votta, E., Manion, I. & Psych, C. (2004). Suicide, high-risk behaviors, and coping style in homeless adolescent male's adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 34, 237-243.

48. Walton, G. M., Cohen, G. L. (2011). A Brief Social-Belonging Intervention Improves Academic and Health Outcomes of Minority Students. *Science*. 331(6023): 1447-1451.