مقاله تحقیقاتی

# نقش سرشت عاطفی و هیجانی در پیش‌بینی سلامت روان افراد مواجهه شده با رویداد آسیب‌زای انفجار مین

معصومه شفیعی[1]، محمد علی سپهوندی[2]، *حدیث حیدری راد[3]


## چکیده

**مقدمه:** یکی از عوامل خطرآفرین برای سلامت عمومی افراد، مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا است که تأثیرات زیان‌بخش بسیاری بر سلامت افراد و روابط بین فردی و اجتماعی می‌گذارد.

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش سرشت عاطفی و هیجانی در پیش‌بینی سلامت روان افراد مواجهه شده با رویداد آسیب‌زای انفجار مین انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۵، بر روی ۱۰۰ نفر از افرادی انجام شد که به علت انفجار مین منجر به نقص عضو، تحت حمایت بنیاد شهید شهرستان گیلان‌غرب قرار داشتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی، سلامت عمومی (GHQ-۱۲) و مقیاس مرکب سرشت عاطفی و هیجانی استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که نمره کلی سلامت روان با سرشت عاطفی افسرده ($r=-۰/۳۵$؛ $P<۰/۰۰۱$)، مضطرب ($r=-۰/۳۳$؛ $P<۰/۰۰۱$)، بی‌تفاوت ($r=-۰/۴۱$؛ $P<۰/۰۰۱$)، سیکلوتیمیک ($r=-۰/۳۸$؛ $P<۰/۰۰۱$)، دیسفوریک ($r=-۰/۳۸$؛ $P<۰/۰۰۱$)، دمدمی ($r=-۰/۵۱$؛ $P<۰/۰۰۱$)، وسواسی ($r=-۰/۲۰$؛ $P<۰/۰۵$)، تحریک‌پذیر ($r=-۰/۲۵$؛ $P<۰/۰۰۱$)، بازداری نشده ($r=-۰/۴۷$؛ $P<۰/۰۰۱$) و سرخوش ($r=-۰/۴۶$؛ $P<۰/۰۰۱$) ارتباط منفی دارد و با سرشت هیجانی اراده ($r=۰/۳۷$؛ $P<۰/۰۰۱$)، مقابله ($r=۰/۲۲$؛ $P<۰/۰۵$) و کنترل ($r=۰/۲۱$؛ $P<۰/۰۵$) ارتباط مثبت، ولی با خشم ($r=-۰/۲۰$؛ $P<۰/۰۵$) و حساسیت ($r=-۰/۲۸$؛ $P<۰/۰۰۱$) ارتباط منفی دارد. مطابق نتایج تحلیل رگرسیون سرشت‌های عاطفی ۴۹ درصد و سرشت‌های هیجانی نیز ۳۲ درصد از کل واریانس سلامت روان را پیش‌بینی کردند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که سرشت عاطفی و هیجانی افراد می‌تواند در تعیین چگونگی پاسخ‌دهی افراد به رویدادهای آسیب‌زا و سلامت روان نقش داشته باشد.


**کلمات کلیدی:** انفجار مین، سرشت عاطفی و هیجانی، سلامت روان، رویداد آسیب‌زا.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال چهارم ■ شماره ۲ ■ تابستان ۱۳۹۶ ■ شماره مسلسل ۱۲ ■ صفحات ۷۷-۸۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱/۳۱
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۲۲
تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۶/۲۸

## مقدمه

تعیین حوزه یا فراوانی رویدادهای آسیب‌زا در دنیای گسترده امروز مشکل است. قاره آسیا از جمله مناطقی است که بیشترین حوادث طبیعی در آن بروز می‌کند. از حدود سه میلیون نفری که از سال ۱۹۶۷ تا ۱۹۹۱ در جهان در اثر این گونه حوادث جان خود را از دست داده‌اند، ۸۵ درصد آن‌ها در آسیا زندگی می‌کردند.

۱ـ دانشجوی دکترای روانشناسی، ایران، خرم آباد، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان شناسی (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: masumeh.shafiei62@gmail.com
۲ـ دکترای روان شناسی، ایران، خرم آباد، استادیار، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.
۳ـ کارشناسی ارشد روانشناسی، ایران، اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی.

[ Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/mcs.4.2.77 ]

ایران نیز از مناطقی است که در معرض حوادث گوناگون طبیعی و رویدادهای بحران‌ساز، همچون جنگ قرار گرفته است (۱). در زمینه‌یابی همبودی ملی سال ۲۰۰۵، ۶۰/۷ درصد بزرگسالان آمریکایی تجربه حداقل یک رویداد آسیب‌زا را در طول زندگی خود گزارش کردند، از این تعداد ۸/۲ درصد مردان و ۲۰/۹ درصد زنان به اختلال استرس پس از سانحه (Posttraumatic Stress Disorder) مبتلا بودند (۲). بشرپور و همکاران میزان شیوع رویدادهای آسیب‌زا در دانش‌آموزان دبیرستانی پسر شهر ارومیه را ۷۲/۲ درصد گزارش کردند (۳). رویدادهای بحران‌ساز علاوه بر هزینه‌های جانی و مالی به عنوان عوامل استرس‌زا می‌توانند پیامدهایی مانند کاهش سلامت را در پی داشته باشند. با وجود این، افراد در برابر رویدادهای آسیب‌زا، بیشتر به میزان تعداد دفعات مواجهه شدن با حوادث آسیب‌زا، شدت رویداد آسیب‌زا، آسیب‌پذیری افراد، برخورداری از شبکه حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله با حوادث آسیب‌زا و توانمندی‌های شخصیتی واکنش نشان می‌دهند (۴).

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، بهداشت روانی آن جامعه است. بی‌شک سلامت روان، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا اغلب با فشار و نگرانی توأم است و عملکرد و بازدهی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و خطر احتمال ابتلا به اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. از طرفی، داشتن مشکلات روانی منجر به اختلال در عملکرد فرد می‌شود. چون مشکلات روانی می‌تواند عواقب جسمی و روان‌شناسی جدی را به همراه داشته باشد (۵). در همین راستا نتایج مطالعه بایت (Boyette) و همکاران در یک مطالعه توصیفی از نوع پیش‌بینی نشان داد که رویدادهای آسیب‌زا ممکن است شخصیت افراد و عملکرد افراد مبتلا به اختلالات روانی را تحت تأثیر قرار دهد (۶). مطالعه پارکر (Parker) و همکاران نیز نشان داد که مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا منجر به غم، اندوه، سوگ، عزاداری و واکنش‌های افسردگی می‌شود (۷). باکشای (Bakhshaie) و همکاران در مطالعه خود دریافتند که بین عواطف منفی، اجتناب، نگرانی‌های شناختی، عدم احساس پذیرش و علائم اختلال استرس پس از سانحه در میان افراد مواجهه شده با آسیب ارتباط وجود دارد (۸). در این میان یکی از متغیرهایی که ممکن است با سلامت روان افراد مواجهه شده با آسیب ارتباط داشته باشد سرشت عاطفی و هیجانی (Affective and Emotional Temperament) است.

به نظر می‌رسد که واکنش افراد در برابر رویدادهای آسیب‌زا تحت تأثیر سرشت عاطفی و هیجانی آن‌ها قرار دارد (۹). سرشت، اساس وراثتی هیجانات و یادگیری‌هایی است که از طریق رفتارهای هیجانی و خودکار کسب می‌شود و به عنوان عادات قابل مشاهده در اوایل زندگی فرد دیده می‌شود و تقریباً در تمام طول زندگی ثابت باقی می‌ماند (۱۰). کلونینجر چهار بعد برای سرشت معرفی کرده است: نوجویی (Seeking Novel)، آسیب پرهیزی (Harm Avoidance)، وابستگی به پاداش (Reward Dependence) و پشتکار (Persistence) (۱۱). این‌ها، حالت‌های سرشت هیجانی را تشکیل می‌دهند. طبق نظر اکیزکال (Akiskal) سرشت طبیعی و پاتولوژیک، رفتار و شخصیت یک رویکرد ترکیبی و یکپارچه را تشکیل می‌دهد که دارای دو بعد مستقل به نام فعال‌سازی عاطفی (تحریک و خشم) و بازداری (ترس و احتیاط) است. این دو مورد نیز حالت‌های سرشت عاطفی را تشکیل می‌دهند (۱۲). لارا (Lara) و همکاران با ادغام مفاهیم سرشت هیجانی کلونیجر و سرشت عاطفی اکیزکال و همکاران مدل مرکب سرشت عاطفی و هیجانی را مطرح کرده‌اند (۱۲). در این مدل صفات هیجانی شامل فعال‌سازی، بازداری حساسیت، مقابله و کنترل است. کنش متقابل بین صفات هیجانی مستقل، یک الگوی رفتاری غالب را تولید می‌کند که سرشت عاطفی است و می‌توان آن را به ۱۲ نوع دسته بندی کرد: افسرده، مضطرب، بی‌تفاوت (تیپ‌های درونی)، سیکلوتیمیک (Cyclothymic)، دیسفوریک (Dysphoric)، دمدمی (Volatile)، تیپ‌های بی‌ثبات (Unstable types)، وسواسی، شاد (Euthym)، هیپرتیمیک (Hyperthymic)، تیپ‌های باثبات (Stable types)، تحریک‌پذیر، بازداری نشده و سرخوش (تیپ‌های برونگرا (Externalized types) است. این مدل یک چارچوب اساسی از اختلالات روانی است و شامل الگوهای همبود (Comerbidity Patterns) و سلامت روانی است. مدل لارا و همکاران بر مبنای ساختار اصلی عملکرد شخصی افراد تشکیل شده است و اساس آن خلق و رفتار کلی و اختلال در عملکرد فرد است (۱۲). مشکلات سلامت روانی و باورهای منفی افراد مبتلا به بیماری روانی مرتبط با سرشت آن‌ها است (۱۳). همچنین آسیب‌پذیری افراد در برابر رویدادهای آسیب‌زا تحت



[ Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/mcs.4.2.77 ]

تأثیر سرشت عاطفی و هیجانی قرار دارد و این سرشت به عنوان توانایی ثبات مقابله با چالش‌ها شناخته شده است و با باورهای منفی افراد افسرده مرتبط نیست (۱۳-۱۹). بر طبق مطالعات انجام شده، افراد مبتلا به علائم PTSD، آسیب‌شناختی شخصیتی قابل توجهی را نسبت به دیگر جانبازان نشان دادند و نمرات کناره‌گیری و حوزه روان به وضوح در دو گروه متفاوت بود. در این پژوهش‌ها ویژگی‌های اصلی و اولیه افراد مبتلا به PTSD، کناره‌گیری و خلق منفی روان‌رنجوری، عدم وظیفه‌شناسی و عدم اراده بود (۲۰، ۲۱)؛ اما سرشت اجتنابی با ارزیابی منفی اجتماعی و اضطراب امتحان مرتبط است و درمان رفتاری در اختلالات روانی برای کاهش تحریک‌پذیری افراد مبتلا به اختلالات روانی مفید است (۲۲-۲۴). شواهد موجود نشان می‌دهد که مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا عملکرد و بازدهی افراد مواجهه شده با آسیب را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سرشت عاطفی و هیجانی منفی، خطر احتمال ابتلا به اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. از طرفی، داشتن مشکلات روانی منجر به اختلال در عملکرد فرد می‌شود. چون مشکلات روانی می‌تواند عواقب جسمی و روان‌شناسی جدی را به همراه داشته باشد و فشار قابل ملاحظه‌ای بر افراد وارد می‌کند؛ بنابراین سرشت عاطفی و هیجانی در واکنش‌های روان‌شناختی افراد به تجربه‌های آسیب‌زا مهم است. از طرف دیگر مرور مطالعات انجام گرفته نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سرشت عاطفی و هیجانی به صورت جداگانه مورد مطالعه قرار گرفته و فقط از مقیاس PTSD برای اثرات تروما استفاده شده است. با توجه به این موانع و مشکلات و اهمیت اختلالات روانی به ویژه در افراد مواجهه شده با آسیب که دارای سرشت عاطفی و هیجانی منفی هستند و تأثیری که در عملکرد این افراد دارد و لزوم شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی و نیز اندک بودن مطالعاتی که در زمینه پیش بینی متغیرهای مورد نظر انجام گرفته، لذا، پژوهشگر در این مطالعه بر آن است تا به تعیین نقش سرشت عاطفی و هیجانی در پیش‌بینی سلامت روان افراد مواجهه شده با رویداد آسیب‌زای انفجار مین بپردازد.

## مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل تمام افرادی بود که به علت انفجار مین منجر به نقص عضو در نیمهٔ اول سال ۱۳۹۵ تحت حمایت بنیاد شهید شهرستان گیلان‌غرب بودند به دلیل محدود بودن حجم جامعه، کل جامعه مورد مطالعه قرار گرفت. با توجه به حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی که به ازای هر متغیر پیش‌بین، ۳۰ نفر ذکر شده است (۲۵)، در این مطالعه به دلیل داشتن دو متغیر پیش‌بین، تعداد ۶۰ نفر کفایت می‌کرد ولی برای افزایش اعتبار بیرونی تعداد ۱۰۰ نفر (کل جامعه آماری) به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. برای جمع‌آوری اطلاعات نیز از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد.

**پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-۱۲)**: این پرسش‌نامه اولین بار توسط گلدبرگ (Goldberg) در سال ۱۹۷۲ تنظیم گردید و دارای سه فرم ۱۲، ۲۸ و ۶۰ سؤالی است. فرم ۱۲ سؤالی این پرسش‌نامه که در پژوهش حاضر از آن استفاده شد دارای ۲ خرده مقیاس، سلامت روان مثبت و اختلال روانی است که هر خرده مقیاس ۶ سؤال دارد. این آزمون به بررسی وضعیت روانی فرد در چهار هفته اخیر می‌پردازد و دربرگیرنده نشانه‌هایی مثل افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است (۲۶). روش نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر، به روش ساده لیکرت است، در این روش برای گزینه‌های چهارگانه به ترتیب نمرات (۰، ۱، ۲، ۳، ۴) در نظر گرفته می‌شود که حداکثر نمره آزمودنی‌ها با این روش نمره‌گذاری برابر با ۳۶ می‌باشد. اعتبار سازه پرسش‌نامه از طریق بررسی همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با یکدیگر و با نمره کل محاسبه شد که همگی دارای همبستگی معنادار با شدت قوی بودند. ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های نشانه‌های سلامت روانی مثبت و نشانه‌های اختلال روانی به ترتیب برابر ۰/۸۸ و ۰/۸۷ و نیز برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ و ضریب اعتبار تصنیف، گاتمن نیز هردو ۰/۹۱ به دست آمد (۲۷).

**مقیاس مرکب سرشت عاطفی هیجانی (AFECT)**: مقیاس مرکب سرشت عاطفی و هیجانی توسط لارا و همکاران با هدف یکپارچه ساختن سرشت‌های عاطفی و هیجانی در قالب یک مدل ساخته شد. ۵۲ سؤال این مقیاس، سرشت هیجانی را اندازه می‌گیرد؛ که شامل ۶ مؤلفه است اراده، خشم، بازداری، حساسیت، مقابله، کنترل را در مقیاس لیکرت ۷ نقطه‌ای و ۱۲ سؤال آن نیز ۱۲



[ Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/mcs.4.2.77 ]

سرشت عاطفی که شامل: افسرده، مضطرب، بی‌تفاوت، وسواس، سیکلوتیمیک، دیسفوریک، تحریک‌پذیر، دمدمی، بازداری شده، هیپرتیمیک، شاد و سرخوش را در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای اندازه می‌گیرد. ۳ سؤال نیز اطلاعات کلی درباره سرشت عاطفی و هیجانی شخص به دست می‌دهند. لارا و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ ۵ بعد سرشت هیجانی را در دامنه ۰/۸۷ الی ۰/۹۰ و برای بعد بازداری ۰/۷۵ به دست آوردند (۱۲). نتایج آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این آزمون بر روی آزمودنی‌های مطالعه حاضر ۰/۹۵ برای اراده ۰/۸۶ برای خشم، ۰/۸۰ برای بازداری، ۰/۸۸ برای حساسیت، ۰/۹۱ برای مقابله و ۰/۹۴ برای کنترل به دست آمد. اجرای این پژوهش به این صورت بود که بعد از هماهنگی‌های لازم اداری و مراجعه به بنیاد شهید شهر گیلان‌غرب، (در این شهرستان فقط یک مرکز برای بنیاد شهید وجود داشت) لیست تمامی مراجعینی که به علت انفجار مین منجر به نقص عضو در نیمهٔ اول سال ۱۳۹۵ تحت حمایت بنیاد شهید قرار گرفته بودند در اختیار قرار گرفت. بعد از انتخاب نمونهٔ آماری و تبیین اهداف پژوهشی از آن‌ها درخواست شد به پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی (جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد خانواده)، سلامت روان (GHQ-۱۲) و مقیاس مرکب سرشت عاطفی و هیجانی که از نوع پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بودند به صورت انفرادی و با حضور پژوهشگر پاسخ دهند. تجربهٔ رویداد آسیب‌زا، داشتن سواد خواندن و نوشتن جهت پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها، ملاک‌های ورود و داشتن هر نوع بیماری طبی ممانعت کننده درک صحیح سؤالات، عقب ماندگی ذهنی، وجود علائم روان‌پریشی تشخیص داده شده توسط پزشک و عدم انگیزه برای مشارکت در مطالعه ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از مطالعه بود. در این پژوهش، تمام آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش آزادی کامل داشته و قبل از تکمیل پرسش‌نامه جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش به آن‌ها توضیح داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰، تجزیه و تحلیل شد.

## یافته‌ها

تعداد ۱۰۰ نفر با میانگین سنی ۳۹/۴۹ سال و انحراف استاندارد ۱۰/۱۶ در این مطالعه شرکت داشتند. از نظر تحصیلات ۱۶ نفر تحصیلات ابتدایی، ۱۱ نفر تحصیلات راهنمایی، ۴۶ نفر تحصیلات دبیرستان، ۲۳ نفر تحصیلات کارشناسی، ۴ نفر تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. از نظر وضعیت شغلی ۱۵ نفر شغل اداری، ۲۵ نفر شغل آزاد و ۶۰ نفر بیکار بودند.

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که اختلال روانی با سرشت‌های عاطفی افسرده (r=۰/۴۰؛ P<۰/۰۰۱)، مضطرب (r=۰/۳۳؛ P<۰/۰۰۱)، بی‌تفاوت (r=۰/۳۵؛ P<۰/۰۰۱)، سیکلوتیمیک (r=۰/۳۵؛ P<۰/۰۰۱)، دیسفوریک (r=۰/۴۳؛ P<۰/۰۰۱)، دمدمی (r=۰/۵۵؛ P<۰/۰۰۱)، وسواسی (r=۰/۳۷؛ P<۰/۰۰۱)، تحریک‌پذیر (r=۰/۳۳؛ P<۰/۰۰۱)، بازداری نشده (r=۰/۴۳؛ P<۰/۰۰۱) و سرخوش (r=۰/۵۲؛ P<۰/۰۰۱) ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد ولی سلامت روان مثبت با سرشت‌های عاطفی، مضطرب (r=-۰/۱۸؛ P<۰/۰۵)، بی‌تفاوت (r=-۰/۳۲؛ P<۰/۰۰۱)، سیکلوتیمیک (r=-۰/۲۶؛ P<۰/۰۰۱)، دمدمی (r=-۰/۲۶؛ P<۰/۰۰۱)، بازداری نشده (r=-۰/۳۸؛ P<۰/۰۰۱) و سرخوش (r=-۰/۲۶؛ P<۰/۰۰۱) ارتباط معکوس دارد و نمره کلی سلامت روان با افسرده (r=-۰/۳۵؛ P<۰/۰۰۱)، مضطرب (r=-۰/۳۳؛ P<۰/۰۰۱)، بی‌تفاوت (r=-۰/۴۱؛ P<۰/۰۰۱)، سیکلوتیمیک (r=-۰/۳۸؛ P<۰/۰۰۱)، دیسفوریک (r=-۰/۳۸؛ P<۰/۰۰۱)، دمدمی (r=-۰/۵۱؛ P<۰/۰۰۱)، وسواسی (r=-۰/۲۰؛ P<۰/۰۵)، تحریک‌پذیر (r=-۰/۲۵؛ P<۰/۰۰۱)، بازداری نشده (r=-۰/۴۷؛ P<۰/۰۰۱) و سرخوش (r=-۰/۴۶؛ P<۰/۰۰۱) ارتباط منفی دارد.

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که اختلال روانی با سرشت‌های هیجانی خشم (r=۰/۳۵؛ P<۰/۰۰۱)، حساسیت (r=۰/۴۱؛ P<۰/۰۰۱) ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد، ولی با اراده (r=۰/-۲۱؛ P<۰/۰۵) ارتباط معکوس دارد و سلامت روان مثبت با سرشت‌های هیجانی، اراده (r=۰/۳۷؛ P<۰/۰۰۱)، مقابله (r=۰/۳۱؛ P<۰/۰۰۱)، کنترل (r=۰/۳۱؛ P<۰/۰۰۱)، ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد و نمره کلی سلامت روان با اراده (r=۰/۳۷؛ P<۰/۰۰۱)، مقابله (r=۰/۲۲؛ P<۰/۰۵) و



[ Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/mcs.4.2.77 ]

**جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای سلامت روان، سرشت عاطفی و زیر مؤلفه‌های آن‌ها**

| | زیر مؤلفه‌های سرشت عاطفی | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | افسرده | مضطرب | بی تفاوت | سیلکو تیمیک | دیسفوریک | دمدمی | وسواسی | شاد | هیپر تیمیک | تحریک پذیر | بازداری نشده | سرخوش |
| میانگین | ۲/۴۶ | ۲/۷۲ | ۲/۳۴ | ۲/۷۶ | ۲/۴۳ | ۲/۵۷ | ۳/۱۸ | ۳/۳۸ | ۳/۲۵ | ۳ | ۲/۵۷ | ۲/۸۸ |
| انحراف معیار | ۱/۴۷ | ۱/۳۶ | ۱/۲۵ | ۱/۴۰ | ۱/۲۵ | ۱/۳۱ | ۱/۳۸ | ۱/۳۴ | ۱/۴۴ | ۱/۳۵ | ۱/۳۱ | ۱/۲۷ |
| اختلال روانی | ۰/۴۰** | ۰/۳۳** | ۰/۳۵** | ۰/۳۵** | ۰/۴۳** | ۰/۵۵** | ۰/۲۷** | -۰/۰۹ | -۰/۰۵ | ۰/۳۳** | ۰/۴۳** | ۰/۵۲** |
| | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۰ | ۰/۵۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| سلامت روان مثبت | -۰/۱۱ | -۰/۱۸* | -۰/۳۲** | -۰/۲۶** | -۰/۱۶ | -۰/۲۶** | ۰/۰۰۵ | ۰/۱۳ | ۰/۰۸ | -۰/۰۹ | -۰/۳۸** | -۰/۲۶** |
| | ۰/۲۵ | ۰/۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۸ | ۰/۰۰۴ | ۰/۹۵ | ۰/۱۵ | ۰/۳۹ | ۰/۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۳ |
| نمره کلی سلامت روان | -۰/۳۵** | -۰/۳۳** | -۰/۴۱** | -۰/۳۸** | -۰/۳۸** | -۰/۵۱** | -۰/۲۰* | ۰/۱۱ | ۰/۰۶ | -۰/۲۵** | -۰/۴۷** | -۰/۴۶** |
| | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۲ | ۰/۲۲ | ۰/۵۳ | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |

*معنی‌داری در سطح ۰/۰۵  ** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

**جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای سلامت روان، سرشت هیجانی و زیر مؤلفه‌های آن‌ها**

| | زیر مؤلفه‌های سرشت هیجانی | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | اراده | خشم | بازداری | حساسیت | مقابله | کنترل |
| میانگین | ۳۲/۱ | ۳۱/۲ | ۳۱/۸ | ۳۱/۴۷ | ۳۳ | ۳۲/۴ |
| انحراف معیار | ۱۱/۵ | ۸/۹ | ۸/۱ | ۹/۷۳ | ۱۱/۲ | ۱۲/۱ |
| اختلال روانی | -۰/۲۱* | ۰/۳۵** | ۱۱/۲۸ | ۰/۴۱** | -۰/۱ | -۰/۰۳ |
| | ۰/۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹ | ۰/۷۵ |
| سلامت روان مثبت | ۰/۳۷** | -۰/۰۲ | ۰/۱۴ | -۰/۰۸ | ۰/۳۱** | ۰/۴۱** |
| | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۷ | ۰/۱۲ | ۰/۳۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| نمره کلی سلامت روان | ۰/۳۷** | -۰/۲۰* | ۰/۰۴ | -۰/۲۸** | ۰/۲۲* | ۰/۲۱* |
| | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۲ | ۰/۶۱ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲ |

*معنی‌داری در سطح ۰/۰۵  ** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

کنترل (r=۰/۲۱؛ P<۰/۰۵) ارتباط مثبت، ولی با خشم (r=-۰/۲۰؛ P<۰/۰۵) و حساسیت (r=-۰/۲۸؛ P<۰/۰۰۱) ارتباط منفی دارد. نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سرشت‌های عاطفی، دمدمی در گام اول ۲۷ درصد، بازداری نشده در گام دوم ۱۳ درصد، سرخوش در گام سوم ۵ درصد، بی‌تفاوت در گام چهارم ۴ درصد، از واریانس سلامت روانی را پیش‌بینی کردند. این متغیرها

**جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه پیش‌بینی دو مؤلفه سلامت روان بر اساس سرشت عاطفی**

| متغیر ملاک | گام | متغیرهای پیش‌بین | R | $R^2$ | B | SE B | β | T | p | آماره‌های هم‌خطی | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | تحمل | VIF |
| سلامت روان | ۱ | دمدمی | ۰/۵۲ | ۰/۲۷ | -۱/۷۹ | ۰/۳۹ | -۰/۳۳ | -۴/۶۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۴ | ۱/۱۸ |
| | ۲ | بازداری نشده | ۰/۶۳ | ۰/۴۰ | -۱/۵۸ | ۰/۵۰ | -۰/۲۹ | -۳/۱۶ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۱ | ۱/۹۴ |
| | ۳ | سرخوش | ۰/۶۶ | ۰/۴۵ | -۱/۳۵ | ۰/۴۱ | -۰/۲۴ | -۳/۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱ | ۱/۲۳ |
| | ۴ | بی‌تفاوت | ۰/۶۹ | ۰/۴۹ | -۰/۹۹ | ۰/۴۷ | -۰/۱۷ | -۲/۰۸ | ۰/۰۳ | ۰/۶۱ | ۱/۶۱ |



[ Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/mcs.4.2.77 ]

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه پیش‌بینی دو مؤلفه سلامت روان بر اساس سرشت هیجانی

| مؤلفه‌های سلامت روان | گام | متغیرهای پیش‌بین | R | $R^2$ | B | SE B | β | T | p | آماره‌های هم‌خطی | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | تحمل | VIF |
| سلامت روان | ۱ | اراده | ۰/۳۷ | ۰/۱۴ | ۰/۲۱ | ۰/۰۶ | ۰/۳۴ | ۳/۱۷ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۱ | ۱/۹۹ |
| | ۲ | حساسیت | ۰/۵۴ | ۰/۳۰ | -۰/۳۷ | ۰/۰۶ | -۰/۵۱ | -۵/۵۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱ | ۱/۴۲ |
| | ۳ | مقابله | ۰/۵۶ | ۰/۳۲ | ۰/۱۵ | ۰/۰۷ | ۰/۲۴ | ۲ | ۰/۰۴ | ۰/۳۹ | ۲/۵۵ |

در مجموع توانستند ۴۹ درصد از کل واریانس سلامت روان را تبیین نمایند.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که سرشت‌های هیجانی، اراده در گام اول ۱۴ درصد و حساسیت در گام دوم ۱۶ درصد و مقابله ۲ درصد از واریانس سلامت روان را پیش‌بینی کرد و در مجموع توانست ۳۲ درصد از واریانس سلامت روان را تبیین کنند.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش سرشت عاطفی و هیجانی در سلامت روان افراد مواجهه شده با رویداد آسیب‌زای انفجار مین منجر به نقص عضو انجام شد.

نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که نمره کلی سلامت روان با سرشت‌های عاطفی افسرده، مضطرب، بی‌تفاوت، سیکلوتیمیک، دیسفوریک، دمدمی، وسواس، تحریک‌پذیر، بازداری نشده و سرخوش ارتباط منفی دارد. این یافته با نتایج سایر مطالعات همسو می‌باشد (۱۳، ۱۸، ۲۲، ۲۳). یکی از دلایل این یافته آن است که افراد افسرده نواقصی را در پردازش اطلاعات دارا هستند که منجر به شیوه‌های منفی تفکر و تمایل آن‌ها به ایجاد و حفظ افسردگی در هنگام رویارویی با تجارب و وقایع تنش‌زای زندگی می‌شود (۲۸). پس ممکن است هنگام مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا بیشتر به جنبه‌های منفی توجه کرده که این خود ممکن است باعث افزایش خلق منفی و ابتلا به اختلالات روانی شود. افراد مضطرب نیز به دلیل عدم اطمینان به توانایی خود در کنترل کردن احساسات واکنش‌های اضطرابی قادر به اداره کردن تکالیف زندگی به نحو شایسته نیستند (۲۹)؛ بنابراین به نظر می‌رسد این افراد در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا توان اداره و کنترل کردن خود را از دست بدهند، به همین دلیل احتمال ابتلا به اختلالات روانی در این افراد، افزایش می‌یابد. افراد مبتلا به وسواس نیز دارای عقاید، تصورات یا تکانه‌هایی هستند که به طور مکرر و به شکل کلیشه‌ای به ذهن آن‌ها خطور می‌کنند (۳۰)؛ بنابراین، این افراد نیز ممکن است در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا قادر به کنترل عقاید، تصورات یا تکانه‌هایی کلیشه‌ای خود نباشند و احتمال ابتلا به اختلالات روانی در آن‌ها افزایش می‌یابد. همچنین می‌توان گفت که خلق منفی در افراد مواجهه شده با آسیب ممکن است باعث افزایش توجه به موضوعات ناخوشایند و ایده‌های منفی در محتوای پردازش اطلاعات آن‌ها شود. مثلاً افراد مواجهه شده با آسیب که دارای خلق منفی هستند، در ارزیابی خود از یک پدیده بیشتر به جنبه‌های منفی آن اشاره می‌کنند که این خود ممکن است باعث افزایش خلق منفی و ابتلا به اختلالات روانی شود. در مقابل، سرشت عاطفی مثبت ممکن است عامل مهمی در برابر رویدادهای آسیب‌زا باشد که باعث می‌شود فرد از سلامت روانی بالاتری برخوردار باشد و افسردگی و اضطراب کمتری را تجربه نماید و کمتر دچار اختلالات روانی شود. همچنین سرشت عاطفی مثبت ممکن است در مقابله با رویدادهای آسیب‌زا نقش مراقبتی را ایفا نماید و موجب کاهش تهدید و آسیب در افراد مواجهه شده با آسیب شود و بعد از مواجهه با رویدادهای منفی زندگی به طور قابل ملاحظه‌ای خلق بهتری را نشان دهند که این خود موجب می‌شود فرد جنبه‌های مثبت رویداد را در نظر بگیرد. لذا، از میزان استرس کاسته می‌شود و فرد راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری را در برابر رویدادهای آسیب‌زا به کار می‌برد و کمتر احتمال دارد دچار افسردگی، اضطراب، بی‌تفاوتی، سیکلوتیمیک و دیسفوریک شود (۳۱).

یافته دیگر مطالعه حاضر آن بود که نمره کلی سلامت روان با سرشت‌های هیجانی اراده، مقابله و کنترل ارتباط مثبت، ولی با خشم و حساسیت ارتباط منفی دارد. این یافته با نتایج سایر مطالعات همخوان است (۱۵، ۱۷، ۱۹). در تبیین این یافته می‌توان



[ Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/mcs.4.2.77 ]

گفت که افراد مواجهه شده با آسیب که دارای سرشت هیجانی منفی هستند، معتقدند زمانی که خاطرات مربوط به رویداد آسیب‌زا در ذهن آن‌ها مرور می‌شود، باید تلاش کنند تا بر درونشان متمرکز شوند، زیرا فکر می‌کنند چنین ارزیابی و تمرکزی به آنان بینش می‌دهد تا بتوانند راه‌حلی را برای مشکلشان بیابند؛ بنابراین افراد مواجهه شده با آسیب که دارای سرشت هیجانی منفی هستند، بیشتر به درون خود توجه می‌کنند و این باعث می‌شود که آن‌ها در مقابله با رویدادهای روزمره زندگی توان مقابله و کنترل خود را از دست داده و اراده‌ای برای پیدا کردن راه‌حل‌های جدید در مقابله با مشکلات زندگی را از دست بدهند که این خود ممکن است احتمال ابتلا به اختلالات روانی در افراد مواجهه شده با آسیب را افزایش دهد. خشم هیجان خطرناکی است، زیرا در پی تخریب و از بین بردن آن چیزی یا کسی است که ساز و کار آن را مانعی بر سر راه خود می‌داند (۳۱). ممکن است افراد مواجهه شده با آسیب که دارای سرشت هیجانی خشم هستند در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا دچار خشم و پرخاشگری شوند و توان کنترل خود را از دست داده و به همین دلیل احتمال آسیب‌زا بودن رویداد را افزایش می‌یابد. حساسیت بالاتر در افراد مواجهه شده با آسیب ممکن است باعث بیشتر شدن اجتناب و اضطراب آن‌ها در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا شود که این خود ممکن است احتمال ابتلا به اختلالات روانی در افراد مواجهه شده با آسیب که دارای سرشت هیجانی حساسیت هستند را افزایش می‌دهد. همچنین با توجه به سرشت هیجانی متفاوت افراد مواجهه شده با آسیب و با توجه به تجربه‌های متفاوتی که این افراد دارند، میزان استرس‌زا بودن رویدادهای آسیب‌زا برای آن‌ها متفاوت است. ممکن است افرادی که دارای سرشت هیجانی منفی هستند به دلیل داشتن خصوصیات منفی مانند خشم، حساسیت، ناتوانی در مقابله و کنترل کردن رویدادهای آسیب‌زا و عزت نفس پایین نتوانند در برابر رویدادهای آسیب‌زا راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری را به کار گیرند و به همین خاطر ممکن است دچار اختلالات روانی بیشتری شوند. این در حالی است که سرشت هیجانی مثبت هنگام بروز رویدادهای آسیب‌زا مانند یک سپر محافظ عمل می‌کند و از بروز نشانه‌های اختلال روانی در افراد مواجهه شده با آسیب پیشگیری و یا شدت نشانه‌های روان‌شناختی را تعدیل می‌کند.

همچنین نتایج مطالعه فوق نشان داد که مؤلفه‌های سرشت عاطفی، دمدمی در گام اول ۲۷ درصد، بازداری نشده در گام دوم ۱۳ درصد، سرخوش در گام سوم ۵ درصد و بی‌تفاوتی در گام چهارم ۴ درصد از واریانس سلامت روان را پیش‌بینی می‌کنند. این نتیجه تا حدودی با نتایج باکشای (Bakhshaie) و همکاران که در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بین عواطف منفی، اجتناب، نگرانی‌های شناختی، عدم احساس پذیرش و علائم اختلال استرس پس از سانحه در میان افراد مواجهه شده با آسیب ارتباط وجود دارد (۸) و همچنین با نتایج فنتوم (Fenton) که نشان داد، ناهماهنگی در تحریک بازداری فعال به عنوان علل اختلالات روانی و همچنین اهداف درمانی برای درمان‌های شناختی اولیه است (۳۲)، همخوان است. توضیح اینکه افراد مواجهه شده با آسیب که نمرات بازداری بالایی دارند به آسانی ممکن است عصبی شده و دچار احساس ترس، تردید و ناایمنی می‌شوند. این افراد منفی‌گرا و بدبین هستند و سطح انرژی آنان پایین است و احساس خستگی و ناتوانی مزمن دارند و همچنین با نتایج پلاس (Paulus) و همکاران (۲۴) که در مطالعه خود نشان دادند که بازداری رفتار با انواع مختلف اضطراب ارتباط دارد و تا حدودی با نتایج جیمز (James) و همکاران (۲۰) مبنی بر اینکه ویژگی‌های اصلی و اولیه افراد مبتلا به PTSD، کناره‌گیری و خلق منفی است، همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که مواجهه شدن با حوادث آسیب‌زا برای کسانی که عاطفه منفی و احساس نارضایتی و ناخشنودی دارند ممکن است باعث بروز اختلالات روانی در فرد شود. افراد مواجهه شده با آسیب که دارای عاطفه منفی هستند، ممکن است هر روز با یادآوری حادثه آسیب‌زا، دچار استرس بیشتر و هیجان‌پذیری منفی بیشتری شوند و حالت‌های خلقی مثل اضطراب، افسردگی و دمدمی بودن بیشتری را نشان دهند. این افراد در مقابل شکست‌های جزئی واکنش عاطفی زیادی از خود نشان می‌دهند و به آسانی به هیجان در می‌آیند، عصبانی می‌شوند و از بسیاری از افراد دیگر افسرده‌تر هستند. لذا، به نظر می‌رسد که این افراد بیشتر دچار اختلالات روانی شوند.

در مطالعه حاضر، مؤلفه‌های سرشت هیجانی، اراده در گام اول ۱۴ درصد، حساسیت در گام دوم ۱۶ درصد و مقابله در گام سوم ۲ درصد از واریانس سلامت روان را پیش‌بینی کردند. این نتایج

[ Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/mcs.4.2.77 ]

با نتایج دافی (Duffy) و همکاران (۲۱) که در مطالعه خود نشان دادند که بین علائم PTSD، روان‌رنجوری، وظیفه‌شناسی و اراده ارتباط وجود دارد و با نتایج کوردال (Coverdale) و همکاران (۱۶) مبنی بر اینکه سازه‌های اساسی برای سلامتی سرشت، به عنوان توانایی ثبات مقابله در برابر چالش‌ها عمل می‌کنند که به سلامت عاطفی و هیجانی منجر می‌شود، همخوان است. در توجیه این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که افراد مواجهه شده با آسیب که دارای سرشت هیجانی منفی هستند، ممکن است هر روز با یادآوری حادثه آسیب‌زا، دچار استرس بیشتر و هیجان پذیری منفی بیشتری شوند و حالت‌های هیجانی مثل خشم و حساسیت بیشتری را نشان می‌دهند و همچنین افراد دارای سرشت هیجانی منفی ممکن است به مرور زمان رویداد آسیب‌زا را به کل زندگی خود تعمیم داده و در مقابله با رویدادهای جدید زندگی توان و اراده و مقابله خود را از دست بدهند و به همین دلیل ممکن است احتمال ابتلا به اختلالات روانی افزایش یابد.

محدودیت‌های عمده مطالعه حاضر ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مخدوش‌گر چون نوع رویداد آسیب‌زا و استفاده از طرح تحقیق همبستگی که امکان ارزیابی علّی را فراهم نمی‌کند، بودند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با کنترل این متغیرهای مخدوش‌گر انجام گیرند. همچنین با توجه به آسیب‌پذیری متفاوت زنان و مردان به رویدادهای‌آسیب‌زا بررسی تفاوت‌های جنسی در متغیرهای پیش‌بین این مطالعه پیشنهاد می‌شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که درمان‌های هدفمند در راستای درمان بد تنظیمی هیجانی و عاطفی افراد مبتلا به اختلال روانی طراحی گردد و آموزش‌هایی در جهت تنظیم هیجان، شناخت و رفتار این افراد ارائه گردد تا از شدت علائم کاسته شود و در نهایت این افراد به یک سرشت طبیعی و بهنجار دست یابند.

**تشکر و قدردانی**

بدین وسیله از همکاری‌های مشفقانه ریاست و کارکنان بنیاد شهید شهرستان گیلان‌غرب و شرکت کنندگان در پژوهش که در اجرا و انجام پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

**تضاد منافع**

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

## References

1- Sabodehasl N, Asgarimajdabadi H. Mental Disorders and Mental Health. The Second International Congress on Health in Disaster Management; Iran2011.
2- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593 PMID: 15939837
3- Basharpoor S, Narimani M, Ghamarigivi H, Abolghasemi A. The Prevalence of Traumatic Events and Associated Factors among High School Students in Urmia. Behav Sci Res. 2010;10(1):38-48.
4- Cano A, Vivian D. Life stressors and husband-to-wife violence. Aggression Violent Behav. 2001;6(5):459-80. DOI: 10.1016/s1359-1789(00)00017-3
5- Organization WH. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope: World Health Organization; 2001.
6- Boyette LL, van Dam D, Meijer C, Velthorst E, Cahn W, de Haan L, et al. Personality compensates for impaired quality of life and social functioning in patients with psychotic disorders who experienced traumatic events. Schizophr Bull. 2014;40(6):1356-65. DOI: 10.1093/schbul/sbu057 PMID: 24771304
7- Parker G, Paterson A, Hadzi-Pavlovic D. Emotional response patterns of depression, grief, sadness and stress to differing life events: a quantitative analysis. J Affect Disord. 2015;175:229-32. DOI: 10.1016/j.jad.2015.01.015 PMID: 25658496
8- Bakhshaie J, Zvolensky MJ, Allan N, Vujanovic AA, Schmidt NB. Differential effects of anxiety sensitivity components in the relation between emotional non-acceptance and post-traumatic stress symptoms among trauma-exposed treatment-seeking smokers. Cogn Behav Ther. 2015;44(3):175-89. DOI: 10.1080/16506073.2015.1004191 PMID: 25642748
9- Rettew DC, McKee L. Temperament and its role in developmental psychopathology. Harv Rev Psychiatry. 2005;13(1):14-27. DOI: 10.1080/10673220590923146 PMID: 15804931
10- Sadook B, Sadook V. Summary of Psychiatry Kaplan and Sadook. Iran: Tabriz: Publication of Shahrab; 2003.
11- Posner MI, Rothbart MK, Sheese BE, Voelker P. Developing Attention: Behavioral and Brain Mechanisms. Adv Neurosci (Hindawi). 2014;2014:405094. DOI: 10.1155/2014/405094 PMID: 25110757
12- Lara DR, Bisol LW, Brunstein MG, Reppold CT, de Carvalho HW,



[ Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/mcs.4.2.77 ]

Ottoni GL. The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) model and scale: a system-based integrative approach. J Affect Disord. 2012;140(1):14-37. DOI: 10.1016/j.jad.2011.08.036 PMID: 21978734

13- Phillips A. Intimacy of Contact with People with Emotional or Mental Health Problems and Expectation of Negative Public Attitudes toward People with Depression 2014.

14- Zawadzki B, Popiel A. Temperamental Traits and Severity of PTSD Symptoms. J Individ Differ. 2012;33(4):257-67. DOI: 10.1027/1614-0001/a000074

15- Achtergarde S, Postert C, Wessing I, Romer G, Müller JM. Parenting and Child Mental Health: Influences of Parent Personality, Child Temperament, and their Interaction. Fam J. 2015;23(2):167-79.

16- Coverdale GE, Long AF. Emotional wellbeing and mental health: an exploration into health promotion in young people and families. Perspect Public Health. 2015;135(1):27-36. DOI: 10.1177/1757913914558080 PMID: 25568200

17- Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villarreal S, Ressler KJ, Bradley B. The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. Appetite. 2015;91:129-36. DOI: 10.1016/j.appet.2015.03.036 PMID: 25865667

18- Bould H, Araya R, Pearson RM, Stapinski L, Carnegie R, Joinson C. Association between early temperament and depression at 18 years. Depress Anxiety. 2014;31(9):729-36. DOI: 10.1002/da.22294 PMID: 25111741

19- Gaweda L, Kokoszka A. Meta-cognitive beliefs as a mediator for the relationship between Cloninger's temperament and character dimensions and depressive and anxiety symptoms among healthy subjects. Compr Psychiatry. 2014;55(4):1029-37. DOI: 10.1016/j.comppsych.2013.10.013 PMID: 24360602

20- James LM, Anders SL, Peterson CK, Engdahl BE, Krueger RF, Georgopoulos AP. DSM-5 personality traits discriminate between posttraumatic stress disorder and control groups. Exp Brain Res. 2015;233(7):2021-8. DOI: 10.1007/s00221-015-4273-1 PMID: 25862564

21- Duffy RD, Jadidian A, Douglass RP, Allan BA. Work Volition Among U.S. Veterans. Counsel Psychol. 2015;43(6):853-78. DOI: 10.1177/0011000015576800

22- Liew J, Lench HC, Kao G, Yeh YC, Kwok OM. Avoidance temperament and social-evaluative threat in college students' math performance: a mediation model of math and test anxiety. Anxiety Stress Coping. 2014;27(6):650-61. DOI: 10.1080/10615806.2014.910303 PMID: 24684522

23- Fernandez de la Cruz L, Simonoff E, McGough JJ, Halperin JM, Arnold LE, Stringaris A. Treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and irritability: results from the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54(1):62-70 e3. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.10.006 PMID: 25524791

24- Paulus FW, Backes A, Sander CS, Weber M, von Gontard A. Anxiety disorders and behavioral inhibition in preschool children: a population-based study. Child Psychiatry Hum Dev. 2015;46(1):150-7. DOI: 10.1007/s10578-014-0460-8 PMID: 24659133

25- Delavar A. The Theorical and Practical Fundamental of Research in Social and Human Science. Tehran: Roshd Publications; 2004.

26- Goldberg D, Williams P. A User's Guide to the General Health Questionnaire: GL assessment; 2006.

27- Yaghoobi H, Karimi M, Omidi A, Barooti A, Abedi M. Reliability and Factor Structure of The General Health Questionnaire (12-Ghq) in Students. J Behav Sci. 2012;6(2):153-60.

28- Pearce MJ, Koenig HG, Robins CJ, Nelson B, Shaw SF, Cohen HJ, et al. Religiously integrated cognitive behavioral therapy: a new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. Psychotherapy (Chic). 2015;52(1):56-66. DOI: 10.1037/a0036448 PMID: 25365155

29- Halgin R, Whitbourne S. Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorders. Tehran, Iran: Ravan Press; 2003.

30- Gomes FA, Almeida KM, Magalhaes PV, Caetano SC, Kauer-Sant'Anna M, Lafer B, et al. Cardiovascular risk factors in outpatients with bipolar disorder: a report from the Brazilian Research Network in Bipolar Disorder. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35(2):126-30. PMID: 23904016

31- Bshkar S. The effects of anger management skills in reducing conflicts (Marital couples referred to arbitration councils Baghmalek) [Family Counseling Master Thesis]. Iran: Shahid Chamran University; 2003.

32- Fenton AA. Excitation-inhibition discoordination in rodent models of mental disorders. Biol Psychiatry. 2015;77(12):1079-88. DOI: 10.1016/j.biopsych.2015.03.013 PMID: 25895430

[ Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/mcs.4.2.77 ]

# The Role of Affective and Emotional Temperament in Predicting Mental Health among Individuals with Mine Explosion Trauma

*Shafiei. M[1], Sepahvand. MA[2], Heidarirad. H[3]

## Abstract

**Introduction:** One of the risk factors for general health is exposure to traumatic events that can have many harmful effects on human health and interpersonal relations.

**Objective:** This study aimed to examine the role of affective and emotional temperament in predicting mental health among individuals exposed to mine explosion trauma.

**Materials and Methods:** This descriptive-correlational study was conducted on 100 individuals with limb deficit due to mine explosion under the auspices of Martyr Foundation of Gilan Gharb City from April to September 2016. Data were collected using the General-Health Questionnaire (GHQ-12) and Composite Affective and Emotional Temperament Scale. Collected data were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression tests with SPSS 20 software.

**Results:** The results showed that the total score of mental health had a negative relationship with affective temperaments including depressive (r=-0.35: P<0.001), anxious (r=-0.33; P<0.001), apathetic (r=-0.41; P<0.001), cyclothymic (r=-0.38; P<0.001), dysphoric (r=-0.38; P<0.001), volatile (r=-0.51; P<0.001), obsessive (r=-0.20; P<0.05), irritable (r=-0.25; P<0.001), disinhibited (r=-0.47; P<0.001) and euphoric (r=-0.46; P<0.001) and positive relationship with emotional temperaments including volition (r=0.37: P<0.001), coping (r=0.22: P<0.05) and control (r=0.21: P<0.05), but negative correlation with anger (r=-0.20; P<0.05), and sensitivity (r=-0.28; P<0.001). According to the results of the regression analysis, affective temperaments predicted a total of 49% and emotional temperaments 32% of the total variance of mental health in individuals exposed to trauma.

**Discussion and Conclusion:** The findings of this study show that affective and emotional temperament of people can play a significant role in determining how people respond to traumatic events and their mental health.

**Keywords:** Affective and Emotional Temperament, Mental Health, Mine Explosion, Trauma.

[ Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.29252/mcs.4.2.77 ]

Shafiei M, Sepahvand MA, Heidarirad H. The Role of Affective and Emotional Temperament in Predicting Mental Health among Individuals with Mine Explosion Trauma. Military Caring Sciences. 2017; (4)2. 77-86.

Submission: 20/4/2017 Accepted: 12/6/2017 Published: 19/9/2017

1- (*Corresponding author) Ph.D. Student in Psychology, Iran, Khorramabad, Lorestan University, Faculty of Literature and Humanities, Psychology Department. Email: masumeh.shafiei62@gmail.com

2- Ph.D. in Psychology, Assistant Professor, Iran, Khorramabad, Lorestan University, Faculty of Literature and Humanities, Psychology Department.

3- MSc in Psychology, Iran, Ardabili, Mohaghegh Ardabili of University, Faculty of Education and Psychology, Psychology Department.