

رابطه باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی و تحمل ابهام با تنظیم شناختی هیجان در زنان وابسته به مواد

کریم بابایی نادینلویی^۱، ژاله امین زاده^۲، مرضیه ستاری^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی و تحمل ابهام با تنظیم شناختی هیجان در زنان وابسته به مواد بود. پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه زنان وابسته به مواد در کمپ ترک اعتیاد و کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۶ بود. از این جامعه آماری تعداد ۱۰۰ زن وابسته به مواد با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس نارسایی شناختی، پرسش‌نامه تحمل ابهام، پرسش‌نامه باورهای فراشناختی و پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که تحمل ابهام با راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان رابطه مثبت معنادار و با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان رابطه منفی معنادار داشت. متغیرهای نارسایی‌های شناختی و باورهای فراشناختی رابطه منفی معناداری با راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان نشان دادند. نارسایی‌های شناختی و باورهای فراشناختی رابطه مثبت معناداری با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان داشتند. نارسایی‌های شناختی (به طور منفی) و تحمل ابهام (به طور مثبت) به شکل معناداری راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان را پیش‌بینی کردند. تحمل ابهام راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان را به طور منفی و معناداری پیش‌بینی می‌کند. با توجه به این نتایج می‌توان گفت باورهای فراشناختی، نارسایی‌های شناختی و تحمل ابهام نقش مهمی در تنظیم هیجان دارند.

کلیدواژه‌ها: باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی، تحمل ابهام، تنظیم شناختی هیجان.

۱. نویسنده مسئول: دکتری روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. پست الکترونیک:

K.babaei66@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد، واحد اهر، اهر، آذربایجان شرقی، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد، واحد اهر، اهر، آذربایجان شرقی، ایران

مقدمه

سوء مصرف مواد امروزه از عمده ترین مسائل نگران کننده‌ی بهداشت و درمان است. کشور ایران در مقایسه با میانگین آمارهای جهانی جزء کشورهای است که به تلاش بیشتر برای کنترل این معضل نیاز دارد. تصور بیش تر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که مواد مخدر و سوء مصرف مواد بیشتر پدیده‌ای مردانه است، در حالی که زنان نیز از این معضل در امان نیستند (ابراهیمی و فتاحی، ۱۳۹۰). روند روبه افزایش زنان وابسته به مواد در سراسر جهان یک پدیده‌ای اجتماعی است که نیاز به توجه ویژه دارد. بر اساس گزارش‌های پژوهشی متعدد سرعت میزان شیوع مصرف مواد مخدر در زنان به گونه‌ای معنی دار بیش تر از مردان بوده است (ظهور، ۱۳۸۰). اعتیاد زنان یک پدیده چندوجهی است و علل و عوامل متعددی نظیر عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در بروز و اشاعه آن کارآمد است. از سوی دیگر آسیب‌های جبران ناپذیری را بر فرد، خانواده و جامعه وارد می‌سازد (قاسمی روشن، ۱۳۸۲). پژوهش‌های انجام شده در زمینه اعتیاد زنان عوامل خطر ساز متعددی را برای این اختلال مطرح کرده‌اند که از آن میان می‌توان به میزان بالای تعارض خانوادگی، مشکلات خانوادگی، مشکلات تحصیلی، بروز هم‌زمان اختلال‌های روانی همچون افسردگی و اختلال‌های شخصیتی، مصرف مواد از سوی همسالان و تکانشگری اشاره کرد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵).

از مهم ترین نشانه‌های کلینیکی اعتیاد می‌توان به افزایش تمایل به داشتن مصرف (ولع مصرف)، اختلال در خود کنترلی، بد تنظیمی هیجانی (خلق منفی) و افزایش استرس اشاره کرد (تانگ، تانگ و پوسنر، ۲۰۱۶). تنظیم شناختی هیجان شامل مدیریت اطلاعات برانگیزاننده‌ی هیجان از طریق راهبردهای هوشیاری شناختی است (تامپسون، ۱۹۹۱). تنظیم هیجانی با موفقیت در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (جاکوبس^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). هنگامی که یک شخص، برای مصرف مواد مخدر تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت

هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشار ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (ترینداد و جانسون^۱، ۲۰۰۲). در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان منفی فرد، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (ترینداد، آنگر، چو و جانسون^۲، ۲۰۰۴). تنظیم هیجانی با توانایی ذهنی بیشتری برای پردازش اطلاعات اجتماعی همراه است. این توانمندی می‌تواند به افراد کمک کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و زیان‌بار مصرف مواد داشته باشند و بنابراین در برابر فشار روانی و اجتماعی برای مصرف مواد موفق‌تر عمل کنند. با توجه به موارد بالا و پژوهش‌های دیگر می‌توان گفت که مشکل در تنظیم هیجان زیربنای بیشتر ناخوشی‌های انسان است و در تمام گستره اختلال‌های روانی از نوروژها گرفته تا سایکوزها مسئله شایعی است. انسان بیشتر از سایر گونه‌ها از گنجینه هیجانی خود سود می‌برد و بیش از بقیه از آن متضرر می‌شود (اودلاگ^۳، ۲۰۱۲). هیجان تنظیم‌نشده با اشکال برجسته آسیب‌های روانی همراه است و گفته می‌شود که عدم تنظیم هیجان می‌تواند منادی رفتارهای مخاطره‌آمیز باشد (تانگ و همکاران، ۲۰۱۶).

نکته قابل ذکر این است که در پژوهش‌های انجام گرفته که به بررسی تنظیم هیجان در اعتیاد پرداخته‌اند به نقش تفاوت جنسیتی پرداخته شده است و این در حالی است که مردان و زنان مطابق با هنجارها و رسوم فرهنگی حاکم الگوهای متفاوتی از تنظیم هیجان را به کار می‌گیرند (نولن هویکساما^۴، ۲۰۱۲). شواهد حاکی از آن است که نشخوارگری بیشتر در زنان در مقایسه با مردان تا اندازه‌ای دلیل بر افسردگی بیشتر و اضطراب بیشتر در زنان نسبت به مردان است، در حالی که گرایش بیشتر به استفاده از الکل برای مقابله تا اندازه‌ای دلیلی برای سوء مصرف الکل در مردان در مقایسه با زنان است (نولن هویکساما،

یکی از متداول‌ترین روش‌ها برای مدیریت و نظم‌جویی تجارب هیجانی استفاده از فرایندهای شناختی است (مشهدی، میردورقی و حسنی، ۱۳۹۰). راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر جنبه‌های شناختی مقابله تأکید دارند (گارانسکی، کرایج، اسپاین هاون، ۲۰۰۲). یکی از متغیرهای شناختی مهم و تأثیرگذار بر تنظیم شناختی هیجان افراد وابسته به مواد تأثیر باورهای فراشناختی است. فراشناخت عبارت است از هرگونه دانش یا فعالیت شناختی که یک موضوع شناختی را در برمی‌گیرد و یا یک فعالیت شناختی را نظم می‌دهد (فلاول، ۱۹۹۲). باورهای فراشناختی به باورهایی مربوط می‌شود که فرد در مورد تفکر خود و فرایندهای آن دارد (مارگولین، بیتل، اولیور و آوانتس، ۲۰۰۶). باورهای فراشناختی، کلید و راهنمایی است که شیوه پاسخ‌دهی افراد به افکار منفی، باورها، علائم و هیجان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیروی محرکه‌ای در پشت‌الگوی تفکر مسموم است که به رنج روانی و هیجانی می‌انجامد (ولز، ۲۰۰۰، ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴). فلاول (۱۹۹۲) فراشناخت را به دو طبقه کلی دانش فراشناختی و تجربه فراشناختی تقسیم کرده است. مطالعات صورت گرفته برای بررسی ویژگی‌های فراشناختی سوء‌مصرف کنندگان مواد نشان می‌دهد که دلیل اصلی مصرف مواد این است که از آن برای تنظیم دامنه گسترده‌ای از حوادث شناختی استفاده می‌کنند (اسپادا و ولز، ۲۰۰۵). حوادث شناختی ناخوشایند با سوء‌مصرف مواد مرتبط است و بین استفاده از مواد و حالات شناختی خوشایند رابطه بسیار ضعیفی دیده می‌شود. تحلیل اثرات فراشناختی نشان می‌دهند که مواد روان‌گردان تمایل به تقلیل دادن حوادث شناختی ناخوشایند را دارند. شکست در تنظیم حوادث شناختی به کمک مواد روان‌گردان ارتباط معنی‌داری با باورهای ویژه درباره پیامدهای فراشناختی برای حوادث شناختی دارد. برای بررسی دقیق‌تر تأثیرات باورهای فراشناختی در اعتیاد و همچنین در انتخاب راهبردهای تنظیم هیجانی نقش

1. Granefski, Kraaij, & Spinhoven
2. meta cognition
3. Flavell

4. Margoline, Beitel, Olive & Avants,
5. Wells & Cartwright-Hatton
6. Spada & Wells

جنسیت باید در نظر گرفته شود. زیمرمن و پونس (۱۹۹۰) گزارش کردند که تفاوت معنی داری بین دختران و پسران در استفاده از مهارت‌های فراشناختی وجود دارد که این تفاوت به نفع دختران است درحالی که اکثر تحقیقات تفاوتی بین دو جنس گزارش نکرده‌اند (به نقل از حسینی نسب، ۱۳۹۱).

در مدل خودتنظیمی عملکرد اجرایی، آسیب‌پذیری اختلالات و تداوم آن‌ها همراه با سندرم شناختی توجه است که شامل سبک‌های تفکر تکراری، عادات توجهی ناسازگار، نگرانی، اندیشناکی و رفتارهای مقابله‌ای خود نظم بخش ناسازگار است (طباطبایی و همکاران، ۲۰۱۳). با فعال شدن این سندرم که خود از باورهای فراشناختی ناشی می‌شود راهبردهای کنار آمدن (مثل سوءمصرف مواد) فعال می‌شود و از این رو بیش از پیش زمینه ایجاد و تداوم وابستگی به مواد فعال می‌شود (ساعد، پور احسان، اصلاتی و زرگر، ۱۳۹۰). افراد وابسته به مواد به دلیل پیامد مصرف مواد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵) و نارسایی باورهای فراشناختی (طباطبایی و همکاران، ۲۰۱۳) دچار اضطراب می‌شوند و در این صورت یکی از راه‌های کاهش اضطراب و تنش توجه برگردانی و به عبارتی منحرف کردن توجه است که افراد مضطرب اغلب از آن استفاده می‌کنند (ولز، ۲۰۰۰). بر اساس پژوهش‌های انجام شده می‌توان استنباط کرد که توجه برگردانی از جمله راهبردهای نظام فراشناختی کارآمد در افراد سالم است (آبراموویتز، ویتساید، کالسکای و تولین، ۲۰۰۳). این تکنیک اضطراب را کاهش می‌دهد. هنگامی که فرد دارای نارسایی و نقصان شناختی است، دچار عدم قطعیت بوده و این عدم قطعیت برای فرد آزاردهنده است. در چنین حالتی فرد برای رهایی از عدم قطعیت برانگیخته می‌شود و این راه استفاده از شناخت‌ها و فراشناخت است (تنی، اسپیلمن و مک کوان، ۲۰۰۸). نارسایی‌های شناختی را اشتباهات یا خطاهایی می‌دانند که فرد در انجام دادن تکالیفی که به طور طبیعی قادر به انجام آن است، مرتکب می‌شود. به عبارتی نارسایی شناختی سازه‌ای چندبعدی است که شامل خطا در شکل دادن به اهداف، خطا در فعال‌سازی طرح‌واره‌ها و خطا در راه اندازی کنش‌ها است

(والاس، کاس و استانی^۱، ۲۰۰۲). مکاسی و رایت^۲ (۲۰۰۶) مردان معتاد به الکل و سالم را بررسی کردند و نشان دادند که افراد معتاد به الکل نارسایی شناختی را بیشتر تجربه می‌کنند. همچنین طباطبایی و همکاران (۲۰۱۳) گزارش کردند که مؤلفه‌های نارسایی شناختی در افراد معتاد و سالم به صورت معناداری متفاوت است. دورن، لانگ و ویجترین^۳ (۲۰۱۰) و طباطبایی و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که وقتی که خطا در راه اندازی کنش‌ها اتفاق می‌افتد ممکن است به احتمال بیشتری آسیب و حتی مرگ به خاطر ضعف شناختی رخ دهد. علاوه بر نارسایی‌های شناختی که باعث به وجود آمدن مشکلاتی در تنظیم شناختی می‌شود، اگر فرد در حین پردازش اطلاعات با اطلاعاتی مبهم و پیچیده مواجه شود چه عکس‌العملی خواهد داشت؟ در اینجا قدرت تحمل ابهام می‌تواند نقش کلیدی در پیش‌بینی رفتار فرد بازی کند.

خانتزیان^۴ (۱۹۹۷) باور دارد که مصرف‌کنندگان مواد هیجان‌های منفی را تحمل‌ناپذیر و مستأصل‌کننده توصیف می‌کنند و نمی‌توانند حالت‌های هیجانی را بدون اتکا به مواد مدیریت کنند. این افراد با مصرف مواد تسکین‌می‌یابند و حالت‌های عاطفی‌شان برای آن‌ها تحمل‌پذیر می‌شود. از آنجایی که هیجان‌های منفی گریزناپذیر هستند و باعث به وجود آمدن ابهاماتی می‌شوند به نظر می‌رسد که تحمل ابهام می‌تواند به‌عنوان متغیری مؤثر در زمینه تنظیم شناختی هیجان باشد. افراد سطوح مختلفی از تحمل یا عدم تحمل ابهام نسبت به موقعیت‌های مختلف نشان می‌دهند (احمدی طهورسلطانی و نجفی، ۱۳۹۰). در روان‌شناسی، ابهام به هر وضعیتی اطلاق می‌شود که بیش از یک تعبیر و تفسیر دارد (زمانی، ذکریا، باقری و سهرابی، ۱۳۸۸). تحمل ابهام حالتی است که فرد می‌تواند با موقعیتی که پایان آن نامشخص است، مقابله‌ای موفقیت‌آمیز داشته باشد. افراد دارای تحمل ابهام پایین، معمولاً استرس بیشتری تجربه می‌کنند و در تکالیف مبهم شکست می‌خورند. در حالی که افراد دارای تحمل ابهام بالا در تکالیف مبهم به خوبی عمل می‌کنند و از آن لذت می‌برند. به‌طور کلی داشتن تحمل ابهام نقش خیلی مهمی در نگرانی و اضطراب دارد

1. Wallace, Kass, Stanny
2. Mecacci, Righi

3. Doorn, Lang, Weijters
4. Khantzian

(ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴). تفاوت معناداری بین میزان تحمل ابهام زنان و مردان وجود دارد، به طوری که زنان تحمل ابهام پایین تری نسبت به مردان دارند (بروس و کیم، ۱۹۹۲). به نظر می رسد که افراد معتاد در مواجهه با مشکلات روزمره تحمل ابهام پایین تری دارند و برای اجتناب از این امر ممکن است به مصرف مواد روی بیاورند (صالحی حیدرآباد، خسرویان و آگشته، ۱۳۹۳). در همین راستا اسریواستاوا^۲ (۲۰۰۷) نشان داد که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد تحمل ابهام پایین تری دارند. پژوهش براون و واین^۳ (۲۰۰۲) نیز نشان داد افرادی که دارای تحمل ابهام پایین تری هستند، موقعیت مبهم را تهدید کننده می دانند و دچار اضطراب می شوند، ولی افرادی که تحمل ابهام بالایی دارند، آن موقعیت را یک مزیت می دانند و باور دارند که هیچ جوابی قطعی نیست، بنابراین به دنبال جواب های بهتری برای حل مسئله خود می گردند. بنابراین ممکن است افراد با تحمل ابهام پایین از مواد به عنوان ابزاری برای حل موقعیت های چالش انگیز استفاده کنند و از آنجایی که زنان دارای تحمل ابهام پایین تری هستند بنابراین محتمل به نظر می رسد که در گرایش زنان به اعتیاد و همچنین استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان نقش داشته باشد. یکی از راهبردهای مورد استفاده برای تنظیم هیجان زمینه های شناختی است و در این فرایند فرد دچار نارسایی های شناختی می شود. از طرف دیگر زندگی افراد دارای وابستگی به اعتیاد مملو از ابهام است و ابهام می تواند شناخت را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین این احتمال وجود دارد که زنان در تنظیم هیجان و تحمل ابهام توانایی کمتری داشته باشند و دارای خطای شناختی بیشتری باشند. لذا با توجه به آنچه گفته شد سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین باورهای فراشناختی، نارسایی های شناختی و تحمل ابهام با تنظیم شناختی هیجانی در زنان وابسته به مواد رابطه وجود دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان

وابسته به مواد ۴۵-۱۸ سال مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد و کمپ ترک اعتیاد شهرستان تبریز تشکیل می دادند. از جامعه مذکور تعداد ۱۰۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. لازم به ذکر است که افراد با رضایت کامل در این پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

ابزار

۱. پرسش نامه باورهای فراشناخت: این پرسش نامه شامل ۳۰ آیتم است (ولز و کاترایت-هاتون، ۱۹۹۷). در این پرسش نامه از شرکت کنندگان خواسته می شود که به چهار گزینه ای که برای هر سؤال در نظر گرفته شده پاسخ دهند. گزینه های پاسخ عبارتند از: کاملاً موافقم = ۴، موافقم = ۳، نظری ندارم = ۳، مخالفم = ۲ و کاملاً مخالفم = ۱. دامنه نمرات برای باورهای فراشناختی از ۳۰ تا ۱۲۰ است. فراشناخت شامل ۵ زیرمقیاس است و در پژوهش حاضر فقط از نمره کل استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه و مولفه های آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. پایایی به روش بازآزمایی برای کل آزمون پس از ۱۸ تا ۲۲ روزه ۰/۷۵ گزارش شده است (ولز و کاترایت هاتون، ۲۰۰۴، به نقل از خانی پور، سهرابی و طباطبایی، ۱۳۹۰). شیرین زاده دستگیری، گودرزی، رحیمی و نظیری (۱۳۸۷) ضریب آلفا را برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس های آن ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش کرده اند و در مجموع خصوصیات روانسنجی این پرسش نامه را مطلوب ارزیابی کرده اند. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای این پرسش نامه ۰/۸۸ به دست آمد.

۲. مقیاس نارسایی شناختی: مقیاس نارسایی شناختی در سال ۱۹۸۲ به وسیله برادبنت، کوپر، فیتز جرال و پارکز ساخته شد. این مقیاس ۲۵ ماده دارد و آزمودنی به صورت یک مقیاس پنج درجه ای (خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) پاسخ می دهد. ۲۵ ماده این مقیاس در ۴ خرده مقیاس شامل حواس پرتی (۹ ماده)، مشکلات مربوط به حافظه (۷ ماده) اشتباهات سهوی (۷ ماده) و عدم یادآوری (۲ ماده) توزیع شده اند. در پژوهش حاضر از نمره کل استفاده شد. در پژوهشی دیگر ابوالقاسمی و کیامرثی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای

کل مقیاس را ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. مکاسی و ریجی (۲۰۰۶)، به نقل از عباسی، پیرانی، درگاهی و آقاویردی نژاد، (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند.

۳. مقیاس تحمل ابهام: مقیاس تحمل ابهام دارای ۲۲ پرسش و در سال ۱۹۹۳ توسط مک لین ساخته شده است. و بر اساس تعریف‌های تجدیدنظر شده، مشخصه‌های ابهام و واکنش‌های فردی نسبت به درک آن‌ها طراحی گردیده و اعتبار و روایی و پایداری آن بسیار خوب گزارش شده است. این مقیاس ۲۲ پرسش دارد که هر آزمودنی در مقیاسی ۵ درجه‌ای به صورت کاملاً موافق=۵ تا کاملاً مخالف=۱ به آن پاسخ می‌دهد. در پژوهشی کازمیا (۱۹۹۸) به نقل از شمشادی و شعیری، (۱۳۸۴) پایایی این آزمون را ۰/۸۴ و در پژوهشی دیگر خواجه (۱۳۸۱) پایایی را ۰/۸۳ گزارش کرده است. فیضی، محبوبی، زارع و مصطفایی (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. قدم پور، یوسف وند و رادمهر (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند.

۹۹

۴. پرسش‌نامه تنظیم شناختی-هیجانی: این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهون^۲ (۲۰۰۱) به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس‌های زندگی به کار می‌برد ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل ۳۶ عبارت است که نحوه پاسخ به آن بر اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده و در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار داد. این مقیاس شامل راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان شامل سوالات (۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۳۴) و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان شامل سوالات (۱، ۳، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶) است. در ایران روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس‌ها بررسی شد که دامنه ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را دربرمی‌گرفت که همگی آن‌ها معنادار بودند (به نقل از مدنی فرد، نمایی و جعفرنیا، ۱۳۹۵). ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) به

نقل از ابوالمعالی و رضایی نیارکی، ۱۳۹۷). همچنین همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره کل آزمون افسردگی بک نشانگر روایی ملاکی است (حسینی، ۱۳۸۹، به نقل از ابوالمعالی و رضایی نیارکی، ۱۳۹۷).

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه گزارش شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۴۷/۱۹	۲۲/۹۹
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۳۷/۵۱	۱۴/۲۸
باورهای فراشناختی	۶۳/۶۷	۱۳/۳۰
نارسایی‌های شناختی	۸۱/۲۲	۷/۸۵
تحمل ابهام	۳۰/۵۸	۲/۵۹

برای بررسی رابطه بین راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی و تحمل ابهام از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در جدول ۲ ضرایب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان
باورهای فراشناختی	۰/۳۰**	۰/۲۰*
نارسایی‌های شناختی	۰/۶۰**	۰/۳۱**
تحمل ابهام	۰/۷۱**	۰/۲۱*

**p < ۰/۰۱ *p < ۰/۰۵

همان‌طور که ضرایب همبستگی نشان می‌دهد تحمل ابهام همبستگی مثبت و معناداری با راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و رابطه منفی و معناداری با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان دارد. همچنین بین متغیر نارسایی‌های شناختی، باورهای فراشناختی و متغیر راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان رابطه منفی و معناداری

وجود دارد. رابطه مثبت و معناداری بین نارسایی های شناختی و باورهای فراشناختی با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان وجود دارد.

به منظور پیش بینی راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان زنان وابسته به مواد براساس تغییرات باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی و تحمل ابهام از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل رگرسیون همزمان مفروضه های آن بررسی شد. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که این شاخص بدست آمده حاکی از نرمال بودن توزیع تمام متغیرها بود ($p > 0/05$). شاخص دوربین واتسون برابر با $1/867$ بود و در بازه $1/5$ تا $2/5$ قرار داشت که نشان از استقلال خطاها بود. همچنین شاخص های مربوط به مفروضه هم خطی چندگانه (Tolerance) و (VIF) نیز حاکی از عدم هم خطی بین متغیرها بود که مقادیر آن به همراه مقادیر کولموگروف اسمیرنوف و نتایج رگرسیون همزمان در جدول شماره ۳ درج شده است.

۱۰۱ جدول ۳: تحلیل رگرسیون چندگانه (همزمان) میزان راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان

بر باورهای فراشناختی، نارسایی های شناختی و توانایی تحمل ابهام

مدل متغیر پیش بین	B	SE	Beta	T	P	R	R ²	f	TOLERANC	VIF	k-s
							۰/۷۶۷	۰/۵۸۸	۴۵/۷۳۹		
باورهای فراشناختی	-۰/۰۴۰	۰/۰۲۸	-۰/۰۹۳	-۱/۳۹۵	۰/۱۶۶				۰/۷۴۳	۱/۱۲۳	۰/۳۱۲
نارسایی های شناختی	-۰/۱۲۶	۰/۰۵۱	-۰/۱۶۵	-۲/۴۸۴	۰/۰۱۵				۰/۶۴۱	۱/۷۴۱	۰/۵۷۲
تحمل ابهام	۱/۵۶۸	۰/۱۵۱	۰/۷۰۰	۱۰/۳۵۰	۰/۰۰۱				۰/۵۱۲	۱/۳۲۱	۰/۱۸۹

نتایج در جدول ۳ نشان می دهد که ۵۸ درصد از کل واریانس راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مجموع توسط متغیرهای باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی و تحمل ابهام تبیین می شود. مقدار F نیز نشان دهنده معنی داری مدل رگرسیون است ($p < 0/01$). در کل می توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان زنان وابسته به مواد و متغیرهای باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی و تحمل ابهام رابطه چندگانه وجود دارد. نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می دهد که

متغیرهای نارسایی‌های شناختی و تحمل ابهام به ترتیب قادر به پیش‌بینی معنی‌دار راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان هستند ($p < 0/05$). اما متغیر باورهای فراشناختی قادر به پیش‌بینی معنی‌دار راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان نیست ($p > 0/05$).
 به منظور پیش‌بینی راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان زنان وابسته به مواد براساس تغییرات باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی و تحمل ابهام از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل رگرسیون همزمان مفروضه‌های آن بررسی شد. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که این شاخص به دست آمده حاکی از نرمال بودن توزیع تمام متغیرها بود ($p > 0/05$). شاخص دوربین واتسون برابر با $1/942$ بود و در بازه $1/5$ تا $2/5$ قرار داشت که نشان از استقلال خطاها بود. همچنین شاخص‌های مربوط به مفروضه هم خطی چندگانه (Tolerance) و (VIF) نیز حاکی از عدم هم خطی بین متغیرها بود که مقادیر آن به همراه مقادیر کولموگروف اسمیرنوف و نتایج رگرسیون همزمان در جدول شماره ۴ درج شده است.

جدول ۴: تحلیل رگرسیون چندگانه (همزمان) میزان راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان بر باورهای فراشناختی، نارسایی‌های شناختی و توانایی تحمل ابهام

مدل	متغیر پیش‌بین	B	SE	Beta	T	P	R	R ²	f	TOLERANC	VIF	k-s
									۳۰/۸۵۸	۰/۴۹۱	۰/۷۰۱	
۰/۴۶۲	باورهای فراشناختی	۰/۰۴۱	۰/۰۲۹	۰/۱۰۶	۱/۴۲۷	۰/۱۵۷				۰/۷۳۵	۱/۶۲۱	
۰/۲۹۳	نارسایی‌های شناختی	۰/۰۴۲	۰/۰۵۱	۰/۰۶۱	۰/۸۲۱	۰/۴۱۴				۰/۴۷۹	۱/۵۷۲	
۰/۱۶۹	تحمل ابهام	-۱/۳۴۲	۰/۱۵۳	-۰/۶۶۱	-۸/۷۸۵	۰/۰۰۰				۰/۳۷۵	۱/۲۲۸	

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که ۴۹ درصد از کل واریانس راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مجموع توسط متغیرهای باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی و تحمل ابهام تبیین می‌شود. مقدار F نیز نشان دهنده معنی‌داری مدل رگرسیون است ($p < 0/01$). در کل می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان زنان وابسته به مواد و متغیرهای باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی و تحمل ابهام رابطه

چندگانه وجود دارد. نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که متغیر تحمل ابهام با مقدار بتای ۰/۶۶- قادر به پیش بینی معنی دار راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان به طور منفی است ($p < 0/05$). اما متغیرهای باورهای فراشناختی و نارسایی های شناختی با مقدار بتای ۰/۱۰ و ۰/۰۶ قادر به پیش‌بینی معنی‌دار راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان نیستند ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

عدم توجه به سلامت زنان و غفلت از آن خطرها و آسیب‌های جبران‌ناپذیری به کانون گرم خانواده و زندگی اجتماعی وارد می‌کند. هدف از پژوهش حاضر تعیین رابطه باورهای فراشناختی، نارسایی شناختی و تحمل ابهام با تنظیم شناختی هیجان در زنان وابسته به مواد بود. نتایج نشان داد که رابطه مثبت و معناداری بین باورهای فراشناختی و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و رابطه منفی و معناداری بین باورهای فراشناختی و راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان وجود دارد. یک قاعده اصلی نظریه عملکرد اجرایی خودتنظیمی این است که باورها و تجارب (فراشناخت) در تداوم و شکل نابهنجار رفتارهای مقابله‌ای نقش دارد. بر اساس این نظریه اختلالات روانی به وسیله‌ی راهبردهای نابهنجار کنار آمدن، همچون تفکر تکراری (نگرانی و نشخوار ذهنی)، تهدید رفتار نظارتی، اجتناب و بازداری افکار تداوم می‌یابند (ولز، ۲۰۰۰). این عوامل سندرم توجه شناختی را تشکیل می‌دهند (ولز، ۲۰۰۰). سندرم توجه شناختی مشتق از آگاهی فراشناختی شخصی است که در موقعیت‌های مشکل‌زا فعال می‌شوند. با فعال شدن سندرم توجه شناختی راهبردهای کنار آمدن (مثل سوء مصرف مواد) فعال می‌شود و از این‌رو زمینه‌ی ایجاد و تداوم اختلال وابستگی به مواد در افراد فراهم می‌شود. بر اساس تحقیقات انجام شده، نظریه‌ی فراشناختی در فهم سوء مصرف مواد و داروها و الکل نقش دارد و به‌ویژه مصرف الکل و داروها ممکن است به‌عنوان یک راهبرد رفتاری در کنترل رفتار و هیجانات ناخواسته در نظر گرفته شود. گولد اسمیت، ترن، اسمیت و هوو^۱ (۲۰۰۹)

گزارش کردند که افرادی که هیجان منفی را به شکل اضطراب و افسردگی تجربه می‌کنند ممکن است انتظاراتی از مصرف الکل داشته باشند مبنی بر اینکه الکل باعث کاهش نگرانی و تنش ناشی از اضطراب می‌شود. مطالعه‌ی توناتو^۱ (۱۹۹۹) نیز وجود باورهای فراشناختی را در سوء مصرف کنندگان دارو تأیید کرد و خاطر نشان ساخت که باورهای فراشناختی مثبت به داروها، مناسب و مفید بودن داروهای روان گردان را در تنظیم حالات هیجانی و شناختی منفی منعکس ساخته و باورهای فراشناختی منفی با اثر تخریبی و کنترل‌ناپذیر داروها مرتبط است. تفکر و هیجان از یکدیگر تفکیک‌ناپذیرند (لیهی، ۲۰۰۹). باورهای فراشناختی که ماهیتی منفی داشته و از سبک تفکر آسیب‌زا خبر می‌دهند، با سبک معیوب تنظیم هیجان و آسیب‌های روانی از جمله استرس و اضطراب و همچنین گرایش به مواد مرتبط هستند و در این بین جنسیت زن هم که بر اساس پژوهش‌ها از توانایی تنظیم هیجان کمتری برخوردار بوده می‌تواند در این آسیب‌ها اثر تقویت‌کنندگی داشته باشد. مدل فراشناختی، باورهای فرد در مورد افکار خود را عامل فعال‌سازی سندرم شناختی- توجهی و در نتیجه عامل شکل‌گیری و تداوم اختلال معرفی می‌کند و رویکردهای مبتنی بر تنظیم هیجان و متوسل شدن به راهبردهای آسیب‌زای تنظیم هیجان را عامل اساسی بروز و استمرار انواع آسیب‌های روانی می‌داند.

همچنین نتایج حاکی از آن بود که نارسایی‌های شناختی رابطه مثبت و معناداری با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و رابطه منفی و معناداری با راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان داشت. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که آگاهی شناختی، احساسات و تجارب ما را در برمی‌گیرد و تجربه شناختی یا فرایندهای کنترل و تنظیم شناخت یکی دیگر از فرایندهای فراشناختی است که تفکر فرد در موقعیت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری را هدایت می‌کند و عملکرد بهتر حافظه را به دنبال دارد (سیمون، دیان، کوردووا، مونترسو، لوندون^۲، ۲۰۱۰). نارسایی‌های شناختی شامل حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی است (دورن و

1. Toneatto

2. Simon, Dean, Cordova,
Monterosso & London

همکاران، ۲۰۱۰) و پژوهش‌های انجام شده اتفاق نظر دارند که مصرف مواد در طولانی مدت باعث اختلال در کارکرد حافظه و یادگیری می‌شود. به‌طور مثال، ایندلکفور^۱ و همکاران (۲۰۰۹) بیان کردند که مصرف منظم اکستازی اثرات منفی بر یادگیری، حافظه کلامی و عملکردهای توجهی پیچیده دارد. آرام، بایلی، لاورین، سی^۲ (۲۰۱۱) نشان دادند که مصرف کوکائین باعث افزایش ترشح دوپامین می‌شود و در درازمدت باعث از بین رفتن ذخایر دوپامینی مغز شده و با ایجاد اختلال در کارکردهای کورتکس پیش‌پیشانی، مخچه و نواحی مختلفی از مدار کورتیکواستریاتال لیمبیک باعث اختلال در حافظه، شناخت و هیجانات فرد می‌شود. همه موارد نشان‌دهنده این است که مصرف مواد باعث افزایش نارسایی‌های شناختی می‌شود. ایندلکفور و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند افرادی که در حافظه کاری نمرات بالایی داشتند در تنظیم هیجان و کاهش هیجانات منفی موفق‌تر بودند. علاوه بر این این محققان گزارش کردند که شرکت کنندگانی که در حافظه‌ی کاری توان‌تر بودند برای استفاده‌ی متمرکزتر از راهبردهای تنظیم هیجانی توانایی بیشتری داشتند و احساسات منفی کمتری را گزارش کردند.

از دیگر نتایج این بود که تحمل ابهام با راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان رابطه مثبت و با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان رابطه منفی معناداری دارد. تاها، متسون، کرونین و آنیزمن^۳ (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که افراد با مقادیر بالا در توانایی تحمل ناپذیری ابهام به احتمال بیشتری از راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور استفاده می‌کنند که به نوبه خود سطوح بالای اضطراب را پیش‌بینی می‌کنند. راهبردهای متفاوت تنظیم هیجانی شناختی به‌عنوان عامل آسیب‌پذیری در هر دو جنس در افزایش گرایش به مواد مخدر و همچنین استفاده از مواد مخدر به‌عنوان راه‌حلی برای مبارزه با ابهام را نشان می‌دهند که این موضوع در پژوهش اسریواستار (۲۰۰۷) و احمدی طهورسلطانی و نجفی (۱۳۹۰) مورد اشاره قرار گرفته است. می‌توان گفت که افراد به‌هنگام رویارویی با ابهام و در صورت وجود تحمل ابهام پایین از مصرف مواد به‌عنوان راه‌حلی استفاده

می کنند که به عنوان راهبردی برای تنظیم هیجان‌های منفی تلقی می شود زیرا استفاده از مواد در کوتاه مدت باعث احساس آرامش و دور شدن از هیجان‌های منفی می شود. افرادی که قدرت تحمل ابهام کمتری دارند در حقیقت دچار ابهام عاطفی و ضعف جرأت ورزی هستند و از پیچیدگی، بی‌نظمی، چالش‌انگیزی و ابهام شناختی اجتناب می کنند. این افراد به محض روبرو شدن با موقعیتی پیچیده، حل نشدنی و دشوار احساس ناراحتی می کنند (احمد پور مبارک، ۱۳۸۸) و بنابراین امکان دارد از مصرف مواد به عنوان راه‌حلی برای تنظیم هیجان‌هاشان استفاده کنند. کمتر بودن توانایی تحمل ابهام در بین زنان نسبت به مردان می تواند تبیین خوبی برای استفاده زنان معتاد از راهبردهای هیجانی منفی باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می توان به محدود بودن نمونه آماری و نیز تفکیک نشدن انواع مصرف کنندگان به مواد اشاره کرد. پیشنهاد می شود که در پژوهش‌های آتی این موارد مورد توجه واقع شوند. همچنین پیشنهاد می شود که این پژوهش به صورت مداخله‌ای انجام شود و درمان‌های فراشناختی و شناختی برای بررسی میزان تنظیم هیجانی شناختی مورد توجه واقع شوند.

۱۰۶

تشکر و قدردانی

از مدیریت کمپ ترک اعتیاد فرشته شهر تبریز و تمامی شرکت کنندگان که در این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می شود.

منابع

ابراهیمی، سید محمد و فتاحی، مژده (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی اعتیاد زنان. *مجله اصلاح و تربیت*، ۴ (۱۱۳)، ۳-۸

ابوالقاسمی، عباس و کیارمی، آذر (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین فراشناخت و نارسایی‌های شناختی در سالمندان. *تارهای علوم شناختی*، ۱۱(۴۱)، ۸-۱۵.

ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۸۴). آزمون‌های روانشناختی، اردبیل: انتشارات باغ رضوان

ابوالمعالی، خدیجه؛ رضایی نیارکی، مهری (۱۳۹۷). پیش بینی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس باورهای فراشناخت و سبک‌های اسنادی در معنادان در حال ترک. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۵)، ۲۳۰-۲۰۹.

احمد پور مبارکه، علی رضا (۱۳۸۸). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سازه تحمل ابهام در دانشجویان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۴۰)، ۸۶-۷۴.

احمدی طهورسلطانی، محسن و نجفی، محمود (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی و تحمل ابهام در افراد معتاد، سیگاری و عادی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۴)، ۶۷-۵۹.

حسینی نسب، داوود (۱۳۹۱). تأثیر تعاملی آموزش راهبردهای خودتنظیمی و سبک‌های شناختی دانش آموزان بر عملکرد حل مسئله ریاضی. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۲(۴)، ۸۱-۱۱۷.

خانی پور، حمید، سهرابی، فرامرز و طباطبایی، سعید (۱۳۹۰). مقایسه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر در دانشجویان با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۱(۱)، ۸۲-۷۱.

خواجه، آریتا (۱۳۸۱). رابطه میان توان تحمل ابهام دانشجویان ایرانی، جنسیت، مهارت در زبان انگلیسی و استفاده از استراتژی‌های یادگیری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس.

زمانی طاهره؛ ذکریا، امیر؛ باقری، فریبرز و سهرابی، فرامرز (۱۳۸۸). مقایسه و رابطه میزان تحمل ابهام و سبک‌های پردازش حسی در زنان مبتلا به بیماری قلبی و زنان عادی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان*، ۴(۲)، ۶۱-۵۱.

سادوک و سادوک (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری روان‌پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضایی و محسن ارجمند. تهران: انتشارات ارجمند.

ساعد، امید؛ پور احسان، سمیه؛ اصلانی، جلیل و زرگر، محمد (۱۳۹۰). نقش سرکوب فکر، عوامل فراشناختی و هیجانات منفی در پیش‌بینی اختلال وابستگی به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۵(۱۸)، ۶۹-۸۴.

شمشادی، آریتا و شعیری، محمد رضا (۱۳۸۴). تأثیر تغییر تحمل ابهام بر توانش زبانی فراگیران زبان انگلیسی. *روانشناسی بالینی شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۲(۱۰)، ۷۹-۸۴.

شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ رحیمی، چنگیز و نظیری، قاسم (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت. *مجله روانشناسی*، ۱۲(۴)، ۴۶۱-۴۴۵

صالحی حیدرآباد، مجتبی؛ خسرویان، بهروز و آگشته، منصور (۱۳۹۳). نظام‌های مغزی- رفتاری، سرسختی روان‌شناختی و تحمل ابهام در افراد سوء مصرف کننده مواد و افراد عادی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۵(۴)، ۱۰۲-۱۰۹.

ظهور، علی‌رضا (۱۳۸۰). عوامل مؤثر در استفاده از سیگار و مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان. *فصلنامه علمی پژوهشی اصول بهداشت روان*، ۳(۱۱)، ۹۹-۱۰۴.

عباسی، مسلم؛ پیرانی، ذبیح؛ درگاهی، شهریار و آقاوردی نژاد، شبنم (۱۳۹۳). ارتباط بین نارسایی شناختی و نارسایی هیجانی با تعلل‌ورزی تصمیم‌گیری در دانشجویان. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۱۰)، ۹۱۵-۹۰۵.

فیضی، آوات؛ محبوبی، طاهر، زارع، حسن و مصطفایی، علی (۱۳۹۱). رابطه هوش شناختی و تحمل ابهام با کارآفرینی در دانشجویان دانشگاه پیام نور استان آذربایجان غربی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۴)، ۲۸۴-۲۷۶.

قاسمی روشن، ابراهیم (۱۳۸۲). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. *فصلنامه کتاب زنان*، ۲۲(۳)، ۱۵۱-۱۳۰.

قدم پور، عزت‌اله؛ یوسف‌وند، لیلا و و رادمهر، پروانه (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه آموزشی غنی سازی روابط بر ادراک رفتارهای از خودگذشتگی خود و شوهر و تاب‌آوری ابهام‌زنان دانشجویان. *مشاوره و رواندرومانی خانواده*، ۷(۲)، ۱۲۵-۱۰۶.

مدنی فرد، مهدی؛ نمایی، محمد مهدی؛ جعفرنیا، وحید (۱۳۹۵). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و شیوه‌های حل مساله در افراد وابسته به مواد اپیوئیدی و افراد بهنجار، *مجله روانشناسی روانپزشکی شناخت*، ۳(۳)، ۸۰-۶۹.

مشهدی، علی؛ میردورقی، فاطمه و حسنی، جعفر (۱۳۹۰). نقش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در اختلال‌های درونی سازی کودکان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱۱)، ۲۹-۳۹.

Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: A replication and extension. *Behavior research therapy*, 41(5), 529-54.

Aram, P. W., Bailey, G. J. R., Lavin, A. & See, R. (2011). Methamphetamine self-administration produces attentional set-shifting deficits and alters prefrontal cortical neurophysiology in rats. *Biological Psychiatry*, 69(6), 253-259.

- Brown, C. Winne, D. (2002). The adult sensory profile: measuring patterns of sensory processing. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 75-82.
- Bruce, M. L. and Kim, K. (1992). Differences in the Effects of Divorce on Major Depression in Men and Women. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 914-17.
- Doorn, R. A., Lang, W. B., Weijters T. (2010). Self-reported cognitive failures: A core self-evaluation. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 717-722.
- Flavell, J. H. (1992). *Perspectives on perspective taking*. In H. Beilin, & P. B. Pufall (Eds.), *Piaget's theory: Prospects and possibilities* (pp. 107-139). Hillsdale, NJ; Lawrence Erlbaum.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the Use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. The Netherlands:DATEC, Leiderdorp.
- Goldsmith, A. A. Tran, G. O. Smith, J. P. & Howe, S. R. (2009). Alcohol Expectancies and drinking motives in college drinker, *Addictive Behavior*, 34(6-7), 505-513.
- Indlekofer, F., Piechatzek, M., Daamen, M., Glasmacher, C., Lieb, R., Pfister, H., Tucha, O., Lange, K., Wittchen, H., & Schütz, C. (2009). Reduced memory and attention performance in a population-based sample of young adults with a moderate lifetime use of cannabis, ecstasy and alcohol. *Journal of Psychopharmacology*, 23(5), 495-509.
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R. J. R., Charney, D. S., .. Blair, K. S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1487-1495.
- Khantzian, E. J. (1997). the self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Leahy, R. L. (2009). Resistance: An Emotional Schema Therapy (EST) Approach. In G. Simos, *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician* (Vol. 2, pp. 187-204). New York: Routledge
- Margoline, A. Beitel, M. Oliver, Z. S. & Avants, K. (2006). A controlled study of a spirituality focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. *Aids Education of prevention*, 32(4), 85-102.
- Mecacci, L., Righi, S. (2006). Cognitive failures, met cognitive beliefs, and aging. *Personality and Individual Differences*, 40(7), 1453-9.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The Role of Gender. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 161-87.

- Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 651-658.
- Simon, S., Dean, A., Cordova, X., Monterosso, J., London, E. (2010). Methamphetamine dependence and neuropsychological functioning: Evaluating change during early abstinence. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 71(8), 335-344.
- Spada, M., Wells, A. (2005). Meta cognitions, emotion and alcohol use. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 12(2), 150-155.
- Srivastava, S. (2007). Tolerance of ambiguity and locus of control as moderators for work stress among private sector managers. *Abhigyan*, 25(2), 48-53.
- Tabatabaee, S. M., Sheikh, M., Malekirad, A., and Samadi, F. (2013). Cognitive failures and metacognitive strategies of thought control in addicts and normal individuals. *European Journal of Experimental Biology*, 3(6), 315-321.
- Taha, S. A. Matheson. K, Cronin. T. Anisman, H. (2014). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1 N1 pandemic. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 592-605.
- Tang, v. Tang, R. Posner, M. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse, *Drug and Alcohol Dependence*, 1(163), 13-18.
- Tenney, E. R., Spellman, B. A., MacCoun, R. J. (2008). the benefits of knowing what you know (and what you do not): How calibration affects credibility. *Journal of Experimental Social Psychology*, 4(1), 4-8.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3(6), 269-307.
- Toneatto, T. (1999). Metacognition and substance use. *Addictive Behavior*, 24(3), 167-174.
- Trinidad, D. R., Johnson, C. A. (2002). The Association between Emotional Intelligence and Early Adolescent Tobacco and Alcohol Use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95-105.
- Trinidad, D. R., Unger, J. b., Chou, C. O., Johnson, A. (2004). The Protective Association of Emotional Intelligence with Psychosocial Smoking Risk Factors for Adolescent. *Personality and Individual Differences*, 36(4), 945-954.
- Wallace, J. C., Kass, S. J., Stanny, C. J. (2002). The Cognitive failures questionnaire revisited: correlates and dimensions. *Journal of General Psychology*, 129(3), 238-256.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the meta-cognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Journal of Experimental Psychopathology*, 42(4), 385-396.
- Wells, A. (2000). Emotional disorders and Meta cognition: Innovative cognitive therapy. *Chichester. UK: Wiley.*