

رابطه بین ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان

عباسعلی صفی نژاد^۱، عباس عبدالهی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان بود. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. نمونه این پژوهش شامل ۳۶۱ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد سمنان در سال ۹۶ بودند که بر اساس جدول کرجسی و مورگان و به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش نامه ناگویی خلقی تورنتو (۱۹۹۴)، پرسش نامه دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روثمر (۲۰۰۴) و پرسش نامه آمادگی به اعتیاد زرگر و همکاران (۱۳۸۵) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین مولفه‌های ناگویی خلقی و آمادگی به اعتیاد رابطه وجود داشت. دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات در مجموع ۱۸ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین کردند. همچنین، نتایج نشان داد که بین مولفه‌های بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد رابطه وجود داشت. عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه و دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند در مجموع ۲۹ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین کردند. در مجموع نتایج حاکی از اهمیت و نقش ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی در وابستگی به مواد بود لذا توجه به تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای مناسب در پیشگیری از وابستگی به مواد ضروری است.

کلیدواژه‌ها: ناگویی خلقی، بدتنظیمی هیجانی، آمادگی به اعتیاد.

پژوهش‌های سلامت اجتماعی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد سمنان، سمنان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. پست الکترونیک:

مقدمه

نوع بشر در طول تاریخ و در گذر زمان همواره با مسائل و مشکلاتی روبه رو بودند که برای برخورد معقول و مناسب با آن‌ها می‌بایست به درستی تصمیم‌گیری و اقدام کنند و تنها در این صورت بود که می‌توانستند به رشد و شکوفایی برسند. از جمله مسائلی که بر سر راه این جوامع وجود داشت، می‌توان به آسیب‌های اجتماعی اشاره کرد که در صورت عدم برخورد صحیح با آن، می‌تواند جامعه را دچار رنج‌ها و مشقت‌های عدیده‌ای نماید. از جمله مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی نیز می‌توان به اعتیاد اشاره کرد (چلک و موسوی حسینی، ۱۳۹۵). اعتیاد نوعی بیماری است که در به وجود آمدن آن مجموع عوامل زیستی، روان‌شناسی و اجتماعی نقش اساسی دارند (لاردیر، باریوس، گارسیا-رید و ریف، ۲۰۱۸). اعتیاد خطری جدی برای سلامت جامعه و افراد آن است و کشور ما نیز در این رابطه به دلیل شرایط خاص جغرافیایی که دارد مصون نبوده و نیست (چلک و موسوی حسینی، ۱۳۹۵).

پدیده اعتیاد امروزه به حدی گسترده شده که حتی قشر جوان و تحصیل کرده را نیز درگیر خود کرده است. اعتیاد در جامعه ما چنان گسترش یافته است که نه تنها سالمندان و جوانان را مورد تهدید قرار داده است، بلکه نوجوانان را نیز طعمه خود می‌کند. افراد به دلایل گوناگونی جذب مواد مخدر می‌شوند، در رابطه با نوجوانان و جوانان ممکن است این امر به دلیل حس کنجکاوی و علاقه‌ای که به ریسک کردن دارند، اتفاق بیفتد (والکر-بارنز و ماسون، ۲۰۰۴). بنابراین برای این که بتوان مانع از گرایش این قشر به سمت مواد شد باید شناخت دقیقی از عواملی که سبب این گرایش می‌شوند، به دست آورد. یکی از این عوامل می‌تواند ناگویی خلقی باشد. پژوهشگرانی همچون اکبری بورنگ، محتشمی‌نیا و سالاری فر (۱۳۹۶)، آقایی و جدیری سهرفروزانی (۱۳۹۵)، کاظم پور و روستایی (۱۳۹۵) در پژوهش‌های خود به بررسی رابطه ناگویی خلقی با آمادگی و گرایش به اعتیاد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که ناگویی خلقی از جمله متغیرهایی است که با گرایش به اعتیاد

رابطه دارد و می‌تواند این پدیده را پیش‌بینی کند.

ناگویی خلقی به وسیله عدم توانایی در زمینه تنظیم هیجان و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی مشخص می‌شود (حاتمی، خورشیدی و بهرامی، ۱۳۹۲). معنای لغوی اصطلاح ناگویی خلقی، نبود واژگان برای توصیف هیجانات است (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴). ناگویی خلقی یک سازه چند وجهی با ویژگی‌های ناتوانی در شناخت و توصیف هیجانات، و عدم توانایی در تفکر نمادین^۲ است. این ناتوانی در استفاده از هیجانات در افراد مبتلا به این بیماری می‌تواند منجر به کاهش توانایی برای تفکر انتزاعی، کاهش به یادآوری رویاها، عدم توانایی در تفاوت قائل شدن بین حالت‌های هیجانی و جسمانی، چهره‌ای بی‌احساس و خشک و کاهش توانایی برای همدلی با افراد شود (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۲). در این زمینه مطالعاتی که توسط پژوهشگرانی همچون زدانکیویکز-اسکیگالا و اسکیگالا^۳ (۲۰۱۸)، پارولین^۴ و همکاران (۲۰۱۸)، تکسیرا^۵ (۲۰۱۷)، انجام شد حاکی از این بود که ناگویی خلقی با آمادگی و گرایش به اعتیاد رابطه دارد و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. ناگویی خلقی به دلیل این که سبب ایجاد مشکلاتی در توصیف و تشخیص احساسات می‌شود، می‌تواند به دلیل عدم توانمندی برای همدلی منجر به انزوا افراد شود و همین امر نیز می‌تواند تمایل به مصرف مواد مخدر را افزایش دهد.

عامل دیگری که می‌تواند در این زمینه مطرح شود، تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان فرایندی است که افراد به وسیله آن نوع پاسخ خود را به محرکات بیرونی بر اساس شرایط تعدیل می‌کنند (گارنفسکی^۶، ۲۰۱۰). هرگاه فرایند تنظیم هیجان دچار مشکل شود و به شکست ختم شود، از بد تنظیمی هیجانی سخن به میان می‌آید که بیانگر استفاده از روش‌های ناسازگارانه در برخورد با شرایط و وقایع است (گراتز و رومر^۷، ۲۰۰۴). در این زمینه مطالعاتی که توسط پژوهشگرانی همچون چوبچیان لنگرودی و زربخش (۱۳۹۷)، خدابخش پیرکلانی، ملکی مجد و رمضان ساعتچی (۱۳۹۷)، شعبانی، میرزاییان و سنگانی

1. Bagbay, Parker & Taylor
2. Symbolic Thinking
3. Zdankiewicz- ciga a & ciga a
4. Parolin

5. Teixeira
6. Garnefski
7. Romer

(۱۳۹۶)، دانایی فر و بهرام خانی (۱۳۹۶) انجام شد حاکی از این بوده است که بین راهبردهای تنظیم هیجان و بدتنظیمی هیجان با گرایش به مصرف مواد رابطه وجود دارد. افرادی که از بدتنظیمی هیجانی رنج می‌برند، مشکلاتی از جمله عدم توانایی در شناخت احساس و برخورد درست بر اساس واقعیت دارند، به سختی می‌توانند هیجانات درست را به کار برند و نمی‌توانند هیجانات خود را مدیریت کنند، مجموع این مشکلات باعث می‌شود که این افراد در برخورد با مسائل نتوانند از روش‌های سازگارانه و درست بهره ببرند و برای حل مسائل خود به سمت روش‌های ناسازگارانه گام بردارند که یکی از این روش‌ها استفاده از مواد مخدر به عنوان راهی برای رهایی از مشکلات است، غافل از این که این مسئله نه تنها مشکلی را از آن‌ها رفع نمی‌کند بلکه مشکلات بیشتری را نیز برای آن‌ها به همراه دارد (شدلر و بالک، ۲۰۰۹). بررسی‌های انجام شده در زمینه تنظیم هیجان و گرایش به اعتیاد، حاکی از آن است که بدتنظیمی هیجان از جمله عوامل اثرگذار بر گرایش افراد به مصرف انواع مواد مخدر و آسیب‌پذیری نسبت به سوء مصرف مواد است (پارولین و همکاران، ۲۰۱۷؛ رهبریان، محمدی، عباسی و سلیمانی، ۲۰۱۷؛ وولف^۲ و همکاران، ۲۰۱۶).

شیوع اعتیاد در نسل جوان جامعه رو به افزایش است و یکی از اقشار در معرض خطر برای اعتیاد را دانشجویان تشکیل می‌دهند. این قشر از آن رو که آینده‌سازان جوامع هستند باید از سلامت برخوردار باشند، چرا که کوچکترین آسیبی به سلامت این قشر مستقیماً بر سلامت و آینده جوامع اثر می‌گذارد. آینده‌جویان که دانشجویان و تحصیل کرده‌های آن‌ها بیمار باشند، چیزی جز تاریکی و نابسامانی نخواهند بود (صرامی، ۱۳۹۳). بنابراین با توجه به مطالب مطرح شده و نیز با در نظر گرفتن این امر که اعتیاد و سوء مصرف مواد عواقب و اثرات منفی زیادی را برای جوامع در پی دارد و با مشکلات و پدیده‌های منفی زیادی در ارتباط است و مقابله با آن نیازمند شناخت دقیق از این پدیده است، سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان رابطه وجود دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

طرح پژوهش حاضر با توجه به موضوع پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ بود. از بین این دانشجویان ۳۶۱ نفر با استفاده از جدول کرجسی و مورگان به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

ابزار

۱. پرسش نامه ناگویی خلقی تورنتو: پرسش نامه ناگویی خلقی تورنتو توسط تیلور (۱۹۸۶) ساخته و توسط بگبی، پارکر و تیلور مورد تجدید نظر قرار گرفت (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴). این پرسش نامه دارای ۲۰ آیتم است. مقیاس این پرسش نامه از نوع لیکرت بوده و در دامنه ۱ تا ۵ از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم رتبه بندی می شود. سه زیر مقیاس این پرسش نامه عبارتند از: دشواری در توصیف احساسات، دشواری در شناسایی احساسات و افکار با جهت گیری بیرونی. در این پرسشنامه برخی سوالات به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴). بشارت (۲۰۰۸) ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و سه زیرمقیاس آن به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. مهدوی و منشئی (۱۳۹۵) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ را برای این پرسش نامه گزارش کرده اند. محمد (۱۳۸۰) پایایی کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه کردن و باز آزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ گزارش کرده است.

۲. پرسش نامه دشواری در تنظیم هیجان: این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط گرتز و روئمر تدوین شد. نسخه اولیه آن یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد. در تحلیل عاملی یک آیتم به خاطر همبستگی پایین آن با کل مقیاس و ۴ آیتم به خاطر بار عاملی پایین یا دو گانه روی دو عامل حذف شدند. به این ترتیب از مجموع ۴۱ آیتم ابتدایی مقیاس، ۳۶ آیتم باقی ماندند (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). مقیاس پاسخدهی این پرسش نامه از نوع لیکرت است. شش زیر مقیاس این پرسش نامه عبارتند از: ۱- عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، ۲- دشواری در انجام رفتار

هدفمند، ۳- دشواری در کنترل تکانه، ۴- فقدان آگاهی هیجانی، ۵- دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و ۶- عدم وضوح هیجانی. برخی سوالات به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴). گرتز و روئمر (۲۰۰۴) برای این پرسش نامه همسانی درونی ۰/۹۳ را گزارش کرده اند، همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای هر زیر مقیاس به ترتیبی که در بالا ذکر شده عبارتند از ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) میزان آلفای کرونباخ این پرسش نامه را ۰/۹۲ برآورد کرده اند. خانزاده، سعیدیان، حسین چاری و ادیسی (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ را برای زیر مقیاس های عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۸۱، ۰/۸۱، ۰/۶۶، ۰/۸۳ و ۰/۷۴ و ضرایب بازآزمایی را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۸۸ و ۰/۸۱ گزارش کرده اند.

۳. مقیاس آمادگی به اعتیاد: نسخه اصلی این مقیاس در سال ۱۹۹۲ توسط وید و بوچر تدوین شد. در ایران اقداماتی برای روایی این مقیاس صورت گرفته و نسخه ایرانی این مقیاس توسط زرگر در سال ۱۳۸۵ تدوین شد (به نقل از زرگر، نجاریان و نعیمی، ۱۳۸۷). این پرسش نامه دارای ۳۶ آیتم و ۵ آیتم دروغ سنج است. زرگر و همکاران (۱۳۸۷) در رابطه با روایی ملاکی این پرسش نامه عنوان کردند که به خوبی دو گروه معتاد و غیر معتاد به وسیله این پرسش نامه از هم تمیز داده شده اند و برای روایی سازی با محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس فهرست علائم بالینی (۲۵ ماده ای) ضریب همبستگی ۰/۴۵ گزارش شد که از نظر آماری معنادار بود و در نهایت ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ را برای این مقیاس گزارش کرده اند.

یافته ها

در جدول ۱ آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
آمادگی به اعتیاد	۱۰	۹۷	۴۱/۰۲	۱۱/۲۵
دشواری در شناسایی احساسات	۷	۲۵	۱۶/۴۱	۳/۶۵
دشواری در توصیف احساسات	۷	۲۴	۱۲/۳۸	۳/۰۹
تفکر عینی	۱۰	۳۰	۱۹/۴۹	۴/۴۱
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۸	۲۹	۱۴/۱۸	۳/۲۸
دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند	۶	۲۳	۱۲/۰۵	۲/۸۰
دشواری کنترل تکانه	۵	۲۲	۱۲/۰۲	۳
فقدان آگاهی هیجانی	۸	۲۷	۱۶/۵۹	۴/۲۶
دسترسی محدود به راهبردها	۱۰	۳۵	۱۹/۵	۳/۶۱
فقدان شفافیت	۶	۱۸	۱۱/۱۱	۲/۶۳

به منظور بررسی رابطه ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

۱۰۳

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین مولفه‌های ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد

متغیر	آمادگی به اعتیاد
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۴۱**
دشواری در توصیف احساسات	۰/۲۵**
تفکر عینی	۰/۱۷**
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۰/۴۳**
دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند	۰/۳۴**
دشواری کنترل تکانه	۰/۴۰**
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۲۰**
دسترسی محدود به راهبردها	۰/۳۶**
فقدان شفافیت	۰/۲۲**

**همبستگی در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است

به منظور بررسی سهم مولفه‌های ناگویی خلقی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد از

رگرسیون گام به گام استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، مفروضه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه وجود رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک با توجه به نمودار پراکنش متغیرها (نشانگر وجود رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک) برقرار بود. مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگوروف اسمیرنف^۱ ($P > 0/05$) نیز رعایت شد. مفروضه استقلال باقیمانده‌ها با استفاده از آماره دورین-واتسون^۲ (قرار گرفتن در بازه ۱/۵ تا ۲/۵) و مفروضه نبود هم‌خطی چندگانه^۳ بین متغیرهای مستقل با استفاده از شاخص تولرانس^۴، و عامل تورم واریانس^۵ (بزرگتر از ۰/۱) نیز مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج تحلیل رگرسیون آمادگی به اعتیاد از روی مولفه‌های ناگویی خلقی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون آمادگی به اعتیاد از روی مولفه‌های ناگویی خلقی

گام	متغیر پیش‌بین	B	β	t	معنی‌داری	R	R^2
۱	دشواری در شناسایی احساسات	۱/۲۷	۰/۴۱	۷/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۱۷
	دشواری در شناسایی احساسات	۱/۱۳	۰/۳۷	۶/۲۰	۰/۰۰۱		
۲	دشواری در توصیف احساسات	۰/۴۸	۰/۱۳	۲/۱۹	۰/۰۲	۰/۴۳	۰/۱۸

چنانچه از جدول ۳ مشاهده می‌شود در گام اول متغیر دشواری در شناسایی احساسات وارد معادله پیش‌بینی شده است. همبستگی دشواری در شناسایی احساسات با آمادگی به اعتیاد ۰/۴۱ است به طوری که این متغیر به تنهایی ۱۷ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین می‌کند. در نهایت در گام دوم متغیر دشواری در توصیف احساسات وارد معادله شده است و مجموعه این دو مولفه ۱۸ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین کردند. به منظور بررسی سهم مولفه‌های بدتنظیمی هیجانی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد از رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

1. Kolmogorov-Smirnov
2. Durbin-Watson
3. multicollinearity

4. tolerance
5. variance inflation factor

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون آمادگی به اعتیاد از روی مولفه‌های بدتنظیمی هیجانی

گام	متغیر پیش بین	B	β	t	معنی - داری	R	R^2
۱	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱/۴۷	۰/۴۳	۷/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۱۸
۲	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱/۲۱	۰/۳۵	۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۲۸
	دشواری کنترل تکانه	۱/۱۸	۰/۳۲	۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳	
	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱/۰۵	۰/۳۱	۵/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۲۹
۳	دشواری کنترل تکانه	۱/۰۸	۰/۲۹	۵/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴	
۳	دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند	۰/۵۶	۰/۱۴	۲/۳۹	۰/۰۱۷	۰/۵۴	۰/۲۹

چنانچه از جدول ۴ مشاهده می‌شود در گام اول عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی وارد معادله رگرسیون شده است. همبستگی مشاهده با آمادگی به اعتیاد ۰/۴۳ است به طوری که این متغیر به تنهایی ۱۸ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین می‌کند ($R^2 = 0.18$). در گام دوم و سوم به ترتیب دشواری کنترل تکانه و دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند وارد معادله رگرسیون شده‌اند. این سه متغیر در مجموع ۲۹ درصد از تغییرات آمادگی به اعتیاد را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه ناگویی خلقی و بدتنظیمی هیجانی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مولفه‌های ناگویی خلقی و آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بدین صورت که بین دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات با آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد ناگویی خلقی می‌تواند آمادگی به اعتیاد را پیش‌بینی کند، به این صورت که در گام اول متغیر دشواری در شناسایی احساسات وارد معادله پیش‌بینی شده است. این متغیر به تنهایی ۱۷ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین می‌کند. در نهایت در گام دوم متغیر دشواری در توصیف احساسات وارد معادله شده است و مجموعه این دو مولفه ۱۸ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین کردند. این یافته با یافته‌های اکبری بورنگک و همکاران (۱۳۹۶)، آقایی و جدیری سهرفروزی

(۱۳۹۵)، کاظم پور و روستایی (۱۳۹۵)، زدانکیویکز-اسکیگالا و اسکیگالا (۲۰۱۸)، پارولین و همکاران (۲۰۱۸)، تکسیرا (۲۰۱۷)، همسو بود. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که ناگویی خلقی با آمادگی و گرایش به اعتیاد رابطه داشته و می تواند آن را پیش‌بینی کند.

در تبیین این نتیجه می توان این گونه گفت که از جمله ویژگی های ناگویی خلقی، عدم توانایی در توصیف احساسات، توانایی محدود در تفکر نمادین، عدم توانمندی برای تمایز هیجان و حس های بدنی است. ناگویی خلقی با خطر افزایش اختلالات روانی و همچنین کنترل ضعیف تکانه همراه است. از میان اختلال های روانپزشکی مرتبط با ناگویی خلقی، اختلال مصرف مواد توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. مطالعات حاکی از این بودند که ناگویی خلقی اغلب با مصرف مواد همراه هستند (حسینی کتکی، نجفی و محمدی فر، ۱۳۹۵). افراد مبتلا به ناگویی خلقی نمی توانند نشانه های هیجانی خود را تشخیص دهند یا آن ها را مدیریت کنند. این افراد به اشتباه علائم هیجانی خود را به عنوان نوعی بیماری جسمانی تعبیر می کنند. طرحواره های هیجانی در این افراد به درستی هماهنگ و منسجم نیست، این افراد در موقعیت های اجتماعی سطوح بالایی از اضطراب را تجربه می کنند و به همین دلیل در موقعیت های اجتماعی احساس ناراحتی می کنند. افراد ممکن است برای حل این مسائل اقدام به مصرف مواد کنند، ولی خود مصرف مواد نیز باعث آسیب بیشتر به ظرفیت های شناختی این افراد شده و می تواند افسردگی و اضطراب آن ها را افزایش دهد (به نقل از نجفی، محمدی فر و عبداللهی، ۱۳۹۴). علاوه بر این گفتار افراد مبتلا به ناگویی خلقی خسته کننده و فاقد نماد سازی و خیال پردازی است و از کلمات عاطفی کمتر استفاده می کنند، ممکن است افراد مبتلا برای فرار از این حالت ها به مصرف مواد روی بیاورند. وقتی افراد دارای ناگویی خلقی به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی و تنظیم و مدیریت احساس های خود وقتی در معرض یک رویداد استرس زا یا یک واقعه ای آسیب زا قرار می گیرند دچار آشفتگی هیجانی می شوند، در چنین شرایطی برای کنترل هیجان های خود ممکن است به مصرف مواد گرایش پیدا کنند (به نقل از نجفی و همکاران، ۱۳۹۴).

ناگویی خلقی با توجه به این که باعث می شود افراد نتوانند هیجانان را از علائم جسمی تمیز دهند می تواند افراد را مستعد گرایش به سمت مواد کند، به این صورت که این افراد بر این باورند که علائم آن‌ها حاکی از بیماری جسمی آن‌ها است و اگر برای درمان مراجعه کنند نیز هدف آن‌ها درمان علائم جسمانی است و در صورتی که به نتیجه مطلوب دست نیابند به سمت مصرف مواد می روند. از دیگر ویژگی های افراد مبتلا به ناگویی خلقی این است که آن‌ها نمی توانند با افراد دیگر همدلی داشته باشند چرا که نمی توانند هیجان افراد را از چهره آن‌ها شناسایی کنند به همین دلیل به انزوا کشیده می شوند و ممکن است برای رهایی از این انزوا به سمت مصرف مواد گرایش پیدا کنند (اکبری بورنگ و همکاران، ۱۳۹۶).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین تمام مولفه های دشواری در تنظیم هیجان و آمادگی به اعتیاد رابطه وجود دارد. بدین صورت که بین عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردها با آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان می تواند آمادگی به اعتیاد را پیش بینی کند. این یافته با یافته های چوبچیان لنگرودی و زربخش (۱۳۹۷)، خدابخش پیرکلانی و همکاران (۱۳۹۷)، شعبانی و همکاران (۱۳۹۶)، دانایی فر و بهرام خانی (۱۳۹۶)، پارولین و همکاران (۲۰۱۷)، رهبریان و همکاران (۲۰۱۷)، وولف و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که بین راهبردهای تنظیم هیجان و بدتنظیمی هیجان با گرایش به مصرف مواد رابطه وجود دارد.

عوامل متعددی در ارتباط با مصرف مواد مطرح می شوند، ولی در این بین مشکلات هیجانی و دشواری در کنترل و تنظیم هیجان نقش برجسته ای دارند. افرادی که در کنترل هیجانان خود دچار مشکل هستند، به احتمال بیشتری به دام اعتیاد و مصرف مواد می افتند، همچنین افراد تنوع طلب نیز گروه در معرض خطر مصرف مواد هستند. افراد مبتلا به اعتیاد در شناسایی هیجانان خود با مشکل مواجه هستند که این امر به نوبه خود می تواند در برقراری ارتباطات اجتماعی آن‌ها اختلال ایجاد کند و در نهایت کل این فرایند مصرف

مواد را در این افراد تقویت می کند چرا که آن‌ها برای جبران کمبود ارتباطات اجتماعی خود بیشتر به سمت مصرف مواد کشیده می شوند (عزیزی، برجعلی و گلزاری، ۲۰۱۰).
تنظیم هیجان، نوعی فرایند هدف مدار است که بر شدت، طول مدت و زمان و نوع هیجانی که تجربه می شود اثر می گذارد (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷). در تنظیم هیجان فرایندهایی صورت می گیرد که افراد به وسیله آن می توانند هیجانات خود را در برخورد با وقایع محیطی تعدیل کنند (آلداو، نولن- هوکسما و سویزر، ۲۰۱۰). نظم جویی هیجان اصلی اساسی در ارزشیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و پیشگیری از رفتارهای ناسازگارانه است. مطالعات موجود در این زمینه بیانگر این بوده که سطوح پایین تنظیم هیجان در گرایش به سمت مصرف مواد نقش دارد (پارکر، تایلور، استابروک، شل و وود، ۲۰۰۸).

برای تنظیم هیجان می توان به شش راهبرد اشاره کرد که عبارت هستند از پذیرش^۴، اجتناب^۵، حل مسئله^۶، ارزیابی^۷، نشخوار فکر (اشتغال فکر)^۸ و سرکوب^۹. پذیرش که به عنوان شکلی از ذهن آگاهی^{۱۰} در نظر گرفته می شود و بیانگر این امر است که افکار و وقایع را همان طور که هستند بپذیریم بدون هیچ گونه قضاوت و ارزیابی. منظور از اجتناب این است که افراد به طور کاملا آگاهانه از برخی موقعیت‌ها یا تجارب کناره گیری و اجتناب می کنند. منظور از حل مساله این است که افراد سعی می کنند به صورت آگاهانه یک موقعیت تنش زا یا دشوار را تغییر دهند یا این که بتوانند پیامدهای این شرایط را تحت کنترل خود در آورند. منظور از ارزیابی مجدد این است که افراد موقعیتی را که برای آن‌ها تنش زا بوده دوباره با دید مثبت یا خنثی مورد ارزیابی قرار دهند تا برای شان مشخص شود که در ارزیابی مجدد هم آن موقعیت تنش زا هست یا نه. نشخوار فکری اشاره به این امر دارد که افراد بر فکر، هیجان، تجربه و علل و پیامدهای آن تمرکز کنند. منظور از سرکوب

1. Gross & Thompson
2. Aldao, Nolen- Hoeksema & Schweizer
3. Parker, Taylor, Eastabrook, Schell & Wood
4. Acceptance

5. Avoidance
6. Problem Solving
7. Reappraisal
8. Rumination
9. Suppression
10. Mindfulness

این است که افراد تلاش کنند که ابراز هیجان منفی و یا تجربه ذهنی آن را منع و یا کاهش دهند (آلداو و همکاران، ۲۰۱۰). در شرایط فعلی و در میان قشر جوان که تحت تاثیر همسالان و فشار از جانب آنان قرار دارند، برخورداری از مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند یاریگر باشد تا بتوانند با اتخاذ راهبردهای سازگارانه در برابر فشار همسالان برای مصرف مواد مقاومت کنند. افرادی که دارای سطوح بالاتر تنظیم هیجان هستند، به آسانی می‌توانند خواسته‌های دیگران را در موقعیت‌های مختلف پیش‌بینی کنند و می‌توانند در برابر فشار همسالان مقاومت کرده و به همین دلیل قدرت آن‌ها برای مقابله با مصرف مواد بیشتر است (ترینداد و جانسون، ۲۰۰۲). در سمت مخالف افرادی قرار دارند که از سطوح پایین تنظیم هیجان برخوردار هستند، این افراد به راحتی تحت تاثیر فشار همسالان قرار می‌گیرند و مقاومت آن‌ها شکسته می‌شود و به سمت مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند و در برخورد با شرایط ناگوار به جای استفاده از راهبردهای سازگارانه از راهبردهای ناسازگارانه استفاده می‌کنند (ترینداد، آنگر، چو، آذن و جانسون، ۲۰۰۴).

۱۰۹

با توجه به یافته‌های پژوهش، نتیجه گرفته می‌شود که ناگویی خلقی و دشواری در تنظیم هیجان پیش‌بینی کننده گرایش به اعتیاد می‌باشند. بنابراین تلاش جهت کاهش ناگویی خلقی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان از سوی افراد و سازمان‌هایی که مستقیماً با نوجوانان و جوانان سروکار دارند جهت کاهش گرایش به اعتیاد بسیار ضروری است. از جمله محدودیت‌های این مطالعه این بود که بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد سمنان انجام شده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نقش متغیرهای واسطه‌ای نیز در نظر گرفته شود.

منابع

آقایی، اصغر و جدیری سهر فروزانی، نسرین (۱۳۹۵). مقایسه رابطه ساده و چندگانه هیجان خواهی و ناگویی خلقی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر در بین دانش آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهر اصفهان. سومین کنفرانس جهانی روان شناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم.

اکبری بورنگ، محمد؛ محتشمی نیا، سمیه و سالاری فر، محمدحسین (۱۳۹۶). تبیین گرایش به اعتیاد بر اساس خودتمایز یافتگی و ناگویی خلقی در دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشی طب انتظامی، ۱۶۰-۱۵۱، (۲).

چلک، حسن و موسوی حسینی، محمدرضا (۱۳۹۵). مواد مخدر صنعتی و نوین و پیامدهای اجتماعی آن. تهران: شلاک.

چوپچیان لنگرودی، هانیه و زربخش، محمدرضا (۱۳۹۷). رابطه میان سرسختی روان شناختی، سبک های مقابله ای و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان. خانواده و پژوهش، ۱۵ (۳)، ۵۰-۳۱.

حاتمی، جواد؛ خورشیدی، محمدرضا و بهرامی، احسان (۱۳۹۲). نقش سطوح پردازش و همخوانی خلقی در بازشناسی واژه های هیجانی در افراد دارای ناگویی خلقی. فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۱۷ (۱)، ۸۳-۶۹.

حسینی کتکی، زهره؛ نجفی، محمود و محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی خلقی، سرشت و منش و پرخاشگری در معتادان و افراد عادی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴ (۴)، ۴۶۳-۴۵۵. خانزاده، مصطفی؛ سعیدیان، محسن؛ حسین چاری، مسعود و ادریسی، فروغ (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی. مجله علوم رفتاری، ۶ (۱)، ۹۶-۸۷.

خدابخش پیرکلانی، روشنک؛ ملکی مجد، مهسا و رمضان ساعتچی، لیلی (۱۳۹۷). پیش بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و سیستم های مغزی- رفتاری در نوجوانان. سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۵ (۲۰)، ۱۱۸-۱۰۳.

دانایی فر، زهرا و بهرام خانی، محمود (۱۳۹۶). بررسی رابطه تنظیم شناختی هیجان با آمادگی به اعتیاد در دانش آموزان مدارس متوسطه منطقه ۶ شهر تهران. سومین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی و روان شناسی ایران.

زرگر، یداله؛ نجاریان، بهمن و نعامی، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی و هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان شناختی، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز. مجله علوم تربیتی و روان شناسی، ۱۲۰ (۱)، ۹۹-۱۲۰.

شعبانی، حسن؛ میرزاییان، بهرام و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۶). مدل یابی روابط ساختاری طرحواره، سبک های دلبستگی با آمادگی به اعتیاد با واسطه گری راهبردهای مقابله ای استرس، تنظیم شناختی هیجان و احساس تنهایی در معتادان در حال ترک اعتیاد به مواد مخدر. اعتیاد پژوهی، ۱۱ (۴۳)، ۱۹۴-۱۷۷.

صرامی، محمد (۱۳۹۳). مقایسه ناگویی خلقی و هوش معنوی در افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۶(۲۲)، ۲۲-۷. عزیززی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۸-۱۱. کاظم پور، مریم و روستایی، زهرا (۱۳۹۵). *رابطه ناگویی خلقی با آمادگی اعتیاد در دانشجویان*. سومین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روان شناسی، مشاوره و آموزش در ایران.

محمد، سعید (۱۳۸۰). *بررسی ویژگی های شخصیتی افراد مبتلا به کولیت اولسروز و مقایسه آن با افراد غیر معتاد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران. مهدوی، الناز و منشئی، غلامرضا (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی خلقی و ابراز گری هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروقی کرونر قلب و افراد سالم. *دو ماهنامه علمی-پژوهشی فیض*، ۲۰(۳)، ۲۶۶-۲۶۰. نجفی، محمود؛ محمدی فر، محمد علی و عبداللهی، معصومه (۱۳۹۴). *نقص عملکرد هیجانی و گرایش به سوء مصرف مواد: نقش مولفه های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان خواهی*. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۵)، ۶۸-۵۳.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Azizi, A., Borjali, A., & Golzari, M. (2010). The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictive problems of substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(2), 60-65.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A & Taylor, G. J (1994). The twenty-item Alexithymia Scale: Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Besharat, M (2008). Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *The Iranian Journal of Medical Sciences*, 33(1), 1-6.
- Garnefski, N (2010). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems, Comparison between a clinical and nonclinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403° 420.
- Gratz K. L & Roemer, L (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J. J & Thompson, R. A (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In JJ. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 3-24.
- Lardier Jr, D. T., Barrios, V. R., Garcia-Reid, P & Reid, R. J (2018). Preventing Substance Use Among Hispanic Urban Youth: Valuing the Role of Family,

- Social Support Networks, School Importance, and Community Engagement. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 1-13.
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 174-180.
- Parolin, M., Miscioscia, M., De Carli, P., Cristofalo, P., Gatta, M., & Simonelli, A. (2018). Alexithymia in young adults with substance use disorders: Critical issues about specificity and treatment predictivity. *Frontiers in psychology*, 9(645), 1-14.
- Parolin, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., Sacco, M., Bacciardi, S., Maremmani, A. G., & Cerniglia, L. (2017). Drug addiction and emotional dysregulation in young adults. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 19(3), 37-48.
- Rahbarian, M., Mohammadi, A., Abasi, I., & Soleimani, M. (2017). Emotion Regulation Problems and Addiction Potential in Iranian Students. *Practice in Clinical Psychology*, 5(4), 235-242.
- Shedler, J & Block, J (2009). Adolescent drug use and psychological health: Alongitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45(5), 000.
- Teixeira, R. J. (2017). Alexithymia and drug addiction: is there a missing link. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 3(3), 71-73.
- 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. P., Azen, S. P., & Johnson, C. A. (2004). Emotional intelligence and smoking risk factors in adolescents: Interactions on smoking intentions. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 46-55.
- Walker-Barnes, C. J., & Mason, C. A. (2004). Delinquency and substance use among gang-involved youth: The moderating role of parenting practices. *American Journal of Community Psychology*, 34(3-4), 235-250.
- Wolff, S., Holl, J., Stopsack, M., Arens, E. A., Höcker, A., Staben, K. A., & CANSAS Study Group. (2016). Does emotion dysregulation mediate the relationship between early maltreatment and later substance dependence? Findings of the CANSAS Study. *European addiction research*, 22(6), 292-300.
- Zdankiewicz- ciaa a, E., & ciaa a, D. K. ())))) Relationship Between Attachment Style in Adulthood, Alexithymia, and Dissociation in Alcohol Use Disorder Inpatients. Mediation Model. *Frontiers in psychology*, 9(2039), 1-10.