

مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و آشفته‌گی روانی در افراد معتاد و عادی *Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Mental Disorders in Addicted and Ordinary People*

Zohreh Hosseini (Corresponding author)

M. A. in Clinical Psychology, Semnan State University,
Semnan, Iran

Hosseini.seyede2019@gmail.com

Maryam Jokar

M. A. of Clinical Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad
University, Zarand, Iran

زهره حسینی (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه دولتی روزانه سمنان، سمنان، ایران

Hosseini.seyede2019@gmail.com

مریم جوکار

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد زرند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرند، ایران

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to compare cognitive emotion regulation strategies and psychological distress in addicted and normal individuals. **Method:** This descriptive study was a causal-comparative study. The statistical population of this study was all those referring to addiction treatment in Mashhad city who were referred to addiction treatment clinic in winter 97. Sixty addicts and 60 normal individuals were selected by convenience sampling. The DERS-Gertz and Romer 2004 Cognitive Emotion Regulation Strategies Questionnaires, Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) and Lovebound 1995 were used to measure the variables studied. **Results:** The results showed that mental disorder in addicts is more than normal people and cognitive emotion regulation strategies in addicts are less than normal people. **Conclusion:** These findings indicate that inability to cognitive regulation of emotions and lack of control of psychological disorder in addicts are two important components. Therefore, considering these two components is essential for educational services, pathology and counseling

Keywords: Cognitive emotion regulation strategies, psychological disorder, addicts and normal people

چکیده

هدف: سوء مصرف مواد یکی از بزرگترین معضلات جوامع بشری است که نه فقط موجب اختلالات رفتاری و اجتماعی میشود بلکه با تأثیر بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی و روانی خسارت مالی هنگفتی نیز بر فرد خانواده و جامعه وارد میکند از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و آشفته‌گی روانی در افراد معتاد و عادی بود. روش: این پژوهش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد خود معرف جهت ترک اعتیاد شهر مشهد بودند که در زمستان ۹۷ به کلینیک ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. تعداد ۶۰ نفر معتاد به شیشه و ۶۰ نفر عادی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای مورد مطالعه از پرسش‌نامه‌های دشواری تنظیم هیجان DERS، مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) استفاده شد. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و آشفته‌گی روانی در افراد معتاد به شیشه بیشتر از افراد عادی است ($P=0/001$). نتیجه‌گیری: این یافته‌ها حاکی از آن است که ناتوانی در تنظیم شناختی هیجان و عدم کنترل آشفته‌گی روانی در افراد معتاد دو مولفه مهم می‌باشد. بنابراین بر اساس یافته‌ها در نظر داشتن این دو مولفه برای خدمات آموزشی، آسیب‌شناسی و مشاوره امری ضروری است.

کلیدواژه‌ها: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، آشفته‌گی روانی، افراد معتاد و عادی

سوء مصرف مواد یکی از بزرگترین معضلات جوامع بشری است که نه فقط موجب اختلالات رفتاری و اجتماعی می‌شود بلکه با تأثیر بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی و روانی خسارت مالی هنگفتی نیز بر فرد خانواده و جامعه وارد می‌کند (رید، آمارو، ماتسو موتو و کایسن، ۲۰۰۹). شیوع بالای سوء مصرف مواد با آماری بیش از ۱/۸ میلیون نفر در کشور ایران اهمیت توجه به این مشکل را شاخص تر می‌کند (عبدالله زاده و هاشمی، مرادی و فرزاد، ۱۳۸۹) خوشبختانه بشر نیز تا بدان جا که توانسته و این خطرات را درک کرده است به چاره اندیشی پرداخته است. در کشور ما نیز اقدامات گوناگون در سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی صورت گرفته است. اقداماتی که امروزه جهت مبارزه با مواد مخدر صورت می‌گیرد متنوع و گسترده هستند از جمله این اقدامات شامل مبارزه با قاچاق مواد مخدر، آگاهی بخشی و واکنشینه کردن افراد سالم جامعه خصوصاً کودکان و نوجوانان و جوانان و مبارزه با اعتیاد و یا به عبارتی ترک اعتیاد در فرد یا افراد است (سلطانی، ۱۳۸۷). پنجمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویژگی مهم اختلال سوء مصرف مواد را وجود یکی از علایم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی میدانند که افراد، با وجود مشکلات قابل توجه مرتبط با سوء مصرف، هنوز به مصرف آن ادامه میدهند. همچنین این مجموعه تشخیصی مطرح می‌کند که اختلال سوء مصرف مواد یک تغییر زیربنایی در مدارهای مغزی را به وجود می‌آورد که ممکن است بعد از سم زدایی هم این تغییرات باقی بمانند. (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). استرس، اضطراب و مقابله بر یکی از اجزای دائم هر روز زندگی هستند. همه ما در هر لحظه با مواردی روبرو می‌شویم که ممکن است استرس زا باشند. این موارد شامل پریشانی‌های روزمره تا حوادث بزرگ زندگی می‌شوند و میزان استرس زا بودن هر یک از فردی به فرد دیگر فرق می‌کند. معمولاً استرس زمانی مضر خواهد بود که فرد را نسبت به زندگی خود خطرناک و تهدیدکننده تلقی نماید و در عین حال منابع مختلف رویارویی با آن را در اختیار نداشته باشد. (پزشکیان، ۱۳۸۴).

مطالعات مختلفی نشان داده اند که عوامل مربوط به سلامت نقش مهمی در پیش بینی گرایش به مواد دارند (کرانفورد، ایزنبرگ و سراس، ۲۰۰۹، کاری و یانگ ۲۰۱۱). در پژوهشی تحت عنوان سلامت روان و سوء مصرف مواد به این نتیجه دست یافتند که استرس، اضطراب و افسردگی در افراد دارای سوء مصرف مواد بالاتر از گروه عادی بود. آشفتگی روانی را در مجموع میتوان با بسیاری از اختلالات مرتبط دانست. نکته مهم این است که افرادی که نمی‌توانند این پریشانی را تحمل و یا مدیریت و کنترل کنند بیشتر دچار مشکل میشوند. تحمل پریشانی و آشفتگی روانی، توانایی فرد در تحمل هیجانات منفی است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و افراد دارای تنظیم شناختی هیجانی دارای سلامت روان بالاتری هستند زیرا هیجانات منفی را بهتر مدیریت می‌کنند (گراس و تامپسون، ۲۰۰۷).

یکی دیگر از متغیرهایی که میتواند در سوء مصرف مواد نقش داشته باشد تنظیم شناختی هیجان است، مطالعه رفتار انسان نشان می‌دهد که پاسخ‌های هیجانی را در هر فرد تنظیم می‌کند. در این زمینه گراس (۲۰۰۰) معتقد است که تفاوت بین گرایش به پاسخ تنظیم شناختی هیجانی و رفتاری که در نهایت از ما سر می‌زند، نشان می‌دهد که ما دائم پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم می‌کنیم. این تنظیم ممکن است به طور خودکار یا ارادی انجام گیرد و هشیار یا ناهشیار باشد (ماوس، اورز، ویلهلم و گراس، ۲۰۰۶) مفهوم تنظیم شناختی هیجان مفهومی است بسیار گسترده و فرایندهای تنظیمی بی‌شماری را در بر می‌گیرد. ممکن است علاوه بر فرایندهای هشیار و یا ناهشیار شناختی، حیطة وسیعی از

فرایندهای جسمی، اجتماعی و رفتاری را هم شامل گردد (تامپسون، ۲۰۰۱). بسیاری از فرایندهای تنظیم شناختی هیجان بین انسان‌ها مشترک است، اما به نظر می‌رسد که هر فرد به استفاده از برخی الگوهای مشخص تمایل دارد. به این الگوها راهبردهای تنظیم هیجان و به حیطة شناختی آن راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گفته می‌شود. تنظیم شناختی در برگیرنده دامنه وسیعی از پاسخ‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیک است. تنظیم شناختی هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع هیجان، چگونگی تجربه و بیان آن یا شدت فرایندهای رفتاری و یا جسمانی هیجان‌هاست (گارنفسکی و گرایچ، ۲۰۱۶) توانایی مدیریت و تنظیم از لحاظ شناختی سبب می‌شود فرد زمانی که خطر مصرف مواد بالاست، بتواند از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افراد دارای تنظیم هیجانی بالا توانایی بیشتری در پیش‌بینی درخواست‌های دیگران دارند. آن‌ها استرس‌های ناخواسته دیگران را درک و هیجانات خود را بهتر کنترل می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد بیشتر مقاومت می‌کنند. انعطاف‌پذیری شناختی هیجانی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد از افراد سالم و عادی پایین‌تر می‌باشد. در این زمینه گارنفسکی و کراج (۲۰۰۶) نشان دادند که استفاده از بعضی راهبردها از جمله سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه‌بار خواندن و تاحدودی سرزنش دیگران در بزرگسالان دارای آشفتگی روانی شایع است. افرادی که دارای تنظیم هیجانی پایین‌تری هستند، در مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد تمایل پیدا می‌کنند. تنظیم شناختی هیجانی می‌تواند به افراد کمک کند که درک بهتری از پیامدهای منفی و مصرف مواد داشته باشند (ترینداد، انگر، چو و جانسون، ۲۰۰۴). مهارت‌های ضعیف تنظیم شناختی هیجان با سطح بالای مصرف الکل مرتبط است. در همین راستا فراتحلیلی از ۱۱۴ مطالعه در ارتباط با آسیب‌شناسی روانی و راهبردهای تنظیم هیجان نشان داد که با سرزنشگری و نشخوار فکری و فاجعه‌بار خواندن با اختلالات مصرف مواد مرتبط است (آلدووا، نولن - و کسینا، ۲۰۱۵). همچنین، پارکر، تیلور، ایستابروک، شل، و وود (۲۰۰۸) نشان دادند که دشواری در تنظیم هیجان منجر به سوءمصرف مواد می‌شود. همچنین آنها به این نتیجه رسیدند که افرادی که سطح پایین راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی دارند گرایش به مصرف مواد آنها ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان و مدیریت آنها، به ویژه در شروع مصرف مواد می‌باشد. تحقیقات فاکس، هنگ، و شینهه (۲۰۱۶) حاکی از آن است که افراد مصرف‌کننده و بیماران وابسته به الکل مشکلاتی در تنظیم راهبردهای هیجانی و کنترل تکانه دارند. همچنین شیفمن (۱۹۹۳) در تحقیقی تحت عنوان ارزیابی الگوها و انگیزش‌های استعمال دخانیات، نشان داد، افراد وابسته به مواد که به هیجان‌های منفی مثل اضطراب و افسردگی (پیشانی روانی) دچار می‌شوند بیشتر به مصرف مواد تمایل دارند. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم شناختی هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار، به این نتیجه رسیدند، افرادی که گرایش به مصرف سیگار دارند در شناسایی و تنظیم هیجان‌های دشواری بیشتری دارند تا در کنترل هیجان‌ها. همچنین افراد وابسته به مواد در روند رشدی هیجان‌ها متوقف شده و یا پس‌رفت می‌کنند. در تحقیقی دیگر زاهد، اله قلیلو، ابوالقاسمی، و نریمانی (۱۳۸۹) نشان دادند، هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی دیگران تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت ضعیف هیجان‌ها خطر سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد. یافته‌های پژوهش حسینی و رحمانیان (۱۳۹۴) نشان داد افراد دارای سوءمصرف مواد به نوعی در تنظیم و استفاده از راهبردهای شناختی هیجان دارای مشکل می‌باشند و هیجان بیشتری دارند، به تکرار و

یکنواختی حساسیت بیشتری نشان می دهند، تمایل به سرکشی از هنجارهای اجتماعی دارند، در بعد بازداری زدایی دارای مشکل می باشند و به طور کلی هیجان طلبی در افراد دارای سوء مصرف مواد بالاتر است. افراد دارای سوء مصرف مواد نسبت به افراد عادی اغلب مشکلاتی در تنظیم هیجان گزارش کرده اند. مشکلات سلامت با گرایش به مصرف مواد مرتبط است و افراد در مقابله با استرس راهبردهای مقابله ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی متفاوتی را انتخاب میکنند. عدم مدیریت هیجانها و به عبارتی دشواری در تنظیم راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی دارای پیامدهای منفی زیادی است که یکی از راههای گرایش به مصرف مواد است. پژوهشها کمتر به این موضوع پرداخته اند. بر این اساس سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین آشفتگی روانی و تنظیم شناختی هیجانی در افراد معتاد و عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر علی- مقایسه ای بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد خود معرف جهت ترک اعتیاد شهر مشهد بودند که در زمستان ۹۷ به کلینیک ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند. تعداد ۶۰ نفر معتاد به شیشه به روش نمونه گیری در دسترس (با توجه به اینکه تعداد کمی از کلینیکها حاضر به همکاری بودند از این روش نمونه گیری استفاده گردید) و ۶۰ نفر افراد عادی به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود و خروج برای نمونه پژوهش در نظر گرفته شد. ملاکهای ورود بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد عبارت بودند از سابقه مصرف مواد حداقل به مدت ۱ سال داشتن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۴۵ سال، داشتن حداقل سواد سیکل و موافقت برای شرکت در پژوهش، و ملاکهای خروج بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد عبارت بودند از سابقه کمتر از ۱ سال و سن کمتر از ۲۰ سال یا بیشتر از ۴۵ سال و نداشتن سواد یا عدم تمایل به شرکت در پژوهش. هر دو گروه از نظر سن و میزان تحصیلات با یکدیگر همتاسازی شدند. برای انتخاب معتادان ابتدا بر اساس هماهنگی محقق با مرکز، معتادانی که برای اولین بار برای درمان به این مراکز مراجعه کرده بودند (بعد از گرفتن رضایت از مسول کلینیک ترک اعتیاد) در مطالعه شرکت داده شدند و سپس فرم مشخصات فردی و پرسشنامه تحقیق را تکمیل نمودند.

ابزار

مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان (DERS)^۱

یک ابزار سنجش ۴۱ آیتمی خودگزارش دهی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد. آیتمهای این مقیاس بر اساس گفتگوهای متعدد با همکاران آشنا با متون تنظیم هیجان تدوین و انتخاب شد (ساتانزارو و میرنز، ۱۹۹۰، به نقل از گرتز و روئمر، ۲۰۰۴) به عنوان الگویی در تدوین این مقیاس به کار گرفته شده است. به منظور ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانان ظرف دوران آشفتگی (هنگامی که راهبردهای تنظیم هیجانی لازم و ضروری می باشند)، بسیاری از عبارات DERS مشابه NMR با «هنگامی من آشفته هستم» آغاز می گردند. گستره پاسخها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می گیرد. یک به معنای تقریباً هرگز (۱۰-۰ درصد)، دو به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، سه به معنای نیمی از مواقع (۳۶ تا ۶۵ درصد)، چهار به معنای اکثر اوقات (۶۶ تا ۹۰ درصد) و پنج به معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰ درصد) می باشد. یک آیتم به خاطر همبستگی پایین آن با کل مقیاس و ۴ آیتم به خاطر بار عاملی پایین یا دوگانه روی دو عامل حذف شدند. به این ترتیب از مجموع ۴۱ آیتم ابتدایی مقیاس ۳۶ آیتم

^۱ Difficulties in Emotion Regulation Scale

باقی ماندند. در شش زمینه می‌سنجد که شامل (عدم پذیرش، پاسخ‌های هیجانی، اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجانی، و کمبود صراحت هیجانی) می‌باشد، از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاسها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. ویژگیهای روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی سازه و پیش‌بین در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در پژوهش‌های خارجی تایید شده است (گرتز، روزنتال، تول، لجوز و گوندرسان، ۲۰۰۶؛ گرتز و رومر، ۲۰۰۴؛ گرتز و تول، ۲۰۱۰).

ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه‌های بالینی ($n=187$) و غیربالینی ($n=763$) مورد بررسی و تایید قرار گرفته اند (بشارت، ۱۳۸۶؛ بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). در این پژوهشها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسشهای عدم پذیرش هیجانهای منفی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد. این ضرایب، همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تایید میکنند. (بشارت، ۱۳۹۷)

جهت نمره گذاری ابتدا نمرات سوالات (۲۴، ۲۲، ۲۰، ۱۷، ۱۰، ۸، ۷، ۶، ۲، ۱) معکوس کنید ($۵=۱$ ، $۴=۲$ ، $۳=۳$ ، $۲=۴$ ، $۱=۵$). سپس نمره هریک از زیرمقیاسهای ششگانه را با جمع نمره گویه‌های هر زیرمقیاس بر حسب جدول زیر محاسبه کنید. از مجموع نمره مربوط به ۳۶ گویه، نمره کل دشواری تنظیم هیجان به دست می‌آید. (بشارت، ۱۳۸۵)

مؤلفه	آیتم‌ها
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۲۹-۲۵-۲۳-۲۱-۱۲-۱۱
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۳۳-۲۶-۲۰-۱۸-۱۳
دشواری در کنترل تکانه	۳۳-۳-۱۴-۱۹-۲۴-۲۷
فقدان آگاهی هیجانی	۳۴-۱۷-۱۰-۸-۶-۲
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۳۶-۳۵-۳۱-۳۰-۲۸-۲۲-۱۶-۱۵
عدم وضوح هیجانی	۹-۷-۵-۴-۱

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21)^۱ توسط لایبوند و لایبوند، در سال ۱۹۹۵ منتشر شد. این مقیاس فرم کوتاه شده مقیاس اصلی ۴۲ سوالی است. کاربرد مهم این مقیاس اندازه‌گیری نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. هر یک از سه خرده مقیاس شامل هفت سوال است. صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۴) که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوالهای مربوط به آن به دست می‌آید (جدول ۱). شیوه نمره گذاری آن به این صورت است که برای هر سوال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) در نظر گرفته می‌شود. از آنجا که DASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است نمره نهایی، هر یک از خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. سپس با مراجعه به جدول شماره ۲ می‌توان شدت علائم را مشخص کرد.

جدول ۱- خرده مقیاس‌ها و سوال‌های مربوط به آن

^۱ Depression- Anxiety- Stress Scale

سوالها	خرده مقیاس
۲۱، ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۰، ۵، ۳	افسردگی
۲۰، ۱۹، ۱۵، ۹، ۷، ۴، ۲	اضطراب
۱۸، ۱۴، ۱۲، ۱۱، ۸، ۶، ۱	استرس

جدول ۲- شدت هر یک از خرده مقیاس‌ها

شدت	افسردگی	اضطراب	استرس
عادی	۹-۰	۰-۷	۰-۱۴
خفیف	۱۰-۱۳	۸-۹	۱۵-۱۸
متوسط	۱۴-۲۰	۱۰-۱۴	۱۹-۲۵
شدید	۲۱-۲۷	۱۵-۱۹	۲۶-۳۳
بسیار شدید	+۲۸	+۲۰	+۳۳

قابلیت اعتماد این مقیاس از طریق همسانی درونی و اعتبار با استفاده از تحلیل عاملی و اعتبار ملاک با اجرای همزمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زانگ و استرس ادراک شده بررسی کرده اند. در کل ضریب قابلیت اعتماد و اعتبار به دست آمده بسیار مناسب بود. همبستگی‌ها بین زیر مقیاس افسردگی با آزمون افسردگی بک ۷۰٪، زیر مقیاس اضطراب با آزمون اضطراب زانگ ۶۷٪ و زیر مقیاس استرس با آزمون استرس ادراک شده ۴۹٪ بودند. براساس شواهد، این مقیاس واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روانشناختی و موقعیتهای بالینی است. نجفی کلیانی، پورجم، جمشیدی، کریمی و نجفی کلیانی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ را برای استرس ۸۵٪، اضطراب ۸۶٪ و افسردگی ۸۳٪ گزارش کرده اند. مرادی پناه میزان ثبات داخلی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای افسردگی ۹۴٪، اضطراب ۹۲٪ و استرس ۸۹٪ گزارش کرده اند (به نقل از اسد زندی، سیاری، عبادی و سنایی نسب، ۱۳۹۰).

به منظور حفظ اصول اخلاقی نیز شرکت افراد در پژوهش آزادانه بود و به شرکت کنندگان درباره اهداف و نحوه اجرا و حفظ محرمانگی اطلاعات توضیح و اطمینان خاطر داده شد.

یافته‌ها

به منظور بررسی داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید. نتایج آمار توصیفی متغیر استرس، اضطراب و افسردگی و متغیر دشواری تنظیم هیجان به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ و ۲ نشان داد که میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در دو گروه متفاوت و در گروه معتاد بیشتر از افراد عادی است (جدول ۱). همچنین میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان در افراد معتاد بالاتر از افراد عادی می باشد (جدول ۲).

جدول ۱ آماره‌های توصیفی استرس، اضطراب و افسردگی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	افراد معتاد به شیشه		افراد عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
استرس	۱۴/۶۷	۴/۸۰	۸	۷/۰۸
اضطراب	۱۴/۳۵	۴/۷۰	۱۰/۸	۴/۵۷
افسردگی	۱۵/۱۵	۴/۴۵	۹/۵۵	۵/۴۶

جدول ۲: آماره‌های توصیفی دشواری تنظیم هیجان شناختی

متغیر	افراد معتاد به شیشه		افراد عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عدم پذیرش هیجان منفی	۲۲/۲۸	۷/۸۴	۱۳/۵۳	۶/۱۲
دشواری انجام رفتارهای هدفمند	۱۹/۸۵	۶/۳۳	۱۳/۵۵	۳/۱۲
دشواری مهار رفتار تکانشی	۱۸/۷۵	۵/۲۹	۱۱/۵۰	۴/۹۰
دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش	۱۵/۱۸	۷/۴۵	۱۲/۲۸	۷/۵۲
فقدان آگاهی هیجانی	۶۲/۲۷	۹/۷۸	۱۶/۱۰	۸/۰۷
فقدان شفافیت هیجانی	۱۳/۵۸	۳/۶۰	۱۱/۴۵	۴/۱۵

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس تک متغیری استفاده گردید که جهت بررسی پیش فرضهای تحلیل واریانس تک متغیری آزمون لوین استفاده شد که سطح معناداری آماره F در متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی بزرگتر از $0/05$ بود در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروهها برقرار بود.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوی تفاوت در گروهها

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری
گروه	استرس	۱۷۳۸/۲۰۰	۵۶/۶۵	۰/۰۰۰۵
	اضطراب	۱۶۵/۹۰۰	۶/۱۴	۰/۰۲۵
	افسردگی	۸۷۰/۷۹۸	۲۳/۳۱	۰/۰۰۰۵

در پاسخ به فرضیه اول پژوهش نتایج تحلیل واریانس تک متغیری (جدول ۳) آماره F و سطح معنی داری نشان داد که میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در دو گروه تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که میانگین نمرات استرس، اضطراب و افسردگی در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی است در نتیجه فرضیه پژوهش تایید می شود. همچنین به منظور بررسی فرضیه دوم پژوهش نیز از تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد و بدین منظور از آزمون لوین برای بررسی پیش فرض تحلیل استفاده گردید که سطح معناداری آماره F در مولفه‌های متغیر دشواری تنظیم هیجان بزرگتر از $0/05$ بود که بیان کننده برقراری فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروهها می باشد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوی تفاوت در گروهها

متغیر	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
عدم پذیرش هیجان منفی	۸۸۲۲/۱۳۳	۴۵/۱۹۰	۰/۰۰۰۵
دشواری انجام رفتارهای هدفمند	۱۴۷۰/۰۰۰	۵۰/۸۲۰	۰/۰۰۰۵
دشواری مهار رفتار تکانشی	۲۱۴۲/۸۷۰	۷۷/۲۸۰	۰/۰۰۰۵
دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش	۹۵/۲۰۰	۱/۷۴۲	۰/۱۸۹
فقدان آگاهی هیجانی	۵۵۹۴/۵۳۰	۶۵/۲۰	۰/۰۰۰۵
فقدان شفافیت هیجانی	۱۳۶/۵۳۰	۷/۰۹	۰/۰۹

در پاسخ به فرضیه دوم پژوهش نتایج تحلیل واریانس تک متغیری (جدول ۴) آماره F و سطح معنی داری نشان داد که میانگین نمرات مولفه‌های دشواری در تنظیم هیجان (به جز دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش) در دو گروه تفاوت معناداری دارد، این تفاوت بدین صورت است که میانگین نمرات دشواری در تنظیم شناختی هیجان در بین افراد معتاد بیشتر است.

در پاسخ به فرضیه اصلی پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده گردید که پیش از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری باید مفروضه‌های این آزمون مورد بررسی قرار گیرند. به منظور بررسی پیش فرضهای تحلیل واریانس چند متغیری از آزمون ام. باکس، جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانسها -کواریانسها استفاده شد. که نتایج آزمون ام باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت و نتایج تحلیل واریانس چند متغیری حکایت از معناداری تفاوت نمرات در دو گروه داشت که این تفاوت بیان می کند که میانگین نمرات استرس، اضطراب، افسردگی و دشواری تنظیم هیجان شناختی در افراد معتاد به شیشه بیشتر از افراد عادی است در نتیجه فرضیه اصلی پژوهش تایید می شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و آشفتگی روانی در افراد معتاد و عادی بود. بین مولفه‌های دشواری‌های تنظیم هیجانی (به جز فقدان آگاهی) در افراد معتاد و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنا که ضعف در راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در افراد معتاد به مراتب بیشتر از افراد عادی بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی بیرکینگ و همکاران (۲۰۱۱)، گراتز و رومر (۲۰۰۴)، فوکس، رکسگورد، پالیوا، اسگلیپر و سینها، (۲۰۰۷)، فاکس، هنگ، و شینهه (۲۰۱۶)، مک گی و همکاران (۲۰۰۱) نولن، هکسما و همکاران، (۱۹۹۷) همسو است. همچنین با نتایج عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹)، دیگر زاهد، اله قلیلو، ابوالقاسمی، ونریمانی (۱۳۸۹)، حسینی و رحمانیان (۱۳۹۴)، اسماعیلی نسب و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد. مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان به شخص کمک میکند تا تعادل خود را حتی در موقعیتهای مشکل‌زا حفظ کند. افسردگی تحت تأثیر راهبردهایی است که افراد برای تنظیم هیجان‌اتشان به کار می‌برند. به علاوه وجود استرس‌های زندگی این رابطه را تشدید می‌کند. بعضی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از جمله مصیبت بار تلقی کردن، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و نشخوار فکری اثر بیشتری بر آشفتگی روانی افراد دارد و پیش‌بینی‌کننده این اختلال به شمار می‌روند. این جمله بدین معناست، شیوه‌ای که هر فرد برای تنظیم هیجان‌اتش به کار می‌برد، روی حالات هیجانی او تأثیر می‌گذارد. اگر فردی هربار که با مشکل روبه‌رو شود، آن را فاجعه بار و وحشتناک بداند، منفعلانه تسلیم شود و به نشخوار فکری پردازد، استفاده از این شیوه‌های شناختی، خلق منفی و افسرده را در او تقویت خواهد کرد. در مقابل، افرادی که بعد از رویارویی با مشکلات سعی می‌کنند ذهن خود را معطوف به فعالیت‌ها، اهداف و برنامه‌هایشان کنند، نتایج هیجانی مثبت و بهتری کسب خواهند کرد. از جمله افرادی که تنظیم شناختی هیجانی ضعیفی دارند بیشتر از دیگران در معرض رفتارهای پرخطر هستند و از مواد به عنوان تسکین‌دهنده هیجان‌ات منفی خود استفاده می‌کنند. نقص در تنظیم هیجان پیامدهای منفی از جمله اعتیاد پذیری را افزایش می‌دهد. تنظیم شناختی هیجان پایین باعث میشود که افراد به پیامد رفتارهای خود، کمتر بیندیشند. این افراد تلاش در ارضای فوری امیال خود دارند. چنین افرادی با مصرف مواد سعی در لذت بردن دارند و به احتمال زیاد به راحتی تعهد خود نسبت به عدم مصرف مواد را زیر پا می‌گذارند. افرادی که مهارت‌های خود تنظیمی شناختی هیجانی پایینی دارند قادر به کنترل مصرف مواد نیستند و برای تنظیم عواطف خود به مصرف مواد مخدر روی می‌روند. مدیریت ضعیف هیجان، خطر سوءمصرف را افزایش می‌دهد. برعکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد. از طرفی توانایی مدیریت هیجان‌ها به فرد کمک میکند که فرد در موقعیتهای فشارزا که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده نماید (حجازی، آقاپاری و جارچی، ۱۳۹۵).

بین استرس، اضطراب و افسردگی در افراد معتاد و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین صورت که افراد معتاد در استرس، اضطراب و افسردگی نمرات بالاتری گزارش کرده بودند. این نتیجه با یافته‌های قبلی راتو و همکاران (۲۰۰۰) لیبی و همکاران (۲۰۰۵)، روهده و همکاران (۲۰۱۱)، مارمورستین (۲۰۱۰)، هانتلی (۲۰۱۵)، کبیز، مارتین و هاسین (۲۰۰۸)، رگراوا، لینسکی، ماد، بوچولز و هیث (۲۰۱۷)، فالک، یای و هیلتون (۲۰۰۸) همسو است. همچنین با نتایج مدنی، نمایی و جعفر نیا، (۱۳۹۵)، خاکباز، کرمی، شفیع آبادی، مالمیر و فرهادی (۱۳۹۲)، جانفزا، منور و شیرازی (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. اگر فرد در تنظیم هیجان‌ات خود دچار مشکل باشد و مهارت‌های لازم را نداشته باشد، زمانی که در معرض استرس قرار می‌گیرد نمی‌تواند راهبردهای مقابله‌ای مناسبی را اتخاذ کند. در نتیجه قرار گرفتن در برابر انواع

آسیب پذیری آنها برای سوء مصرف مواد را افزایش میدهد. این افراد به این دلیل به مواد روی می‌روند تا بتوانند نشانه‌های اضطرابی و افسردگی ناشی از یک رویداد استرس‌زا را کنترل کنند. برای این افراد مصگرف مواد به عنوان نوعی پاسخ مقابله‌ای در مواجهه با استرس محسوب میشود. فرد مضطرب اغلب حالت بسیار پریشان و بیقرار دارد و نمیتواند به مدت طولانی آن وضعیت را تحمل نماید. از این رو برای تسلط بر اضطراب از روش‌های ناکارآمد هیجانی از جمله مصرف مواد استفاده می‌کند. افراد معتاد به علت گرفتار شدن در چرخه معیوب اعتیادی احتمالاً بیشتر از افراد عادی در معرض نشخوار فکری ناشی از اضطراب و فاجعه‌سازی به سبب افسردگی در اثر گرفتاری در شرایط بد جسمانی، روانی و اجتماعی هستند.

نمونه پژوهش حاضر محدود به معتادان مراجعه‌کننده به شهر مشهد بودند و لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که متخصصین ترک اعتیاد در کنار روش‌های معمول ترک به آموزش کنترل هیجان‌ها و تکنیک‌های خودکنترلی به مراجعان خود به کاهش وابستگی به مواد در آنها کمک نمایند. با توجه به سطوح بالای استرس، اضطراب و افسردگی در افراد معتاد پیشنهاد میشود مداخلاتی برای کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در افراد معتاد انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مداخله‌ای در قالب آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان برای افراد دارای سوء مصرف مواد انجام شود.

منابع

- اسد زندی، مینو؛ سیاری، رقیه؛ عبادی، عباس و سنایی نسب، هرمز (۱۳۹۰) میزان فراوانی افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران نظامی. مجله طب نظامی، ۱۳(۲)، ۱۰۳-۱۰۸
- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ رزومی، هاله؛ ثمرخی، امیر (۱۳۹۳). نقش پیش بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان، فصلنامه پژوهشی سوء مصرف مواد، ۸(۲۹)، ۶۷-۴۹
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی - ویرایش پنجم ترجمه فرزین رضاعی و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند
- پزشکیان، کاظم (۱۳۸۴) بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۸-۷۹ دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۶(۲۳)، ۱۳۱-۱۳۹
- جانفزا، منور و شیرازی محمود (۱۳۹۴). نقش پیشبینی‌کنندگی دشواری‌های تنظیم هیجانی و خودکنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد وابسته به مواد. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۱۰(۳۹) ۲۳۱-۲۴۸
- حجازی، مسعود؛ آقایی، سکینه و جارچی، علی (۱۳۹۵) مقایسه نگرش‌های ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۱۴(۵) ۱۵-۲۰
- خاکباز، حمید؛ کرمی، حوریه؛ شفیق ابادی، عبدا. .، مالمیر، مرتضی و فرهادی، محمدحسن (۱۳۹۲)
- بررسی رابطه افسردگی، اضطراب، و استرس با ابراز پرخاشگری در افراد وابسته به مصرف موادمخدر. فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی، ۹(۳۵) ۶۹-۵۷
- خانزاده، مصطفی؛ سعیدیا، محسن؛ حسین چاری، مسعود و ادیسی، فروغ (۱۳۹۱). ساختار عاملی ویژگی‌های روان سنجی مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی. مجله علوم رفتاری، ۶(۱) ۸۷-۹۶
- صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴) اعتباریابی مقیاس افسردگی اضطراب تندیگی برای جمعیت ایرانی. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱(۴) ۲۹۹-۳۱۲
- مدنی فرد، مهدی؛ نمایی، محمد مهدی؛ جعفرنیا، وحید. مقایسه تنظیم شناختی هیجان و شیوه‌های حل مساله در افراد وابسته به مواد اپیوئیدی و افراد بهنجار. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۳(۳) ۶۹-۸۰

نجفی کلپانی، مجید؛ پورجم، الهه؛ جمشیدی، ناهید؛ کریمی، شهناز و نجفی کلپانی، وحید (۱۳۹۲) بررسی استرس، اضطراب، افسردگی و خودپنداره دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی فسا در سال ۱۳۸۸ مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۳ (۳) ۲۴۰-۲۳۵

- Agrawal, A., Lynskey, M. T., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Heath, A. C. (2007). A latent class analysis of illicit drug abuse/dependence: Results from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions. *Addiction, 102*(1), 94-104
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30* (2), 217-237.
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review, 111* (1), 33-51.
- Becker, S. J., Curry, J. F., Yang, C. (2011). Factors that influence trajectories of change in frequency of substance use and quality of life among adolescents receiving a brief intervention. *The Journal of Substance Abuse Treatment, 41*(3), 294-304.
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral Therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79* (3), 307-318.
- Cranford, J. A., Eisenberg, D., Serras, A. M. (2009). Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors, 34*(2), 134-145.
- Daughters, S. (2009). Distress tolerance and early adolescent externalizing and internalizing symptoms: The moderating role of gender and ethnicity. *Behaviour Research and Therapy, 47*(8), 198-205.
- Eslami, A. A., Ghofranipour, F., GhobariBonab, B., Shojaei, Z. D., Amin shokravi, F., Ghazi Tabatabaie, M. (2010). Health problem behaviors in Iranian adolescents: a study of cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *J Res Med Sci, 15*(3), 155-166.
- Falk, D. E., Yi, H., Hilton, M. E. (2008). Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 94*(1-3), 234-245.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence, 89* (2-3), 298-301.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence, 89*(2-3), 298-301.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40*(8), 1659-1669.
- Gratz, K. L., & Romer, 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. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281-291.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Huntley, A. (2015). *The Relationship between Drug Use and Depressive Symptoms among High School Students*. Unpublished dissertation. University of Connecticut Graduate School.
- Keyes, K. M., Martins, S. S., Hasin, D. S. (2008). Past 12-month and lifetime comorbidity and poly-drug use of ecstasy users among young adults in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence, 97*(1-2), 139-149.
- Libby, A. M., Orton, H. D., Stover, S. K. and Riggs, P. D. (2005). What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addictive Behaviors, 30*, 1649-1662.
- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., and Malone, S. M. (2010). Longitudinal associations between depression and substance dependence from adolescence through early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence, 107*(2-3), 154-160.
- Mélanie, G., Tessa, B., Elisa, R., Louise, R. (2011). Risk and protective factors for depression and substance use in an adolescent child welfare sample. *Children and Youth Services Review, 33*(11), 2127-2137.
- Nasirzadeh, M., Eslami, A. A., Sharifirad, G., & Hasanzadeh, A. (2013). The mental health and substance abuse among youths aged 18 to 29: A comparative study. *Journal of Education and Health Promotion, 2*, 34. <http://doi.org/10.4103/2277-9531.11582>.
- Rao, U., Daley, S. E. and Hammen C. (2000). Relationship between depression and substance use disorders in adolescent women during the transition to adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(2), 215-222.
- Rohde, P., Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. and Kaufman, N. K. (2001). Impact of comorbidity on a cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(7), 795-802.

- Simons, J. S., Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self report measure. *Motivation and Emotion*, 20 (9), 83-102.
- Trinidad, D. R., Jahnsone, C. A. (2000). 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.
- Wupperman, P., Marlatt, G. A., Cunningham, A., Bown, S., Berking, M., Mulvihill-Rivera, N., & Easton, C. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavior dysregulation: Results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (1), 50-66.