

Investigating the Role of Attachment, Mentalization and Cognitive Emotion Regulation in Predicting the Tendency to Use Substance in Nurses

Kamkar M^{1*}, Karkavandi Talkhoonche M², Shahini M³, Behnam Noroozadeh M⁴

1- Master Student of General Psychology, Pakdasht Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.

2- Master of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

3- Master of General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

4- Master of General Psychology, Islamshahr Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Kamkar M, Master student of General Psychology, Pakdasht Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.

E-mail: kamkarmarzieh@gmail.com.

Abstract

Introduction: Nursing is a stressful job and is associated with various behavioral and psychological consequences; Therefore, The present study was conducted with the aim of investigating the role of attachment, mentalization and cognitive emotion regulation in predicting the tendency to use substance in nurses.

Methods: The method of this study was descriptive-correlation. The research community consisted of all nurses in the emergency department of hospitals and medical centers in Shiraz. In this study, 160 people were selected through convenience sampling and answered the Adult Attachment Inventory (1987), reflective activity questionnaire (2016), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2001), and Iranian Addiction Potential Scale (2008). The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multivariate regression analysis in SPSS-24 software.

Results: The results showed that there is a negative and significant correlation between the secure attachment style ($r = -0.175$, $p < 0.05$), the confidence component of mentalization ($r = -0.187$, $p < 0.05$), and the adaptive cognitive emotion regulation ($r = -0.564$, $p < 0.01$) with the tendency to use substance in nurses. There is a positive and significant correlation between the insecure attachment style ($r=0.351$, $p<0.01$), the uncertainty component of mentalization ($r=0.242$, $p<0.01$) and the maladaptive cognitive emotion regulation ($r=0.348$, $p<0.01$) with the tendency to use substance in nurses. The results of multiple regression analysis also revealed that 48.7% of the variance of tendency to use substance is explained by attachment, mentalization and cognitive emotion regulation.

Conclusions: The result of the research shows the significant role of attachment styles, mentalization and cognitive emotion regulation in predicting the tendency to use drugs in nurses, which can help to recognize and improve the factors and motivations of nurses who have a tendency to use substance.

Keywords: Attachment, Mentalization, Cognitive emotion regulation, Substance use, Nurses.

بررسی نقش دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران

مرضیه کامکار^{۱*}، مریم کرکوندی طالخونچه^۲، مهدیس شاهینی^۳، مهدی بهنام نوروززاده^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد پاکدشت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۴- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد اسلامشهر، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مرضیه کامکار، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد پاکدشت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
ایمیل: kamkarmarzieh@gmail.com

چکیده

مقدمه: پرستاری شغلی پر استرس است و با پیامدهای رفتاری و روان شناختی مختلفی همراه است؛ از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران انجام شد.

روش کار: روش این مطالعه، توصیفی- همبستگی بود. جامعه پژوهش را تمامی پرستاران در بخش اورژانس بیمارستان‌های و مراکز درمانی شهر شیراز تشکیل دادند. در این مطالعه، ۱۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالان (۱۹۸۷)، پرسشنامه کارکرد تأملی (۲۰۱۶)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (۲۰۰۱) و مقیاس آمادگی به اعتیاد (۲۰۰۸) پاسخ دادند. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین سبک دلبستگی ایمن ($r = -0/175$ ، $p < 0/05$)، مولفه اطمینان ذهنی سازی ($r = -0/187$)، $p < 0/05$) و تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ($r = -0/564$ ، $p < 0/01$) با گرایش به مصرف مواد در پرستاران همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. بین سبک دلبستگی ناایمن ($r = 0/351$ ، $p < 0/01$)، مولفه عدم اطمینان ذهنی سازی ($r = 0/242$ ، $p < 0/01$) و تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ($r = 0/348$ ، $p < 0/01$) با گرایش به مصرف مواد در پرستاران همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۴۸/۷ درصد واریانس گرایش به مصرف مواد به وسیله دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان تبیین می‌شود.

نتیجه گیری: نتیجه پژوهش بیانگر نقش معنادار سبک های دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران است که می تواند به شناخت و بهبود عوامل و انگیزه های پرستارانی که گرایش به مصرف مواد دارند، کمک کند.

کلیدواژه ها: دلبستگی، ذهنی سازی، تنظیم شناختی هیجان، مصرف مواد، پرستاران.

و رضایت و سطح پایین تری از تعارض را دارند، در حالی که پرستاران با سبک دلبستگی دوسوگرا با عدم تعادل در احساسات و تعارضات بیشتر، و پرستاران با سبک دلبستگی اجتنابی با رضایت و صمیمیت کمتر و تعارضات بیشتر مشخص می شوند (۸). تحقیقات نشان داده دلبستگی از طریق پیش بینی و تاثیر گذاردن بر توانایی تنظیم عواطف، مشکلات صمیمیت و عملکردهای درون فردی و بین فردی در آسیب پذیری به اعتیاد نقش دارد. شواهد پژوهشی نشان می دهد که بین مصرف مواد و سبک های دلبستگی نایمن رابطه وجود دارد (۹، ۱۰، ۱۱). در این پژوهش نیز فرض شده است که بین سبک های دلبستگی و گرایش به مصرف مواد در پرستاران رابطه وجود دارد.

دلبستگی به عنوان عامل اصلی در توسعه ذهنیت و شکل گیری بازنمایی های درونی حالات عاطفی تلقی می شود. در روابط دلبستگی ایمن، به حالت ذهنی کودک احترام گذاشته می شود و کم کم ذهنی سازی - تحت عنوان توانایی درک حالات خود و دیگران از نظر افکار، رفتار و احساسات - شکل می گیرد (۱۲). به عبارت دیگر، توانایی ذهنی سازی در ۴ تا ۵ سال اول زندگی رشد می کند و از طریق روابط دلبستگی ایمن (از طریق فرایند انعکاس سازی عاطفی) تسهیل می شود. این ظرفیت در استدلال فرد و توانایی تنظیم عواطف وی موثر است. اختلال در شکل گیری این ظرفیت، تظاهرات آسیب شناختی روانی از جمله تکانشگری، کنش نمایشی و اختلال در تنظیم عواطف را به همراه دارد (۱۳، ۱۴). به عبارت دیگر شکستن ظرفیت ذهنی سازی و ضعف در ایگو - به سبب دلبستگی نایمن و یا وجود استرسورهای فراوان در محیط های استرس زا (به ویژه در کادر درمان بیمارستان) - می تواند رفتارهای تکانشی و اختلال در تنظیم عواطف را به همراه داشته باشد. همچنین با توجه به اینکه، اختلال در تنظیم عواطف به عنوان یکی از ویژگیهای تشخیصی اصلی گرایش به مصرف مواد مورد توجه قرار گرفته است (۱۴). بنابراین می توان اظهار داشت که یکی از متغیرهای تاثیر گذار دیگر در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران، ذهنی سازی است. اگر چه مفهوم ذهنی سازی فوناگی اولین بار در اختلال شخصیت مرزی بکار گرفته شد اما در مورد مشکلات مختلف از جمله اختلالات خوردن و اعتیاد به مواد مخدر نیز بکار رفته شد (۱۵). برای مثال آلن و همکاران (۱۶) فرض نمودند که در اعتیاد، مسمومیت می تواند توانایی بازنمایی حالت های عاطفی خود دیگران و سازگاری با استرس های هیجانی ناشی از درگیری بین فردی با نمادهای دلبستگی را مختل

پرستاران به عنوان یکی از مهم ترین اعضای تیم مراقبت های بهداشتی، نقش حیاتی در سیستم مراقبتی- درمانی ایفا می کنند (۱). حرفه پرستاری به سبب مواجهه با حوادث تروماتیک مانند زخمی شدن و مرگ و میر به عنوان حرفه ای استرس زا شناخته شده است (۲). وجود نوبت های کاری مختلف مانند کار در شیفت شب و شیفت های اضافه کاری می تواند سلامت روحی و روانی پرستاران را به مخاطره بندازد و به دنبال آن موجب می شود که پرستاران جهت کاستن از میزان فشارهای روانی خود به سمت مصرف مواد گرایش پیدا کنند (۳). باورها و نگرش های افراد درباره مواد و پیامدهای منفی و مثبت مصرف آن را گرایش به مصرف مواد گویند (۴). در طی دهه های گذشته مدل های مختلف ژنتیکی، اجتماعی و روان شناختی مختلفی به تبیین گرایش افراد به مصرف مواد پرداخته اند که بیشتر از منظر بیرونی و محیطی بوده اند (۵) بنابراین ضروری است که به نقش متغیرهای هیجانی و پویایی مهم در زمینه گرایش افراد به مصرف مواد از منظر امنیت، دلبستگی و کیفیت روابط پرداخته شود.

در کارآزمایی های بالینی، مجموعه ای از متغیرها به عنوان متغیرهای پیش بینی کننده در زمینه گرایش به مصرف مواد مورد مطالعه قرار گرفتند که از جمله این متغیرها می توان به سبک دلبستگی اشاره کرد. اولین کسی که از سبک دلبستگی صحبت نمود، جان بولبی بود. در روان شناسی رشد به پیوند عاطفی بین مادر و نوزاد دلبستگی می گویند. این دلبستگی از دوران نوزادی شروع می شود و در طول زمان پایدار است (۶). بولبی فرآیند شکل گیری دلبستگی (پیوند عاطفی) بین نوزاد و مادر را تشریح کرد و نشان داد که چنین پیوند و تجربه ای به واسطه ی امنیت در چارچوب این پیوند، زمینه ساز رشد و فعالیت در افراد است. از سوی دیگر، تجربه ناامنی در روابط دلبستگی با ویژگیهایی مانند بی اعتمادی، آسیب پذیری، حساسیت و مشکلات ارتباطی مرتبط است (۷). نظریه دلبستگی، اعتیاد را به عنوان یک اختلال دلبستگی ناشی از تلاش غلط فرد در خودترمیمی به خاطر نقص در ساختار روان توصیف می کند. آسیب پذیری خود در نتیجه شکست های رشد و محرومیت های محیطی اولیه است که منجر به سبک های دلبستگی ناکارآمد می شود. مصرف مواد به عنوان تلاش جبرانی، تنها به تشدید وضعیت به دلیل وابستگی جسمی و وخامت بیشتر ساختارهای روانی و فیزیولوژیکی می انجامد. افراد به ویژه پرستاران با سبک دلبستگی ایمن، سطح بالاتری از اعتماد

به طور خلاصه عوامل مختلفی - از جمله نقش حیاتی پرستاران در سیستم مراقبت های بهداشتی، عدم توجه به رویکردهای پیشگیرانه در گرایش به مصرف مواد در میان پرسنل بیمارستان، ناکامل بودن رویکردهای پیشگیری از اعتیاد در ده های گذشته و عدم وجود پژوهشی در زمینه شناسایی و بررسی عوامل مختلف در گرایش پرستاران به سمت مصرف مواد در داخل کشور - سبب انجام این پژوهش شده است. به عبارت دیگر، این مطالعه درصدد بود تا با پر نمودن خلاء پژوهشی ذکر شده در ادبیات پیشین، و به علاوه با در نظر گرفتن مولفه های هیجانی و پویایی به شناسایی عوامل زمینه ای گرایش به مصرف مواد در میان پرستاران بپردازد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی - همبستگی در سال ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه پژوهش را تمامی پرستاران در بخش اورژانس بیمارستان های و مراکز درمانی شهر شیراز تشکیل دادند. در این مطالعه، ۱۶۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. میانگین سه پژوهش پیشین حجم نمونه پژوهش را تعیین نموده است (۲۱، ۲۲، ۲۳). معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل دو سال سابقه کاری، عدم مشکلات جسمی و روانشناختی شدید و رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. پس از اخذ مجوزها و انجام هماهنگی های لازم اقدام به انجام پژوهش در بیمارستان های سطح شهر شد. فرایند جمع آوری داده ها نیز به شیوه میدانی انجام شد. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان پزشکی آمریکا از جمله اصل محرمانگی و رازداری، رضایت کتبی شرکت در پژوهش مورد توجه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه از طریق نرم افزار SPSS انجام شد پرسشنامه های مورد استفاده شامل موارد زیر است.

پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالان: پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسال، با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازان و شیور در سال ۱۹۸۷ (۲۴) ساخته و در مورد نمونه های دانشجویی، دانش آموزی و جمعیت ایرانی هنجاریابی

نماید. به بیان دیگر، افراد (پرستاران) بدون داشتن درک کافی از حالات روانی خود (عدم ذهنی سازی)، نمی توانند عواطف خود را تعدیل کنند و در عوض تمایل دارند که احساسات و اضطراب خود را به صورت رفتارهای مخرب (مثل مصرف مواد) یا به شکل جسمانی سازی نشان دهند. در واقع این افراد سعی دارند که از طریق بدن و یا با روش های دارویی به تنظیم عواطف خود بپردازند (۱۴). بنابراین مبتنی بر مبانی نظری، در این مطالعه نیز فرض شده است که نقص در ذهنی سازی، پیش بینی کننده گرایش افراد به سمت مصرف مواد در پرستاران است. ذهنی سازی ارتباط تنگاتنگی با تنظیم هیجان دارد. همچنین، بی نظمی هیجانی یکی از عوامل موثر در پیش بینی گرایش به مصرف مواد است. مفهوم نظم جویی شناختی هیجان به روش شناختی مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی (۱۷) و بخش شناختی مقابله اشاره می کند. طبق فرضیه خوددرمانی اعتیاد (۱۸) مصرف مواد ممکن است به عنوان نوعی خوددرمانی به منظور بی حس کردن حالات هیجانی منفی طاقت فرسا تلقی شود. به عبارت دیگر، اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری جهت تعدیل عواطف استرس زا است. مصرف کنندگان مواد هیجانات منفی و بی قراری را غیرقابل تحمل و مستأصل کننده توصیف می نمایند و نمی توانند این حالات هیجانی را بدون اتکا به مواد مدیریت نمایند مصرف کنندگان مواد از خواص فیزیولوژیکی و روان شناختی در جهت تنظیم و تعدیل هیجانات منفی شان و دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می نمایند (۱۷). تنظیم هیجانی سازگار، به فرد اجازه می دهد که کارکرد وی در محیط موفقیت آمیز باشد (۱۹) و هنگام مواجه شدن با یک تجربه هیجانی مشکل زا بتواند رفتارهای متناسب باهدفش را به کار گیرد. تنظیم هیجانی سازگار نیازمند مهارت های از جمله، آگاهی و پذیرش هیجانی است (۲۰). در مقابل کسی که از تنظیم هیجانی ناسازگار استفاده می کند، هنگام روبه رو شدن با یک تجربه مشکل زا نمی تواند رفتارهایش را طوری تنظیم کند که بتواند به اهدافش در محیط برسد. به طور کلی با توجه به اینکه پرستاران روزانه با محرک های استرس زای فراوان، اضافه کاری اجباری، فرسودگی و نارضایتی شغلی و به تبع پریشانی روان شناختی، مواجه هستند، بنابراین این احتمال وجود دارد که از طریق گرایش به مصرف مواد به مدیریت عواطف و استرس های موجود بپردازند. لذا در این مطالعه فرض بر این است که تنظیم هیجان مذکور می تواند پیش بینی کننده گرایش یا عدم گرایش پرستاران به سمت مصرف مواد باشد.

برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۰/۱۶۰، ۰/۹۲۰، ۰/۹۸۰ و ۰/۰۴۷ به دست آمده است و برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ محاسبه شده است (۲۹).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: نسخه اصلی این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینه‌هاون (۳۰) به دو زبان هلندی و انگلیسی تهیه شده است. این نسخه شامل ۹ خرده مقیاس، معرف ۹ راهبرد نظم جویی شناختی هیجان می‌باشد که به دودسته سازگاران شامل تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی پذیرش، دیدگاه گیری و ناسازگاران شامل ملامت خویش، فاجعه سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران تقسیم می‌شوند؛ که هر یک چهار ماده از این پرسشنامه را به خود اختصاص می‌دهند. گارنفسکی، کرایچ و اسپینه‌هاون (۳۰) نشان می‌دهند که همسانی درونی ماده‌های CERQ (دامنه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۶) بیانگر اعتبار این مقیاس بود. همچنین، الگوی ضریب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک (بک، ستیر و براون، ۱۹۹۶) بیانگر روایی هم‌زمان مناسب CERQ بود. حسنی (۳۱) نسخه کوتاه‌تر این پرسشنامه را در ۱۸ سؤال تنظیم کرد. در CERQ هر یک از خرده مقیاس‌ها شامل دو ماده هستند که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره‌ی ماده‌ها به دست می‌آید. در پژوهش حسنی (۳۱) نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی از الگوی ۹ عاملی اصلی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان حمایت و ۷۴ درصد از تغییرات را تبیین کرد و آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ برای این پرسشنامه گزارش شد.

مقیاس آمادگی به اعتیاد: در این پژوهش از مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد که توسط زرگر (۳۲) ساخته شده استفاده شد. این مقیاس دارای ۳۶ ماده و ۵ ماده دروغ سنج نسبت به اعتیاد است. زرگر این پرسشنامه را با توجه به ویژگی‌های روانی- اجتماعی جامعه ایرانی تدوین و مورد روایی قرار داده است. نمره گذاری آن بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) می‌باشد. در عامل آمادگی فعال بیشتر نمادها به ترتیب مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت نسبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می‌باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشتر نمادها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می‌باشند. پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰

شده است (۲۵). یک آزمون ۱۵ گویه ای است و سه زیر خرده مقیاس شامل سبک دلبستگی ایمن؛ سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرای اضطرابی؛ سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات پرسشنامه توسط علامت گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه ای از نوع لیکرت شامل هرگز نمره ۰، به ندرت نمره ۱، بعضی اوقات نمره ۲، اغلب اوقات نمره ۳ و تقریباً همیشه نمره ۴ نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره برای سبک دلبستگی ایمن ۱ تا ۴۰، برای سبک اجتنابی ۱ تا ۳۰ و برای سبک دوسوگرا ۱ تا ۳۵ است. هر چه در عبارات مربوط به هر سبک نمره بالاتری کسب شود به همان میزان شخص از آن سبک دلبستگی برخوردار است. هازان و شیور (۲۸) پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱ و کولینز و رید (۲۶) نیز پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آوردند. روایی مقیاس دلبستگی کولینز و رید به استخراج سه عامل عمده منجر شد که توسط پژوهشگران به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط صمیمی و نزدیک تفسیر می‌شود. دیواندری (۲۷) با مطالعه‌ای که بر روی ۵۱۳ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر انجام داد روایی همگرایی پرسشنامه سبک‌های دلبستگی با روش محاسبه میانگین واریانس استخراج شده را ۰/۷۰ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نمونه فوق را ۰/۹۴ گزارش کرد.

پرسشنامه کارکرد تأملی: این پرسشنامه ۲۶ سوال دارد و دو مؤلفه اطمینان (قطعیت) با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹ و عدم اطمینان (عدم قطعیت) با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره گذاری آن ۷ درجه ای از کاملاً مخالف ۱ نمره تا کاملاً موافق ۷ نمره تعلق می‌گیرد. برای مؤلفه عدم اطمینان یعنی سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود به این صورت که از کاملاً مخالف ۷ نمره، تا حدودی مخالفم ۶ نمره، مخالفم ۵ نمره، نظری ندارم ۴ نمره، موافقم ۳ نمره، تا حدودی موافقم ۲ نمره و کاملاً موافقم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. فونآگی و همکاران (۲۸) همسانی درونی برای مؤلفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه غیربالیینی گزارش کردند و پایایی آزمون را با روش آزمون- بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۸۴ برای عدم اطمینان و ۰/۷۴ برای مؤلفه اطمینان به دست آورده اند (۲۸). این پرسشنامه در ایران ترجمه و روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی بررسی و مقادیر نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی X^2/d ، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)، شاخص

درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند ($P > 0/05$). مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان‌دهنده استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم هم خطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود هم خطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد. (جدول ۱) میانگین و انحراف معیار و آماره های نرمال بودن شامل چولگی و کشیدگی را نشان می دهد.

محاسبه شده است و روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنی دار می باشد (۳۲).

یافته ها

تعداد آزمودنی ها در این پژوهش ۱۶۰ نفر بودند. ۸۶ نفر (۵۳/۸ درصد) مجرد و ۷۴ نفر (۴۶/۳ درصد) متاهل بودند. ۹۲ نفر (۵۷/۵ درصد) لیسانس و ۶۸ نفر (۴۲/۵ درصد) فوق لیسانس بودند میانگین سن افراد ۳۶/۰۲ و انحراف معیار سن ۴/۵۴۹ بود. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه پیش فرض های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
گرایش به مصرف مواد	۵۸/۹۴	۱۵/۷۷۰	۰/۳۹۸	-۱/۵۴۸
سبک دلبستگی ایمن	۱۳/۶۲	۴/۹۵۶	-۰/۵۴۱	-۰/۹۹۵
سبک دلبستگی نایمن	۱۸/۵۷	۷/۲۷۰	۰/۴۹۹	-۱/۳۱۶
اطمینان (قطعیت)	۲۱/۱۶	۱۲/۳۹۰	۰/۴۵۴	-۱/۶۷۶
عدم اطمینان (عدم قطعیت)	۱۳/۱۵	۶/۳۶۴	۰/۱۸۲	-۱/۶۶۶
تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه	۱۹/۴۶	۸/۱۸۸	۰/۴۹۸	-۰/۷۳۰
تنظیم شناختی هیجان سازگارانه	۱۹/۸۷	۱۲/۱۷۰	۱/۵۸۴	۰/۶۵۹

تنظیم شناختی هیجان با گرایش به مصرف مواد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

بعد از بررسی یافته های توصیفی در جدول ۱ و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در ابتدا برای بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی، ذهنی سازی و

جدول ۲: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱-گرایش به مصرف مواد	۱						
۲-سبک دلبستگی ایمن	-۰/۱۷۵*	۱					
۳-سبک دلبستگی نایمن	۰/۳۵۱**	-۰/۵۸۵**	۱				
۴-اطمینان	-۰/۱۸۷*	۰/۳۹۷**	-۰/۶۴۲**	۱			
۵-عدم اطمینان	۰/۲۴۲**	-۰/۲۷۵**	۰/۴۵۳**	-۰/۸۱۲**	۱		
۶-تنظیم هیجان ناسازگارانه	۰/۳۴۸**	-۰/۳۸۸**	-۰/۴۴۵**	-۰/۷۳۳**	۰/۷۸۵**	۱	
۷-تنظیم هیجان سازگارانه	-۰/۵۶۴**	۰/۳۳۸**	-۰/۲۲۲**	۰/۳۲۰**	-۰/۴۳۹**	-۰/۴۱۸**	۱

*معنادار در سطح ۰/۰۵

** معنادار در سطح ۰/۰۱

به مصرف مواد در پرستاران همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. بین سبک دلبستگی نایمن ($r = 0/351, p < 0/01$)، مولفه عدم اطمینان ذهنی سازی ($r = 0/242, p < 0/01$) و تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ($r = 0/348, p < 0/01$) با گرایش

بر اساس (جدول ۲) نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین سبک دلبستگی ایمن ($r = -0/175, p < 0/05$)، مولفه اطمینان ذهنی سازی ($r = -0/187, p < 0/05$) و تنظیم شناختی هیجان سازگارانه ($r = -0/564, p < 0/01$) با گرایش

سبک‌های دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان از رگرسیون چندمتغیره استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

به مصرف مواد در پرستاران همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان پذیر می‌سازد، لذا برای پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس

جدول ۳: خلاصه مدل و ضرایب رگرسیون چندگانه گرایش به مصرف مواد بر اساس سبک‌های دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان

پیش بینی کننده ها	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت	-	**۳/۱۳۹	۰/۰۳۴	-	-	
سبک دلبستگی ایمن	-۰/۲۹۱	**۳/۸۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۷	۱/۷۳۳	
سبک دلبستگی نایمن	۰/۵۳۵	**۶/۱۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۲/۲۴۱	
اطمینان(قطعیت)	-۰/۳۵۹	**۲/۹۸۱	۰/۰۰۳	۰/۲۳۱	۴/۳۲۷	۱/۸۷۵
عدم اطمینان(عدم قطعیت)	۰/۱۹۶	**۱/۶۳۴	۰/۰۲۴	۰/۲۳۴	۴/۲۷۵	
تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه	۰/۳۹۹	**۳/۹۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳۳	۳/۰۰۳	
تنظیم شناختی هیجان سازگارانه	-۰/۵۷۸	**۸/۵۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸	۱/۳۷۴	

$$R = ۰/۶۹۸; R^2 = ۰/۴۸۷; R^2 \text{ تعدیل شده} = ۰/۴۶۷; F = ۲۴/۱۹۲ **$$

** معنادار در سطح ۰/۰۱

مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته با پژوهش های اربابایی و همکاران (۱۱)، ناخول و همکاران (۳۳) و شیندلر (۳۴) هم سو است. برای تبیین یافته های این پژوهش می توان این گونه بیان کرد افراد دارای سبک های دلبستگی نایمن، عزت نفس پایین و اضطراب بیشتری دارند، آنها توانایی کمتری برای خودتنظیمی در زمان‌ها/ موقعیت‌های استرس‌زا دارند و در نتیجه به دنبال روش‌های بیرونی (مانند گرایش به مصرف دخانیات) برای تسکین استرس خود هستند؛ از این رو، مصرف دخانیات می تواند به عنوان یک مکانیسم مقابله با استرس در این افراد (به ویژه پرستاران) در نظر گرفته شود (۳۳). افرادی که دارای سبک دلبستگی ایمن هستند، عزت نفس بالایی دارند، هیچ مشکلی در به اشتراک گذاشتن احساسات خود با دیگران ندارند، توانایی همدلی و سازگاری بالایی دارند، لذا این ویژگی‌های مثبت بر توانایی مدیریت استرس و هیجانات، برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی و حفظ عملکرد و مهارت های بین فردی و درون فردی تأثیر می گذارد (۸)؛ در نتیجه با توجه به وجود موقعیت و شرایط شغلی استرس زا در میان پرستاران، سبک دلبستگی ایمن می تواند عامل محافظ جهت گرایش آنها به سمت مصرف مواد باشد. اما وجود سبک های دلبستگی نایمن در پرستاران می تواند آنها را به سمت واکنش های غیرعادی یا مکانیسم های مقابله ای ناسالم (مثل مصرف

با توجه (جدول ۳) نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین سبک‌های دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان با گرایش به مصرف مواد برابر ۰/۶۹۸ است. بر اساس مقدار ضریب تعیین ۴۸/۷ درصد از واریانس گرایش به مصرف مواد بر اساس متغیرهای موردنظر تبیین شود. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که مقدار F به دست آمده برابر ۲۴/۱۹۲ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار است که نشان می دهد سبک‌های دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان می توانند تغییرات مربوط به گرایش به مصرف مواد را به خوبی تبیین کنند و نشاندهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. بر اساس نتایج تنظیم شناختی هیجان سازگارانه با ضریب بتای ۰/۵۷۸- نقش پیش بینی کننده قوی تری بر روی گرایش به مصرف مواد دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد بین سبک دلبستگی ایمن با گرایش به مصرف مواد، همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. همچنین بین سبک دلبستگی نایمن با گرایش به مصرف مواد، همبستگی

معنای روان شناختی و ذهنیتی پیدا کند، سریعاً تبدیل به یک عمل و تکانه (مانند مصرف مواد) می شود.

دیگر یافته های پژوهش نشان داد که بین تنظیم شناختی هیجان (سازگاران) با گرایش به مصرف مواد، همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. بین تنظیم شناختی هیجان (ناسازگاران) با گرایش به مصرف مواد، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته ها با پژوهش های مک-کی و همکاران (۴۰)، ویس و همکاران (۴۱) و پرینی و همکاران (۴۲) هم سو است. در تبیین این یافته ها باید اشاره کرد که تنظیم هیجانی انگیزه اصلی مصرف مواد بخصوص سیگار کشیدن می باشد. افرادی که از تنظیم هیجانی ناکارآمد همراه با تکانشوری بالایی برخوردارند در گرایش به مصرف مواد بیشتر مستعد هستند (۴۳). در واقع افرادی که در تنظیم هیجان مشکل دارند، برای اجتناب یا تنظیم احساسات و عواطف منفی، رفتارهای اعتیادآور انجام می دهند (۴۴). در زمینه نقش پیش بین راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان به صورت سازگاران و ناسازگاران در گرایش به مصرف مواد می توان گفت که هنگامی که یک شخص، برای مصرف مواد تحت فشار قرار می گیرد، مدیریت مؤثر هیجان ها خطر مصرف را کاهش می دهد. توانایی مدیریت هیجان یا همان تنظیم هیجان باعث می شود که فرد در موقعیت هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله ای مناسب (سازگاران) استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجان مؤثری دارند در پیش بینی خواسته های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان های خود را بهتر مهار کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان دهند، در مقابل کسانی که تنظیم هیجانی پایین تری (ناسازگاران) دارند، برای مقابله با هیجان های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می شوند (۴۳). بنابراین می توان گفت که در شرایط استرس زا، اتخاذ راهبردهای سازگاران و یا ناسازگاران تنظیم هیجان در پرستاران، می تواند گرایش و یا عدم گرایش به مصرف مواد را در آنها پیش بینی نماید.

نتیجه گیری

به طور کلی می توان نتیجه گرفت که دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران نقش مؤثری دارند. به این صورت

مواد) برای مقابله با استرس یا شرایطی مانند اضطراب و افسردگی سوق دهد.

بخش دیگری از یافته های پژوهش نشان داد که بین ذهنی سازی (اطمینان) با گرایش به مصرف مواد، همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. همچنین، بین ذهنی سازی (عدم اطمینان) با گرایش به مصرف مواد، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. یافته های این پژوهش با پژوهش های فوناگی (۱۳)، برنلد و همکاران (۱۴)، آلن و همکاران (۱۶) و ساووف و آتاناسوف (۳۵) هم سو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که دلبستگی عامل اصلی در شکل گیری بازنمایی حالات عاطفی و ذهنی سازی است. دلبستگی خوب پیش شرط تنظیم عواطف خوب است. کودکی که بیان همدلانه مادر را درونی می کند، خود این حالات بین الذهانی نقطه عطفی در تنظیم حالات عاطفی است. اما نقص در ذهنی سازی (عدم اطمینان) به تمایل به سوء مصرف مواد - تحت استرس عاطفی ناشی از تعارضات بین فردی با نمادهای دلبستگی کمک می کند (۱۶). در تبیین دیگر می توان به فرض بوچارد و لکورز (۳۶) در مورد نظریه ذهنی سازی اشاره نمود. این نظریه ریشه در تحقیقات روان تنی انجام شده توسط مارتی (۳۷)، نظریه احساسات کریستال (۳۸) و مفهوم سازی پیازه از رشد فکری کودک - حرکت از فعالیت حسی - حرکتی به سمت تفکر کلامی رسمی - (۳۹) دارد. بوچارد و لکورز فرایند پیچیده ای از کار روانی را توصیف می کند به وسیله این عمل روانی، از تخلیه مستقیم به عمل و جسمانی سازی جلوگیری می کند. عواطف در اینجا به عنوان پدیده روان شناختی مثبت و یا منفی میل به تخلیه و تبدیل به کنش جسمی و حرکتی دارند، اما فرایند پیچیده روانی این گرایش را از بین می برد. بنابراین فرض بوچارد و لکورز این است که کمبود بازنمایی ه هیجان بیش از حد، تعارضات روانی و اضطراب ذهنی سازی نشده را به همراه دارد. در نتیجه اشکال تکانشگری، جسمانی سازی و میل به رفتارهای اعتیادی از این دیدگاه به عنوان ابراز تکانه های انباشته شده بدون معنای روان شناختی (متتالایز نشده) تفسیر می شوند. بنابراین طبق این یافته ها می توان گفت که نبود حالات ذهنی سازی در پرستاران نیز می تواند شرایط استرس زا و اضطراب های کاری را به تکانه و رفتار اعتیادی تبدیل نماید. به عبارت دیگر هر گونه حالات برانگیخته هیجانی (ناشی از شرایط استرس زا) در پرستاران، بدون اینکه در فرایندهای ذهنی،

سازه های این پژوهش (دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم هیجان) بر شرایط استرس زا و عواطف منفی پرستاران غلبه نموده و زمینه پیشگیری از گرایش به مصرف مواد را فراهم آورند.

سیاسگزاری

از تمامی پرستاران که در این پژوهش شرکت نموده و حاضر به همکاری شدند، بسیار سپاسگزاریم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد. به علاوه برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان پزشکی آمریکا مورد توجه قرار گرفت.

References

1. Isbell LM, Chimowitz H, Huff NR, Liu G, Kimball E, Boudreaux E. A Qualitative Study of Emergency Physicians' and Nurses' Experiences Caring for Patients With Psychiatric Conditions and/or Substance Use Disorders. *Annals of Emergency Medicine*. 2023 Jan 18.
2. Hasson D, Lindfors P, Gustavsson P. Trends in self-rated health among nurses: a 4-year longitudinal study on the transition from nursing education to working life. *Journal of Professional Nursing*. 2010 Jan 1; 26(1):54-60.
3. Aqajani M, Tez Dast T, Abas Ghorban M, Bagroo M. The relationship between hardiness with burnout. *J Nurs Midwifery*. 2013; 23(70):1-7.
4. Zhou Y, Zhou C, Li R. Sex differences in exercise and drug addiction: A mini review of animal studies. *Journal of Sport and Health Science*. 2014 Sep 1; 3(3):163-9.
5. Ahmadi F, Sarafraz M R, kazemi rezaei A. The Diagnostic Role of Object Relations and Defensive Mechanisms in Patients with Opioid abuse, Stimulant Users and Normal Individuals. *etiadjpajohi* 2020; 14 (55) :169-192.
6. Bowlby J. *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment* London. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. 1969; 1969:1-401.
7. Pirzadeh H. The Relationship between God Attachment Styles with Tendency to Drugs among Students. *Journal of Family Relations*

که هر چقدر پرستاران دلبستگی ناایمن، ذهنی سازی (عدم اطمینان) و تنظیم هیجان ناسازگارانه تری داشته باشند، گرایش به مصرف مواد در آنها بیشتر است و بالعکس هر چقدر پرستاران دلبستگی ایمن، ذهنی سازی (اطمینان) و تنظیم هیجان سازگارانه تری داشته باشند، گرایش به مصرف مواد در آنها کمتر است. پژوهش حاضر با برخی محدودیت ها همراه است. ماهیت مقطعی این مطالعه، اجازه استنباط روابط علت و معلولی را نمی دهد. همه ابزارهای استفاده شده به صورت کاغذ-مدادی هستند و ممکن است این نوع ابزارها با سوگیری در اطلاعات و عدم دقت سنجی همراه باشند. پژوهش ما بر روی نمونه ای از پرستاران انجام شده است، لذا در خصوص تعمیم نتایج به سایر نمونه ها و جمعیت ها، باید احتیاط های لازم صورت گیرد. در نهایت پیشنهاد می شود که پژوهش های آتی در قالب طرح آزمایشی و با بکار بردن آموزش های مبتنی بر

- Studies. 2021 Jun 1; 1(1):4-12.
8. Bowlby J. *Attachment and Loss: Sadness and Depression*. Loss. Random House; 1998.
9. Chaput-Langlois S, Parent S, Ryan NC, Vitaro F, Séguin JR. Friends, attachment and substance use in adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2022 Nov 1; 83:101457.
10. Hayre RS, Goulter N, Moretti MM. Maltreatment, attachment, and substance use in adolescence: direct and indirect pathways. *Addictive behaviors*. 2019 Mar 1; 90:196-203.
11. Arghabaei M, Solimanian AA, Mohammadipoor M, Ghalehnovy F. The role of attachment style in substance use tendency: Investigating the mediating role of sense of coherence. *etiadjpajohi* 2019; 13 (53) :97-118.
12. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press; 2016.
13. Fonagy P. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York (Other Press) 2002.
14. Brendel GR, Stern E, Silbersweig DA. Defining the neurocircuitry of borderline personality disorder: Functional neuroimaging approaches. *Development and psychopathology*. 2005 Dec; 17(4):1197-206.
15. Allen JG. Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2003 Jul 1; 67(2: Special Issue):91-112.

16. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in clinical practice. American Psychiatric Pub; 2008 May 9.
17. Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010 Jan 1; 9:1516-23.
18. 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.
19. Bridges LJ, Denham SA, Ganiban JM. Definitional issues in emotion regulation research. *Child development*. 2004 Mar; 75(2):340-5.
20. Gratz KL, Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. 2010 May 1; 2:107-33.
21. Maghsoodi Mehrabani F, Honarmand M. Investigating The Role Of Object Relations And Mentalization In Predicting The Attitude And Performance Of Nurses In Relation To Patient Pain Management. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2023 Jan 10; 11(4):0-.
22. Hashemi N. Prediction of Psychological Distress and Job Performance of Nurses Based on Maladaptive Daydreaming and Social Loneliness during the Covid 19 Epidemic. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2023 Jan 10; 11(4):37-47.
23. Almasi M, Dinarvand N. The role of Attachment Styles, Mentalization and shame and guilt in predicting the quality of patient care among nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2023 Jan 10; 11(4):14-25.
24. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987 Mar; 52(3):511.
25. Besharat M. Standardization of adult attachment scale. Tehran University, 2005.
26. Collins NL, Read S. Cognitive representations of attachment: the structure and function of attachment models. *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships*. London: Kingsley. 1994.
27. Divandari H. The young schema questionnaire—short form (SQ-SF): investigation psychometric properties and factor structure between students in Islamic Azad University, Kashmar Branch. *Educational researches*. 2009 Oct 23; 5(20):1-29.
28. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS One*. 2016 Jul 8; 11(7):e0158678.
29. Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., ashrafi, E. Validation and Reliability of the Persian Version of the MentalizationQuestionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 2020; 12(1): 1-12. doi: 10.22075/jcp.2020.18897.1745
30. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*. 2001 Jun 1; 30(8):1311-27.
31. Hasani, J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2011 Dec 10; 9(4).
32. Zargar Y, Najarian B, Naami A. Investigating the relationship between personality traits (emotion-seeking, expression, psychological hardness), religious attitude, and marital satisfaction with educational problems. *Journal of Education and Psychology Chamran University*. 2008; 3 (1): 99-120.
33. Nakhoul L, Obeid S, Sacre H, Haddad C, Soufia M, Hallit R, Akel M, Salameh P, Hallit S. Attachment style and addictions (alcohol, cigarette, waterpipe and internet) among Lebanese adolescents: a national study. *BMC psychology*. 2020 Dec; 8(1):1-0.
34. Schindler A. Attachment and substance use disorders—theoretical models, empirical evidence, and implications for treatment. *Frontiers in psychiatry*. 2019 Oct 15; 10:727.
35. Savov S, Atanassov N. Deficits of affect mentalization in patients with drug addiction: Theoretical and clinical aspects. *International Scholarly Research Notices*. 2013; 2013.
36. Bouchard MA, Lecours S. Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud's Project. In *Mentalization 2011* Feb 25 (pp. 103-129). Routledge.
37. Marty P. *Mentalisation et psychosomatique*. FeniXX; 1990 Dec 31.

38. Krystal H. The genetic development of affects and affect regression. *The Annual of Psychoanalysis*. 1974.
39. Piaget J. *La formation du symbole chez benfant* Neuchâtel. Delachaux et Niestlé. 1945.
40. McKee K, Russell M, Mennis J, Mason M, Neale M. Emotion regulation dynamics predict substance use in high-risk adolescents. *Addictive behaviors*. 2020 Jul 1; 106:106374.
41. Weiss NH, Kiefer R, Goncharenko S, Raudales AM, Forkus SR, Schick MR, Contractor AA. Emotion regulation and substance use: a meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*. 2022 Jan 1; 230:109131.
42. Perini I, Mayo LM, Capusan AJ, Paul ER, Yngve A, Kampe R, Gauffin E, Mazurka R, Ghafouri B, Stensson N, Asratian A. Resilience to substance use disorder following childhood maltreatment: association with peripheral biomarkers of endocannabinoid function and neural indices of emotion regulation. *Molecular psychiatry*. 2023 Apr 12:1-9.
43. Ahmadi F, hasani J, saeidpoor S. The Diagnostic Role of Delayed Reward Discounting and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Individuals with Stimulant Abuse, Opiate Abuse, and Smoking Disorders. *etiadpajohi* 2018; 12 (45) :71-90
44. Estévez AN, Jáuregui P, Sánchez-Marcos I, López-González H, Griffiths MD. Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of behavioral addictions*. 2017 Dec; 6(4):534-44.