

رابطه مشکلات تنظیم هیجانی و عاطفه منفی با ولع مصرف با توجه به میانجی‌گری افسردگی

نوراله خلیل زاده^۱، فرزانه میکائیلی منبع^۲، علی عیسی‌زادگان^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۲۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه مشکلات تنظیم هیجانی و عواطف منفی با ولع مصرف با توجه به میانجی‌گری افسردگی بود. **روش:** روش پژوهش مطالعه حاضر همستگی از نوع مطالعات ساختاری بود. جامعه آماری شامل معنادران بستری در مراکز ترک اعتیاد استان آذربایجان غربی بود که در ۶ ماهه دوم ۱۳۹۴ در مراکز بستری شده بودند (N=۵۲۶). نمونه مورد مطالعه ۲۱۶ نفر از افراد مذکور با استفاده از نمونه-گیری دردسترس از جامعه انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های سیستم‌های مغزی رفتاری، عاطفه منفی پائاس، مشکلات تنظیم هیجان، افسردگی بک و ولع مصرف پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل روابط ساختاری نشان داد که ضرایب استاندارد مسیر مشکلات تنظیم هیجان به ولع مصرف ($\beta=0/62$)؛ مسیر مشکلات تنظیم هیجان به افسردگی ($\beta=0/35$)؛ مسیر عواطف منفی با ولع مصرف ($\beta=0/59$)؛ مسیر عواطف منفی به افسردگی ($\beta=0/41$) و مسیر افسردگی به ولع مصرف ($\beta=0/43$) در سطح آماری معنادار بود؛ و همچنین حدپایین و حد بالای مسیرهای غیرمستقیم مشکلات تنظیم هیجان و عاطفه منفی به ولع مصرف از طریق افسردگی صفر را در بر نگرفت و این حاکی از معنادار بودن این مسیرهای غیرمستقیم است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اینکه یکی از مشکلات اساسی جامعه اعتیاد است و این معضل بیشتر افراد فعال جامعه را درگیر خود کرده، و افسردگی و کنترل هیجانات نقش اساسی در این مشکل دارد؛ پیشنهاد می‌شود خانواده‌ها و دستگاه‌های دولتی در پیشگیری از اختلالات رفتاری فعال‌تر عمل کنند و از مراکز مشاوره جهت درمان و آموزش مهارت‌های زندگی بهره‌مند شوند.

کلید واژه‌ها: سیستم‌های مغزی-رفتاری، عاطفه منفی، افسردگی، مشکلات تنظیم هیجانی، ولع مصرف

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران،

پست الکترونیک: Khalilzadeh44@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

مقدمه

اعتیاد و سوء مصرف موادمخدر و روان گردان‌ها به عنوان یکی از رفتارهای پر خطر، در سطح جامعه جهانی بیش از ۲۴۰ میلیون نفر مصرف کننده غیرقانونی مواد و در کشور ایران حداقل یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر معتاد را جذب کرده است (صارمی، قربانی، مینویی، ۱۳۹۲). در سال ۲۰۰۹، در آمریکا دو میلیون و ۶۰۰ هزار نفر از جمعیت بالای ۱۲ سال برای درمان سوء مصرف مواد به درمانگاه‌های ویژه مراجعه کرده‌اند (کوهن^۱، ایلومکا^۲ و صالحی، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی گزارش کرد که اعتیاد در سال ۲۰۰۰، عامل مرگ و میر تقریباً دو بیست هزار نفر بوده است (سانیوتیس^۳، ۲۰۱۰). اعتیاد هزینه زیادی را به جوامع تحمیل می‌کند، برای مثال بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۵ آمریکایی‌ها ۵۷ میلیارد دلار را صرف خرید مواد کرده‌اند (ساه^۴، ۲۰۰۵) و براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۵ (۲۰۰۷)، در سراسر جهان حدود دو بیست میلیون نفر (تقریباً ۵ درصد)، بین سنین ۱۵ تا ۶۴ سالگی هر ساله یک یا بیش از یک ماده غیرمجاز مصرف می‌کنند و از این تعداد حدود ۲۵ میلیون نفر به عنوان سوء مصرف کننده طبقه‌بندی می‌شوند (ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸). در ایران نیز حداقل یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر وابسته به مصرف مواد هستند (صارمی و همکاران، ۱۳۹۲). لذا اعتیاد امروزه از مهم‌ترین دغدغه‌های جوامع است و مطالعات شیوع شناسی ارقام قابل توجهی را در میان جمعیت‌ها گزارش کرده‌اند (یعقوبی، طارمیان، پیروی و ظفر، ۱۳۹۱؛ هال، اروین، بوومن، فراکندرگر و جی وت^۶، ۲۰۰۵).

ولع مصرف مواد^۷ هسته مرکزی اعتیاد، عامل سوء مصرف مواد و ادامه آن است و پس از شروع درمان منجر به بازگشت به اعتیاد می‌شود (بشر پور، خسرونی، عطادخت، دانشور، نریمانی، مسح، ۲۰۱۴). ولع مصرف مواد را به عنوان تمایل برای مصرف مواد تعریف می‌کنند که بر این اساس وجود جزء تجربه فاعلی یا تجربه فردی^۸ آگاهانه هسته اصلی این پدیده را تشکیل می‌دهد. ولع مصرف مواد یک تجربه شخصی و پدیده ای چند بعدی

1. Cohen
2. Ilumoka
3. Saniotis
4. Saah
5. World Health Organization

6. Hall, Irwin, Bowman,
Frakenderger & Jewtt
7. Drug Craving
8. subjective experience

است که با میل و هوس به دست آوردن یک احساس خوشایند و غلبه بر یک احساس ناخوشایند آمیخته است (روزنبرگ^۱، ۲۰۰۹). یافته‌های روانشناسان فیزیولوژیک نشان می‌دهد که دو عامل نورویولوژیکی زیربنایی برای اعتیاد وجود دارد. الف) مدار لیمبیک که تشکیل دهنده مدار پاداش بوده و با عاطفه و انگیزش ارتباط دارد. ب) مدار پیش‌پیشانی که بازداری رفتارهای مربوط به جستجوی مواد، تفکر به مواد و غیره را بر عهده دارد و بازدارنده رفتارهای فرد در مواقع اضطرار مثبت و منفی تنظیم‌کننده هیجان‌های فرد است.

یکی از متغیرهای احتمالی موثر بر ولع مصرف مواد مشکل تنظیم هیجانی است. از آن جایی که مصرف‌کنندگان دائمی مواد گزارش می‌کنند که مصرف مواد بر تسکین حالات عاطفی منفی آن‌ها اثر مثبت دارد، بنابراین ممکن است مصرف مواد به عنوان یک راهبرد نظم‌جویی هیجانی برای کاهش حالات هیجانی آزارنده عمل کند (بون میلر، ووجانویک و زوولینسکی^۲، ۲۰۰۸). تنظیم هیجانی فرایندی است که افراد از طریق آن هیجان‌های خود را برای رسیدن به یک پیامد مطلوب تعدیل می‌کنند (آلدائو، نولن و اشویزر^۳، ۲۰۱۰). در سال‌های اخیر مشکلات تنظیم هیجانی به عنوان یکی از عوامل مؤثر و تعیین‌کننده در گرایش افراد به ویژه جوانان و نوجوانان به رفتارهای پرخطر معرفی شده‌اند (میکائیلی منیع، ۱۳۹۲). مطالعات حیطه تنظیم هیجانی منجر به شکل‌گیری مدلی مفهومی برای مشکلات تنظیم هیجان شده که براساس آن این مسأله دارای چهاروجه مجزا اما مرتبط باهم است: ۱) فقدان آگاهی، درک و پذیرش تجربه هیجانی؛ ۲) عدم دسترسی به ابزارهای سازگارانه تغییرشده یا مدت تجربه‌ای عاطفی؛ ۳) عدم تمایل به تجربه فشار هیجانی به عنوان بخشی از فرآیند دستیابی به هدف؛ ۴) برای نگهداری و پافشاری بر رفتارهای هدف‌دار به هنگام افسردگی. مهمترین ویژگی مدل فوق‌ترکز آن بر شیوه پاسخ‌دهی هیجانی فرد است (نه کیفیت هیجان‌ها) (گرتز، ۲۰۰۴؛ نقل از میکائیلی، ۱۳۹۲). افراد در معرض خطر بالای اختلالات مصرف مواد رفتارهای باثبات و تنظیم‌شده هیجانی اندکی

نسبت به افراد در معرض خطر کم تر اعتیاد نشان می دهند (شدلر و بلاک^۱، ۱۹۹۰). در فراتحلیلی از ۱۱۴ مطالعه انجام شده در ارتباط با آسیب شناسی روانی و راهبردهای تنظیم هیجان آشکار شد که سرکوب هیجان با اختلالات مصرف مواد ارتباط دارند (آلدانو، نولن و اسویزر، ۲۰۱۰). در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که افراد مستعد به اعتیاد در مقایسه با گروه کنترل از سطح تکانشگری، ریسک پذیری و هیجان خواهی بالاتری برخوردارند. همچنین نتایج نشان دادند که افراد مستعد اعتیاد تفاوت قابل توجهی در متغیر هیجان خواهی با گروه کنترل داشتند (اسکندری و هلمی، ۲۰۱۴). بر این اساس تنظیم ضعیف هیجان یک پیش زمینه مهم برای اختلالات مصرف مواد به حساب می آید (مزیح، تارتر، فسکه، کریسچی، مک‌نمه و دی^۲، ۲۰۰۷).

از طرفی دیگر عامل موثر دیگر در گرایش به اعتیاد و ولع مصرف مواد عواطف است. عاطفه^۳ (احساسات، هیجانات) می تواند بر فرایند تصمیم گیری و تفکر دست کم در شرایط و رویدادهای معین اثر بگذارد. غالباً احساسات منفی مانند خشم، غم و اندوه و ترس بر فرایند تفکر و تصمیم گیری تأثیر دارند (قاسم زاده، ۱۳۹۴). عواطف مذکور را می توان در مجموع به نام عواطف منفی نام گذاری کرد و در نقطه مقابل عاطفه مثبت است که حالتی از انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت بخش است. عاطفه مثبت و منفی، بیانگر ابعاد اصلی حالات عاطفی می باشند (واتسون، کلارک و تلگن^۴، ۱۹۸۸؛ واتسون و تلگن^۵، ۱۹۸۵). در پژوهشی مشخص شد که بین عاطفه مثبت، و بازگشت به اعتیاد رابطه منفی وجود دارد (قاسم زاده، ۱۳۹۴). در مطالعه ای دیگر مشخص شد که عواطف منفی مکانیسم هایی هستند که باعث وابستگی و زیاد شدن مصرف مواد و عود مصرف می شوند (گارلند، بوتیگر و هاوارد^۶، ۲۰۱۱). لذا اغلب پژوهش ها اعتقاد دارند که عواطف منفی می توانند ولع و عود مصرف در افرادی که در حال ترک هستند ایجاد نمایند (بانا، بک، دو و سی^۷، ۲۰۱۰). همچنین شن، لیو، لی، زانگ، و زو^۸ (۲۰۱۲) نشان دادند عاطفه منفی با ولع

1. Shedler, J., & Block, J.
2. Mezzich, Tarter, Feske, Kirisci
McNamee & Day
3. Affect
4. Watson, Clark, & Tellegen,

5. Watson & Tellegen
6. Garland, Boettiger & Howard
7. Banna, Back, Do & See
8. Shen, Liu, Li, Zhang, & Zhou

مصرف مواد همبستگی بالایی دارد. چشم انداز تنظیم عاطفه، مؤلفه‌های درمانی را پیشنهاد می‌کند که به وسیله آن‌ها به مراجعین کمک می‌شود که در تجربه برانگیختگی هیجانی بیشتر راحت باشند و قادر به دسترسی و فهم اطلاعات هیجانی در حل سازگاران مسائل باشند، و همچنین بهتر بتوانند تجارب هیجانی را تعدیل کنند و آن‌ها را بر طبق خواسته‌های موقعیتی بیان کنند (استسیویکر^۱ و همکاران، ۲۰۱۳).

متغیر میانجی مورد مطالعه در پژوهش حاضر، افسردگی می‌باشد. بسیاری از بیمارانی که در جستجوی درمان وابستگی به مواد هستند یا برای درمان وابستگی به مواد ارجاع داده شده‌اند، یک تشخیص دوگانه^۲ دارند (زمستانی یامچی، سهرابی و برجعلی، ۱۳۹۰). منظور این است که آن‌ها علاوه بر تشخیص وابستگی به مواد تشخیص سندرمی دیگر نظیر افسردگی یا اختلالات شخصیت را دارند (بک و همکاران؛ ترجمه گودرزی، ۱۳۸۰). لذا افسردگی از مهم‌ترین همایندهای وابستگی به مصرف مواد است. در پژوهشی که به منظور تعیین عوامل موثر بر گرایش به مصرف مواد انجام شد یافته‌ها نشان دادند که افسردگی و تغییرات خلقی یکی از عوامل موثر بر مصرف مواد هستند (به نقل از نریمانی، ۱۳۸۱). همچنین در پژوهشی دیگر با همین عنوان که بر روی ۹۰ نفر از زندانیان شهر اردبیل انجام شد مشخص شد که افسردگی از بین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده مصرف مواد بیش‌ترین تأثیر را در گرایش جوانان به اعتیاد دارد و پس از آن طلاق والدین، معاشرت با افراد ناباب و سیگار کشیدن مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های گرایش به مصرف مواد هستند (مولوی و رسول‌زاده، ۱۳۸۳). افسردگی می‌تواند نظام‌های شناختی افراد را به صورت غیر منطقی تغییر دهد و تفکر را به سوگیری منفی یا انتخابی هدایت نماید (فتی و فرید حسینی، ۱۳۹۰). لذا افراد مبتلا به افسردگی ممکن است به دلیل بدکارکردی نظام شناختی خود نتوانند تنظیم هیجانی خوبی داشته باشند و پیوسته به دلیل تفکر انتخابی، دید تونلی و سایر خطاهای منطقی در بند عواطف منفی باشند و به نظر می‌رسد که افسردگی می‌تواند نقش میانجی را در تنظیم هیجان‌ات و ولع مصرف داشته باشد.

اعتیاد به مواد مخدر یکی از شایع ترین آسیب های اجتماعی جهان معاصر و از جمله ایران است، به گونه ای که اگر ادعا شود اعتیاد به مواد مخدر یکی از بحران های اصلی دنیای کنونی است و به صورت یک معضل جهانی روز درآمده، افراتی صورت نگرفته است. این مسئله ضرورت پرداختن علمی به این آسیب های اجتماعی را نشان می دهد. بنابراین با توجه به مطالب فوق مبنی بر ارتباط بین ولع مصرف مواد با مشکلات تنظیم هیجانی و عواطف منفی از یک طرف و همچنین ارتباط بین افسردگی (به عنوان متغیر میانجی) با مشکلات تنظیم هیجانی، عواطف منفی و ولع مصرف از طرف دیگر و نهایتاً خلا پژوهشی موضوع حاضر در داخل و خارج کشور، مطالعه حاضر در صدد پاسخ گویی به این سوال می باشد که آیا مدل روابط ساختاری بین مشکلات تنظیم هیجانی و عواطف منفی با ولع مصرف با توجه به میانجی گری افسردگی دارای برآزش می باشد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع مدل روابط ساختاری می باشد. جامعه آماری این پژوهش عبارت از معتادان بستری در مراکز ترک اعتیاد تحت پوشش شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان آذربایجان غربی بود که در شش ماهه دوم ۱۳۹۴ در مراکز بستری بوده اند ($N=526$). نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۲۱۶ فرد معتاد مبتلا به ولع مصرف بود که از بین جامعه آماری با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند ($n=216$). میانگین سنی مشارکت کنندگان در این پژوهش $33/78$ و انحراف استاندارد ۸/۷۱ بود. همچنین $94/90$ درصد از مشارکت کنندگان مذکر بودند. از جمله ملاک های ورود سابقه مصرف حداقل یک ماده مخدر، رضایت برای همکاری و داشتن حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۶۲ سال بود و ملاک های خروج عدم رضایت بر همکاری و پاک بودن فرد از مصرف مواد بود.

ابزار

۱- مقیاس سنجش ولع مصرف مواد: پرسشنامه سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک توسط صالحی فدردی، بر عرفان و امین یزدی (۱۳۸۹) ساخته شده که از ۲۰ گویه تشکیل شده است و به منظور سنجش میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف به کار می‌رود. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۶ تایی (کاملاً درست است=۵ و اصلاً درست نیست=۰) می‌باشد. برای سنجش روایی از پرسشنامه اطمینان موقعیتی آنیس و گراهام (۱۹۸۸) ($r = 0/53$)، هوس روانی راب و همکاران، (۲۰۰۴) ($r = 0/48$) و عواطف مثبت ($r = - 0/32$) و عواطف منفی، ($r = 0/55$) واتسون، کلارک و تلگان (۱۹۸۸) استفاده شد که جهت و اندازه همبستگی‌ها تأیید کننده روایی می‌باشد. میزان اعتبار (آلفای کرونباخ) در مطالعه حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

۲- مقیاس دشواری‌های هیجانی: این مقیاس شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده‌مقیاس می‌باشد. خرده‌مقیاس‌ها شامل: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. شیوه نمره‌گذاری به این صورت است که از شرکت کنندگان خواسته می‌شود مشخص کنند هر عبارت چقدر در مورد آن‌ها کاربرد دارد. پاسخ در دامنه‌ی یک تا پنج قرار می‌گیرد. همسانی درونی کلی برابر با ۰/۹۳ می‌باشد و برای هر خرده‌مقیاس به ترتیب، ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ می‌باشد. هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده تنظیم هیجان پایین خواهد بود. میزان اعتبار بر حسب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۶۹ به دست آمد.

۳- مقیاس افسردگی بک: مقیاس افسردگی بک دارای دو فرم بلند و کوتاه است. فرم بلند آن که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته، دارای ۲۱ گویه است که پاسخ‌های آن روی یک مقیاس چهار درجه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بررسی‌ها معمولاً دامنه‌ی بالایی از همبستگی میان نمره‌های این مقیاس و سایر مقیاس‌های افسردگی به دست آورده‌اند. برای نمره‌گذاری از فرد خواسته می‌شود بر حسب وضعیت خود به سوالات پاسخ دهد سپس نمره‌های فرد که از ۰-۳ درجه‌بندی شده، با هم جمع شده و نمره

افسردگی کل به دست می آید. بررسی هایی که در زمینه ی اعتبار پرسش نامه انجام گرفته، نشان دهنده ی ضریب ثبات درونی ۰/۷۳ تا ۰/۶۵ و اعتبار باز آزمایی در فواصل چند ساعت تا چهار ماه از ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ می باشد. میزان اعتبار این مقیاس بر حسب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

۴- مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی (پاناس): یک ابزار سنجش ۲۰ گویه ای است که برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده است (واتسون، و همکاران، ۱۹۸۸). هر خرده مقیاس دارای ۱۰ گویه است. برای نمره گذاری از طیف لیکرت ۵ تایی (۱= بسیار کم تا ۵= بسیار زیاد) استفاده می شود. از نظر ویژگی های روان سنجی (اعتبار و روایی)، مطلوب است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). اعتبار به روش همسانی درونی برای پاناس منفی ۰/۸۷ و برای پاناس مثبت ۰/۸۸ است. اعتبار باز آزمایی با فاصله ۸ هفته برای پاناس منفی ۰/۷۱ و برای پاناس مثبت ۰/۶۸ گزارش شده است. روایی این ابزار به کمک محاسبه ی همبستگی میان پاناس منفی و پاناس مثبت با برخی ابزارهای پژوهش که سازه های مرتبط با این دو مقیاس را می سنجند مانند اضطراب، بر آورده شده است. در یک مطالعه در جمعیت ایرانی ضریب روایی ۰/۷۷- و ۰/۸۳ به ترتیب برای پاناس مثبت و پاناس منفی نشان داده شد (کاویانی، سلیمانی، سجادی و نظری، ۱۳۸۲). میزان اعتبار این پرسشنامه بر حسب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۷۵ به دست آمد.

روش اجرا

در این پژوهش، برای مشخص شدن نمونه پژوهش و جمع آوری اطلاعات مورد نیاز به شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان آذربایجان غربی مراجعه کرده و بعد از هماهنگی با مسئولین مربوطه، آمار کمپ های استان اخذ شد و سپس به کمپ های مختلف مراجعه شد. یکی از اتاق های کمپ به عنوان محل کار پژوهش گران تعیین شد به دنبال آن با مسئول کمپ جلسه ای تشکیل داده و اطلاعات لازم در ارتباط با وضعیت معتادان جمع آوری شد. سپس معتادین انتخاب شده مورد پرسش قرار گرفتند. داده های

جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و AMOS و براساس آزمون‌های توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، مدل معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و (انحراف استاندارد) سن شرکت کنندگان در تحقیق ۳۳/۷۸ (۶/۶۶) سال بود؛ میزان ۹۴/۴ شرکت کنندگان را مردان و (۵/۱٪) آن‌ها زنان بودند. از نظر تحصیلات اکثراً راهنمایی (۳۶/۱٪) و کمترین آن‌ها بیسواد (۳/۷٪) بودند. بیشتر مصرف کنندگان هروئین (۳۱/۹٪) و کمترین حشیش (۱/۴٪) بود. از کل معتادان ۴۱/۷٪ برای اولین بار برای ترک مراجعه کرده بودند و بقیه بیش از دو بار برای ترک اقدام کرده بودند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	N	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
بازداری رفتاری	۲۱۶	۹/۰۰	۲۶/۰۰	۱۸/۰۱	۵/۲۴
فعال سازی رفتاری	۲۱۶	۲۳/۰۰	۴۲/۰۰	۳۰/۷۲	۴/۸۲
افسردگی	۲۱۶	۱۳/۰۰	۵۲/۰۰	۳۱/۵۱	۱۰/۴۰
مشکلات تنظیم هیجانی	۲۱۶	۶۵/۰۰	۱۳۶/۰۰	۹۹/۷۰	۲۱/۰۸
عاطفه منفی	۲۱۶	۱۳/۰۰	۴۱/۰۰	۲۸/۳۱	۸/۲۷
ولع مصرف مواد	۲۱۶	۲۲/۰۰	۸۷/۰۰	۵۷/۴۰	۲۳/۲۵

ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی سیستم‌های مغزی رفتاری با ولع مصرف موادمخدر

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
ولع مصرف	۱				
بازداری رفتاری	۰/۸۶۹**	۱			
فعال سازی رفتاری	-۰/۷۷۶**	-۰/۷۵۴**	۱		
افسردگی	۰/۸۸۹**	۰/۸۲۴**	-۰/۶۷۸**	۱	
مشکلات تنظیم هیجانی	۰/۷۰۴**	۰/۷۲۴**	-۰/۷۵۰**	۰/۸۲۳**	۱
عاطفه منفی	۰/۷۰۶**	۰/۸۲۶**	-۰/۷۳۰**	۰/۸۳۶**	۰/۸۶۷*

همانطوری که در جدول ۲ ملاحظه می شود نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین ولع مصرف موادمخدر با سیستم بازداری رفتاری ($r=0/869$)؛ افسردگی ($r=0/889$)؛

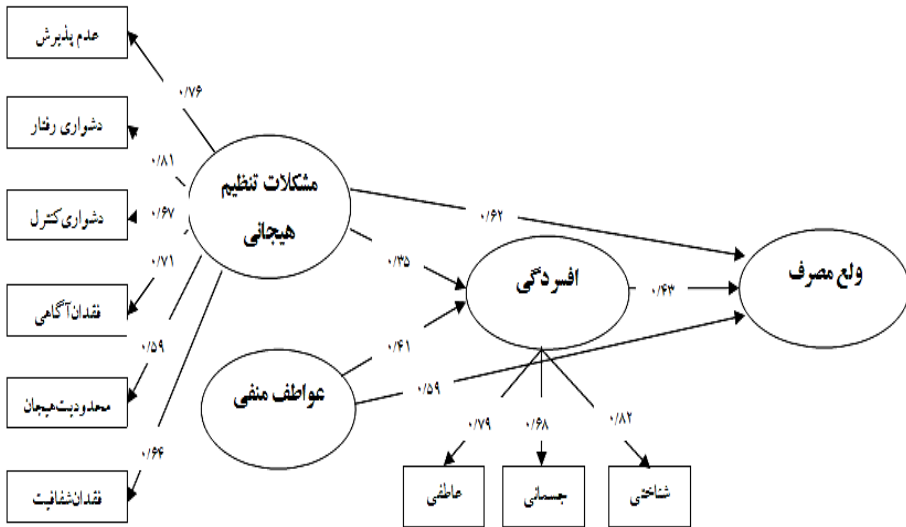
مشکلات تنظیم هیجانی ($r=0/704$) و عاطفه منفی ($r=0/706$)؛ رابطه مثبت و بین ولع مصرف موادمخدر با سیستم فعال سازی رفتاری رابطه منفی ($r=-0/776$) وجود دارد. مقایسه شاخص های برازش مدل پیشنهادی و مدل اصلاح شده در جدول ۳ ارائه شده است. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، هر چند که در مدل پیشنهادی اولیه سه شاخص معذور خی نسبی (CMIN/DF)، نکویی برازش انطباقی (AGFI) و شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) برازش مدل را مورد تأیید قرار می دهند. با این وجود شاخص های دیگر از جمله شاخص نکویی زیرنویس برازش (GFI)، شاخص برازش افزایش (IFI)، شاخص برازندگی توکر- لویس (TLI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI) و جذر میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) عدم برازش مدل پیشنهادی را تأیید کرده و نیاز به اصلاح مدل را نشان می دهند، از این رو به منظور بهبود مدل، دو اصلاح همبسته کردن مسیر متغیرها و مسیر خطاها که بین متغیرهای اصلی این خطاها همبستگی بالایی وجود داشت از بین گزینه های پیشنهادی نرم افزار AMOS انتخاب و همبسته شدند. بعد از اعمال تغییرات و اصلاح، مدل مجدداً مورد آزمون قرار گرفت و همان طور که در جدول ۳ ارائه شده تمامی شاخص های برازش مدل اصلاحی برازش مدل را تأیید کردند.

۲۰۶

206

جدول ۳: مقایسه شاخص های برازندگی مدل پیشنهادی و اصلاح شده

شاخص ها	CMIN / DF	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	PNFI	RMSEA A
بازه ی قابل قبول	۱ تا ۵	> 0/90	> 0/80	> 0/90	> 0/90	> 0/90	> 0/50	> 0/08
مدل پیشنهادی اولیه	۲/۴۷	0/۸۹	0/۸۳	0/۸۹	0/۸۵	0/۸۹	0/۶۴	0/۰۸۶
وضعیت برازش	برازش	عدم برازش	برازش	عدم برازش	عدم برازش	عدم برازش	برازش	عدم برازش
مدل اصلاح شده نهایی	۱/۸۶	0/۹۲	0/۸۶	0/۹۴	0/۹۱	0/۹۴	0/۶۴	0/۰۶۶
وضعیت برازش	برازش	برازش	برازش	برازش	برازش	برازش	برازش	برازش



شکل ۱: مدل اصلاح شده نهایی به همراه ضرایب استاندارد مسیرها

ضرایب استاندارد مسیرها در شکل ۱ حاکی از آن است که مسیر مشکلات تنظیم هیجان با ولع مصرف ($\beta = 0.62$)؛ مسیر مشکلات تنظیم هیجان با افسردگی ($\beta = 0.35$)؛ مسیر عواطف منفی با ولع مصرف ($\beta = 0.59$)؛ مسیر عواطف منفی به افسردگی ($\beta = 0.41$) و مسیر افسردگی به ولع مصرف ($\beta = 0.43$) در سطح آماري $P < 0.01$ معنادار است. همچنین به منظور بررسی معناداری روابط واسطه‌ای از آزمون بوت استراپ نرم افزار AMOS استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون بوت استراپ برای مسیرهای غیر مستقیم

متغیرهای پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	نمونه‌گیری مجدد	حد پایین	حد بالا	فاصله اطمینان
مشکلات تنظیم هیجان	افسردگی	ولع مصرف	۲۱۶	-۰/۰۰۴	۰/۱۳۸	۰/۹۵
عواطف منفی	افسردگی	ولع مصرف	۲۱۶	-۰/۰۰۶	۰/۱۹۳	۰/۹۵

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که حد پایین و حد بالای مسیرهای غیر مستقیم مشکلات تنظیم هیجان به ولع مصرف از طریق افسردگی و عواطف منفی به ولع مصرف از طریق افسردگی، صفر را در بر نمی‌گیرند و این حاکی از معنادار بودن این مسیرهای غیر مستقیم است.

بحث و نتیجه گیری

موضوع پژوهش حاضر بررسی رابطه مشکلات تنظیم هیجانی و عواطف منفی با ولع مصرف با توجه به میانجی‌گری افسردگی بود. یافته‌های تحقیق نشان داد بین ولع مصرف مواد مخدر با سیستم بازداری رفتاری ($r=0/869$)؛ افسردگی ($r=0/889$)؛ مشکلات تنظیم هیجانی ($r=0/704$) و عاطفه منفی ($r=0/706$)؛ رابطه مثبت وجود دارد ولی بین ولع مصرف مواد مخدر با سیستم فعال‌سازی رفتاری رابطه منفی ($r=-0/776$) وجود دارد. همچنین تحلیل روابط ساختاری نشان داد که ضرایب استاندارد مسیر مشکلات تنظیم هیجان با ولع مصرف ($\beta=0/62$)؛ مسیر مشکلات تنظیم هیجان با افسردگی ($\beta=0/35$)؛ مسیر عواطف منفی با ولع مصرف ($\beta=0/59$)؛ مسیر عواطف منفی به افسردگی ($\beta=0/41$) و مسیر افسردگی به ولع مصرف ($\beta=0/43$) در سطح $0/01$ معنادار است؛ و همچنین حد پایین و حد بالای مسیرهای غیرمستقیم مشکلات تنظیم هیجان و عاطفه منفی به ولع مصرف از طریق افسردگی صفر را در بر نمی‌گیرند و این حاکی از معنادار بودن این مسیرهای غیر مستقیم است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های بون میلر، واجانویچ، و زوانسکی¹ (۲۰۰۹)، روزنبرگ² (۲۰۰۹)، شن، و همکاران (۲۰۱۲)، استسیویکز³ و همکاران (۲۰۱۳)، شدلر و بلاک⁴ (۱۹۹۰)، آلدائو⁵ و همکاران (۲۰۱۰)، اسکندری و هلمی (۲۰۱۴)، مزیح⁶ (۲۰۰۷)، بانا⁷ (۲۰۱۰)، قاسم‌زاده (۱۳۹۴)، بک و همکاران؛ ترجمه گودرزی (۱۳۸۰)، نریمانی (۱۳۸۱)، مولوی و رسول‌زاده (۱۳۸۳) همسو است. بطوری که شن و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند عاطفه منفی با ولع مصرف مواد همبستگی بالایی دارد. در تحقیق دیگر، فراتحلیلی از ۱۱۴ مطالعه انجام شده، در ارتباط با آسیب‌شناسی روانی و راهبردهای تنظیم هیجان آشکار شد که سرکوب هیجان با اختلالات مصرف مواد ارتباط دارند (آلدائو، نولن و اسویزر، ۲۰۱۰). همچنین اسکندری و هلمی گزارش کردند که افراد مستعد به اعتیاد در مقایسه با گروه کنترل از سطح تکانشگری، ریسک‌پذیری و هیجان‌خواهی

1. Bonn Miller, Vujanovic, & Zvolensky
2. Rosenberg
3. Stasiewicz

4. Shedler, & Block
5. Aldao
6. Mezzich
7. Banna

بالا تری برخوردارند. همچنین نتایج نشان داد که افراد مستعد به اعتیاد تفاوت قابل توجهی در متغیر هیجان خواهی با گروه کنترل داشتند (اسکندری و هلمی، ۲۰۱۴).

از جمله عواملی که منجر به گرایش افراد به مصرف مواد می شود، فرار از مشکلات، ناتوانی در حل مسئله، و اختلال رفتاری است. یکی از اختلالاتی که با مصرف مواد رابطه دارد افسردگی است. با توجه به اینکه افراد مستعد گرایش به مواد در کنترل هیجان‌ات مشکل دارند؛ از طرف دیگر عاطفه منفی نیز در ولع مصرف نقش دارد افسردگی می تواند به عنوان یک عامل واسطه‌ای عمل کند. در پژوهش حاضر نیز هدف ما بررسی روابط ساختاری بین متغیرهای مشکل تنظیم هیجانی و عاطفه منفی با ولع مصرف مواد بود که در این رابطه نقش افسردگی به عنوان میانجی متغیرهای فوق بررسی شد. همچنان که نتایج نشان داد در مدل ارائه شده افسردگی به عنوان میانجی بین متغیرهای مشکل تنظیم هیجانی و عاطفه منفی با ولع مصرف نقش دارد. در تمامی این بررسی‌ها عوامل هیجانی (به عنوان متغیرهای میانجی در مطالعه حاضر) با ولع مصرف رابطه مستقیم داشته و پیش‌بینی کننده آن می باشد. طبق نظر لازاروس، فرد در رویارویی با یک رویداد بزرگ یا فشار روانی شدید با دو منبع استرس رو به رو است، نخست خود موقعیت استرس آمیز بوده که ممکن است زندگی فرد و سلامتی وی را تهدید کند و باعث کاهش مراقبت فردی شود و دوم واکنش فرد به این موقعیت ممکن است به همان اندازه تهدید کننده باشد. اضطراب شدید، آشفتگی و ناامیدی می تواند کنترل بر رفتار فرد را کاهش داده و از توانایی او برای حل مسئله بکاهد (توئیتس^۱، ۱۹۸۶) و او را آماده اعتیاد و مصرف بیشتر مواد کند. در پژوهش دیگری نشان داده شده که استرس و تجارب استرس‌زا در زندگی با اولین مصرف الکل، مشکلات ناشی از الکل، مصرف سیگار و در نهایت وابستگی به موادمخدر ارتباط معنادار دارد (کارتوییس^۲ و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از نوری، کلیشادی و ضیاء الدینی، ۱۳۸۹). در واقع می توان نتیجه گرفت که محیط پرفشار ممکن است در استفاده مفرط از الکل و مواد، وابستگی به مواد، ولع مصرف مواد و عود دخیل باشد.

با توجه به اینکه یکی از مشکلات اساسی جامعه اعتیاد است و این معضل بیشتر افراد فعال جامعه را درگیر خود کرده (بطوری که میانگین سنی تحقیق حاضر ۳۳/۷۸ سال می‌باشد) و افسردگی و کنترل هیجانات در این مشکل موثر است؛ پیشنهاد می‌شود خانواده‌ها و دستگاه‌های دولتی در پیشگیری از اختلالات رفتاری فعال تر عمل کنند و از مراکز مشاوره جهت درمان واز آموزش مهارت‌های زندگی بهره‌مند شوند.

منابع

- بک، آرون تی؛ رایت، فرددی (۱۳۸۰). *درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*. ترجمه: محمدعلی گودرزی (۱۳۸۰). شیراز: راهگشا.
- زمستانی یامچی، مهدی؛ سهرابی، فرامرز؛ برجلی، احمد (۱۳۹۰). تاثیر مداخلات روان‌درمانی حمایتی گروهی به شیوه IPT در کاهش علائم افسردگی بیماران مرد مبتلا به اعتیاد. *مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۲(۸)، ۳۰-۱۷.
- صالحی فدردی، جواد؛ ضیائی، سیده سلیل (۱۳۸۹). فرایندهای شناختی ضمنی و سوگیری توجه به سمت رفتارهای اعتیادی: معرفی، ساخت و کاربرد آزمون استروپ اعتیاد. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۴۵)، ۳۵۸-۳۸۹.
- صالحی فدردی، جواد؛ بر عرفان، زرین؛ امین یزدی، امیر (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه به مواد و بهبود شاخص‌های درمانی معتادان تحت درمان سم‌زدایی. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱(۲)، ۵۶-۲۹.
- صرامی، حمید؛ قربانی، مجید؛ مینوی، محمود (۱۳۹۲). بررسی دوده تحقیقات شیوع شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۷)، ۳۶-۹.
- فتی، لادن؛ فرید حسینی، فرهاد (۱۳۹۰). *شناخت درمانی، مبانی و فراتر از آن*. تهران: دانه.
- قاسم‌زاده، امید (۱۳۹۴). بررسی نقش عاطفه مثبت و امیدواری در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد افراد وابسته به مواد در شهر زاهدان. *فصلنامه دانش انتظامی سیستان و بلوچستان*، ۶(۱۵)، ۳۸-۲۷.
- کاویانی، حسین؛ سلیمانی، لیلیا؛ سجادی، سحر و نظری، علی (۱۳۸۲). پدیدارشناسی حافظه سرگذشتی واقعی و خیالی در افراد سالم و افسرده، *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۵(۲)، ۱۵-۱.
- ملازاده، جواد؛ عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. *دو ماهنامه دانشور رفتار*، ۳۴(۱۶)، ۱۲-۱.
- مولوی، پرویز؛ رسول‌زاده، بهزاد (۱۳۸۳). بررسی عوامل موثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۶(۲۱)، ۵۵-۴۹.

میکائیلی منبع، فرزانه (۱۳۹۲). مقایسه مشکلات تنظیم هیجانی در افراد با رفتارهای جنسی پرخطر و عادی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۳(۱۰۹)، ۲۱۴-۲۰۶.

نریمانی، محمد (۱۳۸۱). *اعتیاد و روش های پیشگیری و درمان آن*. اردبیل، انتشارات شیخ صفی الدین اردبیلی.

یار محمدی واصل، مسیب؛ علی پور، فرشید؛ بسطامی، مالک؛ ذوالفقاری نیا؛ منیره؛ بزازاده، نیلوفر (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای نظم جویی شناختی هیجان در رابطه بین سیستم‌های مغزی رفتاری و تکانشگری با اولع مصرف در اعتیاد به مواد محرک. *فصلنامه عصب روان‌شناسی*، (۲۱)، ۶۷-۵۱.

یعقوبی، حمید؛ طارمیان، فرهاد؛ پیروی، حمید؛ ظفر، مسعود (۱۳۹۱). *شیوع شناسی مصرف مواد درمیان دانشجویان دانشگاه‌های تابع وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و بررسی عوامل خطر و حفاظت کننده*. طرح ستاد مبارزه با مواد مخدر.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.

Banna, K. M., Back, S. E., Do, P., See, R. E. (2010). Yohimbine stress potentiates conditioned cue-induced reinstatement of heroin-seeking in rats. *Behavioral Brain Research*, 208(1), 144-148. DOI: 10.1016/j.bbr.2009.11.030.

Basharpour, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani, M., Massah, O. (2014). The Role of Self-compassion, Cognitive Self-control, and Illness Perception in Predicting Craving in People With Substance Dependency. *Research Paper*, 2(3), 155-164.

Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2008). An evaluation of the nature of marijuana use and its motives among young adult active users. *American Journal of Addiction*, 18, 409-416. DOI: 10.3109/10550490903077705.

Eskandari, H., Helmi, S. (2014). The role of impulsivity, risk-taking, and sensation-seeking in people prone to substance abuse. *Applied Psychology*, 6, 48-60.

Carland, E. L., Boettiger, H. A., Howard, M. O. (2011). Targeting cognitive-affective risk mechanisms in stress-precipitated alcohol dependence: An integrated, bio psychosocial model of automaticity, allstasis and addiction. *Medical Hypotheses*, 76, 745-754.

Hall, K. M., Irwin, M. M., Bowman, K. A., Frakenderger, W., Jewtt, D. C. (2005). Illicit use of prescribed stimulant medication among college students. *Journal of Alcohol Health*, 53(4), 167-174.

Mezrich, A. C., Tarter, R. E., Feske, U., Kirisci, L., McNamee, R. L., & Day, B. S. (2007). Assessment of risk for substance use disorder consequent to consumption of illegal drugs: Psychometric validation of the neurobehavioral disinhibition trait. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 508-515.

Rosenberg, H. (2009). Clinical and Laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 519-534.

Saah, T. (2005). The evolutionary origins and significance of drug addiction. *Harm Reduction Journal*, 2(8), DOI: 10.1186/1477-7517-2-8.

- Saniotis, A. (2010). Evolutionary and anthropological approaches towards understanding human need for psychotropic and mood altering substances. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(4), 477-484.
- Shedler, J., & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45(5), 612-630.
- Shen, W., Liu, Y., Li, L., Zhang, Y., & Zhou, W. (2012). Negative moods correlate with craving in female methamphetamine users enrolled in compulsory detoxification. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(44), 11-8, DOI: 10.1186/1747-597X-7-44.
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Schlauch, R. C., Coffey, S. F., Gulliver, S. B., Gudleski, G. D., & Bole, C. W. (2013). Affect regulation training (ART) for alcohol use disorders: Development of a novel intervention for negative affect drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(5), 433-443.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A., (1988). Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- World Health Organization (2007). World drugs report. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved from <http://www.unodc.org/documents/dataand-analysis/WDR2007.pdf>.