

ارتباط تنظیم هیجان و منبع کنترل با خودکنترلی شناختی در افراد وابسته به مواد

فاطمه قربانی^۱، بابک پرافکنده^۲، اسحاق حیدری^۳، سجاد علمردانی صومعه^۴، حدیث حیدری راد^۵

۱. کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
۲. کاردان معماری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک، اراک، ایران.
۳. کارشناس حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج، سنندج، ایران.
۴. کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول)
۵. کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

مقدمه: اعتیاد ابتلای اسارت‌آمیز فرد به ماده یا داروی مخدر است، به گونه‌ای که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته می‌کند و کلیه رفتارهای فردی و اجتماعی او را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. هدف از انجام پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه تنظیم هیجان و منبع کنترل با خودکنترلی شناختی در افراد وابسته به مواد بوده انجام گردید.

روش: این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد شهرستان فامنین در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ بوده است. تعداد ۱۱۰ نفر از این افراد به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تنظیم هیجان، منبع کنترل و خودکنترلی شناختی پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده نیز با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس.» تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که خودکنترلی شناختی با مؤلفه‌های منفی تنظیم هیجان و منبع کنترل بیرونی ارتباط منفی و با مؤلفه‌های مثبت تنظیم هیجان و منبع کنترل درونی ارتباط مثبت داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: این نتایج تلویحات مهمی در آسیب‌شناسی سوء مصرف مواد دارد. بر این اساس متخصصان بالینی می‌توانند از راهبردهای تنظیم هیجان و منبع کنترل درونی برای مقابله با سوء مصرف مواد استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: تنظیم هیجان، منبع کنترل، خودکنترلی شناختی، وابستگی به مواد.

*Email: s_a_s139@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۵، شماره ۲، پیاپی ۲۹
پائیز و زمستان ۱۳۹۶
صص: ۷۵-۸۴۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۱۶

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 15, No. 2, Serial 29

Autumn & Winter
2017-2018

pp.: 75-84

مقدمه

وابستگی به مواد به معنای تمایل شدید فرد به ادامه مصرف یک ماده می‌باشد به طوری که وابستگی به عنوان یک سندرم بالینی با جنبه‌های رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی باعث می‌شود که فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. اعتیاد را می‌توان به عنوان یک حالت پایدار تعریف کرد که در آن ظرفیت فرد برای تنظیم رفتارهای اجباری جستجوی دارو کاهش می‌یابد بدون اینکه خطر پیامدهای منفی جدی این رفتار در نظر گرفته شود [۱].

از دیدگاه روان‌پزشکی و پزشکی فرد معتاد یک بیمار است و بیماری وی مانند سایر بیماری‌ها نیازمند پیشگیری‌های اولیه و ثانویه می‌باشد. همان‌گونه که در پیشگیری اولیه فرزندان باید به آموزش مسائل و مشکلات اعتیاد در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی پرداخت تا در سنین بالاتر گرفتار اعتیاد نگردند، در پیشگیری ثانویه انجام اقدامات لازم پیگیری درمانی ضروری است که وقتی بیمار کاملاً بهبود یافته، با رعایت توصیه‌های پزشکی بهداشتی از بازگشت بیماری جلوگیری نموده و دیگران نیز با رعایت همین اصول مراقب سلامتی خویش باشند. از آنجایی که در مورد اعتیاد مثل سایر بیماری‌ها، به معالجه بیش از پیشگیری توجه شده است موفقیت‌چندانی در این زمینه به دست نیامده است [۲]. بر اساس برآوردهای موجود فقط در ایالات متحده، ۲۲/۶ میلیون نفر وابسته به مواد محرک هستند [۳]. تعداد مصرف‌کنندگان مواد در سطح جهان به ۱۹۰ میلیون نفر می‌رسد و در ایران نیز آمار رسمی معتادان کشور را دو میلیون نفر اعلام کرده‌اند که میانگین سنی این افراد ۱۸ سال می‌باشد [۴]. بررسی آمارهای اخیر و مقایسه آن با آمارهای گذشته نشان می‌دهد در طی ۴۰ سال گذشته روند کلی اعتیاد رو به افزایش بوده است [۵]. با توجه به آمارهای موجود، برنامه‌های پیشگیری و بازتوانی زیادی هم برای اعتیاد طراحی و اجرا شده ولی متأسفانه آمار اعتیاد خصوصاً در افرادی که سابقه ترک دارند، همچنان بالاست [۶]. با توجه به چنین شرایطی به نظر می‌رسد که عوامل تأثیرگذار بر انگیزه ترک و ادامه پرهیز به طور دقیق شناسایی نشده و روش‌های درمانی و برنامه‌های کنترل از اثربخشی خیلی بالایی برخوردار نیستند [۷].

پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطر ساز و سبب‌شناسی چندگانه متمرکز شده‌اند. اگرچه بر عامل‌های اجتماعی در گرایش به مواد تأکید بسیار می‌شود، اما سوء مصرف می‌تواند با فرایندهای زیستی و روان‌شناختی نیز مرتبط باشد [گلانتز، ۱۹۹۲؛ نقل از ۸]. سال‌ها پژوهش به نقش مهم تنظیم هیجان

در سازش با وقایع تنیدگی‌زای زندگی وضوح بخشیده است [۹]. تنظیم هیجان مبتنی است بر فرایندهای درونی و بیرونی پاسخ‌دهی در برابر مهار و نظارت، ارزیابی و تعدیل تعاملات هیجانی به خصوص خصایص زودگذر و تند آن‌ها برای به تحقق رسیدن اهداف [۱۰]. تنظیم هیجان می‌تواند آگاهانه یا ناآگاهانه، زودگذر یا دائمی و رفتاری و یا شناختی باشد، تنظیم هیجان رفتاری، نوعی از تنظیم هیجان است که در رفتار آشکار فرد دیده می‌شود نسبت به تنظیم هیجان شناختی که قابلیت مشاهده ندارد و زودگذر است [۱۱]. در واقع تنظیم هیجان به عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است [۸]. اختلال در تنظیم هیجان و تکانشگری می‌تواند خطر آسیب‌پذیری سوءمصرف مواد را پیش‌بینی کند [۱۲]. همچنین اختلال در تنظیم هیجان یا تأثیر منفی آن از ویژگی‌های افراد معتاد می‌باشد [۱۳]. تانگ، تانگ و پوسنر [۱۴] دریافتند افزایش تنظیم هیجان و بهبود فعالیت مغز می‌تواند در پیشگیری و درمان اعتیاد کمک کند. کلیور، ریلی، زهراکیس، بوری و همکاران [۱۵] به این نتیجه رسیدند که مدیریت پاسخ‌های هیجانی استرس می‌تواند به طور مؤثری واکنش‌های فیزیولوژیکی زنان را تحت تأثیر قرار دهد و خطر ابتلا به سوءمصرف مواد را کاهش دهد. سطح پایین تنظیم هیجان که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها است، در شروع مصرف مواد نقش دارد [۱۶]. هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی همسالان تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند [۱۷]. در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند [۱۸]. بین بیانگری هیجان منفی در خانواده با دشواری‌های تنظیم هیجان رابطه معناداری مشاهده گردید [۱۹].

شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که تفاوت‌های فردی در خودکنترلی شناختی^۲ می‌تواند در پیامدهای درمانی اختلالات مرتبط با مواد نقش داشته باشد. خودکنترلی عبارت است از تعارض درون فردی بین منطق و هوس، شناخت و انگیزه و برنامه‌ریزی و اقدام درونی که نتیجه آن غلبه قسمت

^۲ Cognitive Self-Control

^۱ Glantz

پایینی دارند، در پیش‌بینی پیامدهای منفی بلندمدت رفتار خود مشکل دارند، بدین ترتیب پیامدهای رفتار اعتیادی خود را به میزان کمتری مورد بازبینی قرار می‌دهند. برعکس افراد دارای خودکنترلی بالا به دلیل اینکه به آسانی می‌توانند آینده سوء رفتارهای خود را خطرآفرین و هزینه‌بر تشخیص دهند، به میزان بیشتری احساس گناه کرده و برای درمان با انگیزه می‌شوند. ویسر، دی وینتی، ونسترا، ورهولست و ریچنولد [۲۷] گزارش نمودند که سوء‌مصرف‌کنندگان الکل در مقایسه با غیر سوء‌مصرف‌کنندگان دارای خودکنترلی پایین بودند. فوکس، هونگ و سینها^۱ [۲۸] در مطالعه‌ای روی افراد مبتلا به سوء مصرف الکل به این نتیجه دست یافتند که بین افراد مصرف‌کننده و بیماران وابسته به الکل در آگاهی نسبت به هیجانات و مشکلات مربوط به کنترل تکانه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین در بیماران وابسته به الکل پس از پنج هفته پرهیز مداوم، بهبودی زیاد در آگاهی نسبت به هیجانات مشاهده شد. مطالعات گل‌من^۲ [۲۹]، پارکر^۳ و همکاران [۱۶] نشان داد سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌هاست، در شروع مصرف مواد نقش دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی‌های خود را کنترل کنند به احتمال زیاد مصرف‌کننده دائمی مواد می‌شوند [۳۰] کراندل، دیتز-دکار، ریلی [۳۱] در پژوهشی نشان دادند که ظرفیت کم در کنترل شناختی و هیجان با افزایش خطر بدرفتاری کودک همراه است. چستر، لینام، میلیچ، پاول، اندرسون، دیوال [۳۲] در پژوهشی دریافتند افرادی که هیجانات منفی دارند در خودکنترلی دچار درماندگی می‌شوند و ممکن است کارایی تنظیم‌کننده مغزشان بیش‌ازحد واکنش نشان دهد.

از جمله عاملی که می‌تواند در پیشگیری و کاهش اختلالات روانی و همچنین مشکلات ناشی از آن مانند خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی و اضطراب نقش مؤثری داشته باشد، منبع کنترل درونی است. منظور از منبع کنترل^۴ این است که شخص تا چه اندازه باور دارد که می‌تواند بر زندگی خود مؤثر باشد. مفهوم منبع کنترل برای تقویت ساختار روانی است که از تئوری راتر (۱۹۶۵) نشئت می‌گیرد، منبع کنترل می‌تواند بیرونی و یا درونی باشد، کسانی که منبع کنترل درونی^۵ دارند، معتقدند که سازندگان اصلی زندگی خود هستند، اما کسانی که منبع کنترل بیرونی^۶ دارند معتقدند که آنچه بر سر آن‌ها می‌آید اصولاً محصول شانس، تصادف و یا نتیجه اعمال افراد دیگر است. افرادی که به‌صورت

اول هر کدام از این زوج‌ها بر قسمت دوم است [۲۰]. خودکنترلی را می‌توان از ابعاد گوناگون نگاه کرد. برای مثال، خودکنترلی را به‌عنوان تأخیر خوشنودی و از نظر عملیاتی طول زمانی که فرد برای رسیدن به پیامد ارزشمندتر ولی دیرآیندتر منتظر می‌ماند، توصیف کرده‌اند. نارسایی خودکنترلی با مفهوم تکانشگری رابطه دارد و نشانگر ناتوانی در تفکر در مورد پیامد رفتار است. تفکر در مورد پیامد ولی عمل بر اساس خوشنودی آنی به رفتار بدون پیش‌بینی منجر می‌شود. افراد وقتی خودکنترلی را به کار می‌گیرند که بخواهند به هدف بلندمدتی دست یابند. برای این منظور فرد باید از لذت غذا، الکل، دارو، قمار، سکس، تحریک حسی، چشم‌پوشی کنند. این کار از راه مهار و سوسه‌های دروغ گفتن، فرار از قولی که دادند و نیز آرام ساختن خود به علت ناکامی به دست آمده انجام می‌دهند. در بسیاری از موقعیت‌های بگریخ و دوگانه که فرد باید دست به انتخاب بزند، باید از خودکنترلی استفاده کند. خودکنترلی هسته اصلی بسیاری از مشکلات کودکان و بزرگسالان است. وقتی خودکنترلی را به شکل به تأخیر انداختن خوشنودی نگاه کنیم خواهیم دید که بسیاری از مشکلات ریشه در همین نارسایی دارد. برای مثال در اعتیاد به مواد مخدر، خوشنودی مصرف با اهداف بلندمدت ترک مواد، میل به قماربازی و فواید درازمدت آن برای خود فرد و خانواده تداخل می‌کند. اختلال‌های کنترل تکانش، مانند آتش دوستی، دزدی و موکنی نیز برای رسیدن به خوشنودی آنی و مواجه شدن با پیامدهای منفی بعدی آن است [۲۱]. در واقع تقویت سیستم اعتقادی خودکنترلی باعث افزایش آمادگی فرد برای اجتناب از وسوسه سیگار کشیدن می‌شود، در نتیجه موفقیت در کاهش مصرف سیگار، با اعتقاد به توانایی خودکنترلی تقویت می‌گردد [۲۲]. از این رو افراد با خودکنترلی پایین، در معرض روی آوردن به مصرف مواد و مشکلات ناشی از آن می‌باشند [۲۳]. افرادی که خودکنترلی پایینی دارند شانس زیادی برای تجربه مواد و درگیر شدن با مشکلات مربوط به مصرف مواد را دارند. تحقیقات تجربی زیادی با استفاده از روش‌های مبتنی بر شواهد متنوع به ارتباط بین خودکنترلی کم و مشکلات مربوط به الکل، ماری‌جوانا، کوکائین و سایر مواد مخدر دست یافته‌اند [۲۴]. پژوهش تیلور و همکاران [۲۵] نشان داد که دو حالت خودکنترلی پایین و تکانشی بودن ارتباط مثبت و معنی‌داری با سوء‌مصرف مواد دارد. چاچارد، لوین، کوپرسینو، هیسمان و گرولیک [۲۶] دریافتند افرادی که خودکنترلی

⁴ Locus of control

⁵ Internal Locus of control

⁶ External Locus of control

¹ Fox, Hong & Sinha

² Golman

³ Parker

درونی سلامت و عملکرد شناختی با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی افراد اسکیزوفرن مرتبط است. ارازینی و واگر [۳۹] بیان می‌کنند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی خودکارآمدی بیشتری دارند. استفن، ویلسون و ماسلین^۳ [۴۰] نشان داده‌اند که خودکنترلی به‌طور متفاوتی با ابعاد متمایز وابستگی به نیکوتین ارتباط داشته است. به‌ویژه خودکنترلی با اجبار در مصرف سیگار به علت ولع و تمایل به اجتناب از نشانه‌های ترک همبستگی منفی دارد. کلی^۴ [۴۱] با انجام تحقیقی دریافتند که نوجوانانی که عزت نفس پایین و متوسط دارند، به‌طور معناداری دارای منبع کنترل بیرونی و افرادی که عزت نفس بالا هستند، دارای منبع کنترل درونی می‌باشند. کواتمن^۵ [۴۲] در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی بر خلاف درونی‌ها دارای اضطراب بیشتر، عزت نفس کمتر، کم اعتمادتر، پرخاشگر و با بینش کمتر می‌باشند و در واقع افراد دارای سلامت روانی دارای سازگاری بهتری هستند و کمتر از افراد دارای منبع کنترل بیرونی نگران می‌شوند.

در مجموع، منبع کنترل بیرونی، دشواری در تنظیم هیجان و خودکنترلی شناختی پایین از مشکلات افراد سوء مصرف‌کننده مواد است و این مسئله منجر به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی افراد سوء مصرف‌کننده مواد می‌شود. بنابراین، بررسی این متغیرها می‌تواند در رفتار افراد وابسته به مواد، نقشی مؤثر داشته باشد.

در این مقاله چنانچه بیشتر نیز آمد به دلیل اهمیت مصرف مواد به‌خصوص در شهرستان فامنین تلاش می‌شود تا به بررسی نقش تنظیم هیجان^۶ و منبع کنترل با خودکنترلی شناختی در افراد وابسته به مواد پرداخته شود و همچنین فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گیرند:

- ۱- بین تنظیم هیجان و خودکنترلی شناختی در افراد وابسته به مواد رابطه وجود دارد.
- ۲- بین منبع کنترل و خودکنترلی شناختی در افراد وابسته به مواد رابطه وجود دارد.
- ۳- تنظیم هیجان و منبع کنترل می‌تواند خودکنترلی شناختی را در افراد وابسته به مواد پیش‌بینی کند.

روش

نوع پژوهش

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است.

آزمودنی

شخصیت‌های دارای منبع کنترل درونی مشخص شده‌اند معتقدند تقویتی که دریافت می‌کنند تحت کنترل رفتارها و نگرش‌های خود آن‌ها قرار دارد. آن‌هایی که از شخصیت دارای منبع کنترل بیرونی برخوردارند تصور می‌کنند پاداش‌هایی را که دریافت می‌دارند دیگران، سرنوشت، یا شانس کنترل می‌کنند؛ به عبارت دیگر آن‌ها متقاعد شده‌اند که در رابطه با نیروهای بیرونی ناتوان هستند. افراد دارای منبع کنترل بیرونی که باور دارند رفتار و نگرش آن‌ها بر تقویت‌کننده‌هایی که دریافت می‌کنند تأثیری ندارند، برای به خرج دادن تلاش جهت بهبود بخشیدن به شرایط خود، ارزشی قائل نیستند. در مقابل، افراد دارای منبع کنترل درونی معتقدند که شرایط خود را کاملاً در اختیار داشته و مطابق با آن رفتار می‌کنند. علاوه بر این، این افراد کمتر پذیرای تلاش‌های دیگران برای تأثیر گذاشتن بر آن‌ها هستند، برای مهارت‌های خود ارزش زیادی قائل‌اند و نسبت به نشانه‌های محیطی که برای هدایت کردن رفتار استفاده می‌کنند، هوشیار هستند. آن‌ها از اضطراب کمتر و عزت نفس بالاتر خبر می‌دهند، مسئولیت بیشتری را برای اعمالشان می‌پذیرند و از سلامت روانی و جسمانی بیشتری برخوردارند [۳۳].

چراغی در یک مطالعه آزمایشی (۱۳۸۹؛ به نقل از [۳۴]) نشان داد که مشاوره گروهی و آموزش مهارت‌های زندگی موجب تغییر منبع کنترل بیرونی به منبع کنترل درونی و تقویت نگرش منفی نسبت به سوءمصرف مواد مخدر شد. جیسون، فورد و لیندزی^۱ [۳۵] در تحقیق خود بر روی نمونه‌ای از ۱۰۰۰ دانشجوی مقطع کارشناسی در یک دانشگاه دولتی در ایالات متحده به این نتیجه رسیدند که دانشجویانی که خودکنترلی کمتری دارند در معرض خطر بیشتری برای مشروب خوری، استفاده از ماری‌جوانا و مواد مخدر بودند. چاپارد^۲ و همکاران [۲۶] در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که خودشناسی، خودکنترلی، نگرانی در مورد سلامتی، روابط بین فردی، پذیرش اجتماعی به‌احتمال زیاد در پرهیز افراد بعد از ترک مواد دخیل می‌باشند. چانگ، راهیم، ته، تانگ [۳۶] در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که کنترل والدین ممکن است هیجانات منفی بیشتری را نسبت به خودنظم‌دهی (خودکنترلی) نوجوانان خطرپذیر ایجاد کند. فن، کانگ، شی، چنگ [۳۷] در مطالعه‌ای نشان دادند بین منبع کنترل سلامت و رفتارهای خودمدیریتی در بیماران دیالیزی رابطه بسیار قوی وجود دارد. چانگ، ویوو، وانگ، لیو، پن [۳۸] در مطالعه‌ای دریافتند که خودمفهومی، منبع کنترل

⁴ Kelley

⁵ Quatman

⁶ Emotion regulation

¹ Jason, Ford & Lindsey

² Chauchard

³ Stephen, Wilson & MacLean

پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط «حسینی» مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، پایایی مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی (با ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و باز آزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و اعتبار پرسشنامه‌ی مذکور از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و اعتبار ملاکی مطلوب گزارش شده است [۴۴].

ج) پرسشنامه‌ی خودکنترلی شناختی: مقیاس خودکنترلی شناختی یک ابزار ۲۳ سؤالی است که توسط گراسمیک^۱ و همکاران (۱۹۹۳) برای ارزیابی میزان کنترل شناختی افراد نسبت به خود ساخته شده است. آزمودنی‌ها با سؤالات این مقیاس در یک مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۵) پاسخ می‌دهند که نمرات بالا خودکنترلی بالا را منعکس می‌کند. مطابق با پژوهش‌های قبلی تحلیل عاملی آیتم‌های این مقیاس تنها یک عامل را منعکس کرد. نمرات آزمودنی‌های در این مقیاس همبستگی معنی‌داری با سایر سنجش‌های شناختی خودکنترلی نشان داده و ضریب پایایی این آزمون نیز ۰/۸۱ گزارش شده است [۴۴]. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون بر روی نمونه پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

نتایج

تعداد ۱۱۰ آزمودنی مرد با میانگین سنی ۳۰/۲۱ و انحراف معیار ۷/۰۱ در این پژوهش شرکت داشتند. از بین آزمودنی‌های پژوهش ۱۳ نفر (۱۸/۷ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۴۲ نفر (۳۸ درصد) دارای تحصیلات راهنمایی، ۶۳ نفر (۴۳ درصد) دارای تحصیلات دبیرستان می‌باشند. برای تعیین ارتباط منبع کنترل و تنظیم هیجان با خودکنترلی شناختی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که ماتریس همبستگی آن در جدول ۱ آمده است.

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه معنادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان فامنین در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌داد.

ب) نمونه آماری: تعداد ۱۱۰ معناد از این مراکز به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و در پژوهش شرکت داده شد. در این پژوهش منبع کنترل و تنظیم هیجان متغیرهای پیش‌بین و خودکنترلی شناختی به‌عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه منبع کنترل راتر: پرسشنامه‌ی سنجش منبع کنترل راتر شامل ۲۹ ماده است که در سال ۱۹۹۶ توسط راتر طراحی شده است. از این ۲۹ ماده، ۲۳ ماده بیرونی یا درونی بودن منبع کنترل آزمودنی را می‌سنجد و ۶ ماده دیگر یعنی (۸، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷) به‌منظور پنهان نمودن هدف پرسشنامه طرح‌ریزی شده‌اند. بنابراین، نمره بالا نشانگر منبع کنترل بیرونی و نمره پایین نشانگر منبع کنترل درونی است. فرانکلین بر روی نمرات ۱۰۰۰ نفر، تحلیل عاملی انجام داد و دریافت که همه سؤالات همبستگی معناداری با عامل کلی مشخصی دارند و این عامل را در حدود ۰/۵۳ درصد کل واریانس محاسبه کرده است، غضنفری با استفاده از روش دو نیمه کردن، پایایی این مقیاس را ۰/۸۰ به دست آورده است [۴۳].

ب) پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان: مقیاس این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران در کشور هلند تدوین و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۳۶ سؤالی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان برای افراد بالای ۱۲ سال (هم افراد بهنجار هم جمعیت‌های بالینی) ساخته شده و از پایه‌ی تجربی و نظری خوبی برخوردار بوده و دارای ۹ خرده مقیاس ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران می‌باشد. هر سؤال در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) درجه‌بندی می‌شود و هر خرده مقیاس شامل چهار ماده می‌باشد. نمره کل هر خرده مقیاس از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید؛ بنابراین دامنه‌ی نمرات هر خرده مقیاس از ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس، بیانگر میزان استفاده‌ی بالا از راهبرد در مقابله با وقایع استرس‌زا و منفی است. نسخه‌ی فارسی

^۱ Grasmick

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های خودکنترلی شناختی و تنظیم هیجان

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- خودکنترلی شناختی	۴۸/۰۲	۱۲/۹۲										
۲- مصیبت بار تلقی کردن	۱۳/۵۶	۳/۷۱	-.۰۳۳**									
۳- مقصر دانستن دیگران	۱۲/۶۲	۳/۶۷	-.۰۵۳**	-.۰۱۳**								
۴- مقصر دانستن خود	۱۱/۳۲	۲/۵۹	-.۰۳۳**	-.۰۱۳**	-.۰۵۳**							
۵- تمرکز بر تفکر	۱۳/۸۱	۳/۲۶	-.۰۳۳**	-.۰۱۳**	-.۰۵۳**	-.۰۴۳**						
۶- پذیرش	۸/۵۱	۳/۵۴	-.۰۳۳**	-.۰۱۳**	-.۰۵۳**	-.۰۴۳**	-.۰۱۷**					
۷- توجه مثبت مجدد	۶/۰۴	۳/۴۰	-.۰۳۳**	-.۰۱۳**	-.۰۵۳**	-.۰۴۳**	-.۰۱۷**	-.۰۲۳**				
۸- بازارزیایی مثبت	۷/۶۳	۳/۸۷	-.۰۳۳**	-.۰۱۳**	-.۰۵۳**	-.۰۴۳**	-.۰۱۷**	-.۰۲۳**	-.۰۰۲			
۹- درجای حقیقی خود قرار دادن	۵/۴۰	۳/۶۵	-.۰۳۳**	-.۰۱۳**	-.۰۵۳**	-.۰۴۳**	-.۰۱۷**	-.۰۲۳**	-.۰۰۱			
۱۰- توجه مجدد به برنامه‌ریزی	۱۳/۴۹	۴/۳۲	-.۰۳۳**	-.۰۱۳**	-.۰۵۳**	-.۰۴۳**	-.۰۱۷**	-.۰۲۳**	-.۰۰۱			

پذیرش ($r = 0.29, p < 0.001$)، توجه مثبت مجدد ($r = 0.28, p < 0.001$)، بازارزیایی مثبت ($r = 0.16, p < 0.001$)، درجای حقیقی خود قرار دادن ($r = 0.38, p < 0.001$) و توجه مجدد به برنامه‌ریزی ($r = 0.25, p < 0.001$) از مؤلفه‌های مثبت تنظیم هیجان رابطه معنادار و مستقیم داشت.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که خودکنترلی شناختی با مصیبت بار تلقی کردن ($r = -0.33, p < 0.001$)، مقصر دانستن دیگران ($r = -0.53, p < 0.001$) مقصر دانستن خود ($r = -0.13, p < 0.001$) و تمرکز بر تفکر ($r = -0.23, p < 0.001$) از مؤلفه‌های منفی تنظیم هیجان رابطه معنادار و معکوس و با

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی نمرات آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های خودکنترلی شناختی و منبع کنترل

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳
۱- خودکنترلی شناختی	۴۸/۰۲	۱۲/۹۲			
۲- منبع کنترل بیرونی	۳۵/۶۴	۱۵/۲۶	-.۰۴۳**		
۳- منبع کنترل درونی	۲۷/۰۱	۱۳/۱۲	-.۰۵۶**	-.۰۲۴**	

معکوس و با منبع کنترل درونی ($r = 0.24, p < 0.001$) رابطه معنادار و مستقیم داشت.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که خودکنترلی شناختی با منبع کنترل بیرونی ($r = -0.43, p < 0.001$) رابطه معنادار و

جدول ۳. نتایج ضریب رگرسیون خودکنترلی شناختی بر اساس منبع کنترل و تنظیم هیجان

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R ²	F	Sig	B	SET	Beta	T	P
خودکنترلی شناختی	منبع کنترل بیرونی	-.۰۵۱	۰/۳۹	۲/۹	۰/۰۰۷					
	منبع کنترل درونی					۰/۰۰۶	۰/۰۸	-.۰/۰۹	۰/۱۷	۰/۰۰۴
	مصیبت بار تلقی کردن					۰/۰۳	۰/۰۸	-.۰/۰۴	۰/۹	۰/۹
	مقصر دانستن دیگران					۰/۰۰۵	۰/۰۴	-.۰/۰۳	۰/۱۳	۰/۸
	مقصر دانستن خود					-.۰/۰۸	۰/۰۵	-.۰/۱۹	-۱/۴۸	۰/۰۱
	تمرکز بر تفکر					-.۰/۰۶	۰/۰۷	-.۰/۰۸	-.۰/۷۲	۰/۷
	پذیرش					۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۲۴	۲/۰۷	۰/۰۴
	توجه مثبت مجدد					۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۵۷	۰/۰۵
	بازارزیایی مثبت					۰/۱۸	۰/۱۱	-.۰/۱۸	۰/۴۸	۰/۰۰۱
	درجای حقیقی خود قرار دادن					۰/۱۶	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۴۵	۰/۶
	توجه مجدد به برنامه‌ریزی					-.۰/۰۹	۰/۴	-.۰/۰۶	۰/۶۱	۰/۴

فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کنند. همچنین افرادی که تنظیم هیجانی مثبت بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. در مقابل کسانی که تنظیم هیجانی مثبت پایینی دارند برای مقابله با هیجان‌های منفی خود عموماً به‌سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند. به نظر می‌رسد که افراد وابسته به مواد در مؤلفه‌های مدیریت هیجانی، تصمیم‌گیری، کنترل عواطف خود و دیگران و مهارت‌های اجتماعی توانایی کافی و مناسبی برای از میان برداشتن کمبودهای یاد شده و خودداری از مصرف مجدد مواد ندارند. همچنین افرادی که خودکنترلی شناختی پایینی دارند در تنظیم هیجانی مشکل دارند و به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، معمولاً قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجان‌های خویش نیستند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند. افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت‌های هیجانی خود را به گونه‌ی مؤثری ابراز می‌کنند بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبه‌رو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق‌ترند؛ این افراد از سلامت روانی بیشتری نیز برخوردار خواهند بود. رویدادهای منفی و برانگیزنده را به‌عنوان فرصتی برای چالش در نظر خواهند گرفت نه تهدید [۳۳]؛ اما افراد سالم به دلیل اعتماد به نفس بالا، از برقراری ارتباط با دیگران لذت برده و نوعی عاطفه مثبت در آن‌ها ایجاد می‌شود و این امر باعث سلامت در تمام جنبه‌های عاطفی، روانی، اجتماعی و جسمی آن‌ها می‌شود.

همچنین نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که خودکنترلی شناختی رابطه معنادار و معکوس با منبع کنترل بیرونی و رابطه معنادار و مستقیم با منبع کنترل درونی دارد. این نتایج همخوان با نتایج کلی [۴۱]، کواتمن [۴۲]، چاچارد و همکاران [۲۶]، چانگ و همکاران [۳۶]، فن و همکاران [۳۷]، چانگ و همکاران [۳۸]، ارازینی و واگر [۳۹] می‌باشد. در واقع تعامل اعتیاد و منبع کنترل بیرونی می‌تواند مجموعه وسیعی از مشکلات از جمله افسردگی، اضطراب و اختلال روانی دیگر را برای فرد به ارمغان بیاورد؛ بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و یافته‌های تحقیقات متعدد دیگر می‌توان گفت که افراد دارای سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی کسانی هستند که احساس می‌کنند سرنوشت زندگی خود را بر عهده دارند، زندگی خود را مسئولانه و به‌طور مؤثر کنترل می‌کنند و با موفقیت با موانع و مشکلات زندگی

جدول ۳ نشان می‌دهد که ۳۹ درصد از کل واریانس خودکنترلی شناختی به‌وسیله منبع کنترل و تنظیم هیجان توجیه می‌شود. نسبت F هم نشان می‌دهد که رگرسیون خودکنترلی شناختی بر اساس منبع کنترل و تنظیم هیجان معنی‌دار می‌باشد. نتایج ضرایب رگرسیون نیز نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های منبع کنترل، کنترل بیرونی ($t=0/17$ ، $p<0/004$) و از بین مؤلفه‌های تنظیم هیجان، مصیبت بار تلقی کردن ($t=0/9$ ، $p<0/03$)، مقصر دانستن خود ($t=1/48$ ، $p<0/01$)، پذیرش ($t=2/07$ ، $p<0/04$)، توجه مثبت مجدد ($t=0/57$ ، $p<0/05$) و بازاریابی مثبت ($t=0/48$ ، $p<0/001$) معنی‌دار بوده به این معنی که می‌تواند به‌طور معنی‌داری خودکنترلی شناختی را پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

خودکنترلی شناختی یکی از شاخص‌های مهم در ارزیابی سوء مصرف مواد است و به نظر می‌رسد که خودکنترلی شناختی پایین نقش مهمی در گرایش افراد به مصرف مواد دارد. افرادی که خودکنترلی پایین‌تری دارند به پیامد رفتارهای خود، کمتر می‌اندیشند و سعی در ارضای فوری امیال خود دارند، از این‌رو این‌گونه افراد به پیامدهای مصرف مواد نمی‌اندیشند. از سوی دیگر خودکنترلی سطح بالا شامل عناصری از خودنظارتی، برنامه‌ریزی و نظم بخشی هیجانی است که این عناصر در افراد دارای سطح خودکنترلی بالاتر می‌توانند از مصرف مواد توسط فرد ممانعت به عمل آورند در نتیجه فرد می‌تواند رفتار خود را در درازمدت تنظیم کند. با توجه به مصرف بالای مواد در افراد معتاد، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط تنظیم هیجان و منبع کنترل با خودکنترلی شناختی در افراد وابسته به مواد صورت گرفت. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که خودکنترلی شناختی رابطه معنادار و معکوس با مؤلفه‌های منفی تنظیم هیجان از جمله مصیبت بار تلقی کردن، مقصر دانستن دیگران، مقصر دانستن خود، تمرکز بر تفکر و رابطه معنادار و مستقیم با پذیرش، توجه مثبت مجدد، بازاریابی مثبت، در جای حقیقی خود قرار دادن، توجه مثبت به برنامه‌ریزی از مؤلفه‌های مثبت تنظیم هیجان دارد. این نتایج همخوان با نتایج فوکس و همکاران [۲۸]، پارکر و همکاران [۱۶]، دوران و همکاران [۳۰]، کراندل و همکاران [۳۱]، چستر و همکاران [۳۲] می‌باشد. این نتایج را می‌توان این‌گونه تبیین کرد؛ هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت ضعیف هیجان‌ها خطر سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد، بالعکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که

هیجان جهت مقابله با این پدیده به‌ویژه در مراحل اولیه استفاده شود. تلویحات مهم این مطالعه حاکی از اهمیت تحول مداخلات و روش‌های جدیدی است که سوء مصرف‌کنندگان مواد می‌بایست برای کنار آمدن با هیجان‌اتشان یاد بگیرند. درمان‌هایی که به‌طور ویژه بر تحول راهبردهای تنظیم هیجان سازگارند و برای سوء مصرف‌کنندگان مواد اثر می‌گذارند ممکن است به کاهش پیامدهای بالینی منفی در این گروه کمک کند. همچنین بهتر است تدابیر لازم برای شکل‌گیری مرکز کنترل درونی از ابتدای کودکی فراهم شود. مریدان می‌توانند از طریق توانمندسازی، مسئولیت‌پذیری، امیدواری و خستگی‌ناپذیری منبع کنترل درونی را در کودکان تقویت کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مؤسسات ترک اعتیاد جهت کمک به درونی کردن ارزش‌ها در افراد و همچنین تقویت مرکز کنترل درونی آن‌ها اقدامات لازم صورت گیرد و از این دو عامل در جهت ترک سریع افراد معتاد استفاده شود.

تقدیر و تشکر

از مسئولین مراکز ترک اعتیاد شهرستان فامنین و تمامی مراجعین این مراکز که در اجرای این پژوهش صمیمانه ما را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- 1- Hyman, S. E. & Malenka, R. C. (2001). Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *National Reviews of Neuroscience*, 2 (10), pp. 695-703.
- ۲- یونسی، سیدجلال؛ محمدی، محمدرضا (۱۳۸۵). استفاده از رویکرد نشر اطلاعات در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در میان نوجوانان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳ (۱۶)، صص ۱۰-۱.
- 3- Substance abuse and mental health services administration. Substance abuse and mental health services administration, results from the 2010 national survey on drug Use and health: national findings, summary of national findings, NSDUH Series H-41, Health and Human Services Publication No. (SMA), 2011, pp. 11-4658.
- ۴- ممتازی، سعید (۱۳۸۴). خانواده و اعتیاد. تهران: انتشارات مهدیس.
- 5- Vassileva J. (2011). Psychopathic heroin addicts are not uniformly impaired across neurocognitive domains of impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*. 114(6), pp.194-200.

خویش مقابله می‌کنند. از آنجایی که منبع کنترل بیرونی و درونی می‌تواند تأثیرات مثبت و منفی بر سلامت روان فرد داشته باشد، می‌توان با تقویت و رشد منبع کنترل درونی در افراد معتاد تا حدودی از اثرات آسیب‌زای اعتیاد بر آن پیشگیری کرد. افرادی که منبع کنترل درونی دارند مهارت‌های سازش یافته تری در رابطه با اجتماع دارند و رفتارهای خود ویرانگری همچون سیگار کشیدن، مصرف مشروبات الکلی و اعتیاد به مواد مخدر کمتر در آن‌ها دیده می‌شود.

افرادی که خودکنترلی شناختی پایینی دارند دارای منبع کنترل بیرونی هستند و می‌پندارند که هیچ کنترلی بر رفتارشان ندارند و موفقیت‌ها و شکست‌های خود را به عوامل بیرونی و محیطی نسبت می‌دهند. این مسئله تا حدودی با این واقعیت مطابقت دارد که معتادان پس از اعتیاد بسیار بی‌پروا و برون‌گرا عمل می‌کنند و معتقدند که تقویت‌ها و تنبیه‌هایی که دریافت می‌کنند و رای کنترل شخصی آن‌هاست و آنچه برایشان رخ می‌دهد بستگی کامل به شانس، بخت یا قدرت دیگران دارد؛ اما افرادی که خودکنترلی شناختی بالایی دارند، دارای منبع کنترل درونی هستند که برای کسب موفقیت و تأمین هدف، انگیزه‌های بیشتری دارند و در جهت احاطه بر محیط خود تلاش بیشتری می‌کنند، لذا معمولاً افراد تلاشگری هستند و تمایل بیشتری به کار و کوشش دارند و در انجام دادن امور از خود جدیت نشان می‌دهند و عموماً شکست‌ها، محرومیت‌ها و موفقیت‌ها را در گرو اعمال خود می‌دانند.

نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که تنظیم هیجان و منبع کنترل ۳۹ درصد از واریانس مربوط به خودکنترلی شناختی را در افراد وابسته به مواد تبیین می‌کنند. در تبیین نتیجه فوق می‌توان بیان کرد کسانی که قادر به تنظیم هیجان‌ات خود می‌باشند می‌توانند در زمینه عملکرد اجتماعی به‌ویژه در برقراری رابطه با دیگران و تعامل سازنده با اطرافیان بهتر عمل کنند. همچنین افرادی که منبع کنترل آن‌ها درونی است گرایش کمتری به سوء مصرف مواد دارند؛ بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد که از دلایل احتمالی گرایش افراد به مصرف مواد، مشکلات و کاستی‌های وسیع در حوزه هیجان‌ها و منبع کنترل بیرونی است؛ بنابراین هر یک از مؤلفه‌های این مطالعه می‌تواند راهگشای تحقیقات بعدی در زمینه نقش راهبردهای تنظیم هیجانی، منبع کنترل و خودکنترلی شناختی باشد. انتخاب بیماران از مراکز ترک اعتیاد شهرستان فامنین، نمونه تقریباً کوچک، عدم کنترل نوع مواد و استفاده از طرح تحقیق همبستگی از محدودیت‌های این پژوهش بودند. پیشنهاد می‌شود از راهبردهای تنظیم

- 105.
- 18- 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, pp.945-954.
- 19- سپهریان آذر، فیروزه؛ اسدی مجره، سامره (۱۳۹۴). آزمون مدل ارتباطی محیط هیجانی خانواده با استرس ادراک شده: نقش میانجی دشواری‌های تنظیم هیجان. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۲۲ (۱۲)، صص ۸۹-۱۰۰.
- 20- Gilbert P. (2005). Compassion and cruelty: a bio psychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp: 9-74). London: Rutledge.
- 21- Strayhorn, J.M. (2002). Self-control: Towerd systematic training programs. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, pp.41-170.
- 22- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), pp.164-176.
- 23- Gilbert, P., Irons, C. (2005). Therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional imagery and compassionate mind training. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: conceptualisations. Research and use in psychotherapy*. London: Routledge, pp. 263-325.
- 24- Lejuez, C. W., Magidson, J. F., Michell, S. H., Sinha, R., Stevens, M. C., & de Wit, H. (2010). Behavioral and biological indicators of impulsivity in the development of alcohol use, problems and disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 34, pp.1334-1345.
- 25- Taylor, L., Hiller, M., Taylor, R. B. (2013). Personal factors and substance abuse treatment program retention among felony probationers: Theoretical relevance of initial vs. shifting scores on impulsivity/low self-control. *Journal of Criminal Justice*, 41(3), pp.141-150.
- 26- Chauchard, E., Levin, K.H., Copersino, M. L., Heishman, S.J., Gorelick, D.A. (2013). Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: are they related to relapse? *Addictive Behaviors*, 38(9), pp.2422-2427.
- 27- Visser, L., de Winter, A. F., Veenstra, R., Verhulst, F. C., Reijneveld, S. A. (2013). Alcohol use and abuse in young adulthood: Do self-control and parents' perceptions of friends during adolescence modify peer influence? *The Trails*
- 6- Nielsen DA. (2012). Former heroin addicts with or without a history of cocaine dependence are more impulsive than controls. *Drug and Alcohol Dependence Journal*; 124 (6), pp. 113-120.
- ۷- ناستی‌زایی، ناصر؛ هزاره مقدم، مهدیه؛ ملازهی، اسماء (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرّف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. ۸ (۳)، صص ۱۷۴-۱۶۹.
- ۸- زاهد، عادل؛ قلیلو، کلثوم اله؛ ابوالقاسمی، عباس و نیرمانی، محمد (۱۳۸۹). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین فردی در سوء مصرف کنندگان مواد. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، پرتال جامع علوم انسانی. صص ۹۹-۱۱۲.
- 9- Granefski N, Kraaij V. (2006). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific Sample. *Pers Individ Diff*, 40, pp.1659- 69.
- 10- Thompson RA. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. 59(2-3), pp.25-52.
- ۱۱- امین آبادی، زهرا؛ دهقانی، محسن و خداپناهی، محمد کریم (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی. *مجله علوم رفتاری*، ۵ (۴)، صص ۳۷۱-۳۶۵.
- 12- Kelly, T. H., Bardo, M. T. (2016). Emotion regulation and drug abuse: Implications for prevention and treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 1, 1, pp. 1-2
- 13- Tang, Y.Y., Posner, M.I., Rothbart, M.K., Volkow, N.D. (2015). Circuitry of self-control and its role in reducing addiction. *Trends Cogn. Sci*. 19, pp. 439-444.
- 14- Tang, Y.Y., Tang, R., Posner, M.I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 1, 1, pp. 13-18
- 15- Kliewer, W., Riley, T., Zaharakis, N., Borre, A., Drazdowski, T.K., Jäggi, L. (2016). Emotion dysregulation, anticipatory cortisol, and substance use in urban adolescents. *Personality and Individual Differences*, 99, pp. 200-205
- 16- Parker, J.D., Taylor, R.N., Eastabrook, j.M., Schell, S.L., & Wood, L.M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 45, pp.174-180.
- 17- Trinidad, D.R., Jahnsone, C.A. (2000). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and individual Differences*, 32, pp. 95-

- 39- Arazzini Stewart, M., & De George-Walker, L. (2014). Self-handicapping, perfectionism, locus of control and self-efficacy: A path model. *Personality and Individual Differences*, 66, pp.160-164.
- 40- Stephen, J., Wilson, R., Maclean, R. (2013). Associations between self-control and dimensions of nicotine dependence: A preliminary report, 38(3): 1812-1815.
- 41- Kelley, T. M. (2006). Thought recognition locus of control and adolescent well - being. *Journal of adolescence*: 16, pp.234-248.
- 42- Quatman, T. (2004). Differences in adolescent self esteem an exploration of domains. *Journal of genetic psychology*: 162(1), pp.25-93.
- ۴۳- غضنفری، علی (۱۳۸۷). اثربخشی هویت و راهبردهای مقابله در سلامت روانی نوجوانان شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- ۴۴- حسنی، جعفر (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان. تحقیقات علوم رفتاری، ۹ (۴)، صص ۲۴۰-۲۲۹.
- study. *Addictive Behaviors*, 38(12), pp.2841-2846.
- 28- Fox, H.C., Hong, K.A., Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinks. *Addictive Behavior*, 33, pp.388-394.
- 29- Golman. (1995). *Emotional intelligence*. NewYork: Bantam Books.
- 30- Doran, N., Mc charque, D., Cohen, L. (2007). Implisivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, pp.90-98.
- 31- Crandall, A., Deater-Deckard, K., Riley, A.W. (2015). Crandall, A., Deater-Deckard, K., Riley, A.W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental Review*, 36, pp. 105-126
- 32- Chester, D.S., Lynam, D.R., Milich, R., Powell, D.K., Andersen, A.H., DeWall, C.L. (2016). How do negative emotions impair self-control? A neural model of negative urgency. *NeuroImage*, 132, 15, pp.43-50.
- ۳۳- شولتز، دوان پی و شولتز، سیدنی ال (۱۳۸۶). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی. چاپ یازدهم، ویراست هشتم، نشر ویرایش، تهران.
- ۳۴- اصغری، فرهاد؛ کردمیرزا، عزت اله و احمدی، لیلا. (۱۳۹۲). رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۷ (۲۵)، صص ۱۱۲-۱۰۳.
- 35- Jason, A., Ford and Lindsey, B. (2013). Self-Control and SubstanceUse among College Students. *Journal of Drug Issues*, 43(1), pp. 56-68.
- 36- Chong, S. T., Rahim, S. A., Teh, P. S., Tong, K. (2014). Parental Controlling Affects Negative Emotion and Self-discipline on At-risk Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 140, 22, pp. 333-336
- 37- Fan, J. L., Kong, Y., Shi, S. H., Cheng, Y. H. (2016). Positive correlations between the health locus of control and self-management behaviors in hemodialysis patients in Xiamen. *International Journal of Nursing Sciences*, 3, 1, pp. 96-101
- 38- Chuang, SH. P., Wei Wu, J. Y., Wang, CH.SH., Liu, CH.H., Pan, L.H. (2016). Self concepts, health locus of control and cognitive functioning associated with health-promoting lifestyles in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 70, pp. 82-89