ORIGINAL ARTICLE

Emotion Dysregulation in Individuals with Risky Sexual Behaviors and Normal People

Farzaneh Michaeli Manee

Associate Professor, Department of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

(Received December 31, 2012 ; Accepted December 26, 2013)

Abstract

Background and purpose: In recent years, emotion dysregulation has been introduced as one of the most effective factors in tendency of people, especially young people, for risky behaviors. Risky sexual behaviors could result in serious social and individual damages, therefore, study of determinant variables are considered important. The present study aimed at investigating emotional dysregulation in people with risky sexual behaviors in comparison with ordinary people.

Material and methods: This descriptive comparative study was performed in eighty people with behavioral disorders attending Urmia City counseling centers between 2005-2011. Another group was also selected which was matched with the first group in terms of age, sex and educational background. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004) were applied for both groups. Dependent group's T- test was used in this study.

Results: The results indicated a significant difference between total score and all components of emotional problems in both groups and the mean of total score in group with sexual risky behavior was significantly higher than that of the control group ($P<0.01$, $P<0.05$, respectively).

Conclusion: This study showed various problems in emotional regulation in the group with risky sexual behaviors hence, more training on emotional regulation and management are recommended. Furthermore, treatments based on reducing emotional self-regulatory problems should be considered as an alternative in treatment centers.

Keywords: Emotion dysregulation, risky sexual behavior

J Mazand Univ Med Sci 2014; 24(109): 206-214 (Persian).

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و سوم شماره ۱۰۹ بهمن سال ۱۳۹۲ (۲۱۴-۲۰۶)

مقایسه مشکلات تنظیم هیجانی در افراد با رفتارهای جنسی پرخطر و عادی

فرزانه میکائیلی منیع

چکیده

سابقه و هدف: در سال‌های اخیر مشکلات تنظیم هیجانی به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر و تعیین کننده در گرایش افراد به ویژه جوانان و نوجوانان به رفتارهای پرخطر معرفی شده‌اند و از آن‌جایی که رفتارهای جنسی پرخطر در زمره رفتارهایی هستند که می‌توانند سبب آسیب‌های جدی به فرد و جامعه شوند، مطالعه متغیرهای تعیین کننده و مرتبط با آن ها حائز اهمیت است. بنابراین، هدف مطالعه حاضر بررسی مشکلات تنظیم هیجانی در افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی در مقایسه با افراد عادی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای بود. برای دستیابی به هدف از بین افراد مراجعه‌کننده به مرکز مبارزه با بیماری‌های رفتاری شهر ارومیه طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۰ نمونه‌ای ۸۰ نفری انتخاب شد. جهت مقایسه، گروهی از افرادی که از نظر سن، جنس و تحصیلات با گروه نخست همتا شده بودند، انتخاب گردیدند. روی هر دو گروه آزمون دشواری‌های تنظیم هیجانی گرتز و رومر اجرا گردید. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون t گروه های وابسته استفاده شد.

یافته‌ها: بین نمره کل و تمام مؤلفه‌های مشکلات تنظیم هیجانی در دو گروه مطالعه تفاوت معنی‌دار وجود داشت و میانگین گروه دارای رفتار پرخطر جنسی به‌صورت معنی‌داری بیش‌تر از گروه همتا بود ($p<۰/۰۱$ و $p<۰/۰۵$).

استنتاج: با توجه به وجود دشواری‌های تنظیم هیجان در گروه دارای رفتارهای پرخطر جنسی در قیاس با گروه همتا پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزش مدیریت و تنظیم هیجانی در زمره برنامه‌های پیشگیری اجتماعی قرار گرفته و درمان‌های مبتنی بر کاهش دشواری‌های خودتنظیمی هیجانی به‌عنوان یک گزینه در مراکز درمانی مورد توجه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: تنظیم هیجانی، مشکلات تنظیم هیجانی، رفتارهای جنسی پرخطر

مقدمه

مدیریت و تنظیم مناسب هیجان‌ها یکی از بنیادهای بهزیستی و سلامت روان‌شناختی به‌شمار می‌رود(۱). تنظیم هیجانی فرآیندهای هوشیار یا ناهوشیاری (خودکار یا کنترل شده) را در برمی‌گیرد که برای افزایش، نگهداری یا کاهش یک یا چند مؤلفه پاسخ هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد(۲). به عبارتی، این فرآیندها راه‌هایی هستند که انسان‌ها از طریق آن‌ها تجربه و بیان هیجانی خود را تحت فشار کنترل می‌کنند. این راهبردها مواردی مانند سرکوبی، بازداری و باز ارزیابی شناختی هستند(۳).

مولف مسئول: فرزانه میکائیلی منیع – ارومیه: خیابان والفجر، روبروی صدا و سیما، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران E-mail: atrtaghizade@yahoo.com

تاریخ دریافت : ۱۳۹۱/۱۰/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۲/۴/۱۸ تاریخ تصویب : ۱۳۹۲/۱۰/۵

مطالعات نشان داده‌اند که تنظیم هیجانی مطلوب با عملکرد مناسب در انجام تکالیف شناختی در بزرگ‌سالان ارتباط دارد(۵،۴). حتی در خردسالان نیز این توانایی با عملکرد خوب تحصیلی، مولد بودن، رفتار مناسب کلاسی، نمره های خواندن و ریاضی، رابطه مثبت دارد(۶). اما از آن‌جایی که تنظیم هیجانی، فرآیندی است که طی رشد آموخته می‌شود ممکن است به دلیل محیط نامناسب خانوادگی، نبود الگوهای یادگیری مناسب، بدرفتاری‌های جسمی و جنسی یا ابتلا به اختلال‌هایی مانند آسپرگر، فرد در مدیریت و سازمان‌دهی هیجان‌های خود با مشکل مواجه شود(۷). مشکل در تنظیم هیجانی را می‌توان به‌عنوان بهره‌گیری از راهبردهای انعطاف ناپذیری تعریف کرد که ممکن است در گذشته یا در موارد خاص مفید بوده‌اند اما در حال حاضر موجب می‌شوند کارکرد معمول و مناسب اجتماعی، شناختی و بین شخصی فرد مختل گردد(۸). در این فرآیند نیز فرد هم‌چنان به‌دنبال مدیریت و تنظیم هیجان است اما نتیجه آن ناسازگارانه بوده و مشکلاتی در زندگی و سلامت روانی فرد ایجاد می‌کند(۷).

Gratz و همکاران با مرور ادبیات پژوهشی مربوط به تنظیم هیجان، مدلی مفهومی برای مشکلات تنظیم هیجان پیشنهاد کردند که بر اساس آن این مسأله دارای چهار وجه مجزا اما مرتبط با هم است: وجه نخست، فقدان آگاهی، درک و پذیرش تجربه هیجانی، وجه دوم، عدم دسترسی به ابزارهای سازگارانه تغییر شدت یا مدت تجربه‌ای عاطفی، وجه بعدی، عدم تمایل به تجربه فشار هیجانی به‌عنوان بخشی از فرآیند دستیابی به هدف و نهایتاً ناتوانی برای نگهداری و پافشاری بر رفتارهای هدف دار به هنگام افسردگی. مهم‌ترین ویژگی مدل فوق تمرکز آن بر شیوه پاسخ‌دهی هیجانی فرد است (نه کیفیت هیجان‌ها)(۸). بر این اساس عدم تنظیم یا مشکل هیجانی می‌تواند با سه مؤلفه آستانه پایین یا حساسیت بالا و یا آسیب‌پذیری به محرک هیجانی، اغراق‌آمیز بودن پاسخ هیجانی و بازگشت آهسته به حالت هیجانی معمول ظهور کند(۹). وجود هر کدام از حالت‌های بالا و استفاده مکرر از راهبردهای ناکافی، با مشکلات روان‌شناختی و آسیب شناسی روانی ارتباط دارد(۱۰). در این راستا، مطالعات مختلفی برای بررسی رابطه مشکلات تنظیم هیجانی با آسیب‌شناسی روانی انجام شده است. نتایج به‌دست آمده نشان داده‌اند که افسردگی(۱۱)، اضطراب و اختلالات خلقی(۱۲)،اختلال بی‌اشتهایی عصبی- روانی(۱۳)، اختلال اضطراب منتشر(۱۴) و اختلال استرس پس از ضربه(۲) با مشکلات تنظیم هیجانی و راهبردهای ناسازگارانه مثل نشخوار فکری و سرکوبی، همبستگی دارند.

رفتارهای پرخطر جنسی جزء رفتارهای پرخطری به‌شمار می‌آیند که قادرند هم به فرد و هم به جامعه آسیب بزنند. این اعمال به‌عنوان رفتارهایی که در آن فرد بدون مراقبت‌های معمول، دست به رفتار جنسی می‌زند یا دارای شرکای جنسی متعدد است، تعریف می‌شوند(۱۵). برای رفتارهای پرخطر علل مختلفی مانند فقر اقتصادی و فرهنگی، رضایت اندک از زندگی، افسردگی، مصرف الکل، سوء مصرف مواد مخدر، عزت نفس پایین و اضطراب ذکر شده است(۲۳-۱۶). از علل دیگری که اخیراً برای گرایش به رفتارهای پرخطر مورد توجه قرار گرفته، توانایی و کفایت فرد در تنظیم هیجانات و خلق خود یا خودتنظیمی هیجانی می‌باشد(۲۶-۲۴). در این راستا، تحقیقات نشان داده‌اند که گرایش به انجام رفتارهای پرخطر مانند رفتارهای جنسی می‌تواند راهی برای کاهش هیجان‌های ناخوشایند باشد(۱۴،۲۷). یعنی وقتی فرد نتواند از راهبردهای مناسب و مسأله محور برای مقابله با هیجان‌های آزارنده خود استفاده نماید یا درک درستی از هیجان‌های خود نداشته باشد، به ناچار به رفتارها و اعمالی با نتایج نامطلوب متوسل می‌شود تا آن‌ها را تعدیل نموده و تغییر دهد(۲۸).

هم‌سو با این ادعاها نتایج برخی مطالعات نیز حاکی از این بوده‌اند که وجود افسردگی و اضطراب و ناتوانی در مقابله با آن‌ها موجب می‌شود افراد گرایش بیش‌تری

نسبت به رفتارهای پرخطر جنسی نشان دهند(۲۸،۲۹). در حقیقت، در چنین موقعیت‌هایی رفتار جنسی پرخطر تبدیل به نوعی راهبرد تنظیم هیجانی می‌شود که به فرد در فرار از موقعیت دشوار یا فراموش کردن و تعدیل حالت درونی ناخوشایند کمک می‌کند(۳۰). نکته مهم این است که مشکلات تنظیم هیجانی دوران کودکی و اوایل نوجوانی با درجه بالایی از اعتماد می‌توانند پیش‌بینی‌کننده رفتارهای جنسی پرخطر، به‌ویژه تعدد شرکای جنسی، در پایان نوجوانی باشند(۳۱). بنابراین احتمالاً می‌توان نتیجه گرفت، مشکلات مذکور می‌تواند از پیش آمد مهم این گروه رفتارها باشند. اگرچه در کشورهای اسلامی به دلیل وجود باورهای ریشه دار و عمیق دینی و دستورات بهداشتی دین اسلام، این اعمال شیوع بالایی ندارند(۳۲)، اما از آن‌جایی که رفتارهای فوق سبب آسیب‌های جدی به فرد و جامعه می‌شوند، مطالعه متغیرهای تعیین کننده و مرتبط با آن ها حائز اهمیت است. هدف مطالعه حاضر، بررسی مشکلات تنظیم هیجانی در افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی در مقایسه با افراد عادی است. در صورت معنی‌دار بودن تفاوت بین دو گروه، احتمالاً می‌توان با آموزش راهبردهای مناسب تنظیم هیجانی و کنترل خود، به افراد در معرض خطر مانند نوجوانان و جوانان، از گرایش آن‌ها به این دست اعمال آسیب‌رسان جلوگیری کرد. از سوی دیگر متخصصان حوزه درمان می‌توانند با استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر تنظیم هیجانی، گام‌های مؤثری در تغییر رفتار گروه‌های درگیر با رفتارهای پرخطر بردارند.

مواد و روش‌ها

روش این مطالعه، توصیفی از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه مورد بررسی کلیه افرادی بودند که بین سال‌های ۸۴ تا ۹۰ به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهر ارومیه مراجعه کرده بودند و همگی منحصراً رفتارهای پرخطر جنسی داشتند. از این تعداد، افراد قابل دسترس باسواد انتخاب شدند تا بتوانند به ابزار مطالعه که حالت خود گزارشی داشت، پاسخ گویند. علاوه بر این افراد با سابقه مشکلات روان‌شناختی منجر به بستری شدن یا مصرف مستمر دارو، افراد دارای صرع و بی‌خانمان‌ها برای جلوگیری از تداخل این متغیرها در نتایج، از جامعه حذف شدند. کسانی در مطالعه شرکت داده شدند که سابقه حداقل یک سال رفتارهای پرخطر را داشتند (یعنی کسانی که این رفتارها بخشی از عادت‌های جنسی آن‌ها بوده و شکل موردی نداشتند). از بین مراجعه‌کنندگان، ۸۰ نفر حاضر به همکاری و تکمیل آزمون‌ها شدند. جهت مقایسه، گروهی از افراد بدون مشکل انتخاب شدند که از نظر سن، جنس، وضعیت ازدواج و سطح تحصیل با گروه فوق همتا شده بودند.

جهت سنجش مشکلات تنظیم هیجان در شرکت‌کنندگان، از مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale) استفاده شد.این مقیاس توسط Gratz و Roemer با هدف بررسی مشکلات تنظیم هیجانی تدوین گردیده و دارای ۳۶ ماده است. این ابزار، که مقیاسی خودگزارشی می‌باشد، شش خرده مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۶ ماده)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی به هنگام فشار (۸ ماده)، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند به هنگام فشار (۵ ماده)، فقدان آگاهی هیجانی (۶ ماده)، عدم وضوح هیجانی (۵ ماده) و دشواری‌های کنترل تکانه تحت فشار (۶ ماده) را در بر می‌گیرد. DERS در مقیاسی ۵ درجه از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. بر این اساس کم‌ترین نمره فرد در مقیاس ۳۶ و بیش‌ترین نمره ۱۸۰ خواهد بود. نمره بالا نشان دهنده مشکلات تنظیم هیجانی است. Gratz و Roemer در مطالعه خود روایی این ابزار را مطلوب و پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند(۸). در مطالعه عزیزی و همکاران نیز پایایی DERS برابر ۰/۹۲ به‌دست آمد(۳۳). در پژوهش حاضر پایایی حاصل برای کل آزمون از طریق

آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۸ تا ۰/۷۹ بود که برای اهداف تحقیقی مقادیری مناسب به‌شمار می‌روند.

جهت تحلیل اطلاعات از آزمون t وابسته و نرم‌افزار SPSS نوشتار ۱۷ استفاده شد.

یافته ها

بر اساس اطلاعات به دست آمده ۱۴ نفر از شرکت‌کنندگان زن و ۶۶ نفر مرد بودند. میانگین سنی آن‌ها ۲۵ سال و ۴ ماه (انحراف معیار ۴/۲۰) و همگی دارای تحصیلات، بالاتر از دوره راهنمایی بودند. پایین‌ترین میزان تحصیلات، دانش‌آموز دبیرستان و بالاترین آن، کارشناسی ارشد بود. از بین این عده ۴۸ نفر مجرد، ۲۸ نفر متأهل و ۴ نفر مطلقه بودند. والدین هیچ کدام از افراد شرکت‌کننده در مطالعه از هم جدا شده نبودند. از کل شرکت‌کنندگان ۲۲ نفر دانشجو، ۱۴ نفر کارمند، ۳۲ نفر دارای شغل آزاد و بقیه بی‌کار بودند (جدول شماره ۱). جهت اجرای آزمون و جمع آوری اطلاعات، شرکت کنندگان دارای رفتارهای جنسی پرخطر به شکل انفرادی توجیه شدند و سپس کسانی که مایل به همکاری با پژوهش بودند، ابزار را تکمیل نمودند. در انتخاب گروه همتا نخست از عدم وجود رفتارهای پرخطر جنسی، اطمینان حاصل شد. سپس آزمون‌ها در افرادی با سطح سواد بالا و دانشجویان در گروه‌های ۵ نفری و در افرادی با سطح سواد پایین‌تر از دیپلم به شکل انفرادی تکمیل شدند.

در جدول شماره ۲ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر مشکلات تنظیم هیجانی و مؤلفه‌های آن در افراد با رفتارهای پرخطر جنسی و عادی ارائه شده است:

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، میانگین مؤلفه‌های مربوط به مشکلات تنظیم هیجانی در افراد با رفتارهای پرخطر، بیش از افراد بدون این رفتارها است. در جدول شماره ۳ نتایج مقایسه مشکلات تنظیم هیجانی در گروه‌های مطالعه آورده شده‌اند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه مطالعه شده

متغیر	گروه	مورد (n=۸۰) تعداد (درصد)	شاهد (n=۸۰) تعداد (درصد)
سن	زیر ۲۰ سال	۲۹ (۳۶)	۲۹ (۳۶)
	۲۰ تا ۲۵ سال	۳۷ (۴۶)	۳۷ (۴۶)
	بالای ۲۵ سال	۱۴ (۱۸)	۱۴ (۱۸)
تحصیلات	دبیرستان	۱۳ (۱۶)	۱۳ (۱۶)
	دیپلم	۳۰ (۳۸)	۳۰ (۳۸)
	فوق دیپلم	۹ (۱۲)	۹ (۱۲)
	دانشجو	۲۲ (۲۷)	۲۲ (۲۷)
	لیسانس	۵ (۶)	۵ (۶)
	فوق لیسانس	۱ (۱)	۱ (۱)
شغل	دانشجو	۲۲ (۲۷)	۲۲ (۲۷)
	کارمند	۱۴ (۱۸)	۱۴ (۱۸)
	آزاد	۳۲ (۴۰)	۳۲ (۴۰)
	بیکار	۱۲ (۱۵)	۱۲ (۱۵)
وضعیت تأهل	مجرد	۴۸ (۵۳)	۴۸ (۵۳)
	متأهل	۲۸ (۳۵)	۲۸ (۳۵)
	مطلقه	۴ (۱۲)	۴ (۱۲)
جنسیت	زن	۱۴ (۱۷)	۱۴ (۱۷)
	مرد	۶۶ (۸۳)	۶۶ (۸۳)

جدول شماره ۲: اطلاعات توصیفی مشکلات تنظیم هیجانی و مؤلفه های آن در افراد با رفتارهای پرخطر جنسی و گروه همتا

متغیر	گروه	میانگین ± انحراف معیار
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	رفتارهای پرخطر	۱۸/۸۲ ± ۶/۰۶
	همتا	۱۶/۲۰ ± ۴/۸۵
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	رفتارهای پرخطر	۲۱/۶۰ ± ۳/۸۷
	همتا	۱۹/۷۲ ± ۳/۲۱
دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	رفتارهای پرخطر	۱۵/۴۵ ± ۴/۰۷
	همتا	۱۳/۵۵ ± ۳/۰۸
فقدان آگاهی هیجانی	تارهای پرخطر	۲۰/۲۲ ± ۳/۷۰
	همتا	۱۶/۹۲ ± ۴/۰۹
عدم وضوح هیجانی	رفتارهای پرخطر	۱۴/۵۷ ± ۲/۸
	همتا	۱۲/۵۵ ± ۲/۹۲
دشواری های کنترل تکانه	رفتارهای پرخطر	۱۹/۱۲ ± ۳/۸۷
	همتا	۱۶/۸۰ ± ۳/۲۱
نمره کل	رفتارهای پرخطر	۱۰۹/۸۰ ± ۱۱/۵۵
	همتا	۹۵/۷۵ ± ۱۰/۱۸

جدول شماره ۳: نتایج آزمون t تفاوت مشکلات تنظیم هیجانی در افراد با رفتارهای پرخطر جنسی و گروه شاهد

متغیر	t	سطح معنی داری
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	۲/۸۷	*۰/۰۰۵
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۳/۳۵	**۰/۰۰۱
دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	۳/۳۶	*۰/۰۰۱
فقدان آگاهی هیجانی	۵/۴۱	**۰/۰۰۰
عدم وضوح هیجانی	۴/۷۷	**۰/۰۰۰
دشواری های کنترل تکانه	۴/۱۵	**۰/۰۰۰
نمره کل	۸/۰۳	**۰/۰۰۰

*p<۰/۰۵
**p<۰/۰۱

همان‌گونه که مشاهده می شود بین نمره کل و تمام مؤلفه‌های دشواری‌های تنظیم هیجانی در گروه‌های دارای رفتار جنسی پرخطر و عادی، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بزرگ‌ترین تفاوت به نمره کل اختصاص دارد که در سطح p<۰/۰۱ معنی‌دار است. پس از آن بزرگ‌ترین تفاوت به ترتیب مربوط به مؤلفه دشواری در کنترل تکانه‌ها، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، وضوح هیجانی دشواری در انجام رفتار هدفمند و عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی است(p<۰/۰۱).

بحث

نتایج حاصل از مطالعه نشان دادند که افراد با رفتارهای پرخطر جنسی در تنظیم هیجانی با افراد عادی متفاوت بوده و میانگین مشکلات آن ها در نمره کل (۱۰۹/۸۰) و مؤلفه‌های این متغیر بیش‌تر است. این یافته هم‌سو با نتایج پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند، گرایش به انجام رفتارهای پرخطر مانند رفتارهای جنسی می‌توانند راهی برای کاهش هیجان‌های ناخوشایند باشند و چون فرد، راهبردهای بسنده و سازگارانه در اختیار ندارد به ناچار از روش‌های آسیب زا استفاده می کند که در کوتاه مدت مؤثر اما در بلندمدت عوارض نامطلوبی به دنبال دارد(۲۷). در حقیقت، در چنین موقعیت هایی رفتار جنسی پرخطر تبدیل به نوعی راهبرد تنظیم هیجانی می‌شود که به فرد در فرار از موقعیت دشوار یا فراموش کردن و تعدیل حالت درونی ناخوشایند کمک می کند(۳۳). از این رو، وقتی فرد نتواند از راهبردهای مناسب و مسأله محور برای مقابله با هیجان‌های آزاردهنده خود استفاده نماید یا درک درستی از هیجان‌های خود نداشته باشد، به ناچار به رفتارها و اعمالی با پیامدهای نامطلوب متوسل می‌شود تا آن‌ها را تعدیل نموده و تغییر دهد(۲۸). این نتیجه در بررسی سایر رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار، کوکائین، الکل، میل به خودکشی و رفتار خود آسیب رسانی عمدی نیز تکرار شده است(۳۱-۲۹،۳۳،۳۴).

در این میان بزرگ‌ترین تفاوت، مربوط به مؤلفه‌های متغیر دشواری تنظیم هیجانی در گروه ها به دشواری‌های کنترل تکانه بر می گردد. به‌عبارتی کسانی که دست به اعمال جنسی پرخطر می‌زنند بیش از دیگران دست به واکنش سریع و بدون تفکر و آینده نگری می‌زنند که ممکن است نتایج ناخوشایندی برای آنان به‌دنبال داشته باشد. این یافته در مطالعات مختلف تکرار شده است.

به‌عنوان مثال، Deckman و همکاران در مطالعه خود دریافتند که افراد عجول، بی‌احتیاط و بی پروا بیش از سایرین در رفتارهای جنسی پرخطر درگیر می‌شوند. از نظر این محققان سطوح مختلف تکانشگری می‌تواند پیش‌بینی کننده مناسبی برای دست زدن به اعمال مخاطره آمیز جنسی باشد(۳۵).

Kahn و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که نه تنها رفتارهای جنسی خطرناک با تکانشگری رابطه داشتند بلکه رابطه مصرف مواد با رفتارهای فوق نیز توسط متغیر تکان شگری تعدیل می‌شد. در تبیین این موضوع می‌توان گفت افراد تکانشگر دارای نقص اساسی در سیستم خودتنظیمی رفتار بوده و از این رو در مواقع تصمیم‌گیری قادر به ارزیابی شناختی سریع سود و زیان‌های واکنش خود نیستند. در نتیجه هنگام مواجهه با موقعیت‌های پرخطر که لازم است در آن تصمیم‌گیری کنند، به‌دلیل اشتباه در پیش‌بینی به سوی اعمالی کشیده شوند که نتایج کوتاه مدت یا بلافاصله خوشایند و عوارض بلندمدت ناخوشایند و خطرناک داشته باشد(۳۶).

دومین تفاوت معنی‌دار به مؤلفه فقدان آگاهی هیجانی مربوط می‌شد که به معنای مشکل در درک، تشخیص، برچسب زدن و ارزیابی هیجان‌ها می باشد که در این مؤلفه نیز میانگین گروه دارای رفتارهای پرخطر بالاتر از گروه همتا است. یافته اخیر با نتایج مطالعات Walsh و همکاران هم‌سو بوده و حاکی از عدم درک هیجان‌های شخصی توسط افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی است(۳۸،۳۷). هوشیاری و آگاهی از تجربه هیجانی،

پیش نیاز ضروری برای تنظیم هیجانی و تصمیم‌گیری درباره رفتار مناسب است. آگاهی هیجانی به فرد امکان می‌دهد تا از یک سو به ویژگی‌های محرک و از سوی دیگر به نشانه‌های هیجانی خود توجه کرده و موقعیت‌ها و احساسات را تمیز داده و دسته‌بندی نماید. این فرآیند فرصت انتخاب و استفاده از راهبردهای خودتنظیمی مؤثر را فراهم می‌آورد(۲۷). بنابراین، افرادی با آگاهی هیجانی اندک، منابع محدودی برای مقابله مؤثر برای هیجانات خود در اختیار داشته و احساسات منفی بیش‌تری را تجربه می‌کنند. به همین سبب رو به رفتارهای پرخطری می‌آورند که معمولاً با هیجان بالایی همراهند و می‌توانند به کنترل احساسات و هیجان‌های ناخوشایند کمک نمایند(۲۵). محققان مختلف معتقدند که افرادی می‌توانند از روش‌های سازگارانه و موفقیت آمیز کنترل و تنظیم هیجان‌ها استفاده‌کنند که درک و شناخت واقع بینانه‌ای از شدت و نوع هیجان‌های خود داشته باشند. در این راستا، کسانی که دچار بیش برآورد یا کم برآورد هیجانی هستند به احتمال بیش‌تری دچار مشکلات روان‌شناختی شده و از راهبردهای خودتنظیمی ناکارآمد بهره می‌گیرند(۲۹،۳۹).

سومین مؤلفه متفاوت بین دو گروه از نظر تنظیم هیجانی، مؤلفه دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی بود. بر این اساس افراد با رفتارهای پرخطر آشنایی اندکی با شیوه‌های مؤثر مقابله با هیجان های منفی (مانند بازارزیابی هیجان یا منحرف کردن توجه از آن) دارند و در موقعیت‌های مختلف خصوصاً در مواقع اضطراری که لازم است با سرعت تصمیم‌گیری کنند، قادر نیستند با استفاده از راهبردهای کارآمد، هیجان و واکنش خود را تنظیم و مدیریت نمایند. خصوصاً زمانی که این گروه با احساسات و هیجان‌های منفی مواجه می‌شوند بیش‌تر از راهبردهای ناکارآمد و فاقد تنوع استفاده می‌کنند(۳۷).

Messman -Moorea و همکاران نیز نشان داده‌اند، ناتوانی در بهره‌گیری از راهبردهای سازگارانه موجب می‌شود افراد از راهبردهای ناسازگارانه، مانند خود آسیب‌رسانی، استفاده از مواد مخدر و رفتارهای جنسی ناایمن، که معمولاً با آسیب و مشکلات جسمی-روانی همراهند، استفاده نمایند(۳۹). به عبارتی، افراد با رفتارهای پرخطر جنسی آگاهی هیجانی اندکی دارند که این امر به دنبال خود، محدودیت منابع مقابله و راهبردهای سازگارانه را به دنبال خواهد داشت. بنابراین فرد در دور باطل عدم آگاهی- محدودیت منابع گرفتار شده و مرتب از شیوه های تکراری خطرزا بهره می‌جوید.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین گروه دارای رفتار پرخطر جنسی و گروه عادی، از نظر عدم وضوح هیجانی نیز تفاوت معنی‌دار وجود دارد که با نتایج مطالعات Tull و همکاران هم‌سو است(۴۰). یافته‌های آنان نشان داد که عدم وضوح هیجانی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده گرایش و درگیری فرد در رفتارهای پرخطر جنسی است. حتی زمانی که عوامل خطرزایی مانند نژاد، جنسیت و زمینه اقتصادی- اجتماعی کنترل شد، این متغیر هم‌چنان واریانس قابل توجهی از رفتار پرخطر را تبیین می‌کرد. از آن‌جایی‌که تنظیم هیجانی موفق، نیازمند درک روشن و لحظه به لحظه از حالت‌های هیجانی است(۴۱)، کسانی که فاقد این ویژگی هستند احتمالاً در معنی بخشیدن به هیجان، خود دچار سردرگمی شده و آن را آزارنده ارزیابی می‌کنند، به همین سبب از در دسترس‌ترین راهبرد که کاهش فوری هیجان را در پی دارد استفاده می‌کنند. دیگر یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین دو گروه مطالعه از نظر مؤلفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی و دشواری در انجام رفتارهای هدفمند نیز تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در تبیین این موضوع می‌توان گفت، از آن‌جایی که زمینه و پیش نیاز تنظیم هیجانی و راهبردها و مؤلفه‌های زیر مجموعه آن، وجود هوشیاری و آگاهی هیجانی است، فقدان و کمبود این توانایی می‌تواند موجب شود فرد در پذیرش هیجان‌های خود با مشکل مواجه شده و نتواند در مقابله با هیجان‌های خود و کاهش عواطف

منفی از رفتارهای هدفمند بهره گیرد. این یافته در پژوهش Walsh و همکاران نیز تأیید شده است(۳۷،۳۸).

از محدودیت‌های این مطالعه، حذف گروهی از افراد با رفتارهای جنسی پرخطر از نمونه و محدود بودن گستره سنی شرکت‌کنندگان آن بود. اما علی‌رغم این محدودیت‌ها، مجموع نتایج نشان دادند مشکلات تنظیم هیجانی در افرادی با رفتارهای جنسی پرخطر در مقایسه با افراد فاقد این دست رفتارها بیش‌تر بوده و شاید دشواری در نظم بخشیدن و مدیریت هیجان ها یک عامل تسهیل‌کننده در گرایش فرد به رفتارهای پرخطر و برآورد نادرست از عواقب آن‌ها است. از این رو در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تمهید برنامه‌هایی با محوریت آموزش خودتنظیمی هیجانی می‌تواند در پیشگیری یا کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر مؤثر واقع شود. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزش مدیریت و تنظیم هیجانی در زمره برنامه‌های پیشگیری اجتماعی قرار گرفته و درمان‌های مبتنی بر کاهش دشواری‌های خودتنظیمی هیجانی به‌عنوان یک گزینه در مراکز درمانی مورد توجه قرار گیرد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از کلیه کسانی که نهایت همکاری را در اجرای این مطالعه مبذول داشتند به‌ویژه سرکار خانم شیرمحمدی و بخش مشاوره بیماری‌های رفتاری بهداشت شهرستان ارومیه که زحمات زیادی را در اجرای آزمون‌ها متقبل شدند صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2010; 30(2): 217-237.
2. Eftekhari A, Zoellner LA, Vigil SA. Patterns of emotion regulation and psychopathology. Anxiety, Stress, & Coping 2009; 22(5): 571-586.
3. Rothermund K, Voss A, Wentura D. Counter-regulation in affective attentional bias: Abasicmechanism thatwarrants flexibility in motivation and emotion. Emotion 2008; 8(1): 34-46.
4. Hamilton NA, Karoly P, Gallagher M, Stevens N, Karlson C, McCurdy D. The Assessment of Emotion Regulation in Cognitive Context: The Emotion Amplification and Reduction Scales. Cogn Ther Res 2009; 33(7): 255-263.
5. Graziano PA, Reavis Rd, Keane SP, Calkins Sd. The role of emotion regulation in children's early academic success. J School Psychol 2007; 45(1): 3-19.
6. Hilt L, Hanson J, Pollak SD. Emotion Dysregulation. In: Encyclopedia of Adolescence. Brown B, Prinstein M, (eds). Vol 3. Academic Press Inc; 2011; p. 160-169.
7. Cole PM, Michel MK, O'Donnell Teti L. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. Monographs of the Society for Research in Child Development 1994; 59: 73-100.
8. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess 2004; 26(1): 41-54.
9. Newhill CE, Bell MM, Eack SM, Mulvey EP. Confirmatory Factor Analysis of the Emotion Dysregulation Measure. Journal of the Society for Social Work and Research 2010; 1(3): 159-168.

10. Mennin DS, Farach FJ. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. Clin Psychol-Scipr 2002; 14(4): 329-352.
11. Liverant GI, Brown TA, Barlow DH, Roemer L. Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. Behav Res Ther 2008; 46(11): 1201-1209.
12. Trosper SE, Buzzella BA, Bennett SM, Ehrenreich JT. Emotion Regulation in Youth with Emotional Disorders: Implications for a Unified Treatment Approach. Clin Child Fam Psychol Rev 2009; 12(3): 234-254.
13. Harrison A, Tchanturia K, Treasure J. Attentional Bias, Emotion Recognition, and Emotion Regulation in Anorexia: State or Trait? Biol Psychiatry 2010; 68(8): 755-761.
14. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DM. Mindfulness and Emotion Regulation Difficulties in Generalized Anxiety Disorder: Preliminary Evidence for Independent and Overlapping Contributions. Behavior Therapy 2009; 40(2): 142-154.
15. Huebner A, Howell L. Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. Adolescent Health 2003; 33(7): 71-78.
16. Madise N, Zulu E, Ciera J. Is Poverty a Driver for Risky Sexual Behaviour? Evidence from National Surveys of Adolescents in four African Countries. Afr J Reprod Health 2007; 11(3): 83-98.
17. Strathdee SA, Hogg RS, Martindale SL, Cornelisse PG, Craib KJ, Montaner JS, et al. Determinants of sexual risk-taking among young HIV-negative gay and bisexual men. J Acquir Immune Defic Syndr 1998; 19(1): 61-66.
18. Beck A, McNally I, Petrak I. Psychosocial predictors of HIV/STI risk behaviours in a sample of homosexual men. Sex Transm Infect 2003; 79(2): 142-146.
19. Cooper ML. Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth. J Stud Alcohol 2002; 14(Suppl): 101-117.
20. Hendershot C, Stoner S, George W, Norris J. Alcohol use, expectancies, and sexual sensation seeking as correlates of HIV risk behavior in heterosexual young adults. Psychology of Addictive Behavior 2007; 21(3): 365-372.
21. Meade C, Graff F, Griffin M, Weiss R. HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: Associations with mania and drug abuse. Drug Alcohol Depen 2008; 92(1-3): 296-300.
22. Donenberg GR, Emerson E, Bryant FB, Wilson H, Weber-Shifrin E. Understanding AIDS-risk behavior among adolescents in psychiatric care: Links to psychopathology and peer relationships. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40(6): 642-653.
23. Caminis A, Henrich C, Ruchkin V, Schwab-Stone M, Martin A. Psychosocial predictors of sexual initiation and high-risk sexual behaviors in early adolescence. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2007; 1(14): 1-14.
24. Cooper LM, Wood PK, Orcutt HK, Albino A. Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. J Pers Soc Psychol 2003; 84(2): 390-410.
25. Byrnes JP. The development of self-regulated decision making. In: The development of judgment and decision making in children

and adolescents. Jacobs JE, Klaczynski PA, (eds). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2005; p. 5-38.

26. Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. Trends Cogn Sci 2005; 9(2): 69-74.
27. Auerbach RP, Abelaa JRZ, Ho M-HR. Responding to symptoms of depression and anxiety: Emotion regulation, neuroticism, and engagement in risky behaviors. Behav Res Ther 2007; 45(9): 2182-2191.
28. Mc Laughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, Nolen-Hoeksema S. Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. Behav Res Ther 2011; 49(19): 544-554.
29. Mikolajczak1 M, Petrides KV, Hurry J. Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. Brit J Clin Psychol 2009; 48(2): 181-193.
30. Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. Drug Alcohol Depen 2007; 89(2-3): 298-301.
31. Fox HC, Hong KA, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. Addictive Behaviors 2008; 33(2): 388-394.
32. Ridanovic Z. AIDS and Islam. Medicinski Archiv 1997; 51: 45-46.
33. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation with Students Smoking Dependence. Hakim Research Journal 2010; 13(1): 11-18 (Persian.)
34. Anestis MD, Bagge CL, Tull MT, Joiner TE. Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. J Psychiat Res 2011; 45(5): 603-611.
35. Deckman T, DeWall NC. Negative urgency and risky sexual behaviors: A clarification of the relationship between impulsivity and risky sexual behavior. Pers Indiv Differ 2011; 51(5): 674-678.
36. Kahn JA, Kaplowitz RA, Goodman E, Emans SJ. The association between impulsiveness and risky sexual behaviors in adolescent and young adult women. J Adolescent Health 2002; 30(4): 229-232.
37. Walsh K, DiLillo D, Scalora M. The cumulative impact of sexual revictimization on emotion regulation difficulties: An examination of female inmates. Violence Against Women 2011; 17(8): 1103-1118.
38. Walsh K, DiLillo D. Messman-Moore TL. Lifetime sexual victimization and poor risk perception: Does emotion dysregulation account for the links? J Interpers Violence 2012; 27(15): 3054-3071.
39. Messman-Moorea TL, Walsh KL, DiLillo D. Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. Child Abuse & Neglect 2010; 34(12): 967-976.
40. Tull MT, Weiss NH, Adams CE, Gratz KL. The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. Addictive Behaviors 2012; 37(10): 1084-1092.
41. Feldman BL, Gross JJ, Christensen TC, Benvenuto M. Knowingwhat you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differenttiation and emotion regulation. Cognition and Emotion 2001; 15(6): 713-724.