# 

**رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی با ناگویی هیجانی در رانندگان با سوءمصرف مواد**

**نجیمه صادقیان1 ، منصوره سادات موسوی زاهد2**

**1-دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه پزشکی، واحد نجف­آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران**

**2- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه پزشکی، واحد نجف­آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران**

**Email:(Njmh.sdghian63@gmail.com)**

**Email:)mosavi.zahed@gmail.com (**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ناگویی هیجانی در رانندگان با سوءمصرف مواد شهر اصفهان در سال 1403 به روش توصیفی از نوع همبستگی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه رانندگان کامیون تشکیل دادند که تعداد 50 نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده­ها شامل دو پرسشنامه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان(CERQ) گارنفسگی و کریج(2006) با 18 ماده و پرسشنامه ناگویی هیجان(TAS) بگبی، پارکر و تیلور (1994)با 20 گویه بر اساس مقیاس 5 درجه ای طیف لیکرت بود که روایی صوری آن توسط چندنفر از پاسخگویان تایید و پایایی آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای ناگویی هیجانی، راهبردهای ساز­نیافته و راهبردهای سازش­یافته 0.759، 0.642 و 0.352 برآورد شد. به منظور تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش در بخش آمار توصیفی از مشخصه‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین مقدار و در بخش آمار استنباطی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته ها نشان داد راهبردهای سازش نیافته تنظیم شناختی هیجان رابطه مستقیم با ناگویی هیجانی دارد ولی راهبردهای سازش یافته با ناگویی هیجانی رابطه ندارد.

**کلمات کليدي: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای سازش­یافته، راهبردهای سازش­نیافته، ناگویی هیجانی، رانندگان با سوءمصرف مواد**

**1. مقدمه**

رانندگی مسئولیتی می باشد که نیازمند توجه و تمرکز و تنظیم هیجان است؛ اما رانندگانی که به سو مصرف مواد[[1]](#footnote-1) یا الکل دچار می شوند، ممکن است با مشکلاتی مواجه شوند که خطرات زیادی هنگام رانندگی جاده ای برایشان به دنبال داشته باشد(احمدزاده و همکاران1395).

سوء مصرف مواد یک آسیب فردی و اجتماعی مهم است که با سلامت روان شناختی جامعه در ارتباط می­باشد و تلاشهای بسیاری را برای بیان علت­های این پدیده مهم می­طلبد(آلسوویدی[[2]](#footnote-2)، 2019). بر اساس یک راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات توسط انجمن روانپزشکی آمریکا منتشر شده است، در نسخه پنجم این کتاب اعتیاد به مواد مخدر به معنی استفاده از داروها ،سایکواکتیوها و مواد مخدر به صورتی است که در آن مصرف کننده ماده را به مقدار یا روشی برای خود یا دیگران که مضر است استفاده می­کند. این تعریف هم شامل نشانه­های رفتاری و البته فیزیولوژیکی و هم شناختی می­باشد که نشان­دهنده وجود مشکلات همچون وابستگی فیزیکی، بروز مشکلات اجتماعی و استفاده پرخطر از ماده اعتیادآور بوده که گویای این مهم است شخص با تمامی مشکلات مطرح شده در کنترل مصرف دچار مشکل شده و بالاجبار به مصرف ادامه می­دهد(دستورالعمل تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش 5).[[3]](#footnote-3)

از آنجایی که سوء مصرف مواد از سنین پایین شروع و تا میانسالی حتی ادامه دارد(نیر[[4]](#footnote-4) و همکاران،2022) و بر اساس گزارش سازمان ملل متحد[[5]](#footnote-5) تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر در سراسر جهان طی یک دهه اخیر 23 درصد افزایش یافته ،تا حدی که در فاصله 2011تا 2021 از 240میلیون به 296میلیون نفر رسیده است( البته که رشد جمعیت را که در افزایش50 درصدی این آمارموثر است و باید در نظر گرفت ) افزایش این تعداد بسی جای بررسی و تامل دارد، همچنین در ایران آمار اعتیاد طی چهار دهه اخیر در نوسان بوده و به منزله مشکلی اجتماعی و رفتار پرخطر در جامعه کنونی عنوان می­گردد(دهقانی،حمید 1400).

سوء مصرف مواد علاوه بر عوارضی که در بالا ذکر کردیم می­تواند بر مهارت رانندگی، رعایت فاصله از وسایل نقلیه همجوار رعایت تعادل در رانندگی و میزان دقت و توجه اثر بگذارد(سوری،حمید و همکاران 1393) بر خلاف تصورعموم طبق منابع غیر رسمی که مصرف مواد را عاملی در بالا بردن تمرکز و کاهش خستگی می­دانند.

حرفه­ی رانندگی یکی از طاقت­فرساترین مشاغل بوده که با نداشتن امکانات در فصول مختلف سال و طبعا سردی و گرمی هوا و دوری از کانون خانواده و مشغولیت به رانندگی طی ساعات متمادی وی را دچار خستگی و خواب آلودگی می­کند(سوری، حمید 1393) و به اشتباه مصرف مواد دلیلی بر از بین رفتن این خستگی می­داند.

البته کاملا واقف هستیم که دیگر عوامل نیز در سوء مصرف مواد برای همگی افراد دخیل هستند همچنین افرادی که به شغل رانندگی مشغول می باشند؛ مثلا مصرف کنندگان مواد معمولا علائمی منفی از شناخت منفی و استراتژی تنظیم احساسات و مختل شدن رفتار بین فردی را از خود بروز می­دهند(دوران[[6]](#footnote-6) و همکاران 2017)،از این جهت تنظیم هیجان[[7]](#footnote-7) به منزله یکی از متغیرهای روان شناختی مهم و مورد توجه پژوهشگران است و البته در این زمینه پژوهشهای بسیاری انجام گرفته (گروس[[8]](#footnote-8) 2014استیوز[[9]](#footnote-9) و همکاران ،2017).

تنظیم شناختی هیجان به عنوان مجموعه ای از فرآیندهای شناختی معرفی می شود که فرد با استفاده از آن به دنبال تغییر جهت خودکار هیجانات خود هستند تا بتوانند در پاسخ های رفتاری،فیزیولوژیک و تجربی خود تغییراتی ایجاد کنند(لانگر [[10]](#footnote-10)وهمکاران،2021). تنظیم هیجان این مضمون را به همراه دارد که فرد چه احساسی دارد چه زمانی آن احساس را تجربه کرده و چگونه ابراز می نماید که این فرآیند به تنظیم شناختی هیجان وابسته می باشد.

در حقیقت راهبردهای تنظیم هیجان به طور وسیع برای مدیریت محرک های هیجانی ورودی موکد است(لانگر و همکاران،2021). با توجه به این مهم که راهبردهای تنظیم شناخت هیجان به دو شکل سازگارانه(کم اهمیت شمارس،تمرکز مجدد مثبت،ارزیابی مجدد مثبت ،تمرکز مجدد برنامه ریزی)و ناسازگارانه(سرزنش خود،سرزنش دیگران،نشخوارگری یا تمرکز روی افکار و فاجعه سازی) در نتیجه مدیریت نامناسب و انجام امور نادرست باعث ایجاد عمکرد غلط در افراد می­شود(ریاض و همکاران،2021). پس هیجان نامناسب همچنان مصرف مواد مخدر در عکس­العمل در برابر مولفه­های تنظیم شناختی هیجان باعث عملکرد منفی رانندگان می­شود.

پژوهش های بسیاری نشان دهنده­ی رابطه معنادار بین ناگویی هیجان[[11]](#footnote-11) مصرف مواد در بزرگسالان می باشد، به شکلی که در بین 39 تا 67.5 درصد بزرگسالان مصرف کننده ناگویی هیجان قابل مشاهده می­باشد(اورن[[12]](#footnote-12) و همکاران،2015). از سوی دیگر، افرادی که ناگویی هیجانی بالا دارد مشکلات بیشتری در روابط بین فردی برایشان ایجاد می شود و تحقیقات نشان داده که سوء مصرف مواد و الکل درصورتی که با حمایت افراد و روابط بین فردی همراه باشد گرایش را کاهش می دهد روابط خانوادگی نزدیک با مصرف کمتر مواد و الکل مرتبط است(بیرل[[13]](#footnote-13) و همکاران،2017). ناگویی هیجان به عنوان ناتوانی در تشخیص و بیان کلامی احساسات تحریف شده ، فقر تخیل یا دنیای فانتزی و همچنین فقدان احساسات مثبت و شیوع بالای احساسات منفی نیز به عنوان مشخص ناگویی هیجان توصیف می شود(تیلور[[14]](#footnote-14)،2018).

با توجه به مطالب گفته شده و پژوهش های پیشین نشان داد که(حائری مهسا و همکاران1401 ،دهقانی،حمید 1400،افسانه تهتانی و همکاران 1399،ونیر و همکاران،2022،آلسوواید2019) در بررسی های سوء مصرف مواد در اثر کاهش تنظیم شناختی هیجان و بالا بودن ناگویی هیجان است ولی در پژوهشی هردو سازه تنظیم شناختی هیجان و ناگویی مخصوصا در رانندگان با سوء مصرف مواد بررسی نشده که حائز اهمیت می باشد چرا که مصرف مواد مخدر در رانندگان علاوه بر تصادفات و خطر مرگ افراد از جهت از هم پاشیدگی کانون خانواده این افراد نه تنها به دلیل شغل بلکه به دلیل تنظیم شناختی غلط و ناگویی هیجانات مخصوصا هیجانات منفی میزان مصرف را افزایش می دهد.و با این پژوهش و کشف ارتباط این دو سازه و ارتباطش با سو مصرف مواد به کاهش آن و جلوگیری از خطرات بیان شده تا حدودی پیشگیری نمود.

حال سوال پژوهش حاضر این است، آیا بین ناگویی هیجان با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رانندگان با سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد؟

**2.**  روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه رانندگان کامیون با سابقه سوء مصرف مواد در شهر اصفهان در سال 1402 بود که با مراجعه به ییمانکاری حمل مواد نفتی تعداد 75 پرسشنامه روش نمونه گیری دردسترس بین آنها توزیع گردید و تعداد 50 پرسشنامه به پژوهشگر عودت داده شد. باتوجه به اینکه معیار انتخاب نمونه برای مطالعات توصیفی حداقل 50 نفر می باشد(حسن زاده و مداح، 1401)، ملاک های ورود شامل راننده بودن و سابقه سوءمصرف مواد و نیز رضایت آنان از ارائه اطلاعات و ملاک های خروج شامل عدم تمایل به همکاری و عدم سوء مصرف مواد بود. مشارکت در پژوهش داوطلبانه بود و راننده ای که به هر دلیلی تمایل به همکاری نداشتند، می توانستند پرسشنامه دریافت نکنند .همچنین ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل بیان اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، آزاد بودن آزمودنی جهت شرکت در پژوهش بود. جهت تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده از نرم افزار SPSS25 و آزمون رگرسیون همزمان استفاده شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل سه پرسشنامه زیر بود:

1) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان(CERQ)

این پرسشنامه توسط گارنفسگی و کریج 2006ساخته شده است و دارای 18 ماده می باشد که نحوه پاسخ به آن بر اساس مقیاس لیکرت از 1(هرگز) تا 5 (هیشه) و برحسب 9 زیرمقیاس شامل خودسرزنش­گری، تمرکز بر فکر/نشخوارفکری، فاجعه­نمایی، کم­اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه­ریزی است. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در این پرسشنامه به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی(سازش­یافته) و راهبردهای غیرانطباقی(سازش­نایافته) تقسیم می­شوند. گارنفسکی و کریج پایایی و روایی این آزمون را با استفاده از ضریب الفای کرونباخ برای راهبردهای انطباقی، 91/0 درصد و برای راهبردهای غیرانطباقی، 87/0گزارش نموده اند.(سامانی و صادقی 2010)در مطالعه خود، ضریب آلفای کرونباخ را در دامنه ی 62/0 تا 91/0 گزارش نموده اند.

2)پرسشنامه ناگویی هیجان(TAS)

این پرسشنامه توسط بگبی، پارکر و تیلور[[15]](#footnote-15)(1994)، ساخته شده است. پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو یک پرسشنامه خودسنجی و 20سوالی است که دارای سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (شامل 7 سوال)، دشواری در توصیف احساسات (شامل 5سوال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (شامل 8 سوال) است. سوال ها بر حسب معیار 5 درجه ای لیکرت از کاملا مخالفم (1) تا کاملا موافقم (5) نمره گذاری می شوند. ماده­های شماره 4، 5، 10، 18 و 19 بصورت معکوس نمره­گذاری می­شوند. ضریب آلفای کرونباخ درپژوهش بگبی، پارکر تیلور 88/0 بود. بشارت(1392) ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجان کل و سه زیر مقیاس را به ترتیب 85/0، 82/0 ،75/0 و 72/0 و روایی همزمان برحسب همبستگی زیرمقیاس­های این آزمون مورد تایید قرار گرفت.

**3.یافته­ها**

تجزيه تحليل يافته هاي پژوهش به وسيله بسته نرم­افزار آماری SPSS نسخه 25در دو سطح توصيفي و استنباطي تحليل شد. يافته ها در دو سطح توصيفي(فراواني، درصد فراواني، ميانگين و انحراف استاندارد) و استنباطي (آزمون همبستگی پیرسون) انجام گرديد. يافته ها در سطح توصيفي نشان داد که بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی 50 سال به بالا، متاهل و دارای مدرک تحصیلی دیپلم با حداقل 8 سال سوءمصرف مواد بودند. در جدول 1، براي هر يک از متغيرهای پژوهش میانگین، انحراف استاندارد، کمترین مقدار و بیشترین مقدار مربوط به هر يک از این عوامل بیان شده است.

**جدول (1) میانگین متغیرهای اصلی پژوهش**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیرهای پژوهش | میانگین | انحراف معیار | کمترین مقدار | بیشترین مقدار |
| ناگویی هیجانی | 2.86 | 0.496 | 1.80 | 3.95 |
| راهبردهای سازش یافته | 3.68 | 0.504 | 2.70 | 5.00 |
| راهبردهای سازش نیافته | 3.01 | 0.729 | 1.38 | 4.38 |

با توجه به فرضیه اصلی پژوهش و با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون مطابق چدول 2جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده گردید.

**جدول (2) ضريب همبستگي بين راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی با ناگویی هیجانی**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| متغير ملاك | **ناگویی هیجانی** | | |
| شاخص آماري  **متغير پيش‌بين** |
| ضريب همبستگي | مجذور ضريب همبستگي | سطح معناداري |
| **راهبردهای سازش یافته** | 039/0-\*\* | 001/0 | 791/0 |
| **راهبردهای سازش نیافته** | 609/0\*\* | 370/0 | 000/0 |

P <\*\*

یافته‌های جدول (4-9) نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین راهبردهای سازش نیافته و ناگویی هیجانی معنادار است. یعنی بین راهبردهای سازش نیافته و ناگویی هیجانی رابطه معنادار و مستقیم به میزان (609/0 =r) وجود دارد. بر اساس ضریب تعیین(2r) 0/37 درصد از واریانس راهبردهای سازش نیافته و ناگویی هیجانی مشترک بوده است. اما رابطه بین راهبردهای سازش یافته و ناگویی هیجانی معنادار نیست، لذا فرضیه پژوهش مبنی بر این که بین راهبردهای سازش نیافته و ناگویی هیجانی رابطه وجود دارند تأیید ولی رابطه بین راهبردهای سازش یافته و ناگویی هیجانی تائید نگردید.

**4. نتيجه­گيري**

با توجه به این مهم که در مطالعات مشاهده می شود که ناگویی هیجان در نارسایی در تنظیم عواطف نقش دارد و چگونگی استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را تحت تاثیر قرار میدهد،و موجب انتخاب راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان که در نهایت گراایش به مصرف مواد نیز میتواند یکی از انتخابات منفی باشد،برآن شدیم هدف پژوهش حاضر را با این مضمون بین ناگویی هیجان با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رانندگان با سوء مصرف مواد مورد بررسی قرار دهیم.

در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هرچقدر ناگویی هیجان در افراد بالاتر باشد می تواند استفاده از راهبردهای ناسازگارانه شناختی را به همراه داشته باشد.در واقع بین ناگویی هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان رابطه وجود دارد.

با توجه به تحقیقات قبلی همچون بارباریز و همکاران(2017) ،دسروسیس و همکاران(2014) اورن و همکاران(2015) لانگر و همکاران(2021) وانگ و همکاران (2014) موری و همکاران (2016) همسو است.نتایج را میتوان اینگونه بیان نمود:

چنانچه بتوانیم در جهت استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان مورد استفاده قرار گیرد افزایش احساس مثبت ودر نتیجه رفتار سازگارانه را در پی خواهد داشت. در حقیقت استفاده از راهبردهای سازگارانه موجب حس کنترل بیشتر افراد بر محیط می شود و نوعی احساس مثبت نسبت به خود و ابراز را برایشان به وجود می آورد(.ارباریز و همکاران،2017)

همچنین فرد چنانچه بتواند تنظیم مناسبی از عملکرد خود داشته باشد درحقیقت از راهبردهای سازگارانه در جهت مواجهه با هیجان های ناسازگار استفاده کند عملکردی موفقیت آمیز را در محیط از خود ارائه می دهد(دسروسیس وهمکاران 2014)

در مقابل طبق پژوهشی دیگر چنانچه فرد از راهبرد ناسازگارانه که معمولا در شرایط ناراحت کننده و بحرانی به دلیل ناتوانی در تنظیم و مدیریت رفتار به آن سوق دارد فرد را در انتخاب این راهبردها پیش می برد و نمی تواند در شرایط بحرانی و ناراحت کننده در راستای دست یابی به اهدافش قدم بردارد (وانگ و همکاران،2014) چه بسا امکان گرایش به سوء مصرف مواد مخصوصا در افرادی همچون رانندگان که با مشکلات جاده ای و سختی های مسیر و مشکلات فردی نیز گریبان گیر هستند این انتخاب را به دنبال دارد.(سوری و همکاران ،1393)

در تبین ناگویی هیجان در افراد با سو ء مصرف مواد چنین می توان گفت که افراد مبتلا به ناگویی علائم جسمانی هیجان را منفی تعبیر کرده و زمانی که به دنبال درمان نشانه های جسمی خود هستند به احتمال زیاد به سمت مصرف مواد روی می آورند چرا که تعبیر درستی از ناگویی هیجانی خود ندارند(موری و همکاران،2016)

همچنین افرادی که مهارت لازم در تنظیم هیجان را ندارند بیشتر از سایرین درگیر سوء مصرف مواد می شوندکه البته یکی از راههای مقابله شان با احساسات منفی می باشد و مواد مخدر را راهی جهت تسکین خود انتخاب می کنند. میتوان نتیجه گرفت بدتنظیمی نقش موثری در ابتلابه سوء مصرف مواد می باشد.( بیتا نصر الهی و همکاران1401)پس چنانچه قابل مشاهده است ابتلا به سو مصرف مواد دلیل بر ناگویی هیجان و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه است.

به طور خلاصه می توان گفت با توجه به یافته های پژوهش حاضر که رابطه ناگویی هیجان با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی رابطه دارد یافته های پژوهش های بیان شده در بالا نشان دهنده همسویی با یافته های این پژوهش را دارد.در نتیجه می توان چنین بیان کرد که ناگویی هیجان با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رانندگان با سوء مصرف مواد رابطه دارد.

این مطالعه با محدودیتهایی به همراه دارد همچون، برخی جنبه های مهم و جزئیات را در مورد رابطه بین ناگویی هیجان و مصرف مواد در رانندگان،مانند تاثیرات مضر و مخربی که مصرف مواد بر عملکرد رانندگی می گذارد به طور کامل از جهت تمامی جنبه ها بررسی نشد. همچنین اطلاعات جمع آوری شده مربوط به رانندگان با سوء مصرف مواد در شهر اصفهان می باشد که ممکن است در مناطق دیگر جغرافیایی موارد و مطالب دیگری حائز اهمیت است که در این تحقیق امکان بررسی تمام موارد نبود و به طور عمیق روابط علت و معلولی بین ناگویی هیجان و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان در رانندگان با سوء مصرف مواد ببرسی نشده است. و البته .مولفه های دیگری جز شغل رانندگی و سوء مصرف مواد همچون سن ، مدت زمان مصرف مواد ، وجود یا عدم وجود دوره های ترک مواد و نوع ماده مصرفی ،وضعیت تاهل افراد،میزان رانندگی و ساعات استراحت آنها نیز مهم است که در این تحقیق بررسی نشد.

بهتر است با توجه به یافته های این تحقیق و در نظر گرفتن محدودیتهای حاضر در پژوهش در مطالعات آتی با در نظر گرفتن روابط متغیرها محدوده سنی و نوع ماده مصرفی رانندگان مورد توجه قرار گیرد و درمانهایی جهت پیشگیری از مقابله ها و راهبردهای ناسازگارانه در زمان وجود هیجان های منفی به افراد جامعه خصوصا رانندگان جاده ای داده شود تا از میزان تصادفات و مرگ و میر افراد و مشکلات فردی و خانوادگی نیز کاسته شود.

**5. قدرداني**

در پایان از رانندگان محترم که با ما نهایت همکاری را داشتند کمال تقدیر و تشکر را ابراز می­نمائیم.

**6. منابع**

حائری مهسا،بشارت محمدعلی،احمدوند شاهوردی محمد،رمضانی مقدم آرایی فریده(1401)مقایسه تکانشوری،استحکام من،ناگویی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در معتادان ادامه دهنده و رها کننده درمان،فصلنامه روانشناسی کاربردی، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی وروان شناسی،دوره ۱۶-شماره۲-پیاپی۶۲-صفحه۱۵۶-۱۳۳،تیر ۱۴۰۱

تهتانی افسانه،عرب علی،ثناگوی محور غلامرضا ر(1399)،تعیین اثربخشی ذهن آگاهی بر وسوسه مواد و تنظیم هیجان در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون،مجله مطالعات ناتوانی(علمی -پژوهشی)،جلد۱۴۰۰:(۱۱):۱۵۴،انتشاربرخط آبان ۱۴۰۰

نصرالهی بیتا،آقایی وحیده(1401)،مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای نشانه های اختلال اضطراب فراگیر و اجتماعی ،سوء مصرف مواد و افراد سالم،مجله روان‌شناسی معاصر، ۱۶-۳،(۲) ۱۴۰۱،۸

احمدزاده،غلامحسین. موسوی،سیدغفور . کیانی،مریم. محکی،بهزاد(1395) بررسی رابطه بین پرخاشگری ،مصرف دخانیات و مواد مخدر با فراوانی و شدت تصادفات رانندگی،مجله دانشکده پزشکی اصفهان،دانشگاه علوم‌پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان،هفته نامه،سال سی و چهارم،شماره ۴۱۵،هفته ی سوم اسفندماه 1395

Alsuwaidi,H(2019).Understanding the barriers to integration to society,recovering paint from

addiction face.qualitative study in UAE Masters thesis,Harvard Medical School.

Nair,N.,Elliott,A.,Arnold,S.,Flachs,A.,Beaulieu,B.,&Marceau,K.(2022).Adolescent substance use: Findings from a state-wide pilot parent education program.BMC public health,22(1),1-15.

Doran N,McChargue D,Cohen L. Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking .Addict Behav.2017:32(1):90-8

Gross JJ.Handbook of emotion regulation .New York:Guilford Publications:2014.

stévez A, Jáuregui P, Sánchez-Marcos I, López-González H, Griffiths MD. Attachment and emotion regulation n substance addictions and behavioral addictions. J Behav Addict. 2017;6(4):534–44.

Langer K,Wolf OT,Jentsch VI,Deleyed effects of acute stress on cognitive emotion regulation. Psychoneuroedocrinology.2021:125:105101

Riaz M Abid M,bano Z,Psychological problems. Pers In general population during covid-19 pandemic in pakestan:role of cognitive emotion regulation. AnnMed.2021 Jan 1,53(1);189-96

Barral,C.,Daigre,C.,Bachiller,D.,Calve,N.,Ros-Cucurull,E.,Gancedo,B.,and Roncero,C.(2017).Severity factors associated with borderline personality

Taylor,G.J.,Bagby,R.M and Parker,J D.(2016).What is in the name alexithymia?A commentary on (Affective agnosia:Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud s legacy .

Evren,C.,Cinar,O.,Evern,B.,Umut,G.,Can,Y.,&Bozkurt,M.(2015).Relationship Between Alexithymia and Aggression in a Sample of Men with Substance Dependence Klinik Psikofarmokoloji Bulteni 25,209-320.

Barberis,N.,Cernaro,V.,&Costa,S.(2017).The relationship between coping ,emotion regulation,and quality of life of patients on dialysis.The International Journal of Psychiatry in Medicien

Desrosiers A, V, Curtiss J,Klemanski DH.Observing nonreactively:A conditional process model Linking mindfulness facets,cognitive emotion regulation strategies, and depression and anxiety symptoms.J Affect Disord.2014:165:31-7

Morie,K. P.,Yip,S. W., Nick,C.,Hunkele,K.,Carroll,K. M.,&Potenzo,M. N.(2016).Alexithymiaand addiction :a rewiew and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processing .current addiction reports,3(2),239-248.

1. Substance abuse [↑](#footnote-ref-1)
2. Alsuwaidi [↑](#footnote-ref-2)
3. DSM5 [↑](#footnote-ref-3)
4. Nair [↑](#footnote-ref-4)
5. UNODC [↑](#footnote-ref-5)
6. Doran [↑](#footnote-ref-6)
7. Emotion regulation [↑](#footnote-ref-7)
8. GROSS) [↑](#footnote-ref-8)
9. Estevez [↑](#footnote-ref-9)
10. Langer [↑](#footnote-ref-10)
11. Alexithymia [↑](#footnote-ref-11)
12. Evren [↑](#footnote-ref-12)
13. Barral [↑](#footnote-ref-13)
14. Tylor [↑](#footnote-ref-14)
15. Bagby Parker & Taylor [↑](#footnote-ref-15)