Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article
Volume 11, Issue 4 , Winter 2023

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

Kamkar M[1*], Karkavandi Talkhoonche M[2], Shahini M[3], Behnam Noroozzadeh M[4]

1- Master Student of General Psychology, Pakdasht Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.
2- Master of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
3- Master of General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
4- Master of General Psychology, Islamshahr Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Kamkar M, Master student of General Psychology, Pakdasht Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.
E-mail: kamkarmarzieh@gmail.com.

Abstract

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

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

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

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

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

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-06-05]

فصلنامه مدیریت پرستاری مقاله پژوهشی
دوره ۱۱، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱

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

مرضیه کامکار[۱*]، مریم کرکوندی طالخونچه[۲]، مهدیس شاهینی[۳]، مهدی بهنام نوروززاده[۴]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد پاکدشت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.
۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
۴- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد اسلامشهر، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

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

چکیده

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

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

یافته ها: نتایج نشان داد که بین سبک دلبستگی ایمن (r= -۰/۱۷۵، p<۰/۰۵)، مولفه اطمینان ذهنی سازی (r= -۰/۱۸۷، p<۰/۰۵) و تنظیم شناختی هیجان سازگارانه (r= -۰/۵۶۴، p<۰/۰۱) با گرایش به مصرف مواد در پرستاران همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. بین سبک دلبستگی ناایمن (r=۰/۳۵۱، p<۰/۰۱)، مولفه عدم اطمینان ذهنی سازی (r=۰/۲۴۲، p<۰/۰۱) و تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه (r=۰/۳۴۸، p<۰/۰۱) با گرایش به مصرف مواد در پرستاران همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۴۸/۷ درصد واریانس گرایش به مصرف مواد به وسیله دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان تبیین می‌شود.

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

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

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-06-05]

مقدمه

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

در کارآزمایی‌های بالینی، مجموعه‌ای از متغیرها به‌عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در زمینه گرایش به مصرف مواد مورد مطالعه قرار گرفتند که از جمله این متغیرها می‌توان به سبک دلبستگی اشاره کرد. اولین کسی که از سبک دلبستگی صحبت نمود، جان بولبی بود. در روان-شناسی رشد به پیوند عاطفی بین مادر و نوزاد دلبستگی می گویند. این دلبستگی از دوران نوزادی شروع می شود و در طول زمان پایدار است (۶). بولبی فرآیند شکل گیری دلبستگی (پیوند عاطفی) بین نوزاد و مادر را تشریح کرد و نشان داد که چنین پیوند و تجربه ای به واسطه ی امنیت در چارچوب این پیوند، زمینه ساز رشد و فعالیت در افراد است. از سوی دیگر، تجربه ناامنی در روابط دلبستگی با ویژگیهایی مانند بی اعتمادی، آسیب پذیری، حساسیت و مشکلات ارتباطی مرتبط است (۷). نظریه دلبستگی، اعتیاد را به عنوان یک اختلال دلبستگی ناشی از تلاش غلط فرد در خودترمیمی به خاطر نقص در ساختار روان توصیف می کند. آسیب پذیری خود در نتیجه شکست های رشد و محرومیت های محیطی اولیه است که منجر به سبک های دلبستگی ناکارآمد می شود. مصرف مواد به عنوان تلاش جبرانی، تنها به تشدید وضعیت به دلیل وابستگی جسمی و وخامت بیشتر ساختارهای روانی و فیزیولوژیکی می انجامد. افراد به ویژه پرستاران با سبک دلبستگی ایمن، سطح بالاتری از اعتماد و رضایت و سطح پایین تری از تعارض را دارند، در حالی که پرستاران با سبک دلبستگی دوسوگرا با عدم تعادل در احساسات و تعارضات بیشتر، و پرستاران با سبک دلبستگی اجتنابی با رضایت و صمیمت کمتر و تعارضات بیشتر مشخص می شوند (۸). تحقیقات نشان داده دلبستگی از طریق پیش بینی و تاثیر گذاردن بر توانایی تنظیم عواطف، مشکلات صمیمیت و عملکردهای درون فردی و بین فردی در آسیب پذیری به اعتیاد نقش دارد. شواهد پژوهشی نشان می دهد که بین مصرف مواد و سبک های دلبستگی ناایمن رابطه وجود دارد (۹، ۱۰، ۱۱). در این پژوهش نیز فرض شده است که بین سبک های دلبستگی و گرایش به مصرف مواد در پرستاران رابطه وجود دارد.

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

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-06-05]

نمایـد. بـه بیـان دیگـر، افـراد (پرسـتاران) بـدون داشـتن درک کافـی از حـالات روانـی خـود (عـدم ذهنـی سـازی)، نمـی تواننـد عواطـف خـود را تعدیـل کننـد و در عـوض تمایـل دارنـد کـه احساسـات و اضطـراب خـود را بـه صـورت رفتارهـای مخـرب (مثـل مصـرف مـواد) یـا بـه شـکل جسـمانی سـازی نشـان دهنـد. درواقـع ایـن افـراد سـعی دارنـد کـه از طریـق بـدن و یـا بـا روش هـای دارویـی بـه تنظیـم عواطـف خـود بپردازنـد (۱۴). بنابرایـن مبتنـی بـر مبانـی نظـری، در ایـن مطالعـه نیـز فـرض شـده اسـت کـه نقـص در ذهنـی سـازی، پیـش بینـی کننـده گرایـش افـراد بـه سـمت مصـرف مـواد در پرسـتاران اسـت.

ذهنـی سـازی ارتبـاط تنگاتنگـی با تنظیـم هیجـان دارد. همچنین، بـی نظمـی هیجانـی یکـی از عوامـل موثـر در پیش بینـی گرایش بـه مصـرف مـواد اسـت. مفهـوم نظـم جویـی شـناختی هیجـان بـه روش‌شـناختی مدیریـت اطلاعـات برانگیزاننـده‌ی هیجانـی (۱۷) و بخـش شـناختی مقابلـه اشـاره می‌کنـد. طبـق فرضیـه خوددرمانـی اعتیـاد (۱۸) مصـرف مـواد ممکـن اسـت بـه عنـوان نوعـی خوددرمانـی بـه منظـور بـی حـس کـردن حـالات هیجانی منفـی طاقـت فرسـا تلقـی شـود. بـه عبـارت دیگـر، اعتیـاد بـه مـواد مخـدر در حکـم ابـزاری جهـت تعدیـل عواطـف اسـترس‌زا اسـت. مصرف‌کننـدگان مـواد هیجانـات منفـی و بی‌قـراری را غیرقابل‌تحمـل و مسـتأصل کننـده توصیـف می‌نماینـد و نمی‌تواننـد ایـن حـالات هیجانـی را بـدون اتـکا بـه مـواد مدیریـت نماینـد مصرف‌کننـدگان مـواد از خـواص فیزیولوژیکـی و روان‌شـناختی در جهـت تنظیـم و تعدیـل هیجانـات منفی‌شـان و دسـت‌یابی بـه ثبـات هیجانـی اسـتفاده می‌نماینـد (۱۷). تنظیـم هیجانـی سـازگار، بـه فـرد اجـازه می‌دهـد کـه کارکـرد وی در محیـط موفقیت‌آمیـز باشـد (۱۹) و هنـگام مواجه‌شـدن بـا یـک تجربـه هیجانـی مشـکل‌زا بتوانـد رفتارهـای متناسـب باهدفـش را بـه کار گیـرد. تنظیـم هیجانـی سـازگار نیازمنـد مهارت‌هـای ازجملـه، آگاهـی و پذیـرش هیجانـی اسـت (۲۰). در مقابـل کسـی کـه از تنظیـم هیجانـی ناسـازگار اسـتفاده می‌کنـد، هنـگام روبـه‌رو شـدن بـا یـک تجربـه مشـکل‌زا نمی‌توانـد رفتارهایـش را طـوری تنظیـم کنـد کـه بتوانـد بـه اهدافـش در محیـط برسـد. بـه طـور کلـی بـا توجـه بـه اینکـه پرسـتاران روزانـه بـا محـرک هـای اسـترس زای فـراوان، اضافـه کاری اجبـاری، فرسـودگی و نارضایتـی شـغلی و بـه تبـع پریشـانی روان شـناختی، مواجـه هسـتند، بنابرایـن ایـن احتمـال وجـود دارد کـه از طریـق گرایـش بـه مصـرف مـواد بـه مدیریـت عواطـف و اسـترس هـای موجـود بپردازنـد. لـذا در ایـن مطالعـه فـرض بـر ایـن اسـت کـه تنظیـم هیجـان مذکـور مـی توانـد پیـش بینـی کننـده گرایـش یـا عـدم گرایـش پرسـتاران بـه سـمت مصـرف مـواد باشـد.

بـه طـور خلاصـه عوامـل مختلفـی – از جملـه نقـش حیاتـی پرسـتاران در سیسـتم مراقبـت هـای بهداشـتی، عـدم توجـه بـه رویکردهـای پیشـگیرانه در گرایـش بـه مصـرف مـواد در میـان پرسـنل بیمارسـتان، ناکامـل بـودن رویکردهـای پیشـگیری از اعتیـاد در ده هـای گذشـته و عـدم وجـود پژوهشـی در زمینـه شناسـایی و بررسـی عوامـل مختلـف در گرایـش پرسـتاران بـه سـمت مصـرف مـواد در داخـل کشـور– سـبب انجـام ایـن پژوهـش شـده اسـت. بـه عبـارت دیگـر، ایـن مطالعـه درصـدد بـود تـا بـا پـر نمـودن خـلاء پژوهشـی ذکـر شـده در ادبیـات پیشـین، و بـه عـلاوه بـا در نظـر گرفتـن مولفـه هـای هیجانـی و پویشـی بـه شناسـایی عوامـل زمینـه ای گرایـش بـه مصـرف مـواد در میـان پرسـتاران بپـردازد. از ایـن رو، مطالعـه حاضـر بـا هـدف بررسـی نقـش دلبسـتگی، ذهنـی سـازی و تنظیم شـناختی هیجـان در پیـش بینـی گرایـش بـه مصـرف مـواد در پرسـتاران انجـام شـد.

روش کار

ایـن مطالعـه توصیفـی– همبسـتگی در سـال ۱۴۰۲ انجـام شـد. جامعـه پژوهـش را تمامـی پرسـتاران در بخـش اورژانـس بیمارسـتان هـای و مراکـز درمانـی شـهر شـیراز تشـکیل دادنـد. در ایـن مطالعـه، ۱۶۰ نفـر بـه شـیوه نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند. میانگیـن سـه پژوهـش پیشـین حجـم نمونـه پژوهـش را تعییـن نمـوده اسـت (۲۱، ۲۲، ۲۳). معیارهـای ورود بـه مطلعـه شـامل داشـتن حداقـل دو سـال سـابقه کاری، عـدم مشـکلات جسـمی و روانشـناختی شـدید و رضایـت کامـل جهـت شـرکت در پژوهـش بـود. معیارهـای خـروج از پژوهـش نیـز تکمیـل ناقـص پرسشـنامه هـا بـود. پـس از اخـذ مجوزهـا و انجـام هماهنگـی هـای لازم اقـدام بـه انجـام پژوهـش در بیمارسـتان‌های سـطح شـهر شـد. فراینـد جمـع آوری داده هـا نیـز بـه شـیوه میدانـی انجـام شـد. . بـرای اجـرای ملاحظـات اخلاقـی در ایـن پژوهـش کدهـای اخلاقـی مطرح‌شـده توسـط انجمـن روان‌پزشـکی آمریـکا از جملـه اصـل محرمانگـی و رازداری، رضایـت کتبـی شـرکت در پژوهـش مـورد توجـه قـرار گرفـت. تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا بـا اسـتفاده از آزمون همبسـتگی پیرسـون و تحلیـل رگرسـیون چندگانـه از طریـق نـرم افـزار SPSS انجـام شـد پرسشـنامه هـای مـورد اسـتفاده شـامل مـوارد زیـر اسـت.

پرسشـنامه سـبک های دلبسـتگی بزرگسـالان: پرسشـنامه سـبک هـای دلبسـتگی بزرگسـال، بـا اسـتفاده از مـواد آزمـون دلبسـتگی هـازان و شـیور در سـال ۱۹۸۷ (۲۴) سـاخته و در مـورد نمونـه هـای دانشـجویی، دانـش آمـوزی و جمعیـت ایرانـی هنجاریابـی

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-06-05]

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

پرسشنامه کارکرد تأملی: این پرسشنامه ۲۶ سوال دارد و دو مولفه اطمینان(قطعیت) با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹ و عدم اطمینان(عدم قطعیت) با سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری آن ۷ درجه ای از از کاملاً مخالف ۱ نمره تا کاملاً موافق ۷ نمره تعلق می گیرد. برای مولفه عدم اطمینان یعنی سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ به صورت معکوس نمره گذاری می شود به این صورت که از کاملاً مخالف ۷ نمره، تا حدودی مخالفم ۶ نمره، مخالفم ۵ نمره، نظری ندارم ۴ نمره، موافقم ۳ نمره، تا حدودی موافقم ۲ نمره و کاملا موافقم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. فوناگی و همکاران (۲۸) همسانی درونی برای مؤلفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه غیربالینی گزارش کردند و پایایی آزمون را با روش آزمون- بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۸۴ برای عدم اطمینان و ۰/۷۴ برای مؤلفه اطمینان به دست آورده اند (۲۸). این پرسشنامه در ایران ترجمه و روایی مقیاس با روش تحلیل عاملی بررسی و مقادیر نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X2/d، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب ۱/۶۰، ۰/۹۲۰، ۰/۹۸۰ و ۰/۰۴۷ به دست آمده است و برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ محاسبه شده است (۲۹).

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

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

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-06-05]

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

یافته ها

تعداد آزمودنی ها در این پژوهش ۱۶۰ نفر بودند. ۸۶ نفر (۵۳/۸ درصد) مجرد و ۷۴ نفر (۴۶/۳ درصد) متاهل بودند. ۹۲ نفر (۵۷/۵ درصد) لیسانس و ۶۸ نفر (۴۲/۵ درصد) فوق لیسانس بودند میانگین سن افراد ۳۶/۰۲ و انحراف معیار سن ۴/۵۴۹ بود. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه پیش فرض های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند (P>۰/۰۵). مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشاندهنده استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم هم خطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود هم خطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد. (جدول ۱) میانگین و انحراف معیار و آماره های نرمال بودن شامل چولگی و کشیدگی را نشان می دهد.

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

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

بعد از بررسی یافته های توصیفی در جدول ۱ و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در ابتدا برای بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان با گرایش به مصرف مواد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

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

** معنادار در سطح ۰/۰۱ *معنادار در سطح ۰/۰۵

بر اساس (جدول ۲) نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین سبک دلبستگی ایمن (r= -۰/۱۷۵، p<۰/۰۵)، مولفه اطمینان ذهنی سازی (r= -۰/۱۸۷، p<۰/۰۵) و تنظیم شناختی هیجان سازگارانه (r= -۰/۵۶۴، p<۰/۰۱) با گرایش به مصرف مواد در پرستاران همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. بین سبک دلبستگی ناایمن (r=۰/۳۵۱، p<۰/۰۱)، مولفه عدم اطمینان ذهنی سازی (r=۰/۲۴۲، p<۰/۰۱) و تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه (r=۰/۳۴۸، p<۰/۰۱) با گرایش

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-06-05]

به مصرف مواد در پرستاران همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان پذیر می‌سازد، لذا برای پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس سبک‌های دلبستگی، ذهنی سازی و تنظیم شناختی هیجان از رگرسیون چندمتغیره استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

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

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

** F =۲۴/۱۹۲؛ R^2 = ۰/۴۶۷ تعدیل شده ؛ R^2 =۰/۴۸۷؛ R=۰/۶۹۸
** معنادار در سطح ۰/۰۱

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

بحث

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

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-06-05]

مـواد) بـرای مقابلـه بـا اسـترس یـا شـرایطی ماننـد اضطـراب و افسـردگی سـوق دهـد.

بخـش دیگـری از یافتـه هـای پژوهـش نشـان داد که بیـن ذهنی سـازی (اطمینـان) بـا گرایـش بـه مصـرف مـواد، همبسـتگی منفـی و معنـاداری وجـود دارد. همچنیـن، بیـن ذهنـی سـازی (عـدم اطمینـان) بـا گرایـش بـه مصـرف مـواد، همبسـتگی مثبت و معنـاداری وجـود دارد. یافتـه هـای ایـن پژوهـش بـا پژوهـش-هـای فوناگـی (۱۳)، برنـدل و همـکاران (۱۴)، آلـن و همـکاران (۱۶) و سـاووف و آتاناسـوف (۳۵) هـم سـو اسـت. در تبیـن ایـن یافتـه هـا مـی تـوان گفـت کـه دلبسـتگی عامـل اصلـی در شـکل گیـری بازنمایـی حـالات عاطفـی و ذهنـی سـازی اسـت. دلبسـتگی خـوب پیـش شـرط تنظیـم عواطـف خـوب اسـت. کودکـی کـه بیـان همدلانـه مـادر را درونـی مـی کنـد، خـود ایـن حـالات بیـن الاذهانـی نقطـه عطفـی در تنظیـم حـالات عاطفـی اسـت. امـا نقـص در ذهنـی سـازی (عـدم اطمینـان) بـه تمایـل بـه سـوء مصـرف مـواد - تحـت اسـترس عاطفـی ناشـی از تعارضـات بیـن فـردی بـا نمادهـای دلبسـتگی کمـک مـی کند (۱۶). در تبییـن دیگـر مـی تـوان بـه فرض بوچـارد و لکـورز (۳۶) در مـورد نظریـه ذهنـی سـازی اشـاره نمـود. ایـن نظریـه ریشـه در تحقیقـات روان تنـی انجـام شـده توسـط مارتـی (۳۷)، نظریـه احساسـات کریسـتال (۳۸) و مفهـوم سـازی پیـاژه از رشـد فکـری کـودک – حرکـت از فعالیـت حسـی- حرکتـی بـه سـمت تفکـر کلامـی رسـمی- (۳۹) دارد. بوچـارد و لکـورز فراینـد پیچیـده ای از کار روانـی را توصیـف مـی کنـد بـه وسـیله ایـن عمـل روانـی، از تخلیـه مسـتقیم بـه عمـل و جسـمانی سـازی جلوگیـری مـی-کنـد. عواطـف در اینجـا بـه عنـوان پدیـده روان شـناختی مثبـت و یـا منفـی میـل بـه تخلیـه و تبدیـل بـه کنـش جسـمی و حرکتـی دارنـد، امـا فراینـد پیچیـده روانـی ایـن گرایـش را از بین مـی برد. بنابرایـن فـرض بوچـارد و لکـورز ایـن اسـت کـه کمبـود بازنمایـی هـا، هیجـان بیـش از حـد، تعارضـات روانـی و اضطـراب ذهنـی سـازی نشـده را بـه همـراه دارد. در نتیجـه اشـکال تکانشـکری، جسـمانی سـازی و میـل بـه رفتارهـای اعتیـادی از ایـن دیـدگاه بـه عنـوان ابـراز تکانـه هـای انباشـته شـده بـدون معنـای روان شـناختی (منتالایـز نشـده) تفسـیر مـی شـوند. بنابرایـن طبـق این یافتـه هـا مـی تـوان گفـت کـه نبـود حـالات ذهنـی سـازی در پرسـتاران نیـز مـی توانـد شـرایط اسـترس زا و اضطـراب هـای کاری را بـه تکانـه و رفتـار اعتیـادی تبدیـل نمایـد. بـه عبـارت دیگـر هـر گونـه حـالات برانگیختـه هیجانـی (ناشـی از شـرایط اسـترس زا) در پرسـتاران، بـدون اینکـه در فرایندهـای ذهنـی، معنـای روان شـناختی و ذهنیتـی پیـدا کنـد، سـریعا تبدیـل بـه یـک عمـل و تکانـه (ماننـد مصـرف مـواد) مـی شـود.

دیگـر یافتـه هـای پژوهـش نشـان داد کـه بیـن تنظیـم شـناختی هیجـان (سـازگارانه) بـا گرایـش بـه مصـرف مـواد، همبسـتگی منفـی و معنـاداری وجـود دارد. بیـن تنظیـم شـناختی هیجـان (ناسـازگارانه) بـا گرایـش بـه مصـرف مـواد، همبسـتگی مثبـت و معنـاداری وجـود دارد. ایـن یافتـه هـا بـا پژوهـش هـای مک-کـی و همـکاران (۴۰)، ویـس و همـکاران (۴۱) و پرینـی و همـکاران (۴۲) هـم سـو اسـت. در تبییـن ایـن یافتـه هـا بایـد اشـاره کـرد کـه تنظیـم هیجانـی انگیـزه اصلـی مصـرف مـواد بخصـوص سـیگار کشـیدن می‌باشـد. افـرادی کـه از تنظیـم هیجانـی ناکارآمـد همـراه بـا تکانشـوری بالایـی برخوردارنـد در گرایـش بـه مصـرف مـواد بیشـتر مسـتعد هسـتند (۴۳). درواقـع افـرادی کـه در تنظیـم هیجـان مشـکل دارنـد، بـرای اجتنـاب یـا تنظیـم احساسـات و عواطـف منفـی، رفتارهـای اعتیـادآور انجـام مـی دهنـد (۴۴). در زمینـه نقـش پیـش بیـن راهبردهـای نظـم جویـی شـناختی هیجـان بـه صـورت سـازگارانه و ناسـازگارانه در گرایـش بـه مصـرف مـواد مـی تـوان گفـت کـه هنگامی‌کـه یـک شـخص، بـرای مصـرف مـواد تحت‌فشـار قـرار می‌گیـرد، مدیریـت مؤثـر هیجان‌هـا خطـر مصـرف را کاهـش می‌دهـد. توانایـی مدیریـت هیجـان یـا همـان تنظیـم هیجـان باعـث می‌شـود کـه فـرد در موقعیت‌هایـی کـه خطـر مصـرف مـواد بالاسـت، از راهبردهـای مقابلـه‌ای مناسـب (سـازگارانه) اسـتفاده کنـد. افـرادی کـه تنظیـم هیجـان مؤثـری دارنـد در پیش‌بینـی خواسـته‌های دیگـران توانایـی بیشـتری دارنـد. آن‌هـا فشـارهای ناخواسـته دیگـران را درک و هیجان‌هـای خـود را بهتـر مهـار کننـد و درنتیجـه در برابـر مصـرف مـواد مقاومـت بیشـتری نشـان دهنـد، در مقابـل کسـانی کـه تنظیـم هیجانـی پایین‌تـری (ناسـازگارانه) دارنـد، بـرای مقابلـه بـا هیجان‌هـای منفـی خـود، اغلـب به‌سـوی مصـرف مـواد کشـیده می‌شـوند (۴۳). بنابرایـن مـی تـوان گفـت کـه در شـرایط اسـترس زا، اتخـاذ راهبردهـای سـازگارانه و یـا ناسـازگارانه تنظیـم هیجـان در پرسـتاران، مـی توانـد گرایـش و یـا عـدم گرایـش بـه مصـرف مـواد را در آنهـا پیـش بینـی نمایـد.

نتیجه گیری

بـه طـور کلـی مـی تـوان نتیجـه گرفـت کـه دلبسـتگی، ذهنـی سـازی و تنظیـم شـناختی هیجـان در پیـش بینـی گرایـش بـه مصـرف مـواد در پرسـتاران نقـش موثـری دارنـد. بـه ایـن صورت

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-06-05]

کـه هـر چقـدر پرسـتاران دلبسـتگی ناایمـن، ذهنـی سـازی (عـدم اطمینـان) و تنظیـم هیجـان ناسـازگارانه تـری داشـته باشـند، گرایـش بـه مصـرف مـواد در آنهـا بیشـتر اسـت و بالعکـس هـر چقـدر پرسـتاران دلبسـتگی ایمـن، ذهنـی سـازی (اطمینـان) و تنظیـم هیجـان سـازگارانه تـری داشـته باشـند، گرایـش بـه مصـرف مـواد در آنهـا کمتـر اسـت. پژوهـش حاضـر بـا برخـی محدودیـت هـا همـراه اسـت. ماهیـت مقطعـی ایـن مطالعـه، اجـازه اسـتنباط روابـط علـت و معلولـی را نمـی دهـد. همـه ابزارهـای اسـتفاده شـده بـه صـورت کاغـذ- مـدادی هسـتند و ممکـن اسـت ایـن نـوع ابزارهـا بـا سـوگیری در اطلاعـات و عـدم دقـت سـنجی همـراه باشـند. پژوهـش مـا بـر روی نمونـه ای از پرسـتاران انجـام شـده اسـت، لـذا در خصـوص تعمیـم نتایـج بـه سـایر نمونـه هـا و جمعیـت هـا، بایـد احتیـاط هـای لازم صورت گیـرد. در نهایـت پیشـنهاد مـی شـود کـه پژوهـش هـای آتـی در قالـب طـرح آزمایشـی و بـا بـکار بـردن آمـوزش هـای مبتنـی بـر سـازه هـای ایـن پژوهـش (دلبسـتگی، ذهنـی سـازی و تنظیـم هیجـان) بـر شـرایط اسـترس زا و عواطـف منفـی پرسـتاران غلبـه نمـوده و زمینـه پیشـگیری از گرایـش بـه مصـرف مـواد را فراهـم آورنـد.

سپاسگزاری

از تمامـی پرسـتاران کـه در ایـن پژوهـش شـرکت نمـوده و حاضر بـه همکاری شـدند، بسـیار سپاسـگزاریم.

تضاد منافع

بیـن نویسـندگان هیچ‌گونـه تضـاد منافعـی وجـود نـدارد. بـه عـلاوه بـرای اجـرای ملاحظـات اخلاقـی در ایـن پژوهـش کدهـای اخلاقـی مطـرح شـده توسـط انجمـن روان‌پزشـکی آمریـکا مـورد توجـه قـرار گرفـت.

References

1. Isbell LM, Chimowitz H, Huff NR, Liu G, Kimball E, Boudreaux E. A Qualitative Study of Emergency Physicians' and Nurses' Experiences Caring for Patients With Psychiatric Conditions and/or Substance Use Disorders. Annals of Emergency Medicine. 2023 Jan 18.
2. Hasson D, Lindfors P, Gustavsson P. Trends in self-rated health among nurses: a 4-year longitudinal study on the transition from nursing education to working life. Journal of Professional Nursing. 2010 Jan 1; 26(1):54-60.
3. Aqajani M, Tez Dast T, Abas Ghorban M, Bagroo M. The relationship between hardiness with burnout. J Nurs Midwifery. 2013; 23(70):1-7.
4. Zhou Y, Zhou C, Li R. Sex differences in exercise and drug addiction: A mini review of animal studies. Journal of Sport and Health Science. 2014 Sep 1; 3(3):163-9.
5. Ahmadi F, Sarafraz M R, kazemi rezaei A. The Diagnostic Role of Object Relations and Defensive Mechanisms in Patients with Opioid abuse, Stimulant Users and Normal Individuals. etiadpajohi 2020; 14 (55) :169-192.
6. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment London. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. 1969; 1969:1-401.
7. Pirzadeh H. The Relationship between God Attachment Styles with Tendency to Drugs among Students. Journal of Family Relations Studies. 2021 Jun 1; 1(1):4-12.
8. Bowlby J. Attachment and Loss: Sadness and Depression. Loss. Random House; 1998.
9. Chaput-Langlois S, Parent S, Ryan NC, Vitaro F, Séguin JR. Friends, attachment and substance use in adolescence. Journal of Applied Developmental Psychology. 2022 Nov 1; 83:101457.
10. Hayre RS, Goulter N, Moretti MM. Maltreatment, attachment, and substance use in adolescence: direct and indirect pathways. Addictive behaviors. 2019 Mar 1; 90:196-203.
11. Arghabaei M, Solimanian A A, Mohammadipoor M, Ghalehnovy F. The role of attachment style in substance use tendency: Investigating the mediating role of sense of coherence. etiadpajohi 2019; 13 (53) :97-118.
12. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide. Oxford University Press; 2016.
13. Fonagy P. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York (Other Press) 2002.
14. Brendel GR, Stern E, Silbersweig DA. Defining the neurocircuitry of borderline personality disorder: Functional neuroimaging approaches. Development and psychopathology. 2005 Dec; 17(4):1197-206.
15. Allen JG. Mentalizing. Bulletin of the Menninger Clinic. 2003 Jul 1; 67(2: Special Issue):91-112.

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-06-05]

16. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in clinical practice. American Psychiatric Pub; 2008 May 9.
17. Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010 Jan 1; 9:1516-23.
18. Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. Harvard review of psychiatry, 4(5), 231–244.
19. Bridges LJ, Denham SA, Ganiban JM. Definitional issues in emotion regulation research. Child development. 2004 Mar; 75(2):340-5.
20. Gratz KL, Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change. 2010 May 1; 2:107-33.
21. Maghsoodi Mehrabani F, Honarmand M. Investigating The Role Of Object Relations And Mentalization In Predicting The Attitude And Performance Of Nurses In Relation To Patient Pain Management. Quarterly Journal of Nursing Management. 2023 Jan 10; 11(4):0-.
22. Hashemi N. Prediction of Psychological Distress and Job Performance of Nurses Based on Maladaptive Daydreaming and Social Loneliness during the Covid 19 Epidemic. Quarterly Journal of Nursing Management. 2023 Jan 10; 11(4):37-47.
23. Almasi M, Dinarvand N. The role of Attachment Styles, Mentalization and shame and guilt in predicting the quality of patient care among nurses. Quarterly Journal of Nursing Management. 2023 Jan 10; 11(4):14-25.
24. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of personality and social psychology. 1987 Mar; 52(3):511.
25. Besharat M. Standardization of adult attachment scale. Tehran University, 2005.
26. Collins NL, Read S. Cognitive representations of attachment: the structure and function of attachment models. Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships. London: Kingsley. 1994.
27. Divandari H. The young schema questionnaire–short form (SQ-SF): investigation psychometric properties and factor structure between students in Islamic Azad University, Kashmar Branch. Educational researches. 2009 Oct 23; 5(20):1-29.
28. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. PLoS One. 2016 Jul 8; 11(7):e0158678.
29. Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., ashrafi, E. Validation and Reliability of the Persian Version of the MentalizationQuestionnaire. Journal of Clinical Psychology, 2020; 12(1): 1-12. doi: 10.22075/jcp.2020.18897.1745
30. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual differences. 2001 Jun 1; 30(8):1311-27.
31. Hasani, J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2011 Dec 10; 9(4).
32. Zargar Y, Najarian B, Naami A. Investigating the relationship between personality traits (emotion-seeking, expression, psychological hardiness), religious atitude, and marital satisfaction with educational problems. Journal of Education and Psychology Chamran University. 2008; 3 (1): 99-120.
33. Nakhoul L, Obeid S, Sacre H, Haddad C, Soufia M, Hallit R, Akel M, Salameh P, Hallit S. Attachment style and addictions (alcohol, cigarette, waterpipe and internet) among Lebanese adolescents: a national study. BMC psychology. 2020 Dec; 8(1):1-0.
34. Schindler A. Attachment and substance use disorders—theoretical models, empirical evidence, and implications for treatment. Frontiers in psychiatry. 2019 Oct 15; 10:727.
35. 35. Savov S, Atanassov N. Deficits of affect mentalization in patients with drug addiction: Theoretical and clinical aspects. International Scholarly Research Notices. 2013; 2013.
36. Bouchard MA, Lecours S. Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud›s Project. InMentalization 2011 Feb 25 (pp. 103-129). Routledge.
37. Marty P. Mentalisation et psychosomatique. FeniXX; 1990 Dec 31.

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-06-05]

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

[Downloaded from ijnv.ir on 2025-06-05]