

نقش تعدیل کننده ویژگی شخصیتی تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر در مردانی با سوء مصرف مت آمفتامین*

هاشم جبرائیلی^۱، علیرضا مرادی^۲، مجتبی حبیبی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۹

چکیده

هدف: با توجه به اهمیت شناسایی عوامل مؤثر بر رفتار جنسی پرخطر در جمعیت‌های در معرض خطر به منظور طراحی مداخلاتی جهت پیشگیری و درمان، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل کننده تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر مردان سوء مصرف کننده مت آمفتامین انجام شد. **روش:** مطالعه حاضر از نوع تحلیلی مقطعی است. جامعه آماری شامل تمام مردان مصرف کننده مت آمفتامین بود که در کمپ‌های ترک اعتیاد شهر تهران اقامت داشتند. از بین این جامعه نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر از طریق روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان، فرم کوتاه مقیاس رفتار تکانشی پنج عاملی و پرسشنامه رفتار جنسی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها بر مبنای آزمون همبستگی و تحلیل مسیر و با استفاده از نرم افزارهای SPSS و Lisrel مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** ابعاد تکانشگری، اختلال در تنظیم هیجانی و سن همبستگی معناداری را با رفتار جنسی پرخطر داشتند. مدل پیشنهاد شده برای بررسی نقش تعدیل کننده تکانشگری و سن در رابطه میان ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر برازش مطلوبی با داده‌ها داشت [RMSEA=0.05, RMR=0.01, NFI=1, CFI=1, AGFI=94, GFI=1, $\chi^2/df = 1.75$]. تکانشگری ($\beta=0/48, P<0/01$) و سن ($\beta=-0/22, P<0/01$) اثر معنادار مستقیم و ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی اثرات معنادار مستقیم و غیرمستقیم بر رفتار جنسی پرخطر داشتند. **نتیجه گیری:** تکانشگری اثر مثبت و سن اثر منفی بر رفتار جنسی پرخطر دارد و این متغیرها با تشدید رابطه بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر به افزایش میزان رفتار جنسی پرخطر در مصرف کنندگان مت آمفتامینی منجر می‌شوند که از دشواری در تنظیم هیجانی رنج می‌برند.

کلید واژه‌ها: تکانشگری، تنظیم هیجانی، رفتار جنسی پرخطر، مت آمفتامین، هیجان خواهی

* این مقاله مستخرج از طرح پژوهشی مصوب با شماره گزنت ۳۲۰۷۹-۲۱۱-۰۴-۹۶ است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران به انجام رسیده است.

۱. استادیار، دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۲. استاد، دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. استادیار، دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انسیتو

روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران، پست الکترونیکی: Habibi.m@iusm.ac.ir

مقدمه

رفتار جنسی پرخطر که عموماً به عنوان فعالیت جنسی که خطر ابتلا به ایدز یا دیگر بیماری‌هایی منتقل از طریق عمل جنسی را افزایش می‌دهد تعریف می‌شود (هیتنر و شاجن^۱، ۲۰۱۲)؛ یکی از جدی‌ترین چالش‌های سلامت عمومی است که جوامع با آن مواجه هستند. روزانه بیش از یک میلیون نفر در جهان به عفونت‌های آمیزشی آلوده می‌شوند (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۱۳) و در ایالات متحده آمریکا سالانه حدود ۱۹ میلیون مورد جدید بیماری‌های آمیزشی گزارش می‌شود که هزینه پزشکی مستقیم مرتبط با این موارد برای نظام بهداشتی حدود ۱۷ میلیارد دلار است (مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها^۳، ۲۰۱۲). این غیر از هزینه‌هایی است که برای درمان و مراقبت از افراد مبتلا به ایدز صرف می‌شود. ایدز که یکی از بیماری‌های منتقل از طریق آمیزش جنسی است، یکی از عمده‌ترین علل مرگ و میر در سراسر دنیا است و تاکنون حدود ۳۹ میلیون نفر در جهان بر اثر این بیماری جان خود را از دست داده‌اند. برآورد می‌شود حدود ۳۵ میلیون نفر در جهان با ویروس ایدز زندگی می‌کنند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳). اگرچه رفتار جنسی پرخطر در بین تمام گروه‌های جمعیتی قابل مشاهده است، اما مصرف کنندگان مواد، به ویژه مصرف کنندگان مواد محرک، از جمله گروه‌های در معرض خطر رفتار جنسی پرخطر محسوب می‌شوند (پاکوت^۴ و همکاران، ۲۰۱۷).

در این میان بسیاری از پژوهش‌ها از شیوع گسترده رفتار جنسی پرخطر در میان مصرف کنندگان مت‌آفتمین حکایت دارند (مک‌کنا^۵، ۲۰۱۴). مت‌آفتمین که ماده شدیداً اعتیادآوری است، داری سوءمصرف بالایی بوده و دومین ماده پر مصرف در جهان محسوب می‌شود (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد^۶، ۲۰۱۵). این ماده که محرک سیستم عصبی مرکزی است، باعث آزاد شدن سطوح بالایی از دوپامین می‌شود و بدین وسیله خلق را بالا می‌برد (آنجلین، بورک، پروچت و استامپر و داوود-نورسی^۷،

1. Hittner & Schachne
2. World Health Organization
3. Centers for Disease Control and Prevention
4. Paquette

5. McKenna
6. United Nations Office on Drugs and Crime
7. Anglin, Burke, Perrochet, Stamper, & Dawud-Noursi

(۲۰۰۰) و باعث شنگولی، افزایش برانگیختگی جنسی، کاهش اشتها، افزایش انرژی و عملکرد جنسی طولانی مدت می‌شود (لوگان^۱، ۲۰۰۲). مت‌آفتمین به ویژه به عنوان برانگیزنده جنسی، کاهش دهنده بازداری در موقعیت‌های جنسی و افزایش دهنده کشش جنسی شناخته شده است (سمپل، پاترسون و گرانت^۲، ۲۰۰۲). استفاده از مت‌آفتمین با جستجوی تجربیات جنسی شدیدتر، داشتن آمیزش جنسی حفاظت نشده، داشتن شرکای جنسی بیشتر، داشتن رابطه جنسی با مصرف کنندگان تزریقی مواد و افراد اچ آی وی مثبت و انجام عمل جنسی در مقابل دریافت مواد یا پول مرتبط است (دiaz، هکرت و سانچز^۳، ۲۰۰۵؛ هیتنر و شاجن، ۲۰۱۲؛ مک کنا، ۲۰۱۴).

اگرچه یافته‌ها از اثرات مصرف مت‌آفتمین بر رفتار جنسی پرخطر حکایت دارد، اما شواهد نشان می‌دهد که رفتارهای جنسی پرخطر بیشتر احتمال دارد در بافت‌های هیجانی شدید رخ دهد که می‌تواند نشان دهنده نقش احتمالی اختلال در تنظیم هیجانی در آن باشد (ویس، تول و گرتز^۴، ۲۰۱۴). تنظیم هیجانی به عنوان مکانیسمی توصیف شده است که افراد از طریق آن هیجان‌ات‌شان را به منظور دست‌یابی به پیامد مطلوب اصلاح می‌کنند (آلدائو، نولن - هوکسما و شویزر^۵، ۲۰۱۰)، مهارتی عملکردی است که به عنوان جزء لاینفک رشد طبیعی و عملکرد انطباقی در حوزه‌های مختلف در نظر گرفته می‌شود (گروس^۶، ۲۰۱۴) و اختلال در آن با طیف وسیعی از اختلال‌ها، از جمله اختلال‌های مصرف مواد (ویلز، سیمونز، سوسمن و نایت^۷، ۲۰۱۶) و رفتار جنسی پرخطر (ویس، سالیوان^۸ و تول، ۲۰۱۵)، در ارتباط است.

پژوهش‌های تحولی تنظیم هیجانی را به عنوان فرایندهای درونی و بیرونی دخیل در نظارت، ارزیابی و تنظیم واکنش‌های هیجانی در رسیدن به یک هدف تعریف کرده‌اند (گروس، ۲۰۱۴). بر این اساس گرتز و رومر^۹ (۲۰۰۴) مفهوم بندی جامعی از تنظیم هیجانی

1. Logan
2. Semple, Patterson, & Grant
3. Diaz, Heckert, & Sanchez
4. Weiss, Tull, & Gratz
5. Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer
6. Gross
7. Wills, Simons, Sussman, & Knight
8. Sullivan
9. Gratz & Roemer

در بزرگ‌سالان به عنوان سازه‌ای چند بعدی ارائه دادند که شامل آگاهی، فهم و پذیرش هیجانات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و انجام رفتارهای هدفمند هنگام مواجهه با هیجانات منفی و استفاده انعطاف‌پذیر از راهبردهای موقعیتی مناسب برای تنظیم شدت و طول مدت پاسخ‌های هیجانی به جای حذف کامل هیجانات است. در مقابل، نقص در هر کدام از آن‌ها به عنوان نشانه اختلال در تنظیم هیجانی در نظر گرفته می‌شود که شامل شیوه‌های غیرانطباقی پاسخ‌دهی به هیجانات (فارغ از شدت یا واکنش‌پذیری آن‌ها) از جمله فقدان آگاهی، فهم و پذیرش هیجانات، ناتوانی در کنترل رفتارها هنگام تجربه آشفتگی هیجانی، فقدان دسترسی به راهبردهای موقعیتی مناسب برای تنظیم طول مدت یا شدت پاسخ‌های هیجانی به منظور تأمین اهداف شخصی و خواسته‌های محیطی و عدم تمایل به تجربه ناراحتی هیجانی به عنوان بخشی از دنبال کردن فعالیت‌های بامعنا در زندگی است (گرتز و رومر، ۲۰۰۴؛ گرتز و تول، ۲۰۱۱).

حجم قابل توجهی از پژوهش‌ها از نقش اختلال در تنظیم هیجانی در انواع مختلفی از آسیب‌های روانی و رفتارهای غیرانطباقی، از جمله رفتارهایی که به صورت سنتی ناشی از تکانشگری، بازدارندگی یا میل به خطرپذیری در نظر گرفته شده‌اند، مانند رفتار جنسی پرخطر، حمایت کرده است (اوشیری، سوتن، کلای-وارنر و میلر، ۲۰۱۵؛ ویس، سالیوان و تول، ۲۰۱۵). در واقع، مطالعات انجام شده در رابطه با ارتباط بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر نشان‌دهنده همبستگی مثبت بین اختلال در تنظیم هیجانی و طیف گسترده‌ای از رفتارهای جنسی پرخطر است (تول، ویس، آدامز و گرتز، ۲۰۱۲؛ مسمن-مور، والش و دیلیلو، ۲۰۱۰؛ مویلان، ۲۰۱۵؛ شادکام، ملازاده و یاوری، ۱۳۹۵؛ میکائیلی، ۱۳۹۲). فرض بر این است که افرادی با اختلال در تنظیم هیجانی ممکن است در تلاش برای تسکین یا منحرف ساختن خود از حالت‌های هیجانی آزارنده در رفتارهای پرخطر درگیر شوند (کریپاز و مارکس، ۲۰۰۱). به گونه مشابه، لذت کوتاه مدتی که با رفتارهای پرخطر در ارتباط است ممکن است به عنوان عامل مقابله با حالت‌های هیجانی

غیر لذت‌بخش که نزدیک شدن، تحمل و پذیرش آن‌ها برای فرد دشوار است عمل کند (ویس، سالیوان و تول، ۲۰۱۵).

با این وجود، همچنان که مدل کنترل دوگانه پاسخ جنسی^۱ (بافکروفت و جانسن^۲، ۲۰۰۰) مطرح می‌کند رفتار جنسی پرخطر می‌تواند از میزان تکانشگری افراد نیز متأثر شود. مدل کنترل دوگانه پاسخ جنسی (بافکروفت و جانسن، ۲۰۰۰) که یکی از مهم‌ترین چارچوب‌های نظری مطرح شده برای فهم جنبه‌های مختلف رفتار و پاسخ جنسی است، انگیزش جنسی و فرایندهای مرتبط با آن را تحت کنترل دو عامل زیربنایی می‌داند که منعکس‌کننده سیستم‌های نوروفیزیولوژیکی مجزایی بوده و به عنوان سیستم بازداری جنسی^۳ و سیستم برانگیختگی جنسی^۴ نام‌گذاری شده‌اند. مدل کنترل دوگانه مطرح که تفاوت‌های فردی در گرایش به برانگیختگی جنسی منعکس‌کننده تمایل به تجربه کردن انگیزش درگیر شدن در رفتار جنسی و افزایش سطوح انگیزش جنسی هنگام مواجه شدن با نشانه‌های جنسی است (بانکروفت و وولکادینویک^۵، ۲۰۰۴) و اقدام به رفتار جنسی پرخطر بیشتر ممکن است در افرادی با گرایش بالا به برانگیختگی جنسی و گرایش پایین به بازداری جنسی رخ دهد (مایر^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). اگرچه برانگیختگی بیش از حد جنسی ممکن است منعکس‌کننده بعد انگیزش یا پاسخ‌دهی باشد، اما ناتوانی در بازداری بیشتر نشانگر اختلال در کنترل تکانه یا تکانشگری است (استیل، استالی، فونگ و پروس^۷، ۲۰۱۳).

تکانشگری^۸ مفهومی است که با وجود اهمیت و گستردگی استفاده، به گونه متفاوت مفهوم‌بندی شده بود و پژوهشگران تعریف‌های متعددی از آن ارائه داده بودند؛ تا اینکه وایتساید و لینام^۹ (۲۰۰۱) در واکنش به این مفهوم‌بندی‌ها روی ابزارهای مختلف اندازه‌گیری تکانشگری تحلیل عاملی انجام دادند و پنج بعد مجزا را شناسایی کردند که

1. dual control model of sexual response
2. Bancroft & Janssen
3. sexual inhibition
4. Sexual excitation

5. Vukadinovic
6. Miner
7. Steele, Staley, Fong, & Prause
8. Impulsivity
9. Whiteside & Lynam

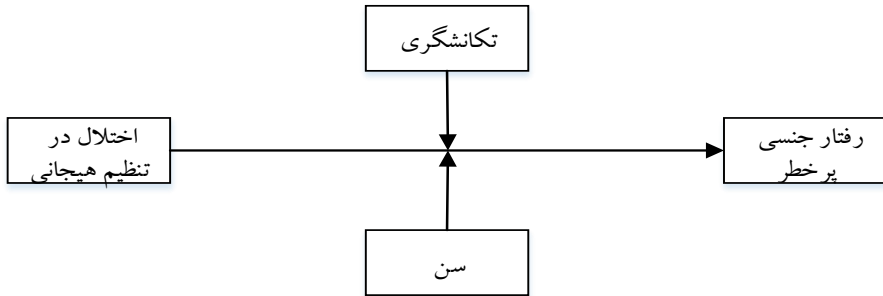
مهم‌ترین ابعاد مفهوم بندی‌های مختلف تکانشگری را در بر می‌گیرد (لینام، اسمیت^۱، وایتساید و سیدرز^۲، ۲۰۰۶). این ابعاد عبارت‌اند از فوریت منفی^۳ که به تمایل به عمل شتاب‌زده در بافت‌های هیجانی منفی، فوریت مثبت^۴ که به تمایل به عمل شتاب‌زده در بافت‌های هیجانی مثبت، فقدان تأمل^۵ که به تمایل به در نظر نگرفتن پیامدهای اعمال، فقدان پشتکار^۶ که به تمایل به دشواری در تمرکز بر کارهای سخت و خسته‌کننده و هیجان‌خواهی^۷ که به تمایل به دریافت تحریک و فعالیت‌های هیجان‌انگیز اشاره دارد.

نتایج پژوهش‌های انجام شده در رابطه با ارتباط بین تکانشگری و رفتار جنسی پرخطر از همبستگی بین تکانشگری و انواع مختلف رفتارهای جنسی پرخطر (دیر، کوسکونپینار و سیدرز^۸، ۲۰۱۴؛ کریر اموند، نولت، سیر، رولو و گاگون^۹، ۲۰۱۶)، به خصوص در مصرف‌کنندگان مواد (بلاک، مک ماهون، پوتنزا، فیلین و روزن^{۱۰}، ۲۰۱۵)، حکایت دارد. از طرف دیگر به نظر می‌رسد که رفتار جنسی به طور کلی و رفتار جنسی پرخطر به طور اختصاصی تحت تأثیر افزایش سن قرار دارد و با افزایش سن از میزان آن‌ها کاسته می‌شود (چانی، وایل-اسمیت، مارتین و کرمینز-متیوز^{۱۱}، ۲۰۱۶). علاوه بر این، هر دوی این متغیرها ارتباط نزدیکی با اختلال در تنظیم هیجانی دارند و از تعیین‌کننده‌های اختلال در تنظیم هیجانی، به خصوص در مردان، محسوب می‌شوند (جبرائیلی، مرادی و حبیبی، ۱۳۹۷). به نظر می‌رسد که این متغیرها بتوانند ارتباط بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر را در مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین متأثر سازند. با توجه به اهمیت و ضرورت بررسی رفتار جنسی پرخطر و عوامل مؤثر بر آن و کمبود آگاهی ما از نقش هم‌زمان سن، تکانشگری و اختلال در تنظیم هیجانی در رفتار جنسی پرخطر مصرف‌کنندگان مواد، پژوهش با هدف بررسی نقش تعدیل‌کننده ویژگی شخصیتی

1. Smith
2. Cyders
3. Negative Urgency
4. Positive Urgency
5. lack of Premeditation
6. lack of Perseverance
7. sensation seeking

8. Dir, Coskunpinar, & Cyders
9. Carrier Emond, Nolet, Cyr, Rouleau, & Gagnon
10. Black, McMahan, Potenza, Fiellin, & Rosen
11. Chaney, Vail-Smith, Martin, & Cremeens-Matthews

تکانشگری و سن بر رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر در مصرف کنندگان مت‌آمفتامین انجام شد.



شکل ۱: چارچوب نظری پژوهش حاضر

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع تحلیلی-مقطعی است و به لحاظ شیوه گردآوری و تحلیل داده‌ها به طرح‌های همبستگی تعلق دارد. جامعه آماری پژوهش را مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین تشکیل می‌دادند که در نیمه اول سال ۱۳۹۶ در مراکز ترک اعتیاد شهر تهران ساکن بودند. با توجه به وجود حدود ۱۰۰ مرکز اقامتی میان مدت ترک اعتیاد در سطح شهر تهران و حضور حدود ۲۰ نفر مصرف‌کننده مت‌آمفتامین در هر کدام از این مراکز جامعه آماری پژوهش حاضر حدود ۲۰۰۰ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به حجم جامعه و استفاده از فرمول کوکران (با سطح خطای ۵ درصد) حجم نمونه پژوهش حاضر حدود ۳۲۰ نفر محاسبه شد، اما در نهایت پرسش‌نامه ۲۹۴ نفر قابل استفاده بود و در تحلیل نهایی همین تعداد مورد استفاده قرار گرفت. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و پژوهش روی کسانی اجرا شد که مایل به شرکت در پژوهش بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر و به وسیله نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS و نسخه ۸/۸ نرم افزار Lisrel مورد تحلیل قرار گرفت.

اجرای پژوهش حاضر به این صورت انجام شد که پس از گرفتن مجوزهای لازم از سوی سازمان بهزیستی استان تهران و کسب موافقت مسئولین مراکز ترک اعتیاد برای

انجام پژوهش، در صورت انطباق شرکت کنندگان با ملاک‌های ورود (داشتن سابقه مصرف مت‌آمفتامین، مرد بودن، داشتن حداقل ۱۸ سال، داشتن حداقل سطح تحصیلات ابتدایی، عدم مصرف داروهایی برای درمان اختلالات روان‌پزشکی) و رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت. جهت رعایت اصول اخلاقی، علاوه بر دریافت رضایت‌نامه کتبی، به آن‌ها توضیح داده شد که اجباری برای ورود به پژوهش یا ادامه آن وجود ندارد و آن‌ها در هر مرحله از پژوهش که مایل باشند می‌توانند از آن خارج شوند.

ابزار

۱- پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجانی: این پرسش‌نامه ۳۶ گویه‌ای توسط گراتز و رومر^۱ (۲۰۰۴) طراحی شده است. دارای یک نمره کلی و ۶ نمره اختصاصی مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجانی است. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از: عدم پذیرش هیجانات، ناتوانی در به‌کارگیری رفتارهای متناسب با هدف، دشواری در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و نبود شفافیت هیجانی. پاسخ‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است، سؤالات ۳۴، ۲۴، ۲۲، ۲۰، ۱۷، ۱۰، ۸، ۷، ۶، ۲، ۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی است. گراتز و رومر (۲۰۰۴) اعتبار و روایی این مقیاس را در نمونه‌ای ۴۷۹ نفری از دانشجویان دوره لیسانس بررسی کردند. ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۹۳ و خرده‌مقیاس‌ها همگی بزرگ‌تر از ۰/۸۰ گزارش شدند. اعتبار بازآزمایی در یک دوره زمانی ۸-۴ هفته‌ای، مناسب گزارش شده است. حیدری و همکاران (۱۳۸۸) به بررسی روایی و اعتبار این مقیاس در ایران پرداختند. اعتبار با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۶ گزارش شد. روایی هم‌زمان این مقیاس نیز با استفاده از پرسش‌نامه هیجان‌خواهی زاکرمن مورد بررسی قرار گرفته که نتایج از همبستگی مثبت معنادار نمرات حکایت داشت. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های عدم پذیرش هیجانات،

ناتوانی در به کارگیری رفتارهای متناسب با هدف، دشواری در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و نبود شفافیت هیجانی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۴، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۷ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد.

۲- فرم کوتاه مقیاس رفتار تکانشی: فرم کوتاه (۲۰ گویه‌ای) مقیاس تکانشگری رفتاری ۵۹ گویه‌ای است که در انتقاد به طولانی بودن مقیاس اصلی ساخته شد (لینام، ۲۰۱۳؛ به نقل از سیدرز و همکاران، ۲۰۱۴). در ساخت این فرم بیش از ۱۲۰۰ دانشجو در طی چندین مطالعه مشارکت داشتند. هدف از این سلسله مطالعات ایجاد چهار گویه برای هر خرده‌مقیاس (۲۰ گویه برای کل مقیاس) بود که پوشش محتوا و ضرایب همسانی درونی پرسش‌نامه اصلی را حفظ کند. ساخت فرم کوتاه با انتخاب گویه‌هایی که بالاترین همبستگی تصحیح شده را با عامل خود داشتند شروع شد. گویه‌های زائد، یعنی گویه‌هایی با همبستگی درون گویه‌ای بزرگ‌تر از ۰/۵۰ با گویه‌هایی که قبلاً انتخاب شده بودند، حذف شدند. این فرایند برای سه گویه نهایی هر خرده‌مقیاس نیز تکرار شد. حاصل نسخه‌ای ۲۰ گویه‌ای از مقیاس رفتار تکانشی بود که همچون نسخه اصلی پنج بعد فوریت منفی، فقدان تأمل، فقدان پشتکار، هیجان‌خواهی و فوریت مثبت را شامل می‌شد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) می‌باشد. گویه‌های ۱۹، ۱۲، ۱۱، ۷، ۵، ۴، ۲، ۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالاتر نشان دهنده میزان تکانشگری بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. بررسی روایی این مقیاس با محاسبه ضریب همبستگی خرده‌مقیاس‌های نسخه کوتاه و بلند این پرسش‌نامه نشان دهنده ضریب همبستگی ۰/۶۹ برای فوریت منفی، ۰/۸۳ برای فوریت مثبت، ۰/۶۳ برای فقدان پشتکار، ۰/۷۱ برای فقدان تأمل و ۰/۶۴ برای هیجان‌خواهی بود که از روایی ملاکی این مقیاس حکایت دارد (سیدرز و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، غیر از ترکیب دو بعد فوریت تحت یک عامل، نشان دهنده تأیید ساختار عاملی این مقیاس بود. روایی ملاکی مقیاس تکانشگری با بررسی همبستگی بین نمرات ابعاد تکانشگری با خرده‌مقیاس دشواری در کنترل تکانه، و مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی حاکی از همبستگی مثبت معنادار بین

دشواری در کنترل تکانه و فوریت مثبت ($r=0/55, P<0/01$)، فوریت منفی ($P<0/01$)، فقدان تأمل ($r=0/46, P<0/01$)، فقدان پشتکار ($r=0/12, P<0/05$)، و هیجان‌خواهی ($r=0/46, P<0/01$) بود. بررسی همبستگی بین ابعاد فرم کوتاه مقیاس رفتار تکانشی با بعد متناظر خود در فرم بلند نیز حاکی از همبستگی مثبت بالای $0/48$ تا $0/74$ ابعاد دو فرم این مقیاس بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ، برای خرده‌مقیاس‌های فقدان تأمل، فقدان پشتکار، هیجان‌خواهی، فوریت منفی و فوریت مثبت به ترتیب $0/79$ ، $0/60$ ، $0/65$ ، $0/68$ و $0/74$ و برای کل $0/78$ به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه رفتار جنسی پرخطر: این پرسش‌نامه بخشی از مقیاس رفتار پرخطر مربوط به ایدز^۱ است که برای سنجش رفتارهایی که احتمال انتقال ویروس ایدز افزایش می‌دهند ساخته شده است. رفتار جنسی پرخطر به وسیله سؤالاتی در مورد تعداد و انواع شرکای جنسی و میزان و انواع رابطه جنسی غیر حفاظت شده که فرد درگیر آن شده اندازه‌گیری می‌شود. تعداد شرکای جنسی به عنوان متغیری در نظر گرفته می‌شود که تعداد کلی افرادی را که شرکت‌کننده با آن‌ها در طول مدت زمان مشخص رابطه جنسی داشته مورد بررسی قرار می‌دهد. شرکای جنسی نیز به سه دسته تقسیم می‌شود: شرکای ثابت مانند همسر یا نامزد، شرکای اتفاقی مانند رابطه جنسی با فردی به صورت اتفاقی و رابطه جنسی با کسی در برابر دریافت پول یا مواد. سؤالات در مورد تعداد و انواع شرکای جنسی با سؤالی در مورد میزان رابطه جنسی مقعدی (چه به صورت فاعلی یا مفعولی) پی‌گرفته می‌شود. بنابراین، رابطه جنسی پرخطر به وسیله پنج سؤال سنجیده می‌شود که یک سؤال در مورد تعداد شرکای جنسی، یک سؤال در مورد میزان رابطه جنسی پرخطر با هر کدام از انواع شرکای جنسی (در مجموع سه سؤال) و یک سؤال در مورد میزان رابطه جنسی مقعدی در طول دوره زمانی مشخص است. مجموع این سؤالات میزان درگیری فرد در رفتار جنسی پرخطر را در طول دوره زمانی معین مشخص می‌کند (دارک، هال، هیتز، وارد و ووداک^۲، ۱۹۹۱). پتری^۳ (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی

1. HIV Risk-taking Behavior Scale (HRBS)

2. Darke, Hall, Heather, Ward, & Wodak

3. Petry

این پرسش‌نامه روی ۸۴ نفر از سوء‌مصرف کنندگان مواد اجرا شد. در این مطالعه مقیاس رفتار پرخطر مربوط به ایدز برای ارزیابی رفتارهای پرخطر در طول عمر، ماه گذشته و هفته گذشته به کار رفت. ضریب آلفای کرونباخ برای سه نسخه این مقیاس بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۰ به دست آمد. اعتبار بازآزمایی برای نسخه طول عمر ۰/۹۰ بود. علاوه بر این، ۴۴ نفر از مراجعان نسخه هفتگی این آزمون را یک‌بار در هفته برای چهار هفته و نسخه ماهانه را در پایان همان ماه پر کردند. اعتبار پاسخ‌های جمع‌آوری شده به صورت هفتگی و ماهانه خوب بود ($r = 0/20$). تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۱ تأیید کرد که مقیاس دو عامل خطر مجزای مربوط به ایدز، یعنی رفتارهای تزریقی و رفتارهای جنسی، را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای ۵ سؤال مربوط به رفتار جنسی پرخطر ۰/۷۱ به دست آمد. نتیجه تحلیل عاملی با تحلیل مؤلفه‌های اصلی و درخواست استخراج یک عامل نیز حاکی از آن بود که عامل به دست آمده حدود ۰/۵۲ از کل واریانس را به خود اختصاص می‌دهد و همبستگی سؤالات با عامل به دست آمده بین ۰/۴۱ تا ۰/۸۴ بود.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی حاکی از آن بود که میانگین (انحراف استاندارد) سن ۳۲/۳۳ (۷۰/۷) بود. جوان‌ترین فرد ۱۸ و مسن‌ترین ۵۴ سال داشت. تعداد ۲۲۲ نفر (۷۵/۵ درصد) مجرد و ۷۲ نفر (۲۴/۵ درصد) متأهل بودند. ۶ نفر (۲ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۸۱ نفر (۲۷/۶ درصد) دارای سیکل، ۱۰۸ نفر (۳۶/۷ درصد) دارای دیپلم، ۵۱ نفر (۱۷/۳ درصد) دارای فوق دیپلم، ۳۶ نفر (۱۲/۲ درصد) دارای لیسانس و ۱۲ نفر (۴/۱ درصد) دارای فوق لیسانس بودند. میانگین (انحراف استاندارد) طول مدت پاک بودن ۵۸/۲۰ (۷۲/۳۴) روز بود. کمترین طول مدت پاک بودن ۵ روز و بیش‌ترین طول مدت پاک بودن ۴۲۵ روز بود. میانگین (انحراف استاندارد) طول مدت مصرف مواد ۱۲/۵۱ (۷/۵۹) سال بود. کمترین طول مدت مصرف کمتر از یک سال و بیش‌ترین ۳۸ سال بود. همچنین، ۲۰/۴ درصد (۶۰ نفر) در یک دوره زمانی ۶ ماهه قبل از ورود به کمپ فاقد هرگونه رابطه جنسی بودند. در مقابل، ۷۹/۶ درصد (۲۳۴ نفر) در این دوره زمانی حداقل برای یک بار

نوع خاصی از رابطه جنسی را تجربه کرده بودند. از بین افرادی که در این دوره دارای رابطه جنسی بودند ۴۸/۷ درصد (۱۱۴ نفر) با یک نفر، ۲۳/۱ درصد (۵۴ نفر) با ۲ تا ۳ نفر، ۷/۷ درصد (۱۸ نفر) با ۴ تا ۶ نفر، ۲/۶ درصد (۶ نفر) با ۶ تا ۱۰ نفر و ۱۷/۹ درصد (۴۲ نفر) با بیش از ۱۰ نفر دارای رابطه جنسی بودند. از بین افرادی که در این دوره زمانی دارای رابطه جنسی بودند ۹۵/۳ درصد دارای شریک جنسی ثابت، ۴۸/۵ درصد دارای شریک جنسی اتفاقی و ۱۹/۲ درصد دارای شریک جنسی پولی بودند و ۱۹/۷ درصد نیز با سایر مردان رابطه جنسی داشتند. آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی در جدول ۱ ارائه شده است

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. رفتار جنسی پرخطر	۶/۱۱	۵/۳۱							
۲. سن	۳۲/۳۳	۷/۷۰	-۰/۲۳**						
۳. فقدان تأمل	۷/۴۷	۲/۷۷	۰/۱۸**	-۰/۰۳					
۴. فقدان پشتکار	۷/۱۸	۲/۳۹	۰/۱۲*	-۰/۰۹	۰/۵۰**				
۵. هیجان خواهی	۱۱/۴۵	۳/۰۲	۰/۳۰**	-۰/۰۲	-۰/۰۶	-۰/۱۴*			
۶. فوریت منفی	۱۰/۱۸	۳/۰۵	۰/۱۲*	۰/۱۰	۰/۱۴**	-۰/۱۹**	۰/۳۱**		
۷. فوریت مثبت	۹/۳۲	۳/۲۶	۰/۳۷**	-۰/۱۱	۰/۲۹**	-۰/۰۶	۰/۵۴**	۰/۰۶**	
۸. عدم پذیرش هیجانان	۱۵/۱۰	۵/۷۲	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۰۸	-۰/۳۲**	۰/۲۴**	۰/۶۶**	۰/۴۵**
۹. دشواری در رفتار هدفمند	۱۴/۴۷	۴/۵۴	۰/۰۹	-۰/۰۴	۰/۲۹**	-۰/۱۰	۰/۲۶**	۰/۶۲**	۰/۵۱**
۱۰. دشواری در کنترل تکانه	۱۶/۰۹	۵/۹۷	۰/۱۹**	-۰/۰۲	۰/۴۱**	۰/۱۰	۰/۳۰**	۰/۵۸**	۰/۵۹**
۱۱. عدم آگاهی هیجانی	۱۵/۶۸	۴/۲۹	۰/۱۵*	۰/۱۴*	۰/۵۲**	۰/۴۱**	-۰/۰۱	۰/۱۰	۰/۲۶**
۱۲. دسترسی محدود به راهبردها	۱۹/۹۰	۷/۴۴	۰/۱۲*	۰/۰۲	۰/۳۳**	-۰/۰۷	۰/۳۳**	۰/۷۱**	۰/۶۰**
۱۳. عدم شفافیت هیجانی	۱۱/۴۵	۳/۸۷	۰/۲۳**	۰/۰۱	۰/۴۲**	۰/۱۳*	۰/۱۹**	۰/۵۰**	۰/۵۰**

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

پس از بررسی ضرایب همبستگی بین متغیرها، جهت بررسی نقش واسطه‌ای تکانشگری و سن در رابطه میان ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر از تحلیل مسیر استفاده شد. اما قبل از انجام این تحلیل، جهت اطمینان از برقراری مفروضه‌های این

آزمون، توزیع نمونه گیری متغیرهای پژوهش با استفاده از مقادیر کجی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۲).

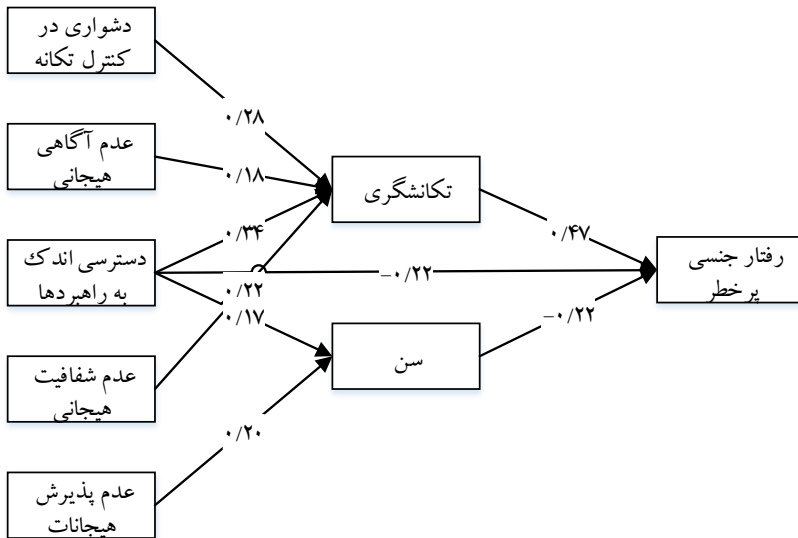
جدول ۲: نتایج مربوط به بررسی توزیع نمونه گیری متغیرها با استفاده از مقادیر کجی و کشیدگی

متغیرها	کجی	کشیدگی	متغیرها	کجی	کشیدگی
رفتار جنسی پرخطر	۱/۱۰	۰/۸۹	دشواری در کنترل تکانه	۰/۲۸	-۰/۸۶
تکانشگری	۰/۰۷	-۰/۴۷	عدم آگاهی هیجانی	۰/۳۳	-۰/۱۷
سن	۰/۵۲	۰/۰۹	دسترسی محدود به راهبردها	۰/۳۷	-۰/۶۹
عدم پذیرش هیجانات	۰/۲۴	-۰/۶۱	عدم شفافیت هیجانی	۰/۱۸	-۰/۶۰
دشواری در رفتار هدفمند	۰/۲۸	-۰/۴۶	-	-	-

نتایج بررسی توزیع نمونه گیری متغیرها در جدول ۲ حاکی از آن است که کجی و کشیدگی هیچ کدام از متغیرها انحراف شدیدی از حالت نرمال ندارد. بنابراین، نه تنها در سطح تک متغیری، بلکه در سطح چند متغیری نیز مشکلی از نظر توزیع نمونه گیری وجود ندارد. نتایج حاصل از انجام تحلیل مسیر با روش بیشینه درست نمایی^۱ حاکی از آن بود که مدل پیشنهاد شده از برازش مطلوبی با داده‌ها (ریشه میانگین مجذور خطای تقریب^۲ = ۰/۰۵، نسبت مجذور کای به درجه آزادی = ۱/۷۵، ریشه میانگین مجذور باقی مانده‌ها^۳ = ۰/۰۱، شاخص برازش نرم شده^۴ = ۱، شاخص برازش نرم نشده^۵ = ۰/۹۸، شاخص برازش تطبیقی^۶ = ۱، شاخص نیکویی برازش^۷ = ۱ و شاخص نیکویی برازش تعدیل شده^۸ = ۰/۹۴) برخوردار است.

1. Maximum likelihood
2. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
3. Root Mean Square Residual (RMR)
4. Normed Fit Index (NFI)

5. Non-Normed Fit Index (NNFI)
6. Comparative Fit Index (CFI)
7. Goodness of Fit Index (GFI)
8. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)



شکل ۲: تحلیل مسیر و ضرایب مسیر مربوط به رابطه بین متغیرهای پژوهش

بررسی ضرایب مسیر در شکل ۲ نیز نشان می‌دهد که ضرایب مسیر مستقیم از دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ($\beta = -0.22$, $P < 0.05$)، تکانشگری ($\beta = -0.22$, $P < 0.01$)، $\beta = 0.47$ و سن ($\beta = -0.22$, $P < 0.01$) به رفتار جنسی پرخطر؛ ضرایب مسیر مستقیم از دشواری در کنترل تکانه ($\beta = 0.28$, $P < 0.01$)، عدم آگاهی هیجانی ($\beta = 0.18$, $P < 0.01$)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ($\beta = 0.34$, $P < 0.01$) و عدم شفافیت هیجانی ($\beta = 0.22$, $P < 0.01$) به تکانشگری؛ ضرایب مسیر مستقیم از عدم پذیرش هیجانانگیز ($\beta = 0.17$, $P < 0.01$) و عدم پذیرش هیجانی ($\beta = 0.20$, $P < 0.05$) و عدم پذیرش هیجانانگیز ($\beta = -0.07$, $P < 0.05$)، دشواری در کنترل تکانه ($\beta = 0.14$, $P < 0.01$)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ($\beta = 0.17$, $P < 0.01$) و عدم شفافیت هیجانی ($\beta = 0.11$, $P < 0.01$) به رفتار جنسی پرخطر معنادار است و تکانشگری بیشترین تأثیر را بر رفتار جنسی پرخطر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل کننده ویژگی شخصیتی تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر انجام شد. جهت بررسی نقش

ابعاد تکانشگری و اختلال در تنظیم هیجانی در رفتار جنسی پرخطر ابتدا رابطه این متغیرها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. سپس، جهت بررسی نقش تعدیل کننده ویژگی شخصیتی تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر برآزش مدل طراحی شده با داده‌های واقعی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از این تحلیل‌ها حاکی از آن بود که ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم (به واسطه ویژگی شخصیتی تکانشگری و سن) بر رفتار جنسی پرخطر مصرف‌کنندگان مت‌آفتامین تأثیر دارند و ویژگی شخصیتی تکانشگری با افزایش و سن با کاهش رفتار جنسی پرخطر اثر تعدیل کننده خود را بر رابطه بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر اعمال می‌کنند.

نتایج حاصل از بررسی رابطه دو به دوی متغیرهای با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون حاکی از آن بود که در گروه نمونه تمام ابعاد ویژگی شخصیتی تکانشگری رابطه معناداری با میزان رفتار جنسی پرخطر دارند. در این میان فوریت مثبت و هیجان خواهی بیش‌ترین همبستگی و فقدان پشتکار و فوریت منفی کمترین همبستگی را با رفتار جنسی پرخطر داشتند. رابطه میان فقدان تأمل و رفتار جنسی پرخطر در حد متوسط بود. این یافته‌ها همسو با نتایج حاصل از مطالعات مختلف (از جمله، بلاک و همکاران، ۲۰۱۵؛ دیر و همکاران، ۲۰۱۴؛ کریر و همکاران، ۲۰۱۶) از نقش و اهمیت ابعاد مدل پنج‌عاملی تکانشگری در رفتار جنسی پرخطر حکایت دارد.

مدل پنج‌عاملی تکانشگری که در واکنش به ارائه تعریف‌ها و مفهوم‌بندی‌های متفاوت از سوی پژوهشگران مختلف به وجود آمد (وایتساید و لینام، ۲۰۰۱) در برگیرنده مهم‌ترین ابعاد مفهوم‌بندی‌های مختلف تکانشگری است و پنج‌عامل را شامل می‌شود که عبارت‌اند از: فوریت منفی که به تمایل به عمل شتاب‌زده در بافت‌ها هیجانی منفی، فوریت مثبت به تمایل به عمل شتاب‌زده در بافت‌های هیجانی مثبت، فقدان تأمل به تمایل به در نظر نگرفتن پیامدهای اعمال، فقدان پشتکار به تمایل به دشواری در تمرکز بر کارهای سخت و خسته‌کننده و هیجان‌خواهی به تمایل به دریافت تحریک و فعالیت‌های هیجان‌انگیز اشاره

دارد (لینام، و همکاران، ۲۰۰۶). مطابق با نتایج پژوهش حاضر از میان این ابعاد فوریت مثبت و هیجان‌خواهی مهم‌ترین نقش را در رفتار جنسی پرخطر گروه نمونه ایفا می‌کنند. هیجان‌خواهی که با صفت تهییج‌طلبی^۱ پرسش‌نامه شخصیت نئو در ارتباط است تمایلات رفتاری شبه تکانشی^۲ را اندازه‌گیری می‌کند که در بسیاری از نظریه‌های قبلی نیز توصیف شده است (برای مثال، آیزینک و همکاران، ۱۹۸۵؛ باس و پلومین، ۱۹۷۵؛ کاستا و مک‌کرا، ۱۹۹۵؛ زاگرمین و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از وایتساید و لینام، ۲۰۰۱). مفهوم‌بندی وایتساید و لینام (۲۰۰۱) از بعد هیجان‌خواهی دو جنبه را در بر می‌گیرد: (۱) تمایل به لذت بردن و دنبال کردن فعالیت‌هایی که مهیج هستند و (۲) گشودگی به امتحان کردن تجربیات جدید که ممکن است خطرناک باشند. هر دو جنبه از این ویژگی می‌تواند افراد را در معرض رفتارهای جنسی پرخطر قرار دهد. در واقع، افرادی با نمرات بالا در بعد هیجان‌خواهی از خطرپذیری و جستجوی تجربیات جدید لذت می‌برند و در فعالیت‌های لذت‌بخش درگیر می‌شوند و همین ویژگی آن‌ها را در معرض رفتار جنسی پرخطر قرار می‌دهد.

فوریت مثبت نیز که بعداً و بر اساس کارهای سیدرز و همکاران (اسمیت، اسپیلان، فیشر، آنوس و پیترسون^۳، ۲۰۰۷) به مقیاس اصلی رفتار تکانشی افزوده شد، بخشی از تکانشگری را اندازه‌گیری می‌کند که سایر ابعاد قادر به سنجش آن نبودند. این بعد که تمایل به عمل شتاب‌زده در پاسخ به حالات هیجانی مثبت را اندازه‌گیری می‌کند، نشان‌دهنده میزان رفتار تکانشگرانه در موقعیت‌های هیجانی مثبت است. بنابراین، مطابق با نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد که گروه نمونه زمانی که در وضعیت خلقی خیلی مثبت هستند در مقایسه با حالات هیجانی منفی (فوریت منفی) بیشتر احتمال دارد که به رفتار جنسی پرخطر اقدام کنند و به طور کلی حالات هیجانی مثبت تسریع‌کننده رفتار جنسی پرخطر در این گروه از افراد است.

1. excitement seeking
2. impulsive-like

3. Smith, Spillane, Fischer, Annus, & Peterson

نتایج آزمون همبستگی نشان دهنده رابطه معنادار بین بیشتر ابعاد اختلال در تنظیم هیجان و رفتار جنسی پرخطر بود. اگر چه شدت این رابطه به اندازه شدت رابطه بین ابعاد تکانشگری و رفتار جنسی پرخطر نبود، اما از ارتباط بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر در مصرف کنندگان مت‌آفتمین حکایت دارد. ارتباط بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر همسو با نتایج حاصل از مطالعات مختلفی (مانند، اوشیری و همکاران، ۲۰۱۵؛ ویس و همکاران، ۲۰۱۵) است که از نقش اختلال در تنظیم هیجانی در انواع مختلفی از رفتارهای جنسی پرخطر حمایت کرده‌اند.

تنظیم هیجانی به راهبردهایی اشاره دارد که می‌توانند میزان و زمان افزایش هیجانات، طول مدت رخ دادن آن‌ها و نحوه‌ای را که این هیجانات تجربه و اظهار می‌شوند تحت تأثیر قرار دهند (گروس، ۲۰۱۴). مطالعات عصب شناختی حاکی از آن است که مناطق مغزی دوطرفه پیش‌پیشانی از جمله قشر پیش‌پیشانی میانی و قشر سینگولیت قدامی به صورت ابتدایی از طریق تنظیم سیستم لیمبیک مسئول تنظیم هیجان هستند و هم‌زمان اطمینان کسب می‌کنند که راهبردهای جاری در راستای اهداف تنظیمی قرار گیرند (اتکین، اگنر و کالیس، ۲۰۱۱). زمانی که این سیستم درصدد تنظیم هیجان است از راهبردهای تنظیمی مختلفی استفاده می‌کند که هر راهبرد علاوه بر این که در بعضی از شبکه‌های عصبی با دیگر راهبردها مشترک است، دارای شبکه‌های عصبی خاص خود نیز هست (تانگ، تانگ و پوسنر، ۲۰۱۶). اگر چه تفاوت‌های ظریفی بین انواع راهبردهای کنترل وجود دارد، اما مناطق قشر سینگولیت قدامی و قشر پیش‌پیشانی میانی به طور هماهنگ در تنظیم و بازداری پاسخ‌ها درگیر هستند و عدم توانایی این مناطق در بازداری پاسخ می‌تواند به رفتارهای پرخطر از جمله رفتارهای جنسی پرخطر منجر شود.

نقش ویژگی شخصیتی تکانشگری بر رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر نیز ممکن است از طریق تضعیف همین فرایندهای کنترلی عمل کند. افرادی که از لحاظ شخصیتی به رفتارهای تکانشگرانه تمایل دارند ممکن است این آمادگی را داشته باشند که در اثر اختلال در تنظیم هیجانی کنترل‌های هیجانی خود را بیشتر از دست

دهند و به رفتارهای پرخطر اقدام کنند. در واقع، نتایج حاصل از آزمون مدل پژوهش حاضر نشان داد که اگرچه تنها یکی از ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی اثر مستقیمی بر رفتار جنسی پرخطر دارد، چهار مورد از ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی بر رفتار جنسی پرخطر اثر غیرمستقیم داشتند که این یافته می‌تواند ناشی از تشدید اثر اختلال در تنظیم هیجانی بر رفتار جنسی پرخطر از طریق تکانشگری باشد. علاوه بر این، نتایج حاصل از آزمون مدل نشان دهنده نقش واسطه‌ای سن و اثر مستقیم منفی این متغیر بر رفتار جنسی پرخطر بود. این یافته که دور از انتظار نبود نشان می‌دهد که افزایش سن با کاهش میزان رفتارهای جنسی پرخطر همراه است و افراد، حتی مصرف‌کنندگان مواد، با افزایش سن کمتر در رفتارهای جنسی پرخطر درگیر می‌شوند.

یافته‌های پژوهش حاضر نه تنها نشان داد که تمام ابعاد تکانشگری، بیشتر ابعاد اختلال در تنظیم هیجانی و نیز سن همبستگی معناداری با میزان رابطه جنسی پرخطر دارند، بلکه نتایج حاکی از آن بود که مدل طراحی شده برای بررسی نقش تعدیل‌کننده تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر از برآزش مطلوبی با داده‌ها برخوردار بود. در این میان، تکانشگری دارای اثر مثبت و سن دارای اثر منفی بر رفتار جنسی پرخطر بود. این دو متغیر با تشدید رابطه بین اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر به افزایش میزان رفتار جنسی پرخطر در مصرف‌کنندگان مت‌آفتمی منجر می‌شوند که از دشواری در تنظیم هیجانی رنج می‌برند. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه است که ممکن است قابلیت تعمیم یافته‌های آن را با محدودیت همراه سازد. از جمله با توجه به این که شرکت‌کننده میزان درگیری در رفتار جنسی پرخطر را برای یک دوره شش ماهه قبل ورود به کمپ گزارش کرده و اطلاعات مربوط به تکانشگری و تنظیم هیجانی مربوط به موقع جمع‌آوری داده‌ها و حضور افراد در کمپ‌های ترک اعتیاد بود، ممکن است ارتباط دادن رفتار جنسی قبلی به وضعیت هیجانی فعلی به برآورد کمتر از حد همبستگی این متغیرها منجر شود. علاوه بر این، با توجه به این که پژوهش روی جمعیت مردان مصرف‌کننده مت‌آفتمین انجام شد برای گسترش تعمیم‌پذیری نتایج اجرای آن روی سایر گروه‌ها ضروری است. با این وجود، با توجه به

نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که جهت کاهش رفتار جنسی پرخطر در مصرف‌کنندگان مواد مداخله روی تکانشگری به پروتکل‌های درمانی موجود افزوده شود و برای گروه‌های سنی مختلف مداخلات متفاوتی در نظر گرفته شود.

منابع

جبرائیلی، هاشم؛ مرادی، علیرضا؛ و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۷). بررسی نقش ابعاد مدل پنج‌عاملی تکانشگری و افزایش سن در اختلال در تنظیم هیجانی مردان. *اصول بهداشت روانی*، ۲۰(۳)، ۲۲۸-۲۳۵.

حیدری، علیرضا؛ احتشام‌زاده، پروین؛ و حلاجانی، فاطمه (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فراشناخت و خوش‌بینی با اضطراب امتحان دانشجویان. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۴(۱۱)، ۷-۱۹.

شادکام، سوده؛ ملازاده، جواد؛ و یآوری، امیرحسین (۱۳۹۵). بررسی نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجانی در رابطه میان مواجهه با وقایع آسیب‌زا و رفتار پرخطر جنسی در سوء مصرف‌کنندگان مواد. *یافته*، ۱۸(۳)، ۷۸-۸۷.

میکائیلی منبع، فرزانه (۱۳۹۲). مقایسه مشکلات تنظیم هیجانی در افراد با رفتارهای جنسی پرخطر و عادی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۳(۱۰۹)، ۲۲۱-۲۱۳.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. DOI:10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Anglin, M. D., Burke, C., Perrochet, B., Stamper, E., & Dawud-Noursi, S. (2000). History of the methamphetamine problem. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 137-141. DOI:10.1080/02791072.2000.10400221.
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediate erectile dysfunction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(5), 571-579. DOI:http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7634 (00)00024-5.
- Bancroft, J., & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *Journal of Sex Research*, 41(3), 225-234. DOI: 10.1080/00224490409552230.
- Black, A. C., McMahon, T. J., Potenza, M. N., Fiellin, L. E., & Rosen, M. I. (2015). Gender moderates the relationship between impulsivity and sexual risk-taking in a cocaine-using psychiatric outpatient population. *Personality and Individual Differences*, 75, 190-194. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.035.

- Chaney, B. H., Vail-Smith, K., Martin, R. J., & Cremeens-Matthews, J. (2016). Alcohol use, risky sexual behavior, and condom possession among bar patrons. *Addictive Behaviors*, 60, 32-36. DOI:10.1016/j.addbeh.2016.03.035.
- Carrier Emond, F., Nolet, K., Cyr, G., Rouleau, J. L., & Gagnon, J. (2016). Sexual impulsivity and problematic sexual behaviors in adults: Towards innovative domain-specific behavioral measures. *Sexologies*, 25(4), e77-e82. DOI:10.1016/j.sexol.2015.12.002.
- Crepaz, N., & Marks, G. (2001). Are negative affective states associated with HIV sexual risk behaviors? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 20(4), 291-299.
- Cyders, M. A., Littlefield, A. K., Coffey, S., & Karyadi, K. A. (2014). Examination of a short English version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Addictive Behaviors*, 39(9), 1372-1376. DOI:10.1016/j.addbeh.2014.02.013.
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107-118. DOI:10.1037/1040-3590.19.1.107
- Darke, S., Hall, W., Heather, N., Ward, J., & Wodak, A. (1991). The reliability and validity of a scale to measure HIV risk-taking behaviour among intravenous drug users. *AIDS*, 5(2), 181-185.
- Diaz, R. M., Heckert, A. L., & Sanchez, J. (2005). Reasons for stimulant use among Latino gay men in San Francisco: a comparison between methamphetamine and cocaine users. *Journal of Urban Health*, 82(1 Suppl 1), i71-78. DOI:10.1093/jurban/jti026.
- Dir, A. L., Coskunpinar, A., & Cyders, M. A. (2014). A meta-analytic review of the relationship between adolescent risky sexual behavior and impulsivity across gender, age, and race. *Clinical Psychology Review*, 34, 551-562. DOI:10.1016/j.cpr.2014.08.004.
- Etkin, A., Egner, T., & Kalisch, R. (2011). Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(2), 85-93. DOI:10.1016/j.tics.2010.11.004.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personality Disorder*, 2(4), 316-326. DOI: 10.1037/a0022144.

- Gross, J. J. (2014). *Handbook of Emotion Regulation (2nd ed.)*. New York/ London: Guildford Press.
- Hittner, J. B., & Schachne, E. R. (2012). Meta-analysis of the association between ecstasy use and risky sexual behavior. *Addictive Behaviors*, 37(7), 790-796. doi:10.1016/j.addbeh.2012.02.018
- Jebraeili, H., Moradi, A. R., & Hababi, M. (in press). Evaluation the Psychometric Properties and Factor Structure of Persian Short Version of the Five Factor Impulsive Behavior Scale. *Research and Health*.
- Logan, B. K. (2002). Methamphetamine - Effects on Human Performance and Behavior. *Forensic Science Review*, 14(1-2), 133-151.
- Lynam, D., Smith, G., Whiteside, S., & Cyders, M. (2006). *The UPPS-P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior (Technical Report)*. West Lafayette: Purdue University.
- McKenna, S. A. (2014). Navigating the risk environment: Structural vulnerability, sex, and reciprocity among women who use methamphetamine. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 112-115. DOI:10.1016/j.drugpo.2013.09.006.
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 967-976. DOI:10.1016/j.chiabu.2010.06.004.
- Miner, M. H., Romine, R. S., Raymond, N., Janssen, E., MacDonald Iii, A., & Coleman, E. (2016). Understanding the Personality and Behavioral Mechanisms Defining Hyper sexuality in Men Who Have Sex with Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(9), 1323-1331. DOI:10.1016/j.jsxm.2016.06.015.
- Moilanen, K. L. (2015). Short- and Long-Term Self-Regulation and Sexual Risk-Taking Behaviors in Unmarried Heterosexual Young Adults. *Journal of Sex Research*, 52(7), 758-769. DOI:10.1080/00224499.2014.959881.
- Oshri, A., Sutton, T. E., Clay-Warner, J., & Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences*, 73, 127-133. DOI:10.1016/j.paid.2014.09.015.
- Paquette, R., Tanton, C., Burns, F., Prah, P., Shahmanesh, M., Field, N.,... Mercer, C. H. (2017). Illicit drug use and its association with key sexual risk behaviours and outcomes: Findings from Britain's third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *PLoS ONE*, 12(5), e0177922. DOI:10.1371/journal.pone.0177922.
- Petry, N. M. (2001). Reliability of drug users' self-reported HIV risk behaviors using a brief, 11-item scale. *Substance Use & Misuse*, 36(12), 1731-1747.

- Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2002). Motivations associated with methamphetamine use among HIV+ men who have sex with men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(3), 149-156.
- Steele, V. R., Staley, C., Fong, T., & Prause, N. (2013). Sexual desire, not hyper sexuality, is related to neurophysiological responses elicited by sexual images. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 3, 20770. DOI:10.3402/snp.v3i0.20770.
- Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug & Alcohol Dependency*, 163(Supplement 1), S13-S18. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2015.11.041.
- Tull, M. T., Weiss, N. H., Adams, C. E., & Gratz, K. L. (2012). The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1084-1092. DOI:10.1016/j.addbeh.2012.05.001.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *World Drug Report 2015*.
- Weiss, N. H., Sullivan, T. P., & Tull, M. T. (2015). Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: a review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice. *Current Opinion in Psychology*, 3, 22-29. DOI:10.1016/j.copsyc.2015.01.013.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2014). A preliminary experimental examination of the effect of emotion dysregulation and impulsivity on risky behaviors among women with sexual assault-related posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 38(6), 914-939. DOI:10.1177/0145445514547957
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689. DOI: 10.1016/S0191-8869 (00)00064-7.
- Wills, T. A., Simons, J. S., Sussman, S., & Knight, R. (2016). Emotional self-control and dysregulation: A dual-process analysis of pathways to externalizing/internalizing symptomatology and positive well-being in younger adolescents. *Drug & Alcohol Dependency*, 163(Supplement 1), S37-S45. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2015.08.039.
- World Health Organization. (2013). *sexually transmitted infections (STIs)*. Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en>.