بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه میان مواجهه با وقایع آسیب زا و رفتار پرخطر جنسی در سوء مصرف کنندگان مواد

سوده شادکام*[1]، جواد ملازاده[2]، امیرحسین یاوری[1]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

یافته / دوره هجدهم / شماره ۳ / پاییز ۹۵ / مسلسل ۶۹

چکیده

دریافت مقاله: ۹۵/۶/۲۹ پذیرش مقاله: ۹۵/۸/۱۵

مقدمه: بررسی‌های انجام شده توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت نشان می‌دهد موارد ابتلا به ایدز از طریق رفتارهای پر خطر جنسی رو به افزایش است که می‌تواند زنگ خطری برای تشدید عواقب ناگوار این بیماری در جامعه باشد. دشواری تنظیم هیجان و مواجهه با واقعه آسیب زا از مهم‌ترین عوامل دخیل در رفتار پرخطر جنسی هستند. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه رفتار پر خطر جنسی و مواجهه با واقعه آسیب زا بود.

مواد و روش‌ها: ۲۰۰ نفر از سوء مصرف کنندگان مواد مراجعه کننده به مراکز درمان و بازپروری اعتیاد در شیراز با روش نمونه گیری در دسترس برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه رفتارهای پرخطر مربوط به HIV، چک لیست وقایع زندگی و مقیاس مشکلات در نظم بخشی هیجانی استفاده شد. با استفاده از مدل معادله ساختاری مدل علّی احتمالی تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش از نقش واسطه گری دشواری تنظیم هیجان در رابطه مواجهه با واقعه آسیب زا و رفتار پرخطر جنسی حمایت می‌کند (β=۰/۳۱، P=۰/۰۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری: شواهد نشان می‌دهد که مواجهه با وقایع آسیب زا و دشواری تنظیم هیجان می‌توانند زمینه ایجاد رفتار پر خطر جنسی را فراهم کنند. به بیان دیگر واقعه آسیب زا با اختلال در تنظیم هیجانات منجر به رفتار پر خطر می‌شود.

واژه‌های کلیدی: رفتار پر خطر جنسی، واقعه آسیب زا، دشواری تنظیم هیجان، HIV.

*آدرس مکاتبه : شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی .

پست الکترونیک: sshadkam5@gmail.com

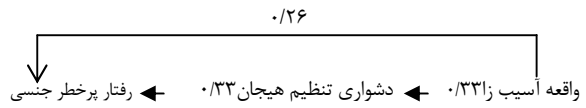
[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

عفونت ایدز یک همه گیری جهانی است که موارد ابتلای آن از تمام کشورها گزارش شده است. بر اساس آمار وزارت بهداشت تا مهرماه ۱۳۹۴ مجموعاً ۳۰۱۸۳ نفر افراد مبتلا به ایدز در کشور شناسایی شده‌اند و در مقایسه آمار مبتلایان از ابتدا تا سال ۱۳۹۴، اعتیاد تزریقی ۳۹ درصد و روابط جنسی ۴۱ درصد موارد را تشکیل می‌دهند (۱) که نشان دهنده افزایش ابتلا از طریق رفتارهای پرخطر جنسی است و می‌تواند زنگ خطر و هشدار جدی برای تشدید عواقب ناگوار این بیماری در جامعه باشد. رفتارهای پرخطر جنسی با برخی پیامدهای منفی همراه است که دو مورد از رایج‌ترین پیامدهای آن بارداری‌های ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی جنسی می‌باشد (۲). رفتارهای پر خطر جنسی به صورت تعدد شرکای جنسی، استفاده نکردن از کاندوم و داشتن رابطه با شریک مبتلا به بیماری مقاربتی تعریف می شوند (۳). مسئله اصلی در پژوهش حاضر بررسی رابطه بین مواجهه با وقایع آسیب زا و رفتار پر خطر جنسی با واسطه گری دشواری‌های تنظیم هیجان می‌باشد. بررسی این موضوع از آن جهت اهمیت دارد که از جمله مهم‌ترین پیامدهای رفتار پر خطر جنسی بیماری‌های مقاربتی جنسی می‌باشد. همچنین ثبت اطلاعات مربوط به ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) در سال‌های اخیر در ایران حاکی از تغییر الگوی انتقال بیماری از اعتیاد تزریقی به انتقال از طریق ارتباط جنسی است. دشواری‌های تنظیم هیجان (۴) و مواجهه با وقایع آسیب زا (۵) از جمله عواملی می‌باشند که در رفتار پرخطر جنسی نقش دارند. مسمن‌مور و همکاران دریافتند که دشواری‌های تنظیم هیجان رابطه مثبت و معناداری با رفتار پر خطر جنسی دارد (۶). در پژوهشی دیگر در نمونه‌ای از سوء مصرف کنندگان مرد و زن از بین سایر ابعاد دشواری‌های تنظیم هیجان، فقدان وضوح هیجان به‌طور منحصر به فردی با هریک از ابعاد رفتار پرخطر جنسی رابطه داشت (۴). بر اساس DSM-5 مواجهه با واقعه آسیب زا با ملاک «الف» اختلال استرس پس از سانحه مطابقت می‌کند. ظهور نشانه‌ها در این اختلال به دنبال قرار گرفتن در معرض مرگ یا تهدید شدن به مرگ، جراحت شدید، یا تجاوز جنسی به یکی از این شیوه‌ها می‌باشد: ۱. فرد رویداد تروماتیک را به‌طور مستقیم تجربه کند. ۲. شخصاً شاهد رویداد تروماتیک برای دیگران باشد. ۳. باخبر می‌شود که رویداد تروماتیک بر سر یکی از اعضای خانواده یا یکی از دوستان نزدیک آمده است. ۴. فرد به‌طور مکرر یا به طرز بسیار شدیدی در معرض جزئیات ناراحت کننده رویداد تروماتیک قرار می‌گیرد (۷). دنیلسون و همکاران نشان دادند در نمونه‌ای از سوء مصرف کنندگان مرد و زن، افرادی که یک واقعه آسیب زا را تجربه کرده‌اند؛ همچنین بازمانده‌های واقعه آسیب زا که به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا شده‌اند، نسبت به افرادی که تاکنون با واقعه آسیب زا مواجه نشده‌اند، درگیر رفتارهای پر خطر بیشتری هستند (۸). همچنین نتیجه یک پژوهش در نمونه‌ای مساوی از مردان و زنان نشان داد، افرادی که جنگ به‌عنوان واقعه‌ای آسیب زا را تجربه کرده‌اند در برابر رفتارهای پرخطر جنسی آسیب پذیرترند (۹). بررسی رفتارهای پر خطر جنسی و تجاوز جنسی در نمونه‌ای از دانشجویان زن نشان داد که شدت و فراوانی بیشتر تجاوز جنسی در کودکی رفتار پر خطر جنسی بیشتر را در بزرگسالی پیش بینی می‌کند (۱۰). تحقیق بر روی کودکانی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بودند نشان داد این کودکان نسبت به همسالانشان که مورد تجاوز قرار نگرفته بودند، راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه تر و دشواری تنظیم هیجان بیشتری داشتند (۱۱). مک‌کرنان و همکاران بیان کردند که عملکرد رفتار پر خطر جنسی در جهت تخفیف هیجانات منفی می‌باشد و مدل گریز شناختی را برای خطر HIV پیشنهاد کردند. این مؤلفان عاطفه منفی را عامل خطری برای رفتار پر خطر جنسی و گریز شناختی را مکانیسم مقابله‌ای در جهت رهایی از هیجانات منفی می دانند (۱۲). با توجه به اینکه مواجهه با وقایع آسیب زا و

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-10-31]

دشواری تنظیم هیجان نقش مهمی در رفتار پر خطر جنسی ایفا می‌کنند، لذا بررسی پیش آیند های رفتار پر خطر جنسی از اهمیت زیادی برخوردار است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر آزمودن مدلی در مورد تأثیر مواجهه با وقایع آسیب زا بر رفتار پر خطر جنسی با میانجی گری دشواری تنظیم هیجان بود. شکل ۱ مدل مفروض این پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود فرضیه مورد بررسی در پژوهش حاضر عبارت بود از: دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین مواجهه با واقعه آسیب زا و رفتار پر خطر جنسی نقش واسطه‌ای دارد.



شکل ۱. مدل مفهومی متغیرهای پژوهش حاضر

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش همبستگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری است. جامعه پژوهش سوء مصرف کنندگان مواد مراجعه کننده به مراکز درمان و بازپروری اعتیاد شیراز بوده که از خرداد ماه تا آذرماه ۱۳۹۲ به این مراکز مراجعه می کردند. از این جامعه ۲۰۰ نفر به‌صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۳ سال بود. لازم به ذکر است که با توجه به حساسیت موضوع و نیاز به محرمانه ماندن اطلاعات گردآوری شده، از ذکر اسامی افراد مورد مطالعه بر روی پرسشنامه‌ها خودداری شده و از قرار دادن پرسشنامه‌ها در اختیار سایر افراد خودداری گردید. ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: مذکر بودن، داشتن تحصیلات بالاتر از سیکل، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۸ سال، گرفتن نمره بزرگتر یا مساوی یک از خرده مقیاس رفتار جنسی از پرسشنامه HRBS (۱۳)، گرفتن نمره بزرگتر یا مساوی ۲۴ در آزمون مختصر معاینه وضعیت روانی (۱۴)، نداشتن هیچ یک از اختلالات روانی که در مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I در DSM-IV (۱۵) مشخص شده‌اند و رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش.

همچنین این پژوهش در ماه اول از درمان شرکت کنندگان اجرا شد. در پژوهش حاضر برای تحلیل مسیر داده‌ها از نرم افزار AMOS 18 استفاده شد. شاخص‌های توصیفی و تحلیل عاملی پرسشنامه‌های رفتار پر خطر مربوط به HIV و مواجهه با واقعه آسیب زا با استفاده از نرم افزار SPSS 16 انجام گرفت. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

۱. پرسشنامه رفتارهای پرخطر مربوط به HIV (HRBS)

این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی برای اندازه‌گیری رفتارهای پرخطر مربوط به HIV است که توسط دارک و همکاران ساخته شد و شامل ۱۱ آیتم می‌باشد (۱۳). مقیاس رفتارهای پر خطر مربوط به HIV دارای دو خرده مقیاس است که رفتار تزریق مواد و رفتار جنسی را اندازه می‌گیرد. در پژوهش حاضر از خرده مقیاس رفتار جنسی استفاده شد. هر سؤال دارای ۶ گزینه است که توزیع نمرات آن چنین می‌باشد: گزینه ۱: ۰، گزینه ۲: ۱، گزینه ۳: ۲، گزینه ۴: ۳، گزینه ۵: ۴ و گزینه ۶: ۵. نمرات بالاتر نشان دهنده خطرپذیری بیشتر و بنابراین خطر بیشتر ابتلا به HIV می‌باشد (۱۶). ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون برای نمره کل این آزمون (تزریق مواد و رفتار جنسی) r=۰/۸۶ (۱۷) و ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۶ گزارش شده است (۱۸). در پژوهش حاضر برای تعیین روایی سازه‌ای مقیاس رفتارهای پرخطر مربوط به HIV از روش آماری تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. با توجه به تحلیل عاملی صورت گرفته روی ۱۱ گویه آزمون و ملاک قرار دادن مقادیر ویژه برابر با ۱ و بالاتر از آن و نیز شیب نمودار اسکری دو عامل کلی شناسایی و عنوان تزریق مواد (۶ گویه) و رفتار جنسی (۵ گویه) برای آن در نظر گرفته شد. تزریق مواد شامل گویه های ۱ تا ۶ که بار عاملی آن‌ها به ترتیب عبارت بود از: ۰/۶۳، ۰/۶۴، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۵۸ و رفتار جنسی نیز شامل گویه‌های ۷ تا ۱۱ که بار عاملی آن‌ها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۸، ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۸۱، ۰/۸۶. برای بررسی پایایی، از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که ضریب محاسبه شده برابر با ۰/۸۹ بود.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-10-31]

۲. مقیاس مشکلات در نظم بخشی هیجانی (DERS)

این مقیاس دارای ۳۶ گویه می‌باشد که بر اساس مفهوم پردازی گراتز و رومر، توسط همین مؤلفان تدوین شده است (۱۹). آن‌ها در پژوهشی بر روی دو نمونهٔ مجزا به بررسی ساختار عاملی و روایی این مقیاس پرداختند. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی هیجانی و عدم وضوح هیجانی را تأیید نمود. همچنین، نتایج پژوهش گراتز و رومر حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی (۰/۹۳) برخوردار است. در ایران، ضریب پایایی این مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ در پژوهش عزیزی و همکاران ۰/۹۲ به دست آمده است. بر اساس نتایج پژوهش عزیزی و همکاران تمامی زیر مقیاس‌های این مقیاس با وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت و معنادار و با مقیاس تحمل آشفتگی هیجانی رابطه منفی و معناداری دارد که نشان دهنده روایی ملاکی و سازه این پرسشنامه است (۲۰). در این پژوهش فقط نمره کلی پرسشنامه مشکلات در نظم بخشی هیجانی وارد تحلیل‌ها شد و ابعاد آن مورد بررسی قرار نگرفت.

۳. چک لیست وقایع زندگی (LEC)

چک لیست وقایع زندگی در مرکز ملی اختلال فشار روانی پس آسیبی همزمان با مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از سانحه (CAPS) برای ارزیابی مواجهه با وقایع بالقوه آسیب زا شکل گرفت (۲۱). پاسخ‌دهنده، تجربه خود از هر واقعه را بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای تعیین می‌کند: ۱. برای من اتفاق افتاده، ۲. شاهد آن بوده‌ام، ۳. از آن باخبر شدم، ۴. مطمئن نیستم، ۵. در مورد من صحیح نمی‌باشد. برای سنجش اینکه آیا واقعه از ویژگی‌های یک مواجهه واقعی بر حسب DSM-V برخوردار است از آزمودنی پرسیده شد که آیا این واقعه همراه با تهدید به مرگ یا مرگ واقعی یا جراحت شدید یا تهدید وحدانیت جسمانی شما یا شخص دیگر بود؟ و از وی خواسته شد آن وقایع را مشخص کند. در تحقیق بی و همکاران به‌منظور بررسی ویژگی روان‌سنجی نسخهٔ کره‌ای چک لیست وقایع زندگی، میانگین ارزش کاپا برای آیتم‌های این مقیاس ۰/۶۱ و همسانی درونی ۱۷ آیتم دارای آلفای کرونباخ ۰/۶۶ بود (۲۲). همچنین بر اساس تحقیق آن‌ها تحلیل مؤلفه اصلی با چرخش واریماکس وجود ۶ عامل را تعیین کرد که ۵۷/۲ درصد از واریانس کلی را توضیح می‌دهد: ۱. (ضرب و شتم/ سایر موارد) ۲. (جراحت و آسیب/ تصادف) ۳. (بلایای طبیعی/ شاهد مرگ بودن) ۴. (تجاوز جنسی) ۵. (حمله جنایی) ۶. (بلایای به وجود آمده توسط انسان) (۲۲). در پژوهش حاضر به‌منظور تعیین روایی پرسشنامه از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده گردید. همچنین تحلیل عوامل به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس انجام شد؛ زیرا در روش واریماکس جداسازی عوامل به‌طور شفاف‌تر و واضح‌تر صورت می‌پذیرد (۲۳). نتایج تحلیل عوامل مؤید وجود ۴ عامل (سوانح/حوادث، صدمات، تجاوز/تعرض، تجارب نامعمول) بود که این عوامل ۶۲/۴۹ درصد از واریانس متغیرها را توضیح می دهند. بار عاملی گویه‌های ۲، ۳، ۴، ۱۵ و ۱۷ (سوانح/ حوادث) به ترتیب عبارت بود از: ۰/۵۶، ۰/۸۲، ۰/۶۵، ۰/۶۸ و ۰/۴۶؛ بار عاملی گویه های ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۶ (صدمات) به ترتیب عبارت بود از: ۰/۶۰، ۰/۵۹، ۰/۷۱ و ۰/۵۹؛ همچنین بار عاملی گویه های ۶، ۷، ۸، ۹ (تجاوز/تعرض) و ۵، ۱۰، ۱۴ (تجارب نامعمول) به ترتیب عبارت بود از: ۰/۶۰، ۰/۵۹، ۰/۷۱، ۰/۵۹، ۰/۶۳، ۰/۶۰ و ۰/۶۱. گویه ۱ به دلیل بار عاملی ضعیف حذف گردید. ضریب آلفای کرونباخ چک لیست وقایع زندگی برابر با ۰/۷۶ بود که گویای پایایی بالاتر از متوسط می‌باشد.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها ۲۰۰ نفر مرد، ۱۲۰ نفر (۶۰٪) مجرد، ۸۰ نفر (۴۰٪) متأهل، ۵۳ نفر (۲۶/۵٪) دارای تحصیلات دانشگاهی، ۵۲ نفر (۲۶٪) دیپلم و ۹۵ نفر (۴۷/۵٪) دارای مدرک تحصیلی سیکل بودند. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. جدول ۲ ماتریس ضرایب همبستگی بین

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-10-31]

متغیرهای مواجهه با واقعه آسیب‌زا، دشواری تنظیم هیجان و رفتار پر خطر جنسی را نشان می‌دهد. مقادیر همبستگی به دست آمده در سطح P<۰/۰۰۰۱ معنادار می‌باشد.

مدل ساختاری در پژوهش حاضر، دربردارنده سه متغیر است: یک متغیر برون زا (مواجهه با واقعه آسیب‌زا)، یک متغیر میانجی (دشواری تنظیم هیجان) و یک متغیر درون زا (رفتار پر خطر جنسی). نتایج تحلیل مدل پیشنهادی در شکل ۱ آمده است. در جدول ۳ ضرایب مسیر روابط مستقیم و دیگر پارامترهای اندازه‌گیری متغیرهای مدل پیشنهادی آمده است. همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، ضریب مسیر بین دو متغیر مواجهه با واقعه آسیب زا و دشواری تنظیم هیجان برابر با β=۰/۳۳ و نسبت بحرانی به دست آمده برابر با ۳/۲۱ است که در سطح P<۰/۰۰۱ معنی دار می‌باشد. مسیر دشواری تنظیم هیجان به رفتار پر خطر جنسی در مدل پیشنهادی دارای ضریب مسیر β=۰/۳۳ و نسبت بحرانی ۳/۷۲ که در سطح P<۰/۰۰۰۱ معنادار می‌باشد. همچنین ضریب مسیر بین دو متغیر مواجهه با واقعه و رفتار پر خطر جنسی برابر با β=۰/۲۶ و نسبت بحرانی ۳/۱۶ که در سطح P=۰/۰۰۲ معنادار می‌باشد.

به‌منظور ارزیابی این مدل، بخش ساختاری آن با استفاده از شاخص‌های برازندگی بررسی شدند. در جدول ۴، ویژگی‌های نکویی برازش مدل آمده است. همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقدار شاخص نکویی برازش مجذور کای (X^2) برابر با ۱۳/۴۴ با درجه آزادی ۸ می‌باشد که مقدار مناسبی است. سایر ویژگی‌های نکویی برازش مدل پیشنهادی نیز دارای مقدار مناسبی است و در واقع می‌توان بیان داشت که این مدل برازنده‌ی داده‌ها می‌باشد. در ضمن در این مدل، ۲۴ درصد از واریانس رفتار پرخطر جنسی توسط متغیرهای حاضر در مدل پیش‌بینی می‌شود.

به‌منظور بررسی اثر غیرمستقیم (با واسطه) مواجهه با واقعه آسیب زا بر رفتار پر خطر جنسی، رویکرد پیشنهادی بارون و کنی به کار برده شد. مطابق پیشنهاد بارون و کنی، در صورتی که با ورود متغیر واسطه به معادله ضریب متغیر پیشبین اولیه به سمت صفر میل کند واسطه گری احراز می شود (۲۴). جدول ۱، ضرایب همبستگی ساده بین سه متغیر مواجهه با واقعه آسیب زا، دشواری تنظیم هیجان و رفتار پر خطر جنسی را برای بررسی شرایط اساسی بارون و کنی نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
مواجهه با واقعه آسیب زا	۷/۳۳	۲۳/۳۳	۹	۱۳۰
دشواری تنظیم هیجان	۵/۱۸	۳/۳۱	۰	۱۴
رفتار پرخطر جنسی	۶/۳۸	۶/۳۱	۰	۲۱

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	مواجهه با واقعه آسیب زا	دشواری تنظیم هیجان	رفتار پر خطر جنسی
مواجهه با واقعه آسیب زا	-		
دشواری تنظیم هیجان	۰/۲۳*	-	
رفتار پرخطر جنسی	۰/۳۱*	۰/۳۷*	-

*P<۰/۰۰۰۱

جدول ۳. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم در مدل پیشنهادی

مسیر	برآورد استاندارد	برآورد غیراستاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-10-31]

مواجهه با واقعه به دشواری تنظیم هیجان	۰/۳۳	۶۰/۵۳	۶/۳۸	۳/۲۱	۰/۰۰۱
دشواری تنظیم هیجان به رفتار پر خطر جنسی	۰/۳۳	۰/۰۷	۰/۰۲	۳/۷۲	۰/۰۰۰۱
مواجهه با واقعه به رفتار پر خطر جنسی	۰/۲۶	۵/۷۶	۱/۸۱	۳/۱۶	۰/۰۰۲

جدول ۴. ویژگی‌های نکویی برازش مدل پیشنهادی

ویژگی‌های برازندگی	مقدار
آزمون نکویی برازش مجذور کای (x^2)	۱۳/۴۴
سطح معنی‌داری	۰/۰۹
درجه‌ی آزادی (df)	۸
نسبت مجذور کای به درجه‌ی آزادی (x^2/df)	۱/۶۸
شاخص نکویی برازش (GFI)	۰/۹۷
شاخص نکویی برازش تعدیل یافته (AGFI)	۰/۹۴
شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)	۰/۹۱
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	۰/۹۶
شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۶
شاخص توکر-لویس (TLI)	۰/۹۳
جذر میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۵

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که روابط ساده بین متغیرها در سطح مطلوبی معنی‌دار می‌باشد. بنابراین، در گام بعدی، مواجهه با واقعه آسیب زا به عنوان پیش‌بین رفتار پرخطر جنسی وارد معادله‌ی رگرسیون شد که ضریب مسیر مواجهه با واقعه آسیب زا به رفتار پر خطر جنسی در سطح $P< ۰/۰۰۰۱$ معنی‌دار بود. در گام بعدی، متغیر دشواری تنظیم هیجان نیز به عنوان پیش‌بین وارد معادله‌ی رگرسیون شد و در نتیجه مقدار ضریب رگرسیون متغیر پیش‌بین اول (مواجهه با واقعه آسیب زا) از $\beta=۰/۳۱$ به $\beta=۰/۲۳$ کاهش یافت و معنی‌داری خود را از دست داد. بنابراین میانجی‌گری متغیر دشواری تنظیم هیجان مورد تأیید قرار گرفت.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه مواجهه با واقعه آسیب زا و رفتار پر خطر جنسی بود. نتایج حاصل از ارزیابی الگوی پیشنهادی حاضر نشان داد مواجهه با واقعه آسیب زا اثر مثبت مستقیم بر رفتار پر خطر جنسی دارد. این یافته با پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد (۲۶،۲۵،۸). تاریخچه تجاوز/تعرض یا سایر اشکال واقعه آسیب‌زای روانی مقدمه‌ای برای رفتارهای پرخطر در نوجوانان و بزرگسالان جوان می‌باشد. سابقه واقعه آسیب زا به‌صورت تجاوز جنسی یا خشونت جسمی در دوران کودکی یا هر دوره دیگر به‌طور معناداری با رفتار پرخطر جنسی مرتبط می‌باشد (۲۷). افراد دچار آسیب‌های روانی روش‌های گوناگونی را برای مقابله با شرایط استرس زا به کار می‌برند. این روش‌ها اغلب خود مخرب و عجیب هستند و به صورت رفتارهای پرخطر مانند سوء مصرف مواد، اعمال جنسی نا ایمن، خودزنی و تلاش‌های مکرر برای خودکشی ظاهر می‌شوند (۲۸). بر اساس یافته‌های پژوهشی افرادی که وقایع آسیب زا را تجربه کرده بودند نسبت به سایر افرادی که مواجهه را تجربه نکرده بودند، مهارت‌های تنظیم هیجان ناسازگار و دشواری تنظیم هیجان بیشتری داشتند (۲۹،۱۱). همچنین نتایج نشان داد، رابطه مثبت بین دشواری تنظیم هیجان و رفتار پر خطر جنسی وجود دارد که این یافته با پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه همسو می‌باشد (۳۲-۳۰). مطابق تحقیق ویس و همکاران سوء مصرف کنندگانی که سطح بالای دشواری تنظیم هیجان داشتند با احتمال بیشتری درگیر رفتارهای تکانشی مانند رفتارهای پر خطر هستند تا خود را از هیجانات آزاردهنده مانند خشم، ترس، شرم و اندوه رها کنند (۳۰). خوشایندی کوتاه مدتی که با رفتارهای تکانشی مانند رفتار پر خطر جنسی رابطه دارد ممکن است در جهت دور شدن از حالات هیجانی منفی باشد. همچنین به‌طور کلی سطوح بالای دشواری تنظیم

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-10-31]

هیجان می‌تواند خطر پاسخ‌های رفتاری ناسازگارانه را افزایش دهد یا مانع توانایی فرد برای کنترل رفتار شود (۳۳). افرادی که فاقد مهارت‌های تنظیم هیجانی مؤثر هستند، عواطف و هیجانات منفی را به‌صورت طاقت فرسا و غیرقابل تحمل تجربه می‌کنند که این خود می‌تواند منجر به رفتارهای ناسازگارانه (مانند سوء مصرف مواد و رفتارهای پرخطر جنسی) به‌منظور تعدیل و تنظیم آشفتگی هیجانی شود (۳۴). بنابراین مهارت‌های تنظیم هیجانی مؤثر به‌عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر رفتار پر خطر جنسی عمل می کند (۳۵) از سوی دیگر یافته‌های این مطالعه نشان دادند مواجهه با واقعه آسیب زا از طریق دشواری تنظیم هیجان با رفتار پر خطر جنسی رابطه مثبت و غیرمستقیم دارد. این نتیجه نیز با مطالعات پیشین همخوانی دارد (۳۶،۲۸). فردی که واقعه آسیب زا را تجربه کرده است برای اجتناب از خاطرات و احساسات مربوط به آن واقعه از پاسخ‌های مقابله ای ناسازگارانه استفاده می‌کند (۲۸). افزایش دشواری‌های تنظیم هیجان می‌تواند با توانایی کنترل رفتارهای دیگر تداخل کند که این با مدل کاهش خود تنظیمی منطبق می باشد. مطابق این مدل توانایی خودتنظیمی یک منبع می باشد (مانند انرژی)، بنابراین مواجهه با موقعیت یا فعالیتی که به خودتنظیمی یا خودکنترلی نیاز دارد این منبع را تخلیه خواهد کرد که به‌طور موقت توانایی فرد را برای خودتنظیمی محدود می‌کند. سطوح بالای دشواری‌های تنظیم هیجان و رفتارهای ناسازگار که اغلب به دنبال آن ایجاد می‌شوند می تواند به‌سرعت منابع خودتنظیمی فرد را کاهش دهد و منابع خودتنظیمی در دسترس برای موقعیت‌های بعدی را محدود کند. در نتیجه چنین افرادی ممکن است به‌احتمال بیشتری تصمیمات نسنجیده یا پرخطر بگیرند یا دشواری‌هایی در کنترل رفتارهای ناسازگارانه داشته باشند (۳۶). نتایج این پژوهش نشان داد دشواری تنظیم هیجان بر رابطه بین مواجهه با واقعه آسیب زا و رفتار پر خطر جنسی تأثیر مستقیم و واسطه‌ای دارد. به‌طور کلی دشواری تنظیم هیجان و مواجهه با وقایع آسیب زا می‌توانند موجب آسیب پذیری بیشتر در برابر رفتار پرخطر جنسی شوند و زمینه ایجاد رفتار پر خطر جنسی را فراهم کنند. نتایج این پژوهش به تعیین عوامل شکل‌گیری و درک تعیین کننده‌های روانشناختی رفتارهای پرخطر جنسی کمک می‌کند که این برای طراحی مداخلات در جهت کاهش رفتارهای پر خطر جنسی مفید خواهد بود.

جامعه آماری پژوهش محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها و تفسیر متغیرهای مورد بررسی مطرح می کند که باید در نظر گرفته شوند. نمونه مورد بررسی در این پژوهش سوء مصرف کنندگان مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در شیراز بودند و در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. عدم کنترل نوع مواد نیز از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود. همچنین با توجه به اینکه اکثر مراجعین به مراکز ترک اعتیاد مرد بودند و مراجعین زن کمتری وجود داشت، به ناچار تمام نمونه‌های پژوهش مرد بودند. توصیه می‌شود در مطالعات بعدی نمونه های غیر بالینی نیز مورد بررسی قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-10-31]

References

1. Ministry of Health-Center for Disease Control, Latest Statistics of Infection of HIV/AIDS in Islamic Republic of Iran. 2015. (In Persian)
2. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. Perspect Sex Reprod Health. 2006; 38: 90-96.
3. Natavio TQ. The prevalence of high risk sexually transmitted disease behaviors among homosexual college students. MS Dissertation, Eastern Michigan University. 2007.
4. Tull M, Weiss N, Adams C, Gratz K. The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuce treatment. Addict Behav. 2012; 37: 1084-1092.
5. Wyatt EG, Myers HF, Williams JK, Kitchen RCH, Loeb T, Carmona JV, et al. Does a history of trauma contribute to HIV risk for women of color? Implications for prevention and policy. Am J Public Health. 2002; 92: 660-665.
6. Messman-Moore TL, Walsh KL, DiLillo D. Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. Child Abuse Negl. 2010; 34: 967-976.
7. Ganji M. Psychopathology based on DSM-5. Tehran: Savalan Pub. 2000; 391-392. (In Persian)
8. Danielson CK, Amstadter AB, Dangelmaier RE, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG. Trauma-related risk factors for substance abuse among male versus female young adults. Addict Behav. 2009; 34: 395-399.
9. Muhwezi W, Kinyanda E, Mungherera M, Onyango P, Ngabirano E, Muron J, et al. Vulnerability to high risk sexual behaviour (HRSB) following exposure to war trauma as seen in post-conflict communities in eastern uganda: a qualitative study. Confl Health. 2011, 5: 22-28.
10. Randolph M, Mosack K. Factors mediating the effects of childhood sexual abuse on risky sexual behavior among college women. J Psychol Human Sex. 2006; 1: 23-41.
11. Shipman K, Zeman J, Penza S, Champion K. Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. Dev Psychopathol. 2000; 12: 47-62.
12. McKirnan DJ, Ostrow DG, Hope B. Sex, drugs and escape: a psychological model of HIV-risk sexual behaviours. AIDS Care. 1996; 8: 655-669.
13. Darke S, Hall W, Heather N, Ward J, Wodak A. The reliability and validity of a scale to measure HIV risk-taking behaviour among intravenous drug users. AIDS. 1991; 5: 181-185.
14. Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-mental state: A practical methodfor grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975; 12: 189-198.
15. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB W. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders - Patient edition

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-10-31]

(SCIP-I/P, Version 2.0). New York, NY: New York State Psychiatric Institute. 1996.
16. Ward J, Dark Sh, Hall W. The HIV risk taking behavior scale (HRBS) manual. Sydney: National Drug and Alcohol Research Center. 1990.
17. Irala JD, Bigelow C, McCusker J, Hindin R, Zheng L. Reliability of self reliability of self reported human immunodeficiency virus risk behaviors in a residential drug treatment population. Am J Epidemiol. 1996; 143: 125-132.
18. Chimbetete M, Gwandure C. Impact of a Workplace-based HIV and AIDS risk reduction training intervention. J Hum Ecol. 2011; 35: 11-19.
19. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004; 26: 41-54.
20. Azizi AR, Mirzaee A, Shams J. Correlation between Distress Tolerance and Emotion Regulation with Students Smoking Dependence. Hakim. 2010; 13: 11-18. (In Persian)
21. Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric Properties of the Life Events Checklist. Assessment. 2004; 11: 330-341.
22. Bae H, Kim D, Koh H, Kim Y, Park JS. Psychometric properties of the life events checklist-korean version. Psychiatry Investig. 2008; 5: 163-167.
23. Kalantary KH. [Processing and analysis of data on socio-economic research. Tehran: Sharif Pub. 2003: 300-301. (In Persian)
24. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. J Pers Soc Psychol. 1986; 51: 1173-1182.
25. OHare T, Sherrer VM. Life time traumatic events and high risk behaviors as predictors of PTSD symptoms in people with sever mental illnesses. Soc Work Res. 2009; 33: 209-218.
26. Briere J, Scott C, Weathers FW. Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. Am J Psychiatry. 2005; 162(1): 2295-2301.
27. DiIorio C, Hartwell T, Hansen N. Childhood sexual abuse and risk behaviors among men at high risk for HIV infection. Am J Pub Health. 2002; 92: 214-219.
28. Van der Kolk B. The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination and characterological development. In van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (Eds.), Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Guilford Press, New York; 1996: 189-213.
29. Bugental DB, Blue J, Lewis J. Caregiver beliefs and dysphoric affect directed to difficult children. Developmental Psychology. 1990; 26: 631-638.
30. Weiss NH, Tull MT, Viana AG, Anestis MD, Gratz KL. Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-10-31]

associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. J Anxiety Disord. 2012; 26: 453-458.

31. Kuo C, Johnson J, Rosn R, Wechsberg W, Gobin RL, Reddy MK, et al. Emotional dysregulation and risky sex among incarcerated women with a history of interpersonal violence. Women Health. 2014; 54: 796-815.
32. Michaeli Manee F. Emotion Dysregulation in Individuals with Risky Sexual Behaviors and Normal People. J Mazand Unive Med Sci. 2014; 24: 206-214. (In Persian)
33. Linehan MM. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
34. Bradley B, DeFife JA, Guarnaccia C, Phifer J, Fani N, ResslerKJ, etal. Emotion dysregulation and negative affect: Association with psychiatric symptoms. J Clin Psychiatry. 2011; 72: 685-691.
35. Rivers SE, Brackett MA, Omori M, Sickler C, Bertoli MC, Salovey P. Emotion skills as a protective factor for risky behaviors among college students. J Coll Stud Dev. 2013; 54: 172-183.
36. Baumeister RF, Bratslavsky E, Muraven M, Tice DM. Ego depletion: Is the active self a limited resource? J Pers Soc Psychol. 1998; 74: 1252-1265.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-10-31]