

پیش‌بینی رفتارهای پرخطر جنسی مربوط به ویروس نقص ایمنی انسانی بر اساس دشواری تنظیم هیجان در مصرف‌کنندگان مواد

سوده شادکام^{۱*}، جواد ملازاده^۲، عبدالعزیز افلاک سیر^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: درصد افراد مبتلای شناسایی شده به ایدز از طریق روابط جنسی، در سال‌های اخیر رشد نگران‌کننده‌ای داشته است. از آنجایی که عفونت ایدز با رفتارهای مخاطره‌آمیز ارتباط دارد؛ درک دلایل شکل‌گیری رفتارهای پرخطر برای پیشگیری از این بیماری، ضروری است. هدف از انجام پژوهش حاضر، پیش‌بینی رفتارهای پرخطر جنسی مربوط به ویروس نقص ایمنی انسانی (Human immunodeficiency virus یا HIV) بر اساس دشواری تنظیم هیجان در مبتلایان به مصرف مواد بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی بود که به روش همبستگی انجام شد. جامعه آماری را مصرف‌کنندگان مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان و بازپروری اعتیاد در شهر شیراز تشکیل داد که ۲۰۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. متغیر ملاک، رفتار پرخطر جنسی و متغیر پیش‌بین، دشواری‌های تنظیم هیجان بود که به ترتیب به وسیله پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر مربوط به HIV (HIV Risk-taking Behaviour Scale یا HRBS) و مقیاس مشکلات در نظم‌بخشی هیجانی (Difficulties in emotion regulation scale یا DERS) ارزیابی گردید. داده‌ها با استفاده از روش رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: کلیه ابعاد دشواری در تنظیم هیجان با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه مثبت و معنی‌داری داشت ($P < 0/01$) و از بین سایر خرده مقیاس‌های دشواری تنظیم هیجان، عدم پذیرش و دسترسی محدود به راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان «پیش‌بینی‌کننده رفتارهای پرخطر جنسی بود.

نتیجه‌گیری: دشواری تنظیم هیجان توان پیش‌بینی رفتارهای پرخطر جنسی را در مصرف‌کنندگان مواد دارد و می‌تواند موجب آسیب‌پذیری بیشتری در برابر چنین رفتاری شود. این نتیجه برای طراحی مداخلات در جهت کاهش رفتارهای پرخطر جنسی مفید خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: رفتار پرخطر، رفتار جنسی، هیجانات، ویروس نقص ایمنی انسانی، مصرف مواد

ارجاع: شادکام سوده، ملازاده جواد، افلاک سیر عبدالعزیز. پیش‌بینی رفتارهای پرخطر جنسی مربوط به ویروس نقص ایمنی انسانی بر اساس دشواری تنظیم هیجان در مصرف‌کنندگان مواد. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۲): ۱۸۸-۱۸۲

تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۴/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۲/۲۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲۰

مقدمه

به نفع راه انتقال جنسی در بین موارد شناسایی شده طی سال‌های اخیر می‌باشد (۵). به طور خاص رفتار جنسی در جوانان و پیامدهای آن، یک نگرانی رو به افزایش است و شاید یکی از چالش‌ها در آینده باشد (۶). رفتارهای پرخطر جنسی با برخی پیامدهای منفی همراه است که دو مورد از رایج‌ترین آن‌ها، بارداری‌های ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی جنسی می‌باشد (۷).

عوامل مختلفی در بروز رفتار پرخطر جنسی نوجوانان و بزرگسالان جوان نقش دارد. برخی از این عوامل مانند فقر، انزوای اجتماعی، نقش جنسی و اعتقادات خاص فرهنگی، تأثیر غیر مستقیمی بر روی رفتار جنسی دارند. از جمله عوامل رشد فردی که در شکل‌گیری رفتارهای پرخطر جنسی تأثیر دارد، می‌توان به تغییرات زیست‌شناختی، فرایندهای شناختی، رشد روانی و هیجانی فرد اشاره کرد (۸). همچنین، از میان عوامل روان‌شناختی که در رفتارهای پرخطر جنسی سهیم هستند، دشواری تنظیم هیجان می‌باشد (۹). دشواری تنظیم هیجان نیز یک مکانیسم اساسی است که بر رفتارهای پرخطر جنسی تأثیر می‌گذارد. در

رفتارهای پرخطر جنسی جزء رفتارهای پرخطری به شمار می‌آیند که می‌توانند هم به فرد و هم به جامعه آسیب بزنند. عدم آگاهی مردم از این مطلب که هرگونه رفتار پرخطر جنسی تا چه حد می‌تواند آن‌ها را در معرض ابتلا به عفونت ویروس نقص ایمنی انسانی (Human immunodeficiency virus یا HIV) و ایدز قرار دهد، سبب می‌شود که هیچ‌گونه احتیاطی در پیش نگیرند و طبیعی است که زمینه برای گسترش عفونت فراهم می‌شود (۱). رفتار پرخطر جنسی شامل روابط جنسی با احتمال بالای انتقال یا اخذ یک بیماری مقاربتی جنسی می‌باشد که از آن جمله می‌توان به مقاربت جنسی محافظت نشده یا داشتن شرکای جنسی متعدد اشاره کرد (۲). بین رفتارهای پرخطر جنسی و آسیب‌پذیری در برابر ابتلا به HIV و عفونت‌های مقاربتی جنسی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۳، ۴). بررسی آمار ثبت شده حاکی از تغییر راه‌های انتقال

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

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

نویسنده مسؤول: سوده شادکام

Email: sshadkam5@gmail.com

این‌رو، روان‌شناسی نقش مهمی در پیش‌بینی افراد و گروه‌های در معرض خطر، تبیین رفتارهای پرخطر و تنظیم مداخلات در این حوزه ایفا می‌کند. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی رفتارهای پرخطر جنسی بر اساس دشواری تنظیم هیجان در مصرف‌کنندگان مواد انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی بود که به روش همبستگی صورت گرفت. جامعه تحقیق شامل مصرف‌کنندگان مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان و بازپروری اعتیاد شیراز بود که از خرداد تا آذر سال ۱۳۹۲ به این مراکز مراجعه کرده بودند. از این جامعه، ۲۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. میانگین سنی آزمودنی‌ها، ۳۳ سال بود. پژوهش در ماه اول از درمان شرکت‌کنندگان اجرا شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل مذکر بودن، داشتن تحصیلات بالاتر از سیکل، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۸ سال، گرفتن نمره بیشتر یا مساوی ۱ از خرده مقیاس رفتار جنسی مربوط به مقیاس رفتارهای پرخطر مربوط به HIV (HIV Risk-taking Behaviour Scale یا HRBS) (به دلیل این که نمره صفر در مقیاس HRBS به منزله نداشتن رفتار پرخطر جنسی در آزمودنی می‌باشد و باعث حذف آزمودنی از تحلیل و در نهایت، منجر به کاهش نمونه می‌شود) (۱۹)، گرفتن نمره بیشتر یا مساوی ۲۴ از آزمون مختصر معاینه وضعیت روانی (۲۰)، نداشتن هیچ یک از اختلالات روانی که در مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I در Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th Edition (DSM-IV) (۲۱) مشخص شده‌اند و رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش بود.

لازم به ذکر است که با توجه به حساسیت موضوع و نیاز به محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده، از ذکر اسامی افراد مورد مطالعه بر روی پرسش‌نامه‌ها و قرار دادن آن‌ها در اختیار سایر افراد خودداری گردید.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات) و ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مقیاس HRBS این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارش‌دهی ۱۱ آیتمی برای اندازه‌گیری رفتارهای پرخطر مربوط به HIV است که توسط Darke و همکاران طراحی شد (۱۹). مقیاس HRBS دو خرده مقیاس رفتار تزریق مواد و رفتار جنسی را در برمی‌گیرد که در پژوهش حاضر از خرده مقیاس رفتار جنسی استفاده شد. ابزار مذکور نوعی مقیاس شش درجه‌ای می‌باشد و توزیع نمرات به صورت گزینه ۱ = صفر امتیاز، گزینه ۲ = ۱ امتیاز، گزینه ۳ = ۲ امتیاز، گزینه ۴ = ۳ امتیاز، گزینه ۵ = ۴ امتیاز، گزینه ۶ = ۵ امتیاز است. نمرات بالاتر نشان دهنده خطرپذیری بیشتر و در نتیجه، خطر بیشتر ابتلا به HIV می‌باشد (۲۲). ضریب همبستگی گشتاوری Pearson برای نمره کل این آزمون (تزریق مواد و رفتار جنسی) $0/86$ (۲۳) و ضریب Cronbach's alpha آن $0/60$ گزارش شده است (۲۴). در تحقیق Petry، تحلیل مؤلفه‌های اصلی آیتم‌های مقیاس HRBS، دو عامل خطر HIV متمایز شامل عامل مربوط به رفتار تزریق مواد و عامل مربوط به رفتار جنسی را نشان داد (۲۵). در ایران روایی سازه‌ای مقیاس HRBS با روش آماری تحلیل عاملی اکتشافی انجام گردید که دو عامل کلی شناسایی و عنوان تزریق مواد (۶ گویه) و رفتار جنسی (۵ گویه)

حقیقت، اختلالات روان‌پزشکی متعددی با بی‌ثباتی عاطفی و دشواری تنظیم هیجان رابطه دارند. تحقیقات اخیر نشان داده است که دشواری تنظیم هیجان با تنظیم نامطلوب عاطفه مثبت و منفی، رضایت از زندگی کمتر، عزت نفس و بهزیستی روان‌شناختی کمتر (۱۰)، اضطراب اجتماعی (۱۱) و اختلال پرخوری (۱۲) رابطه دارد. تنظیم هیجان عبارت از آگاهی از هیجانات و فهمیدن آن‌ها، پذیرش هیجانات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب در زمان تجربه هیجان منفی، توانایی به کارگیری انعطاف‌پذیر راهبردهای تنظیم هیجان متناسب با موقعیت به منظور تنظیم کردن مطلوب پاسخ‌های هیجانی برای دستیابی به اهداف شخصی و نیاز اجتماعی است (۱۳).

پژوهش‌های تجربی Roemer و Gratz در زمینه دشواری‌های تنظیم هیجان، مدلی مفهومی با شش وجه «پذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، عدم وضوح هیجانی، عدم آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی هیجانی» را معرفی می‌کند که به واسطه این دشواری‌ها، فرد در رسیدن به اهداف و خواسته‌های خویش با مشکلاتی مواجه می‌شود. در مواردی که دشواری‌های تنظیم هیجان شدید و پیچیده باشد، منجر به بروز اختلالات مختلف روان‌شناختی می‌شود (۱۳). میکائیلی منبع با انجام مطالعه‌ای به این نتیجه رسید که افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی، در تنظیم هیجانی با افراد عادی متفاوت هستند و میانگین مشکلات آن‌ها در نمره کل مقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجان و مؤلفه‌های آن بیشتر می‌باشد (۱۴).

مطابق با یافته‌های تحقیق صمیمی و همکاران، رابطه معنی‌داری بین راهبردهای سازگانه و ناسازگانه تنظیم شناختی هیجان با بروز رفتارهای پرخطر وجود دارد (۱۵). نتایج پژوهش Tull و همکاران نشان داد که از بین سایر ابعاد دشواری‌های تنظیم هیجان، فقدان وضوح هیجان به طور منحصر به فردی با هر یک از ابعاد رفتارهای پرخطر جنسی رابطه دارد. افراد با وضوح هیجانی بالا، توانایی بهتری برای تنظیم هیجانات خود دارند. دشواری در شناسایی و برچسب زنی تجربیات هیجانی خاص ممکن است محدوده‌ای را که در آن هیجانات به صورت پرفشار، گیج‌کننده و آزار دهنده تجربه می‌شوند، افزایش دهد. در نتیجه، چنین فردی ممکن است مشکلاتی در استفاده از اطلاعات عملکردی که به وسیله هیجانات ارایه می‌شود، داشته باشد که این امر منتج به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگانه می‌گردد (۹). بر اساس نتایج مطالعه Messman-Moore و همکاران، دشواری‌های تنظیم هیجان رابطه مثبت و معنی‌داری با رفتارهای پرخطر جنسی در شش ماه گذشته در یک نمونه غیر بالینی از دانشجویان دختر داشت (۱۶). افزایش دشواری تنظیم هیجان، توانایی کنترل سایر رفتارها را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود فرد به احتمال بیشتری تصمیمات نسجیده یا پرخطر بگیرد و در کنترل رفتارهای ناسازگانه با مشکل مواجه شود (۱۷).

از آنجایی که عفونت HIV با رفتارهای پرخطر جنسی در ارتباط است، می‌توان گفت که این رفتارها اهمیت عمده‌ای برای مداخلات بهداشت عمومی دارد و از سوی دیگر، جهت پیشگیری از بیماری، درک دلایل شکل‌گیری رفتار پرخطر در افراد ضروری است. همچنین، انتقال عفونت HIV از طریق رفتارهای پرخطر جنسی در بین مصرف‌کنندگان مواد، به طور نگران‌کننده‌ی رو به افزایش می‌باشد. رفتارهای پرخطر جنسی و بی‌بند و باری جنسی در بین افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، به دلیل طردشدگی از جامعه، شیوع فراوانی دارد (۱۸). از

شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و دامنه نمرات متغیرهای مورد بررسی به تفکیک جنسیت و به صورت کلی

شاخص‌ها	متغیرها	میانگین $\pm$ انحراف معیار	کمترین	بیشترین
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی		۱۱/۷۷ $\pm$ ۵/۵۵	۰	۲۴
دشواری در انجام رفتار هدفمند		۱۱/۷۵ $\pm$ ۴/۵۸	۰	۲۰
دشواری در کنترل تکانه		۱۲/۵۳ $\pm$ ۵/۹۷	۰	۲۴
فقدان آگاهی هیجانی		۱۰/۸۶ $\pm$ ۲/۷۹	۴	۱۹
دسترسی محدود به راهبرد		۱۵/۵۴ $\pm$ ۶/۸۳	۰	۳۱
فقدان وضوح هیجانی		۹/۲۴ $\pm$ ۳/۷۶	۰	۲۰
نمره کل دشواری در تنظیم هیجانی		۷۰/۳۳ $\pm$ ۲۲/۳۳	۹	۱۳۰
رفتار پرخطر جنسی		۶/۳۷ $\pm$ ۶/۳۱	۰	۲۱

در مطالعه حاضر، همبستگی میان متغیرهای پژوهش از طریق ضریب همبستگی Pearson محاسبه گردید. این ضرایب در چارچوب ماتریس همبستگی صفر مرتبه متغیرها در جدول ۲ نشان داده شده است.

به منظور بررسی این که کدام یک از ابعاد متغیر دشواری در تنظیم هیجان، پیش‌بین معنی‌داری برای بروز رفتار پرخطر در افراد مصرف‌کننده مواد هستند؟ از روش رگرسیون چندگانه با ورود گام به گام استفاده گردید. این روش هنگامی به کار گرفته می‌شود که قصد بر این است تعداد زیادی متغیر را به منظور رسیدن به بهترین مدل پیش‌بینی رگرسیون و به عبارت دیگر، شناسایی متغیرهای قوی و در نتیجه، حذف متغیرهای ضعیف از مدل بررسی گردد (۲۸). نتایج موجود در جدول ماتریس همبستگی نشان داد که رابطه مثبت و معنی‌داری بین کلیه ابعاد دشواری در تنظیم هیجان با رفتارهای پرخطر وجود داشت. نتایج مربوط به این تحلیل در جداول ۳ و ۴ ارایه شده است.

برای آن در نظر گرفته شده است. بار عاملی گویه‌های (۱ تا ۶) خرده مقیاس تزییق مواد به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۶۴، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۵۸ و بار عاملی گویه‌های (۷ تا ۱۱) خرده مقیاس رفتار جنسی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۸۱ و ۰/۸۶ و پایایی مقیاس با روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۹ گزارش شد (۲۶).

مقیاس مشکلات در نظم‌بخشی هیجانی

(*Difficulties in emotion regulation scale* یا *DERS*): این

مقیاس خودگزارش‌دهی توسط Gratz و Roemer تدوین شد و دارای ۳۶ ماده می‌باشد (۱۳) که ۶ خرده مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی و عدم وضوح هیجانی را در برمی‌گیرد. DERS در مقیاس پنج درجه‌ای از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. بر این اساس، کمترین و بیشترین نمره فرد در این مقیاس به ترتیب ۳۶ و ۱۸۰ خواهد بود. نمرات بیشتر نشان دهنده مشکلات تنظیم هیجانی بیشتر می‌باشد. Gratz و Roemer در پژوهش خود بر روی دو نمونه مجزا، به بررسی ساختار عاملی و روایی مقیاس DERS پرداختند و به این نتیجه رسیدند که این مقیاس از همسانی درونی بالایی (۰/۹۳) برخوردار است (۱۳). ایران نیز نتایج مطالعه عزیزی و همکاران نشان داد که تمام زیرمقیاس‌های این ابزار با وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت و معنی‌دار و با مقیاس تحمل آشفتگی هیجانی رابطه منفی و معنی‌داری دارد که بیانگر روایی ملاکی و سازه این پرسش‌نامه است. همچنین، پایایی این مقیاس بر اساس ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۲ به دست آمد (۲۷). در تحقیق حاضر، پایایی هر یک از زیرمقیاس‌های DERS در حد مطلوبی برآورد گردید و ضریب Cronbach's alpha آن‌ها در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ قرار داشت.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها شامل ۲۰۰ نفر مرد بود که ۱۲۰ نفر (۶۰ درصد) مجرد و ۸۰ نفر (۴۰ درصد) متأهل بودند. ۵۳ نفر (۲۶/۵ درصد) تحصیلات دانشگاهی، ۵۲ نفر (۲۶/۰ درصد) مدرک دیپلم و ۹۵ نفر (۴۷/۵ درصد) سیکل داشتند. جدول ۱

جدول ۲. ماتریس همبستگی صفر مرتبه متغیرهای پژوهش

متغیرها	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	دشواری در انجام رفتار هدفمند	دشواری در کنترل تکانه	فقدان آگاهی هیجانی	دسترسی محدود به راهبردها	فقدان وضوح هیجانی	نمره کل دشواری تنظیم هیجان	رفتار پرخطر جنسی
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	—							
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۵۷**	—						
دشواری در کنترل تکانه	۰/۶۹**	۰/۷۳**	—					
فقدان آگاهی هیجانی	۰/۳۳**	۰/۴۱**	۰/۳۰**	—				
دسترسی محدود به راهبردها	۰/۴۶**	۰/۶۸**	۰/۵۳**	۰/۵۵**	—			
فقدان وضوح هیجانی	۰/۵۶**	۰/۵۲**	۰/۵۵**	۰/۴۱**	۰/۵۸**	—		
نمره کل دشواری تنظیم هیجان	۰/۷۸**	۰/۸۱**	۰/۸۴**	۰/۵۳**	۰/۷۹**	۰/۸۰**	—	
رفتار پرخطر جنسی	۰/۳۵**	۰/۳۱**	۰/۳۵**	۰/۱۸*	۰/۳۰**	۰/۲۳**	۰/۳۷**	—

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

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام ابعاد دشواری در تنظیم هیجان روی رفتارهای پرخطر جنسی

گام‌ها (مدل‌ها)	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	تغییر R ²	تغییر F	خطای استاندارد	مقدار P
۱	عدم پذیرش پاسخ هیجانی	۰/۲۵	۰/۱۳	۰/۱۳	۲۸/۸	۵/۹۱۹	۰/۰۰۱
۲	عدم پذیرش پاسخ هیجانی دسترسی محدود به راهبرد	۰/۳۸	۰/۱۵	۰/۰۲	۱۷/۲	۵/۸۵۹	۰/۰۲۰

بر اساس داده‌های جدول ۳، مناسب‌ترین مدل آماری برای بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده ابعاد دشواری تکلیف در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر جنسی سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر به صورت کلی در دو گام شناسایی شد؛ بدین صورت که در مدل نهایی، به صورت معنی‌داری دو متغیر «عدم پذیرش پاسخ هیجانی» و «دسترسی محدود به راهبرد» جای گرفت و ابعاد «دشواری در انجام رفتار هدفمند»، «دشواری در کنترل تکانه»، «فقدان آگاهی هیجانی» و «فقدان وضوح هیجانی» به دلیل این که قادر به پیش‌بینی رفتار پرخطر جنسی نبودند، حذف گردید. مدل مذکور ۱۵ درصد از واریانس متغیر وابسته (رفتار پرخطر جنسی) را تبیین نمود. به بیان دیگر، مقدار R² در گام دوم حاکی از آن بود که کل مدل قادر است ۱۵ درصد از تغییرات متغیر رفتار پرخطر جنسی را پیش‌بینی کند. در این مدل، ابتدا متغیر سبک «عدم پذیرش پاسخ هیجانی» وارد شد و حدود ۱۳ درصد از واریانس رفتار پرخطر جنسی را پیش‌بینی کرد و «دسترسی محدود به راهبرد» دومین متغیری بود که تبیین واریانس را فقط به میزان ۲ درصد افزایش داد.

جدول ۴. ضرایب مربوط به مدل نهایی رگرسیون گام به گام ابعاد دشواری در تنظیم هیجان روی رفتارهای پرخطر جنسی

متغیرهای پیش‌بین	B	خطای استاندارد b	t	مقدار P
عدم پذیرش پاسخ هیجانی	۰/۳۱	۰/۰۸	۳/۷۶	۰/۰۰۱
دسترسی محدود به راهبرد	۰/۱۵	۰/۰۶	۲/۲۶	۰/۰۲۵

نتایج مربوط به ضرایب مدل نهایی متغیرهای پیش‌بین به دست آمده در تبیین رفتار پرخطر جنسی در جدول ۴ ارائه شده است. در بین ابعاد دشواری تنظیم هیجانی، «عدم پذیرش پاسخ هیجانی» قوی‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده رفتار پرخطر جنسی است که به صورت مثبت و معنی‌داری رفتار پرخطر جنسی سوء مصرف‌کنندگان را پیش‌بینی می‌نماید؛ یعنی به ازای یک واحد تغییر در نمره «عدم پذیرش پاسخ هیجانی»، به اندازه ۰/۲۸ تغییر در نمره رفتار پرخطر جنسی به وجود می‌آید. دسترسی محدود به راهبرد، دومین متغیر پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنی‌دار رفتار پرخطر جنسی بود؛ بدین معنی که به ازای یک واحد تغییر در نمره «دسترسی محدود به راهبرد»، ۰/۱۷ تغییر در نمره رفتار پرخطر جنسی افراد سوء مصرف‌کننده مواد مشاهده گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی رفتارهای پرخطر جنسی مربوط به HIV بر اساس دشواری تنظیم هیجان در مصرف‌کنندگان مواد انجام شد. نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معنی‌داری بین کلیه ابعاد دشواری تنظیم هیجان با رفتارهای پرخطر جنسی وجود دارد. در بین ابعاد دشواری تنظیم هیجان، «عدم پذیرش

پاسخ هیجانی» قادر به پیش‌بینی رفتار پرخطر جنسی در بین مصرف‌کنندگان مواد بود. عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، تمایل فرد برای واکنش به هیجان‌های پاسخ‌های هیجانی منفی می‌باشد و این در حالی است که فرد این نوع پاسخ‌های خود را به عنوان هیجان‌ات منفی نمی‌پذیرد. نگرش هیجانی «عدم پذیرش»، ارزیابی (Evaluation) منفی هیجان‌ات و از نظر عملکردی (Functionally)، رد کردن واکنش‌های هیجانی می‌باشد. به عنوان مثال، فرد ممکن است آنچه را که احساس می‌کند، انکار نماید؛ با وجود این واقعیت که هیجان‌ات وی مشهود می‌باشد (۲۹).

نپذیرفتن هیجان‌ات و پاسخ‌های هیجانی در بسیاری از اختلالات افسردگی و اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر، اختلال آسیمیگی و اختلال شخصیت مرزی مشاهده می‌شود. راهبرد تنظیم هیجانی پذیرش، بر اهمیت ارزیابی هیجان‌ات و واکنش نسبت به آن‌ها تأکید دارد. زمانی که فرد تجربه هیجانی را رد می‌کند، در واقع به هیجان‌ات اجازه هدایت رفتار و واکنش را نمی‌دهد و در نتیجه، در جهت تغییر اوضاع و شرایط تلاش نمی‌کند و ذهن خود را منحرف (Distract) و احساسات خود را نقض می‌نماید (۳۰). بدین ترتیب، عدم پذیرش می‌تواند به صورت انطباق و پیشبرد اجتناب هیجانی به شیوه‌ای که برای بهزیستی روان‌شناختی مضر باشد، مفهوم‌سازی گردد. فرد برای فرار از هیجان‌ات منفی تحت این شرایط، از راهبردهای ناسازگارانه استفاده می‌کند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی مؤثر به عنوان یکی دیگر از مؤلفه‌های دشواری تنظیم هیجان، قادر به پیش‌بینی رفتار پرخطر جنسی در مصرف‌کنندگان مواد می‌باشد. یافته‌های تحقیق Weiss و همکاران نشان داد، مصرف‌کنندگانی که سطح بالای دشواری تنظیم هیجان دارند، به احتمال بیشتری درگیر رفتارهای تکانشی مانند رفتارهای پرخطر می‌شوند تا خود را از هیجان‌ات آزار دهنده مانند خشم، ترس، شرم و اندوه رها کنند (۳۱). خوشایندی کوتاه مدتی که با رفتارهای تکانشی مانند رفتار پرخطر جنسی رابطه دارد، ممکن است در جهت دور شدن از حالات هیجانی منفی باشد. همچنین، سطوح بالای دشواری تنظیم هیجان می‌تواند خطر پاسخ‌های رفتاری ناسازگارانه را افزایش دهد یا مانع توانایی فرد برای کنترل رفتار شود (۳۲).

برخی شواهد نشان می‌دهد که سطوح بالای عاطفه منفی می‌تواند احتمال درگیری در رفتارهای پرخطر جنسی را افزایش دهد و این امر باعث شده است محققان فرض کنند رفتارهای پرخطر جنسی از طریق تسکین دادن یا منحرف کردن توجه از حالات هیجانی منفی، در جهت کاهش هیجان‌ات منفی عمل می‌نمایند (۳۳). افزایش دشواری‌های تنظیم هیجان می‌تواند با توانایی کنترل رفتارهای دیگر تداخل پیدا کند که این با مدل کاهش خودتنظیمی منطبق است. مطابق این مدل، توانایی خودتنظیمی یک منبع مانند انرژی می‌باشد. بنابراین، مواجهه با موقعیت یا فعالیتی که به خودتنظیمی یا خودکنترلی نیاز دارد، این منبع را تخلیه خواهد کرد و به طور موقت توانایی فرد برای خودتنظیمی را محدود می‌کند. سطوح بالای دشواری‌های تنظیم هیجان و رفتارهای ناسازگار که اغلب

مقابله اجتنابی و مقابله ناسازگارانه، با رفتارهای پرخطر ارتباط دارد و به این ترتیب، رفتار پرخطر جنسی به عنوان راهبردی برای گریز از هیجانات منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در راستای نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که برنامه‌های آموزشی با محوریت آموزش خودتنظیمی هیجانی، می‌تواند در جهت پیشگیری از رفتارهای پرخطر جنسی مؤثر باشد. نتایج مطالعه به تعیین عوامل شکل‌گیری و درک تعیین‌کننده‌های روان‌شناختی رفتارهای پرخطر جنسی کمک می‌کند که این یافته برای طراحی مداخلات در جهت کاهش رفتارهای پرخطر جنسی مفید خواهد بود.

جامعه آماری تحقیق محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها و تفسیر متغیرهای مورد بررسی مطرح نمود که باید در نظر گرفته شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، کمبود منابع داخلی و خارجی در مورد موضوع مورد بررسی بود. نمونه‌های تحقیق، سوء مصرف‌کنندگان مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در شیراز بودند. بنابراین، در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. عدم کنترل نوع مواد نیز از جمله محدودیت‌ها بود. همچنین، با توجه به این که بیشتر مراجعان به مراکز ترک اعتیاد مرد بودند و مراجعان زن کمتری وجود داشت، ناچار تمام نمونه‌های پژوهش مرد بودند. توصیه می‌شود در مطالعات آینده نمونه‌های غیر بالینی نیز مورد بررسی قرار گیرند. همچنین، بهتر است تحقیقی در بین زنان مصرف‌کننده مواد نیز صورت گیرد و نتایج به دست آمده با مردان مقایسه شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

به دنبال آن ایجاد می‌شود، می‌تواند به سرعت منابع خودتنظیمی فرد را کاهش دهد و منابع خودتنظیمی در دسترس برای موقعیت‌های بعدی را محدود نماید. در نتیجه، چنین افرادی ممکن است به احتمال بیشتری تصمیمات نسنجیده یا پرخطر بگیرند یا دشواری‌هایی در کنترل رفتارهای ناسازگارانه داشته باشند (۱۸). افرادی که فاقد مهارت‌های تنظیم هیجانی مؤثر هستند، عواطف و هیجانات منفی را به صورت طاقت‌فرسا و غیر قابل تحمل تجربه می‌کنند که این خود می‌تواند منجر به بروز رفتارهای ناسازگارانه (مانند مصرف مواد و رفتارهای پرخطر جنسی) به منظور تعدیل و تنظیم آشفستگی شود. نتایج بررسی حاضر با یافته‌های مطالعه Weinberg و Klonsky (۳۴) همخوانی داشت. آن‌ها بیان کردند که عدم پذیرش هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان، با رفتارهای پرخطر رابطه دارد. بنابراین، می‌توان گفت که افراد با رفتارهای پرخطر، شیوه‌های سازگار تنظیم هیجان را نمی‌دانند و تحت تأثیر هیجانات منفی قادر به تنظیم مؤثر هیجانات خود نمی‌باشند و از راهبردهای ناکارآمد و فاقد تنوع استفاده می‌کنند (۳۴).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، دشواری تنظیم هیجان رابطه معنی‌داری با رفتارهای پرخطر جنسی در سوء مصرف‌کنندگان مواد دارد و رفتار پرخطر جنسی را در این بیماران پیش‌بینی می‌کند. به طور کلی، افراد با رفتارهای پرخطر جنسی، به دلیل این که راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را در اختیار ندارند، از شیوه‌های ناکارآمد (رفتار پرخطر جنسی) جهت کاهش و تسکین هیجانات منفی استفاده می‌نمایند و از طرف دیگر، دشواری تنظیم هیجان می‌تواند موجب آسیب‌پذیری بیشتر در برابر رفتار پرخطر جنسی شود و زمینه ایجاد این رفتارها را فراهم کند. عدم دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر و به دنبال آن، استفاده از راهبردهای ناسازگار مانند کنترل ناپذیری در خلق و خوی روزانه،

References

1. Bayrami M, Esmaili A, Vahedi H. the comparison of factors and personality trait in high risk sexual and normal persons. Med J Tabriz Univ Med Sci 2010; 32(3): 13-7. [In Persian].
2. Natavio TQ. The prevalence of high risk sexually transmitted disease behaviors among homosexual college students [MSc Thesis]. Ypsilanti, MI: Eastern Michigan University; 2007.
3. Bachanas PJ, Morris MK, Lewis-Gess JK, Sarett-Cuasay EJ, Sirl K, Ries JK, et al. Predictors of risky sexual behavior in African American adolescent girls: Implications for prevention interventions. J Pediatr Psychol 2002; 27(6): 519-30.
4. UNESCO HIV and Health Education Clearinghouse. Most at risk young people survey cambodia 2010 [Online]. [cited 2010]; Available from: URL: <https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/library/documents/most-risk-young-people-survey-cambodia-2010>
5. Communicable Diseases Managment Center, Ministry of Health and Medical, Education. Latest statistics of infection of HIV/AIDS in Islamic Republic of Iran, First three months 2017 [Online]. [cited 2017]; Available from: URL: http://shabakenatanz.mui.ac.ir/sites/shabakenatanz.mui.ac.ir/files/attach_files/Final%20report%20Genral.03.1396-1.pdf [In Persian].
6. Urassa W, Moshire C, Chalamilla G, Mhalu F, Sandstrom E. Risky sexual practices among youth attending a sexually transmitted infection clinic in Dar es Salaam, Tanzania. BMC Infect Dis 2008; 8: 159.
7. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. Perspect Sex Reprod Health 2006; 38(2): 90-6.
8. Taylor-Seehafer M, Rew L. Risky sexual behavior among adolescent women. J Soc Pediatr Nurs 2000; 5(1): 15-25.
9. Tull MT, Weiss NH, Adams CE, Gratz KL. The contribution of emotion regulation difficulties to risky sexual behavior within a sample of patients in residential substance abuse treatment. Addict Behav 2012; 37(10): 1084-92.
10. Ochsner KN, Gross JJ. Thinking makes it so: A social cognitive neuroscience approach to emotion regulation. In: Baumeister RF, Vohs KD, Editors. Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications. New York, NY: Guilford Publications; 2004. p. 229-55.
11. Emami-Ezzat A, Hashemi T, Mahmoud-Aliloo M. Structural model of direct and indirect role of early maladaptive schemas on social anxiety with mediation of emotion regulation. J Res Behav Sci 2016; 14(3): 339-47. [In Persian].

12. Rahmani M, Omid A, Akbari H, Asemi Z. The effect of unified transdiagnostic therapy on binge eating and difficulties in emotion regulation in patients with binge eating disorder: A single-blind randomized controlled trial. *J Res Behav Sci* 2017; 15(2): 221-31. [In Persian].
13. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 26(1): 41-54.
14. Michaeli Manee F. Emotion dysregulation in individuals with risky sexual behaviors and normal people. *J Mazand Univ Med Sci* 2014; 24(109): 206-14.
15. Samimi Z, Mirdoraghi F, Hasani J, Zakeri MM. The role of cognitive emotion regulation strategies and distress tolerance in high-risk behaviors among students. *J Res Behav Sci* 2016; 14(1): 92-102. [In Persian].
16. Messman-Moore TL, Walsh KL, DiLillo D. Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse Negl* 2010; 34(12): 967-76.
17. Baumeister RF, Bratslavsky E, Muraven M, Tice DM. Ego depletion: Is the active self a limited resource? *J Pers Soc Psychol* 1998; 74(5): 1252-65.
18. Razzaghi Em., Rahimi Movaghar A, Mohammad K, Hosseini M. A qualitative study of risky sexual behavior in injecting drug users in Tehran. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2003; 2(2): 1-10. [In Persian].
19. 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(2): 181-5.
20. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189-98.
21. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin LS. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
22. Ward J. The HIV risk-taking behaviour scale (HRBS) manual. Sydney, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre; 1990.
23. De Irala J, Bigelow C, McCusker J, Hindin R, Zheng L. Reliability of self-reported human immunodeficiency virus risk behaviors in a residential drug treatment population. *Am J Epidemiol* 1996; 143(7): 725-32.
24. Chimbetete M, Gwandure C. Impact of a workplace-based HIV and AIDS risk reduction training intervention. *J Hum Ecol* 2011; 35(1): 11-9.
25. Petry NM. reliability of drug users' self-reported HIV risk behaviors using a brief, 11-ITEM SCALE. *Subst Use Misuse* 2001; 36(12): 1731-47.
26. Shadkam S, Molazadeh J, Yavari AH. Study of the mediating role of emotion regulation difficulties in the relationship between exposure to traumatic events and risky sexual behavior among substance abusers. *Yafteh* 2016; 18(3): 78-87. [In Persian].
27. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Health Sys Res* 2010; 13(1): 11-8. [In Persian].
28. Howitt D. Introduction to research methods in psychology. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall/Pearson Education; 2010.
29. Isaacs KS. Uses of emotion: Nature's vital gift. Santa Barbara, CA: Praeger; 1998.
30. Zerubavel N. Barriers to sexual assertiveness in college women: A focus on fear of sexual powerlessness and emotion dysregulation [MSc Thesis]. Oxford, OH: Miami University; 2010.
31. Weiss NH, Tull MT, Viana AG, Anestis MD, Gratz KL. Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *J Anxiety Disord* 2012; 26(3): 453-8.
32. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press; 1993.
33. Crepaz N, Marks G. Are negative affective states associated with HIV sexual risk behaviors? A meta-analytic review. *Health Psychol* 2001; 20(4): 291-9.
34. Weinberg A, Klonsky ED. Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychol Assess* 2009; 21(4): 616-21.

Predicting Sexual Risk Behaviors Related to Human Immunodeficiency Virus Based on the Difficulty of Emotion Regulation in Substance Users

Soodeh Shadkam¹, Javad Molazadeh², Abdolaziz Aflakseir²

Original Article

Abstract

Aim and Background: In the recent years, the percentage of people diagnosed with acquired immune deficiency syndrome (AIDS) through sexual relations has grown dramatically. Since AIDS infection is associated with risky behaviors, to prevent illness, understanding the reasons for the growth of high-risk behaviors is essential. The aim of this study was to predict risky sexual behaviors related to human immunodeficiency virus (HIV) based on difficulties in emotion regulation in substance users.

Methods and Materials: This study was descriptive-correlational. Statistical population included substance users referred to addiction treatment and rehabilitation centers in Shiraz, Iran, that 200 of them were selected by convenient sampling. The criterion variable was risky sexual behavior and the predictor variable was difficulties in emotion regulation which were assessed by HIV Risk-taking Behavior Scale (HRBS) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), respectively. Data were analyzed using stepwise multiple regression.

Findings: All dimensions of difficulties in emotion regulation had a significant positive relationship with risky sexual behaviors ($P < 0.01$). Among other subscales of difficulties in emotional regulation, non-acceptance and limited access to effective strategies of emotion regulation were predictors of risky sexual behaviors.

Conclusions: It can be concluded that difficulties in emotional regulation can predict risky sexual behavior in substance users and can lead to more vulnerability to such behaviors. This result will be useful in designing interventions to reduce risky sexual behavior.

Keywords: Risk behavior, Sexual behavior, Emotions, Human immunodeficiency virus, Substance abuse

Citation: Shadkam S, Molazadeh J, Aflakseir A. Predicting Sexual Risk Behaviors Related to Human Immunodeficiency Virus Based on the Difficulty of Emotion Regulation in Substance Users. J Res Behav Sci 2018; 16(2): 182-8.

Received: 11.03.2018

Accepted: 13.05.2018

Published: 06.07.2018

1- Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

Corresponding Author: Soodeh Shadkam, Email: sshadkam5@gmail.com