

بررسی هیجان خواهی و ناگویی خلقی با سلامت روانی دانشجویان

حامد فخر قاسمی

کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

نام نویسنده مسئول:

حامد فخر قاسمی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی هیجان خواهی و ناگویی خلقی با سلامت روانی دانشجویان می باشد. روش تحقیق توصیفی-پیمایشی از نوع همبستگی است و جامعه آماری دانشجویان دانشگاه می باشد که ۳۰۶ نمونه با استفاده از فرمول کوکران و روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شد و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه می باشد و جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS استفاده شد که طبق نتایج حاصل از پژوهش، بین هیجان خواهی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد و بین ناگویی خلقی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد.

واژگان کلیدی: هیجان خواهی، ناگویی خلقی، سلامت روانی، دانشجویان.

مقدمه

هیجان‌ها همیشه مورد توجه کامل انسان بوده‌اند. زیرا در هر تلاش و در هر اقدام مهم بشری، هیجانات به طریقی دخالت دارند. تقریباً همه فیلسوفان بزرگ از ارسطو گرفته تا اسپینوزا، از کانت گرفته تا دیوئی، و از برگسون تا راسل همگی در مورد ماهیت هیجان‌ها اندیشیده‌اند و در مورد ریشه‌ها و نمودها و اثرات و جایگاه آن‌ها در نظام طبیعی زندگی انسان تفکر کرده‌اند. حکمای الهی به اهمیت بعضی از هیجانات خاص مرتبط با تجربه مذهبی افراد، پی برده‌اند و پرورش این هیجانات را به طور غیرمستقیم در رأس برنامه تربیت مذهبی قرار داده‌اند. نویسندگان، نقاشان و موسیقی‌دان‌ها همواره سعی کرده‌اند برای تحریک احساسات افراد و تأثیر گذاشتن بر آنان از طریق ارتباطات سمبلیک به هیجانات متوسل شوند [۱]. افراد با هیجان‌خواهی بالا ممکن است افراد با هیجان‌خواهی پایین را آدم‌های کسل‌کننده‌ای بدانند که زندگی محدودی دارند یا برعکس، افراد با هیجان‌خواهی پایین ممکن است احساس کنند که افراد با هیجان‌خواهی بالا دست به فعالیت‌های بی‌ثمر و ماجراجویانه‌ای می‌زنند [۲].

ناگویی خلقی یک مفهوم چند بعدی است و برخی ویژگی‌های آن شامل ناتوانی در به کارگیری احساسات به علائم مشکلات هیجانی، تفکر انتقادی در مورد واقعیت‌های کم‌اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رؤیاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی و نارسایی در تنظیم مدیریت هیجان-هاست [۳]. ناگویی خلقی دشواری در درک و ابراز هیجانات است که با محدودیت گسترده در بروز عواطف و فقدان آگاهی از احساسات منجر می‌شود. تیلر (۲۰۰۰) معتقد است، ناگویی خلقی، همان دشواری در تنظیم هیجان است. ولی امروز، پس از دهه‌ها پژوهش، تعدادی از ویژگی‌های شناختی و رفتاری ناگویی خلقی مشخص شده‌اند که عبارتند از: ناتوانی در شناسایی و توصیف کلامی احساسات، کاهش قابل توجه در تفکر نمادین، محدودیت در ابراز نگرش احساسات، آرزوها و کشاننده‌ها، ناتوانی در استفاده از احساسات به عنوان نشانه‌ای از مشکلات هیجانی، رویدادهای بیرونی و سطحی، کاهش یادآوری (اغلب بی‌رنگ و معمولی) روایا، دشواری در تمایز بین حالات هیجانی و احساسات بدنی، حالات سفتی و خشکی، فقدان چهره بیانگر عاطفی، و کاهش ظرفیت برای همدلی و خود آگاهی است [۴].

بهداشت روانی یکی از موضوعات مهم در عصر حاضر است که توجه بسیاری از محققان را به خود جلب کرده است. با توجه به اینکه جسم و روان به طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و سلامت این دو مقوله، یکپارچگی و سلامت عمومی انسان را در برمی‌گیرد، پرداختن به این موضوع و شناخت تأثیرات دائمی این دو بر یکدیگر از ضروریات است. هدف از بهداشت روان، ایجاد سلامت روانی از طریق پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی و ایجاد محیطی سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO) سلامت و تندرستی افراد صرفاً شامل حالت سلامتی کامل از لحاظ جسمانی نیست؛ بلکه ابعاد سلامت روانی، اجتماعی، قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب را نیز در بر می‌گیرد [۵].

سلامت روانی از مهم‌ترین حیطه‌هایی است که در رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا مورد توجه پژوهشگران است هیجانات مثبت و منفی از دیگر مؤلفه‌های روانی هستند که سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. هیجانات مثبت نشان‌دهنده میزان شور و اشتیاق به زندگی و احساس فاعلیت و هوشیاری افراد است. در مقابل، هیجانات منفی، یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالات ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بیزاری، گناه، ترس و عصبانیت را شامل می‌شود [۶] و پژوهش حاضر به دنبال بررسی این مسئله است که آیا بین هیجان‌خواهی و ناگویی خلقی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معنی‌داری وجود دارد؟

ویژگی‌های افراد هیجانخواه

هیجان‌خواهی مجموعه‌ای از صفات شخصیتی است که به گروه صفات شخصیتی ذاتی افراد تعلق دارد [۷] برای اینکه توافقی بین دانشمندان در مورد تعداد صفات شخصیتی وجود ندارد. بنابراین می‌توان دو طبقه بندی را در این زمینه ردیابی کرد: "پنج بزرگ" که شامل روان رنجورگرایی، برونگرایی، باز بودن نسبت به تجربه، مسئولیت پذیری و با وجدان بودن است. "سه بزرگ" که صفات روان پریشی‌گرایی، برونگرایی و روان رنجورگرایی را مدنظر دارد. این صفات شخصیتی به ترتیب با پرسشنامه‌های

NEO و پرسشنامه های شخصیتی آیزنگ EPQ-R اندازه گیری می شود. هیجان خواهی صفتی است که با الگوی پنج عاملی شخصیت مرتبط است [۸].

صفت هیجان خواهی با الگوی سه عاملی شخصیت آیزنگ نیز دارای همبستگی است. گیلکسون و ابالافیا از روش تحلیل عاملی برای تعیین کردن همبستگی بین سنخ عامل شخصیت و هیجان خواهی زاگرمین استفاده کردند [۹]. مقیاس روان پریشی گرای (P) با مقیاس تجربه خواهی و برونگرایی (E) با مقیاس خطر و ماجراجویی همبستگی داشت. اخیراً زاگرمین و همکاران ارتباطاتی را بین بعد روانپریشی گرای و تمام زیرمقیاس های هیجان خواهی پیدا کرده اند

ارتباط هایی که هیجان خواهی با عوامل دیگر شخصیتی دارد منجر به بحث درباره شکل های "خوب" و "بد" هیجان خواهی شده است طبق این نظر زاگرمین از هیجان خواهی تکانشی و غیر اجتماعی و هیجان خواهی غیرتکانشی و اجتماعی به شکل های مختلف هیجان خواهی نام می برد. فعالیت هایی که افراد هیجان خواه می توانند انتخاب کنند متنوع اند: مصرف الکل، مصرف مواد، بی قیدی در روابط جنسی، قمار بازی، ورزش های خطرپذیر، و سایر تفریحات.

به طور خلاصه می توان گفت که هیجان خواهان بافت ها و محیط های اجتماعی را ترجیح می دهند که در آن، فعالیت هایی که برای لذت بردن انجام می شود، زیاد باشد. علاوه بر این، تمام این فعالیت ها عنصری از خطرات جسمی، قانونی، مالی و اجتماعی را به همراه خود داشته باشند. برای اینکه تمایل هیجان خواهان را مبنی بر انجام رفتارهای پر خطر کاهش دهیم، نیاز هست که محرک های سالم و بی خطر را در اختیار آنها بگذاریم. فعالیت های بی خطر متعددی نظیر ورزش، سرگرمی و موسیقی و همچنین شغل های خاص که می تواند محرک های محیطی را با حداقل خطر برای افراد هیجان خواه فراهم آورد. همچنین مشخص شده است که آزمودنی های هیجان خواه در تحقیقاتی که جذاب و هیجانی هستند، بیشتر شرکت می کنند [۱۰].

سلامت روان

سازمان بهداشت جهانی (WHO) سلامت روانی را به عنوان «حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانایی های خود را می شناسد، می تواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی کنار آید، می تواند به نحو پرمهر و مولدی کار کند و قادر است برای اجتماع مفید باشد» تعریف می کند. با وجود اینکه بیش از ۵۰ سال از تأسیس کمیته سلامت روان در این سازمان می گذرد اما دانش در مورد این مسأله و ابعاد آن همچنان ناچیز است [۱۱]. به عبارت دیگر به رغم تأکید تعاریف فوق بر مسائل مثبت، غالباً متخصصان سلامت بقدری بر مشکلات افراد دچار بیماری متمرکزند که نیازهای افراد سالم را فراموش میکنند. مراکز سلامت روانی به جای توجه به جنبه های مثبت سلامت، بیشتر درگیر مهار و درمان بیماری های روانی هستند. در واقع آنچه از سلامت روانی در اذهان جا افتاده یک مفهوم روان پزشکی است که فرد را از لحاظ روان شناختی، بیمار یا سالم می پندارد. چنین موضعی بر مبنای این مفروضه آزمون نشده قرار دارد که بیماری و سلامت روانی دو قطب پایانی یک پیوستار واحد را تشکیل می دهند [۱۲].

کیز [۱۱] غلبه این رویکرد را به سه علت نسبت می دهد:

۱. اول اینکه به هنگام تأسیس مؤسسه علمی سلامت روانی در آمریکا و سایر کشورها، حوزه آسیب شناسی روانی در مقایسه با مفهوم سازه های مثبت سلامت روانی در ادبیات روان شناختی، از زاویه تجربی رشد یافته تر بود.
۲. دوم شواهد متعددی حکایت از این داشتند که افرادی که فاقد بیماری روانی مانند (افسردگی) هستند، در مقایسه با متبلايان، دارای کنش وری و باروری بهتری بودند [۱۳].
۳. سومین دلیل، وجود شواهد قانع کننده حاکی از اهمیت مسأله بیماری های روانی در حوزه سلامت عمومی است. میزان شیوع بیماری های روانی، احتمال عود آنها در طول زندگی، هزینه های سنگین درمان و پیامدهای وخیم حاصل از آنها به اندازه ای جدی هستند که باعث شده اند توجه برنامه ریزان و متخصصان کاملاً معطوف به بیماری های روانی شود و سلامت روانی علماً توجه کافی دریافت نکند [۱۴].

اما نکته حایز اهمیت این است که با وجود وخامت مسأله بیماری های روانی، دلایل تجربی بسیاری تأکید بیش از حد بر این دیدگاه را به چالش کشیده اند: نخست اینکه مسأله بیماری روانی این مهم را که عده کثیری از افراد سالانه از ابتلا به اختلال روانی در امان هستند تحت الشعاع قرار داده است. آنچه مورد غفلت واقع گردیده این واقعیت است که حدود ۵۰ درصد از جمعیت

بزرگسال در طول زندگی خود به بیماری روانی وخیم مبتلا نمی شود و حدود ۹۰ درصد مردم سالانه از خطر افسردگی حاد در امان هستند دوم اینکه اگرچه تکیه بیش از حد بر الگوی بیماری منجر به پیشرفتهایی در شیوه های دارو درمانگری و روان درمانگری شده است، اما اکثر این درمان ها کم دوام و دارای اثر بخشی محدودی هستند و افراد، خانواده ها و جوامع همچنان در معرض آسیب های ناشی از بیماری های روانی قرار دارند. این سخن بدین معناست که تخصیص سرمایه های هنگفت به بررسی علت شناسی و درمان اختلال های روانی، شیوع بیماری ها را کاهش نداده و منجر به تسکین درد و رنج انسان ها نشده است [۱۴]. در نهایت اینکه میزان سلامت و باروری در زندگی افرادی که مبتلا به بیمارهای روانی نیستند مشابه نیست و الزاماً زندگی بارورتر و سالمتری از بیماران روانی ندارند. بعنوان مثال در میان کسانی که دچار بیماری های روانی نیستند، گروهی که از سطوح بهزیستی بالایی برخوردارند نسبت به گروهی که بهزیستی پایین تری دارند کمترین میزان آسیب پذیری نسبت به بیماری های قلبی عروقی، کمترین میزان بیماری های مزمن فیزیولوژیک ناشی از بالا رفتن سن و کمترین میزان نقص های بهداشتی را در فعالیت های روزمره زندگی شان گزارش کرده اند و به خدمات مراقبتی و درمانی بسیار کمی نیاز پیدا می کنند. در حالی که سطوح بهزیستی پایین، علائم روان پزشکی و یا ناتوانی های اجتماعی از زمره مسائلی هستند که احتیاج به درمان و مراقبت دارند، زیرا هم باعث کاهش سطح سلامت روان فرد می گردند و هم همبستگی بالایی با مواردی همچون بیکاری، بیماری های جسمانی، کاهش ارتباطات اجتماعی و اتفاقات ناگوار زندگی دارند [۱۵].

سلامت روانی از دیدگاه مکاتب مختلف

نظام زیستی-نگر: این نظام که اساس روانپزشکی را تشکیل می دهد، سلامت روانی را زمانی محقق می داند که بافت ها و اندام های بدن به طور سالم و بدون نقص به وظایف خود عمل کنند، هر نوع اختلال در دستگاه عصبی و در فرایندهای شیمیایی بدن، اختلال روانی را به همراه خواهد داشت.

نظام روان تحلیل گری: این نظام بر این باور است که سلامت روان به معنای کنش متقابل و موزون بین سه پایگاه بنیادین شخصیت (بن، من و فرامن) است و سلامت روانی در صورتی حاصل خواهد شد که «من» بتواند بین تعارض های «بن» و «فرامن» تعادل ایجاد کند.

نظام انسان نگر: این مکتب معتقد است که سلامت روانی، یعنی ارضای نیازهای سطوح پایین و رسیدن به خودشکوفایی. هر عاملی که فرد را در سطح ارضای نیازهای سطح پایین نگه دارد و از خودشکوفایی او جلوگیری کند اختلال روانی به وجود می آورد. نظام رفتاری-نگر: این نظام در تعریف سلامت روانی بر سازش یافتگی فرد با محیط تأکید می ورزد و بر این اعتقاد است که رفتار سازش نایافته نیز مانند سایر رفتارها در اثر تقویت آموخته می شود. بنابراین سلامت روانی شامل رفتارهای سازش یافتگی است که آموخته می شوند.

نظام بوم شناختی: این مکتب به مطالعه محیط های زندگی موجودات زنده و مطالعه ی روابط این موجودات با یکدیگر و یا محیط می پردازد. این دیدگاه معتقد است که عوامل موجود در محیط فیزیکی مثل سروصدا، آلودگی هوا، زیادی جمعیت، کوچکی محل سکونت و به خطر افتادن حریم می توانند سلامت روانی فرد را به خطر بیندازند [۱۶].

مؤلفه های ناگویی خلقی

ناگویی خلقی دارای مؤلفه های مشخصی است که در واقع اشکال ویژه این پدیده را نشان می دهند. مؤلفه های ناگویی خلقی عبارتند از: دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی (برونمدار) [۱۷].

دشواری در شناسایی احساسات

افراد مبتلا به ناگویی خلقی، نمی توانند بین هیجان های خود آنگونه که وجود دارند، تمایز ایجاد کنند آن ها در درون خود هیجانی قوی مانند غم، عصبانیت و یا شادی را احساس می کنند، اما در عکس العمل های خود در بیان این هیجان، و به تصویر

کشیدن آن و اینکه چه چیزی محرک ایجاد هیجان در آن‌ها بوده است، ناتوانند. در واقع آنچه این افراد در درون خود حس می‌کنند، حالتی مبهم و غیرمتمایز از هیجان‌ها است [۱۷].

دشواری در توصیف احساسات

در بسیاری از مواقع این افراد در درون خود تغییراتی بدنی، مانند تغییر در ضربان قلب، انقباض‌های معده، سوزش معده و یا حتی سرخ شدن چهره به صورت تغییر بیرونی را احساس می‌کنند، ولی وقتی از مشکل آن‌ها سؤال می‌شود، واژه‌ای برای بیان این تغییرات نمی‌یابند و یا به اصلاح موضوع صحبت را تغییر می‌دهند. این بیماران اغلب ابراز هیجان‌های خود را به مشکلات و نشانه‌های بیماری جسمی خاص مربوط می‌سازند. برای مثال، جاری شدن اشک از چشم را به غم و اندوه مربوط نمی‌دانند، بلکه این پدیده را نتیجه اختلال در مجاری اشک چشم به حساب می‌آورند. از اینرو، وقتی در درون خود هیجان‌های مبهمی را حس می‌کنند، از مشکلات و تغییرات محیطی شکایت دارند. شاید بتوان گفت که این بیماران قادر به شکل دادن تصویری از هیجان‌ها و شرایط هیجانی خود و فرستادن این تصویر به مغز برای بررسی آن نیستند. در واقع این عقیده عمومی همیشه وجود داشته است که مغز بدون تصویری از پدیده‌ها قادر به ساخت و تولید اندیشه و عمل نیست [۱۷].

تفکر عینی

افراد مبتلا به ناگویی خلقی با وجود شرایطی که در آن به سر می‌برند، یعنی تصور خودشان در جهانی از هیجان‌های نامتمایز که در درون خود احساس می‌کنند، ناگزیرند سبک شناختی خود را به سمت جهان بیرون تغییر دهند؛ جهانی مملو از واقعیت‌های عینی و موضوعات مادی و واقعی. بنابراین، قدرت تخیلات و کاربرد نمادها در این افراد بسیار ضعیف است. کلام آن‌ها از نظر محتوا خیلی فقیر، سطحی و مربوط به زمان حال است. و از آن جهت که افکارشان منشاء بیرونی دارند، وقایع را به محرک‌های بیرونی ارجاع می‌دهند تا نه به نگرش‌ها، احساسات، خواسته‌ها و یا کشاننده‌هایی که در درون خودشان وجود دارد [۱۷].

پیشینه پژوهش

بررسی‌های گوناگون نشان داده‌اند، هیجان‌ات مثبت با ابعاد مختلف سلامت و سلامت روانی، رابطه مثبت و معنی‌داری داشته و نقشی مهم در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی دارد [۱۸] و هیجان‌ات منفی ارتباط مثبتی با اختلالات روانی داشته و در ایجاد و تداوم نابهنجاری‌های روانی مؤثر است [۱۹]. آقای و جدیری سهر فروزانی [۲۰] مقایسه روابط ساده و چندگانه هیجان خواهی و ناگویی خلقی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در بین دانش آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهر اصفهان پرداختند. روش تحقیق مورد استفاده توصیفی و از نوع همبستگی و پس رویدادی بود. در پژوهش حاضر برای تعیین روایی محتوایی پرسشنامه ها از متخصصان روانشناسی استفاده به عمل آمد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دوره دوم متوسطه (سال سوم و چهارم) شهر اصفهان بود که براساس فرمول کوکران و طبقه ای و در سطح اطمینان ۹۵٪ و باروش نمونه گیری خوشه ای تعداد نمونه برای پژوهش حاضر ۳۷۴ نفر تعیین شد. برای نیل به اهداف تحقیق از سه پرسشنامه هیجان خواهی زاکرمن [۹]، ناگویی خلقی تورنتو (۲۰۰۶) و پرسشنامه آمادگی به اعتیاد وود و بوتچر (۱۹۹۲) استفاده شد. داده ها با روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس چندگانه در نرم افزار Spss18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته های تحقیق نشان داد که رابطه دشواری در تشخیص احساسات و ناگویی خلقی کلی و همچنین هیجان خواهی، تجربه طلبی، ماجراجویی، ملال پذیری و هیجان خواهی کلی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در بین پسران و دختران دانش آموز تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/01$) در گروه پسران از سه مولفه ناگویی خلقی، دشواری در تشخیص احساسات ($\beta = 0/32, p < 0/01$) و در گروه دختران از سه مولفه ناگویی بیخلاق، دشواری در تشخیص احساسات ($\beta = 0/2, p < 0/01$) و دشواری در توصیف احساسات ($\beta = 0/18, p < 0/05$) پیش بینی کننده آمادگی اعتیاد به مواد مخدر بوده اند. در گروه پسران از شش مولفه هیجان خواهی، هیجان خواهی ($\beta = 0/29, p < 0/01$) و در گروه دختران از شش مولفه هیجان خواهی، هیجان خواهی ($\beta = 0/3, p < 0/01$) و تجربه طلبی ($\beta = 0/29, p < 0/01$) پیش بینی کننده آمادگی اعتیاد به مواد مخدر بوده اند. در گروه پسران طی چهار گام از میان سه مولفه ناگویی خلقی و شش مولفه هیجان

خواهی، در کنار دشواری در تشخیص احساسات ($\beta=0/34, p<0/05$)، هیجان طلبی ($\beta=0/41, p<0/05$) و ماجراجویی ($\beta=0/29, p<0/01$) افزوده شده و هر چهار متغیر توانسته اند پیش بینی کننده آمادگی اعتیاد به مواد مخدر بوده اند. اما در گروه دختران نتوانسته اند پیش بینی کننده آمادگی اعتیاد به مواد مخدر باشند. فرزانه و همکاران [۲۱] بررسی رابطه ی بین طرح واره های ناسازگار اولیه، هیجان خواهی و ناگویی خلقی با آمادگی به اعتیاد انجام شده است. روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه معنادانی است که به کلینیک های ترک اعتیاد در سال ۱۳۹۳ در شهر مشهد مراجعه کردند و تحت درمان قرار گرفتند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۳۰۰ نفر از جامعه مذکور است که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. از پرسشنامه های هیجان خواهی ماروین زاکرمن، طرحواره ی یانگ و ناگویی خلقی تورنتو و آمادگی به اعتیاد در پژوهش حاضر استفاده گردید. در این پژوهش داده ها به لحاظ توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان) توسط نرم افزار SPSS تحلیل شد. یافته ها حاکی از آن بود که طرحواره های ناسازگار اولیه و هیجان خواهی و ناگویی خلقی با آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت معنا داری دارد ($P<0/01$) همچنین نه بعد از طرحواره های ناسازگار اولیه (محرومیت، انزوای اجتماعی، نقص، شکست، گرفتار، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی و خودانضباطی ناکافی) با آمادگی به اعتیاد رابطه ی معنی داری دارند ($P<0/01$) علاوه بر این، ابعاد هیجان خواهی (تجربه طلبی، ماجراجویی، ملال پذیری و گریز از بازداری) با آمادگی به اعتیاد رابطه ی معنی داری دارند ($P<0/01$) و نیز ابعاد ناگویی خلقی (دشواری در تشخیص احساس، دشواری در توصیف احساس و تفکر عینی) با آمادگی به اعتیاد رابطه ی معنی داری دارند ($P<0/01$) طرح واره های ناسازگار اولیه، هیجان خواهی و ناگویی خلقی به طور کلی ۴۸ درصد از تغییرات واریانس آمادگی به اعتیاد را پیش بینی می کند.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است؛ و از نتایج آن، در تصمیم گیری ها، سیاست گذاری ها و برنامه ریزی ها استفاده می شود. این پژوهش از نظر روش، توصیفی است؛ چراکه در آن، پدیده هایی بررسی می شود که به طور طبیعی رخ می دهند و در آن ها هیچ دست کاری آزمایشی صورت نمی گیرد. از نظر انواع پژوهش های توصیفی نیز پژوهش حاضر از نوع پیمایشی است؛ زیرا ابزار گردآوری داده ها (پرسش نامه) در جامعه آماری توزیع و جمع آوری شده است؛ و از سوی دیگر، از آنجاکه روابط میان متغیرها نیز بررسی شده است، از نوع همبستگی نیز محسوب می شود. جامعه آماری پژوهش، دانشجویان دانشگاه شهر می باشد که تعداد ۱۵۰۰ نفر می باشد که با استفاده از فرمول کوکران و روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۳۰۶ نفر نمونه انتخاب شد.

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right]} \quad (1)$$

از این فرمول زمانی استفاده می شود که واریانس جامعه آماری معلوم باشد؛ در این فرمول N حجم جامعه است. آماره p درصد توزیع صفت در جامعه یعنی نسبت افرادی است که دارای صفت مورد مطالعه هستند. آماره q نیز درصد افرادی است که فاقد صفت مورد مطالعه هستند. اگر میزان p و q مشخص نباشد از حداکثر مقدار آنها یعنی ۵۰٪ استفاده کنید. آماره $z=t$ است و اگر به جای z از t استفاده کنید نیز ایرادی ندارد. در سطح خطای ۵٪ مقدار z برابر ۱/۹۶ و $2Z$ برابر ۸۴/۱۶/۳ است.

لذا حجم نمونه مورد نظر ۱۱۸ نفر مشخص شد. در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه هیجان خواهی آرنست (۱۹۹۲) استفاده شد که شامل ۲۰ سؤال می باشد و برای سنجش ناگویی خلقی از پرسشنامه تورنتو در سال ۱۹۹۴ استفاده شده که شامل ۲۰ سؤال می باشد و برای سنجش سلامت روانی از پرسشنامه بشارت (۱۳۸۸) استفاده شد که شامل ۲۸ سؤال می باشد. قابل ذکر است برای جلوگیری از سوء تفسیرها، روش ترجمه بازگشتی به کار گرفته شده است. این پرسش نامه را استادان راهنما و مشاور تأیید کرده اند. برای محاسبه پایایی، از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. این روش برای محاسبه هماهنگی درونی ابزار

اندازه‌گیری ازجمله پرسش‌نامه یا آزمون‌هایی که با آن‌ها خصیصه‌های مختلف اندازه‌گیری می‌شود، به کار می‌رود. الفای کرونباخ سؤالات با استفاده از **spss** ۰.۸۷۵ به دست آمد. و جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار **spss** استفاده شد.

یافته ها

با توجه و تحلیل داده‌ها در رابطه با جنسیت، ۲۰۳ نفر (۵۹،۷ درصد) از پاسخگویان را مردان و ۱۳۷ نفر (۴۰،۳ درصد) باقیمانده را زنان تشکیل می‌دهند.

با توجه و تحلیل داده‌ها در رابطه با سن، ۳۳ نفر (۹،۰) دارای سن ۲۰ سال و کمتر، ۱۴۲ نفر (۳۸،۸) در رده سنی بین ۲۱ تا ۳۰ سال، ۷۹ نفر (۲۱،۶) در رده سنی بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۶۸ نفر (۱۸،۶) در رده سنی بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۴۴ نفر (۱۲،۰) بین رده سنی ۵۱ سال و بالاتر قرار دارند.

فرضیه های پژوهش

بین هیجان خواهی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول (۱). برازش مدل رگرسیونی

انحراف استاندارد	ضریب تبیین تصحیح شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	Model
4.46792	.727	.729	.854 ^a	۱

a. Predictors: (Constant), هوش هیجانی

با توجه به اماره‌های جدول...می‌توان چنین عنوان کرد که ضریب همبستگی برابر ۰.۸۵۴ است. مقدار ضریب تعیین ۰.۷۲۹ به دست آمده و این مقدار نشان می‌دهد که ۰.۷۲۹ درصد تغییرات هیجان خواهی به سلامت روانی مربوط می‌شود و بقیه به عوامل دیگری بستگی دارد. البته اشکال این روش این است که تعداد درجه آزادی را در نظر نمی‌گیرد به همین دلیل برای رفع این مشکل معمولاً از ضریب تعیین تعدیل شده استفاده می‌شود؛ که آن‌هم در این آزمون برابر ۰.۷۲۷ می‌باشد.

جدول (۲). تحلیل واریانس رگرسیون

درجه معناداری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	Model
.000 ^b	311.999	6228.233	1	6228.233	اثر رگرسیونی
		19.962	۳۰۴	2315.631	باقیمانده
			۳۰۵	8543.864	کل

نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که سطح معنی داری محاسبه شده برای این اماره برابر ۰،۰۰۰ بوده و نشان از معنی دار بودن رگرسیون در سطح ۹۹٪ ($Sig=0,000$) دارد.

جدول (۳). مدل رگرسیون

درجه معناداری	t	ضریب استاندارد		ضریب غیراستاندارد		Model
		Beta	Std. Error	B		
.000	6.428		3.132	20.130	(Constant)	1
.000	17.663	.854	.024	.416	هیجان خواهی	

a. Dependent Variable: کیفیت خدمات

با ارتقای یک واحد هیجان خواهی، ۰,۴۱۶ واحد سلامت روانی ارتقا پیدا خواهد کرد. آزمون t مربوط به ضریب رگرسیون در جدول نشان می‌دهد که این ضریب معنی‌دار بوده ($\text{sig}=0.000$) و در سلامت روانی مؤثر است. بین ناگویی خلقی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول (۴). برازش مدل رگرسیونی

انحراف استاندارد	ضریب تبیین تصحیح شده	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	Model
3.39191	.912	.913	.955 ^a	1

با توجه به اماره‌های جدول... می‌توان چنین عنوان کرد که ضریب همبستگی برابر ۰,۹۵۵ است. مقدار ضریب تعیین ۰,۹۱۳ به‌دست آمده و این مقدار نشان می‌دهد که ۰,۹۲۳ درصد تغییرات ناگویی خلقی به سلامت روانی مربوط می‌شود و بقیه به عوامل دیگری بستگی دارد. البته اشکال این روش این است که تعداد درجه آزادی را در نظر نمی‌گیرد به همین دلیل برای رفع این مشکل معمولاً از ضریب تعیین تعدیل شده استفاده می‌شود؛ که آن‌هم در این آزمون برابر ۰,۹۱۲ می‌باشد.

جدول (۵). تحلیل واریانس رگرسیون

درجه معناداری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	Model
.000 ^b	1215.831	13988.171	1	13988.171	اثر رگرسیونی
		11.505	۳۰۴	1334.583	باقیمانده
			۳۰۵	15322.754	کل

نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری محاسبه شده برای این اماره برابر ۰,۰۰۰ بوده و نشان از معنی‌دار بودن رگرسیون در سطح ۹۹٪ ($\text{Sig}=0.000$) دارد.

جدول (۶). مدل رگرسیون

درجه معناداری	t	ضریب استاندارد		ضریب غیراستاندارد		Model
		Beta	Std. Error	B		
.301	1.040			2.472	(Constant)	1
.000	34.869	-.955	.018	.623	ناگویی خلقی	

با ارتقای یک واحد ناگویی خلقی، ۰,۶۲۳ واحد سلامت روانی کاهش پیدا خواهد کرد. آزمون t مربوط به ضریب رگرسیون در جدول نشان می‌دهد که این ضریب معنی‌دار بوده ($\text{sig}=0.000$) و در سلامت روانی مؤثر است.

نتیجه گیری

طبق نتایج حاصل از پژوهش بین هیجان خواهی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد. هیجان خواهان بافت ها و محیط های اجتماعی را ترجیح می دهند که در آن، فعالیت هایی که برای لذت بردن انجام می شود، زیاد باشد. علاوه بر این، تمام این فعالیت ها عنصری از خطرات جسمی، قانونی، مالی و اجتماعی را به همراه خود داشته باشند. برای اینکه تمایل هیجان خواهان را مبنی بر انجام رفتارهای پر خطر کاهش دهیم، نیاز هست که محرک های سالم و بی خطر را در اختیار آنها بگذاریم. فعالیت های بی خطر متعددی نظیر ورزش، سرگرمی و موسیقی و همچنین شغل های خاص که می تواند محرک های محیطی را با حداقل خطر برای افراد هیجان خواه فراهم آورد. زمانی می توان از شخصیت سالم صحبت کرد

که بین تمایل برای ارضای نیازهای زیستی (مثل نیاز به غذا، نیاز جنسی و ...) با نهاد و پیروی از واقعیت بیرونی (من) و داور درونی فرد یا وجدان (فرامن) هماهنگی وجود داشته باشد. شخصی که از من ضعیفی به معنای روان تحلیل گری برخوردار است نمیتواند به راحتی تضادهای خود را با ارضای سریع نیازهای حیوانیاش حل نماید و از سوی دیگر ناتوانی شخص برای هماهنگ کردن نیروی اصل واقعیت (مثل داشتن مدرک تحصیلی معتبر) و فرامن یا وجدان (مثلاً رسیدگی به اعضای خانواده) در وی ایجاد تنش و اضطراب میکند و در آینده سلامت روانی وی را به مخاطره خواهد انداخت.

بین ناگویی خلقی با سلامت روانی دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد. مشخص است که بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات نقش عمده تری برعهده دارد، چرا که به نظر می رسد افراد دارای ناگویی خلقی به علت ناتوانی در تشخیص و تمایز احساسات که در نتیجه فرآیند بازداری اتوماتیک اطلاعات و احساسات هیجانی به وجود می آید، توانایی بیان هیجانات خود را ندارند. اگر فردی نتواند احساسات و عواطف هیجانات خود را شناسایی کند و آن را از حس های جسمی ای افتراق دهد، به طور قطع قادر به توصیف آن ها نخواهد بود و نمی تواند هیجانات خود را به آسانی و به گونه موثری ابراز نماید. از این رو احتمال می رود که این بعد نقش اساسی تری در تاثیر گذاری بر علایم روانشناختی داشته باشد.

در مجموع می توان گفت که ناگویی خلقی با دشواری در خود تنظیم گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان همراه است. وقتی اطلاعات هیجانی نتواند در فرایند پردازش شناختی ادراک و ارزشیابی شوند سازمان عواطف و شناخت فرد را مختل می سازند. تنظیم و مدیریت هیجان ها نیز به منزله ی عملی سازی هیجان ها (فرایند گذر از پردازش به عمل)، در دو سطح رفتارهای شخصی و تعامل های بین شخصی دچار اختلال می شود که این اختلال سلامت روانی را تهدید و تضعیف می کند

منابع و مراجع

- [۱] پلاچیک، ر.، بی تا. ۱۳۹۱. هیجانها (ترجمه محمود رمضان زاده)، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی
- [2] Sanderman, B., Perry, M., 2011, The relation between sensation seeking and gender role orientations among university students: Journal of Sex Roles, 53, 87-102.
- [3] Taylor, G.J., Bagby, M. (2010). An Overview of The Alexithymia Construct. In: Bar-On R, Parker JD. (editors). The Handbook of Emotional Intelligence. 1st ed. San Francisco: Jossey- 263-76
- [4] Frawley, W., Smith, R. N. (2011) A processing theory of alexithymia, Journal of Cognitive Systems Research, 2, 189-206
- [5] Gulliver A, Griffiths KM, Mackinnon A, Batterham PJ, Stanimirovic R. The mental health of Australian elite athletes. J Sci Med Spo. 2015; (18): 255-61.
- [6] Clark LA, Watson D. Mood and the Mundane: Relations between Daily Life Events and Reported Mood. J Pers Soc Psychol. 2009; 54(2): 296-308
- [7] Roberti, J.W., 2011, Sensation seeking characteristics and Neuroendocrine responses to an acute psychological challenge for undergraduates with career interest in forensic sciences: Journal of Applied psychology
- [8] Aluja, A., Garcia, O., 2012, A comparative study of Zuckerman three Structural models for personality through the NEO-PI-R, ZKPO-III-R, EPO-RS and Goldberg 50-bipolar adjectives: personality and individual Differences, 33, 713-726.
- [9] Zuckerman, M., 2007, Sensation seeking and risky behavior: American Psychological Association, Washington, DC.
- [10] Zalenski, J.M., Rusting, C.L., and Larsen, R.J., 2013, Consistency in the Time of experiment participation and personality correlates: A methodological note: Personality and individual Differences, 34, 547-558.
- [11] Keyes, C.L.M., 2011, Mental health in adolescence: Is Americans youth flourishing? : American Journal of psychiatry (76).
- [۱۲] جوشنلو، محسن، رستمی، رضا و نصرت آباد، مسعود، ۱۳۹۲، ساختار عامل مقیاسی بهزیستی جامع، مجله روان شناسان ایرانی، شماره ۳۶-۳۶.
- [13] Greenberg, J., Schimel, J. and Martens, A., 2015, Ageism: Denying the face of the future. In T. D. Nelson (Ed.), Ageism: Stereotyping and prejudice against older people: Cambridge: MIT Press, 3-26.
- [14] Keyes, C.L.M. and Lopez, S., 2012, Toward a science of mental health: positive direction diagnosis and interventions: The Hand book of positive psychology, edited by Synder, C. R. and Lopez, S.: Oxford university press, New York.
- [15] Forsell, J., 2014, Psychiatry symptoms, social disability, low well-being and need for treatment: data from population-based study: Department of public Health, Division of social medicine, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden, Yuonne.
- [۱۶] احمدوند، ب. (۱۳۹۱). نقش ویژگی های شخصیتی در پیش بینی نشانه های آسیب شناسی روانی در بیماران افسردگی اساسی. تحقیقات علوم رفتاری.
- [17] Sifneos, P.E. (2010). The prevalence of Alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 22, 255-262.
- [18] Steptoe A, O'Donnell K, Marmot M, Wardle J. Positive Affect and Psychosocial Processes Related to Health. Br J Psychol. 2008; 99: 211-27.
- [19] Besharat MA, Etemadi Nia M, Farahani H. Anger and Major Depressive Disorder: The Mediating Role of Emotion Regulation and Anger Rumination. Asian J Psychiatry. 2013; 6(1): 35-41
- [۲۰] آقای، اصغر و نسرين جدیری سهر فروزانی، ۱۳۹۵، مقایسه روابط ساده و چندگانه هیجان خواهی و ناگوایی خلقی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در بین دانش آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهر اصفهان، سومین کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم،

شیراز، با همکاری مشترک موسسه آموزش عالی علامه خویی، دانشگاه زرقان-واحد پژوهش دانش پژوهان همایش آفرین،

[۲۱] فرزانه، محبوبه؛ آزاده مذهب یوسفی و بهرام علی قنبری هاشم آبادی، ۱۳۹۴، بررسی رابطه ی بین طرح
واره های ناسازگار اولیه، هیجان خواهی و ناگویی خلقی با آمادگی به اعتیاد در افراد معتاد، نخستین کنگره
بین المللی جامع روانشناسی/ایران، تهران، مرکز همایشهای توسعه ایران،