

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دهم شماره ۳۹ پاییز ۱۳۹۴

## رابطه بین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر به واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده

لیلا محمدی<sup>۱</sup>

زهرا تنها<sup>۲</sup>

سوده رحمانی<sup>۳</sup>

چکیده

از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رفتارهای پرخطر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد است. پژوهش‌های اندکی به نقش متغیرهای واسطه‌ای در این ارتباط پرداخته‌اند. پژوهش حاضر با هدف ارائه مدلی به‌منظور تعیین نقش بررسی تأثیر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در رفتارهای پرخطر بواسطه حمایت اجتماعی ادراک شده انجام شد. بدین منظور ۲۲۴ (۹۳ پسر و ۱۴۹ دختر) از دانشجویان دانشگاه تهران با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه بررسی رفتارهای پرخطر جوانان (YRBSQ)، مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا، (۱۹۸۹)، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (گارفنلسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۱) و مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک شده (زیمت، داهلم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸) مورد استفاده قرار گرفت. نتایج حاکی از اثر مستقیم راهبردهای شناختی سازگارانۀ بر خانواده، راهبردهای شناختی ناسازگارانۀ بر خانواده و دوستان و همچنین، راهبردهای شناختی ناسازگارانۀ، خانواده و دوستان بر رفتارهای پرخطر بود. علاوه بر این، اثرات غیرمستقیم راهبردهای سازگارانۀ و ناسازگارانۀ تنظیم شناختی هیجان بر رفتارهای پرخطر به وسیله عامل خانواده واسطه‌گری شد. بنابراین، نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر تأیید شد. در نهایت، مدل برازش مناسبی با داده‌ها داشت.

**واژگان کلیدی:** رفتارهای پرخطر؛ تنظیم شناختی هیجان؛ حمایت اجتماعی ادراک شده

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی تهران  
Email: ley.mohammadi@gmail.com

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

## مقدمه

نزدیک به یک قرن است که روان‌شناسان به‌صورت گسترده برای شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای پرخطر<sup>۱</sup> در جوانان به‌عنوان رفتارهایی که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روانی و اجتماعی را افزایش می‌دهد، تلاش می‌کنند. در دوره جوانی به دلیل تغییرات جسمانی و روانی و علاقه به تجربه عوامل مختلف و جدید گرایش افراد به رفتارهای پرخطر بیشتر می‌شود (سورسن، اسلویک و هامپسن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ کوک، مک‌گینز، کرامر، گردن، کنیگلیارو، مایستو و جاستیک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). با وجود اینکه عواقب ناگوار رفتارهای پرخطر تنها مختص جوانان و نوجوانان نمی‌باشد، اما این گروه سنی در معرض خطر بیشتری قرار دارند، به‌طوری‌که، بسیاری از قربانیان رفتارهای پرخطر از میان نوجوانان و جوانان هستند (التاف، جانجوا، کریستنسن، زایدی، ممن، هک، ورموند و شاه<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که یک رویکرد قطعی درباره علل رفتارهای پرخطر ارائه نشده است (فکس، وایت، مک‌دنالد، وبر، مک‌کلر، فیدلر و وارد<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). از این رو، پژوهش‌های مختلف، علل گوناگونی را برای وقوع رفتارهای پرخطر ارائه می‌کنند؛ از جمله این عوامل می‌توان به خانواده و ضعف حمایت والدین از جوانان (گنزالز، کاس و میسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸ و پناغی، محمدی، پشت‌محمدی، زاده‌محمدی و احمدآبادی، ۲۰۱۲)، عوامل اجتماعی و محیط ناامن جامعه (بیگلن، متزلر، ویرت، ارای و نئل<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰)، مشکلات مربوط به مدرسه و ترک تحصیل (ادی، رید و فترو<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰)، دوستان (پرینستین، بوئرگس و اسپریتو<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰)، عوامل ژنتیکی، تأثیرات هورمونی و رویدادهای دوران بلوغ (کیمبرلی، اسلاتر و اتینگ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵) و عوامل فردی و روان‌شناختی

- |   |  |
|---|--|
| 1- high-risk behavior   | 2- Severson, Slovic & Hampson                                    |
| 3- Cook, McGinnis, Kraemer, Gordon, Conigliaro, Maisto, & Justice | 4- Altaf, Janjua, Kristensen, Zaidi, Memon, Hook, Vermund & Shah |
| 5- Fox, White, MacDonald, Weber, McClure, Fidler, & Ward          | 6- Gonzales, Cauce, & Mason                                      |
| 7- Biglan, Metzler, Wirt, Ary, Noell                              | 8- Eddy, Reid & Fetrow   |
| 9- Prinstein, Boergers & Spirito                                  | 10- Kimberly, Slater, Oetting                                    |

(ووتا، مانیون و سایک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴؛ لنا، لارسن، بیرگیتا و بدیل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) اشاره کرد.

در این راستا، سبک‌های معیوب و ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ات و رفتارهایی که منشأ هیجانی دارند، به احتمال زیاد پیش‌بینی کننده مهمی در بروز رفتارهای پرخطر هستند. افرادی که فاقد مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با تجارب هیجانی خود هستند، بیشتر در هنگام مدیریت و کنترل عواطف منفی خود، درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند (لیکن، انت و نورتن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). در واقع، گرایش به رفتارهای پرخطر به‌عنوان سازوکاری برای سرکوب هیجان‌های منفی به‌کار می‌رود.

تنظیم هیجان را می‌توان به‌صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می‌توانند بر این که چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند (گروس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). مدیریت هیجان‌ات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف فرد بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد (گائو، انگر، ازن، لی، پالمر، لی و جانسن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). به اعتقاد محققان (دماری، شمیچل، رابینسن، اورهات و برنتسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶؛ لیندزی، کرتز، جارویس، ویلیامز و ناکرود<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰؛ مکسنس، ملجر، اسپنس و بیرن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰) چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام روبه‌رو شدن با حادثه منفی از اهمیت بالایی برخوردار است (گارفنلسکی و کرایج<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). به‌عبارتی، سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان‌ات و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زاست.

محققان (خطیبی، ۲۰۰۸؛ گارفنلسکی و کرایج، ۲۰۰۶؛ قاسم‌زاده نساجی، پیوسته‌گر، حسینیان، موتابی و بنی‌هاشمی، ۱۳۸۸؛ امین‌آبادی، دهقانی و خداپناهی، ۱۳۹۰؛ مکسنس،

1- Votta, Manion & Psych

3- Lakon, Ennett & Norton

5- Guo, Unger, Azen, Li, Palmer, Lee & Johnson

7- Lindsey, Kurtz, Jarvis, Williams & Nackerud

9- Granefski, Kraaij

2- Lena, Larsson, Birgitta & Bodil

4- Gross

6- Demaree, Schmeichel, Robinson,

Everhart & Berntson

8- Moksnes, Moljord, Espnes & Byrne

ملچرد، اسپنس و بیرن، ۲۰۱۰) نه راهبرد شناختی را در تنظیم هیجان‌ات معرفی کرده‌اند که عبارتند از: نشخوار فکری<sup>۱</sup>، پذیرش<sup>۲</sup>، سرزنش خود<sup>۳</sup>، توجه مثبت مجدد<sup>۴</sup>، توجه متمرکز بر برنامه‌ریزی<sup>۵</sup>، بازنگری و ارزیابی مجدد<sup>۶</sup>، دیدگاه‌گیری<sup>۷</sup>، فاجعه‌آمیز تلقی کردن<sup>۸</sup> و سرزنش دیگران<sup>۹</sup>. برخی از راهبردهای تنظیم هیجان بر کنترل تجارب هیجانی و ابراز آن‌ها (به‌خصوص در حالت هیجان‌های منفی) تأکید دارند، درحالی‌که، راهبردهای دیگر بر تنظیم هیجان‌های مثبت، آگاهی و درک هیجان‌ها متمرکز هستند (مسمان - مور، والش و دیلو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰).

در سرزنش خود، فرد در مواجهه با شرایط و اتفاقات ناگوار فرد خود را مقصر و متهم اصلی در بروز شرایط پیش آمده می‌داند. این در حالیست که در سرزنش دیگران، فرد دیگر مقصر و عامل اصلی در وقوع موقعیت در نظر گرفته می‌شود. در نشخوار فکری بروز شرایط ناگوار موجب ایجاد مشغولیت فکری پیرامون ابعاد گوناگون واقعه می‌شود و مدام احساسات و افکار ایجاد شده به دلیل شرایط ناگوار به‌وسیله فرد مرور می‌شود. تلقی فاجعه‌آمیز به ادراک و ابراز شدید و وحشتناک از واقعیت اشاره می‌کند. در پذیرش، فرد در برخورد با شرایط ناگوار، خود را به ناچار بر پذیرش شرایط متقاعد می‌سازد، در تمرکز مثبت مجدد و برنامه‌ریزی فرد در برخورد با شرایط ناگوار به یادآوری تجارب مثبت خود می‌پردازد و احترام به برنامه‌ریزی برای کم کردن عوارض منفی ناشی از حوادث ناگوار می‌کند و ارزیابی مثبت و دیدگاه وسیع‌تر فرد را در مواجهه با شرایط ناگوار به تجارب ارزشمندی ناشی از رویارویی با شرایط به‌وجود آمده آماده کرده و تأکید بر سازنده بودن این شرایط می‌کند. همچنین، برای کم کردن اهمیت پیش‌آمد ناگوار به توسعه و وسعت دادن دیدگاه فردی می‌پردازد (گروس، ۲۰۰۱).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که راهبردهای ناسازگارانه با رفتارهای پرخطر رابطه

1- Rumination  
3- Self-blame  
5- Refocus on Planning  
7- Putting into Perspective  
9- Other-blame

2- Acceptance  
4- Positive Refocusing  
6- Positive Reappraisal  
8- Catastrophizing  
10- Messman-Moore, Walsh & Dillillo

دارد و می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بروز چنین رفتارهایی باشد. این در حالیست که راهبردهای سازگارانه رابطه منفی با تمایل به رفتارهای پرخطر دارد. حسنی و میرآقایی (۱۳۹۱) در پژوهشی رابطه بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار پرخطر خودکشی را بررسی کردند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت به‌صورت منفی ایده‌پردازی خودکشی را مورد پیش‌بینی قرار دادند. همچنین، از بین راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای خود سرزنش‌گری و فاجع‌نمایی به‌صورت مثبت ایده‌پردازی خودکشی را پیش‌بینی کردند. عظیمی یانچشمه، تنها و رحمانی (۱۳۹۲) نشان دادند که افراد با سبک‌های مقابله مثبت گرایش کمتری به رفتارهای پرخطر دارند. محققانی مانند مسمان-مور و همکاران (۲۰۱۰)، گروس (۲۰۰۱) و لیکن و همکاران (۲۰۰۶) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند.

مکانیسم این قبیل روابط را می‌توان بر اساس مدل آسیب‌پذیری استرس<sup>۱</sup> (زوبین و اسپرینگ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷) تبیین کرد. بر این اساس، افرادی که فاقد مهارت‌های لازم برای کنارآمدن با تجارب هیجانی خود هستند، به احتمال بیشتر، هنگامی که می‌خواهند عواطف منفی خود را مدیریت کنند، درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند یا احساسات خود را سرکوب کرده و نادیده می‌گیرند. به عبارت دیگر، افرادی که مهارت‌های لازم را برای کنترل هیجان‌ها در زمان تجربه هیجان‌ها خود را ندارند، امکان دارد برای رهایی از هیجان‌ها منفی خود به مصرف مواد روی آورند (کوپر و شاپیرو و پاورز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸، حسنی و میرآقایی، ۱۳۹۱). تحقیقات دیگر، مهارت‌های اجتنابی هیجان را با مصرف بالاتر مواد مرتبط دانسته‌اند (کپلو، ولیمن و تمپلتن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵) کمبود مهارت‌ها در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند افراد را درگیر مشکلاتی کند که از ابعاد مختلف به هیجان مرتبط است از جمله تنظیم هیجان‌ها، آگاهی از هیجان‌ها دیگران و ابراز هیجان مؤثر (گروس، ۲۰۰۱).

اقدام به رفتارهای پرخطر یک راهبرد ناسازگارانه، در مواجهه با موقعیت‌های فشارزا و

1- vulnerability – stress model  
3- Cooper, Shapiro & Powers

2- Zubin & Spring  
4- Copello, Velleman & Templeton

منفی زندگی است. به نظر می‌رسد، هنگام مبادرت به رفتار پرخطر، احتمالاً به واقعه اصلی که محرک خلق منفی بوده است، پرداخته نمی‌شود و هنگامی که رفتار پرخطر متوقف می‌شود، فرد مستعد بازگشت به همان حالت منفی‌ای است که تلاش می‌کرد از آن فرار کند. افرادی که از رفتارهای پرخطر، به‌منظور کاهش حالت‌های عاطفی منفی خود استفاده می‌کنند، مستعد گرفتار شدن در دوری از عاطفه منفی و گرایش به رفتار پرخطر و بالعکس هستند. به‌خصوص این‌که، رفتارهای پرخطر تبدیل به تقویت‌کننده‌های مثبتی می‌شوند که رهایی موقتی از هیجان منفی را به‌همراه دارند و در نهایت، این احساس آرامش موقتی ممکن است احتمال انجام چنین رفتارهایی را در آینده افزایش دهد (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، ارتباط بین حالت‌های نامطلوب خلقی و درگیری در رفتارهای پرخطر، به‌علت کاستی در تنظیم هیجان‌ات می‌باشد (فکس و همکاران، ۲۰۰۲).

سؤالی که در اینجا می‌توان مطرح کرد این است که در رابطه مهارت‌های تنظیم شناختی و رفتارهای پرخطر چه عواملی می‌توانند تأثیرگذار باشند و به‌عنوان واسطه این روابط در نظر گرفته شوند؟ به نظر می‌رسد با شناخت بهتر عوامل زمینه‌ساز رفتارهای پرخطر می‌توان برنامه‌هایی را در جهت پیش‌گیری و کنترل آن در نظر گرفت. اگر به دنبال کنترل رفتارهای پرخطر هستیم، باید در نظر داشته باشیم که نمی‌توانیم آن را تنها، تحت تأثیر عوامل فردی فرض کنیم. بلکه در واقع، رفتارهای پرخطر تحت تأثیر عوامل فردی و محیطی قرار دارد (عظیمی یانچشمه و همکاران، ۱۳۹۲). یکی از این عوامل که ویژگی‌های فردی را در برمی‌گیرد، حمایت اجتماعی ادراک شده<sup>۱</sup> است که به‌عنوان متغیر واسطه‌ای بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتارهای پرخطر در نظر گرفته شده است (ربرترز و گتلیب<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷).

حمایت اجتماعی به رفتارهای حمایتی و منابع پیوندهای اجتماعی که شامل حمایت هیجانی، صمیمیت، تعامل مثبت و حمایت مادی می‌شود، اشاره دارد (هریس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱).

1- perceived social support  
3- Harris

2- Roberts & Gotlib

مراقبت، احترام و حس رضایت‌مندی و بهزیستی، به‌عنوان راهبردهای مقابله شناختی و هیجانی، که می‌تواند از فرد در مقابل مشکلات سلامت حفاظت کند، با پیوندهای اجتماعی رابطه دارند. حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از روش‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر می‌تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت‌های پرتنش، افراد را مورد حفاظت قرار دهد و یا به آن‌ها کمک کند تا وقایع پرتنش را به‌صورتی ارزیابی نمایند که جنبه تهدیدکننده‌ای کمتری داشته باشد (سیاح سیاری، حسن شاهی و رنجگر، ۱۳۸۹). حمایت اجتماعی را می‌توان در دو گروه حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده<sup>۱</sup> قرار داد (کارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۹). مسئله مهم این است که درک از حمایت‌هایی که دریافت می‌شود از خود خدمات ارائه شده مهم‌تر به‌نظر می‌رسد (گرینبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). این حمایت اجتماعی در سه سطح خانواده، دوستان و افراد خاص قابل بررسی است (زیمت، داهلم، زیمت و فارلی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱).

مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده به‌عنوان یک مکانیسم مقابله در مقابل رفتارهای پرخطر مانند رفتارهای پرخطر جنسی HIV (دیکسن، آنتونی، پترز و سائول<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱؛ هلانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲)، کشیدن سیگار، مصرف الکل و مواد مخدر (بورلی، دیو و دلبرت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹؛ نایاک، کرچا و بنگال<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱)، خودکشی (سانوی، فانچارنوراکول، تامپسون، پانیترات و نیتیاتھی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰؛ چن، دان و هان<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶) نقش مهمی ایفا می‌کند. به‌گونه‌ای که درک مناسب از حمایت‌های دریافت شده از خانواده، دوستان و افراد خاص می‌تواند گرایش به رفتارهای آسیب‌زا برای فرد و جامعه را کاهش دهد. از سوی دیگر، ارتباط بین تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (ربرتز و گتلیب، ۱۹۹۷؛ قاسمی‌زاده نساجی و همکاران، ۱۳۸۸). درواقع، حمایت اجتماعی ادراک شده به فرد کمک می‌کند

1- percieved

3- Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

5- Hlaing

7- Nayak, Korcha & Benegal

9- Chen, Dunne & Han

2- Greenberg

4- Dixon, Antoni, Peters & Saul

6- Beverly, Dave & Delbert

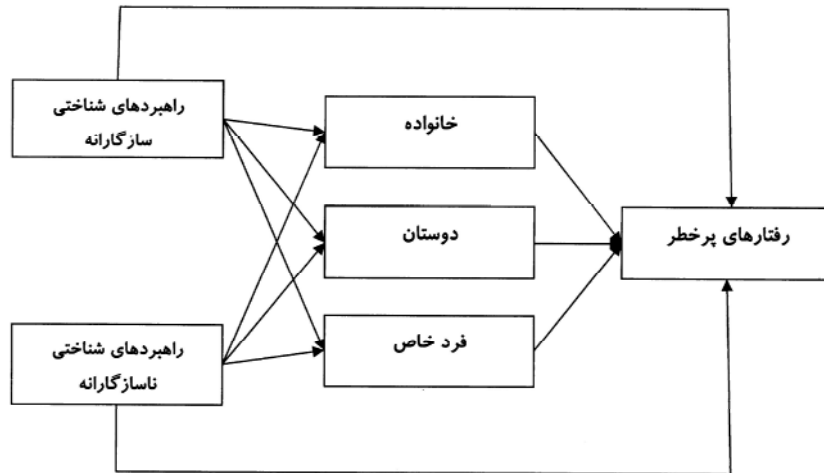
8- Thanoi, Phancharoenworakul, Thompson,

Panitrat & Nityasuddhi

تا حوادث فشارزا را بهتر درک کند و بفهمد چه منابع و راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با آن ممکن است وجود داشته باشد. افرادی که با واقعه فشارزا مواجه می‌شوند، از طریق تبادل ارزیابی‌ها می‌توانند میزان تهدید آمیز بودن یک واقعه را تعیین کنند و از پیشنهاداتی برای چگونگی اداره آن سود ببرند (هالانگ، ۲۰۱۲). همچنین، این نوع حمایت اجتماعی، حس ارزشمند بودن و عزت داشتن برای فرد را فراهم می‌کند (عطادخت، رنجبر، غلامی و نظری، ۱۳۹۲) که بخش مهمی از مدیریت موفق استرس است. مدیریت استرس از راهبردهای سازگارانه‌ای است که اگر محقق شود می‌تواند از بروز رفتارهای آسیب‌زای فردی و اجتماعی جلوگیری کند. همچنین، از آنجایی که یکی از مشخصه‌های سنین جوانی افزایش معنادار واکنش‌های عاطفی، حساسیت زیاد به تعامل‌های اجتماعی و به‌ویژه همسالان است، این ویژگی‌ها خود افزایش‌دهنده مهارت‌های لازم برای استقلال از خانواده و تشکیل روابط رمانتیک و در ادامه آن پیدایش آسیب‌پذیری بیشتر از عدم تنظیم رفتار و هیجان است. این آسیب‌پذیری به‌نوعی عواطف منفی با پردازش‌های پایین شناختی را به همراه دارد که نتیجه الزام‌آور آن گرایش به رفتارهای پرخطر و آسیب‌زاست (یاپ، آلن و شیبر، ۲۰۰۷).

بدین ترتیب، به‌نظر می‌رسد انجام پژوهشی برای بررسی روابط هر سه متغیر به‌صورت همزمان می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار قرار دهد. از این‌رو، پژوهش حاضر با تدوین مدلی (شکل ۱) سعی دارد با در نظر گرفتن نقش واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده به بررسی رابطه تنظیم شناختی هیجان و رفتارهای پرخطر در جامعه دانشجویان دوره کارشناسی بپردازد.





شکل (۱) مدل رابطه تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده با رفتارهای پرخطر

در شکل ۱، راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان به‌عنوان متغیرهای مستقل بیرونی در دو گروه طبقه‌بندی شده‌اند: راهبردهای شناختی سازگاران (ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد مثبت/ برنامه‌ریزی) و راهبردهای شناختی ناسازگاران (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، تلقی فاجعه‌آمیز و پذیرش). حمایت اجتماعی ادراک شده با سه زیرمجموعه خانواده، دوستان و فرد خاص به‌عنوان متغیرهای واسطه در نظر گرفته شدند که واسطه تأثیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر رفتارهای پرخطر به‌عنوان متغیر وابسته محسوب می‌شوند. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف ارائه مدلی به‌منظور بررسی تأثیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده بر رفتارهای پرخطر انجام شد.

## روش

### طرح پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود.

### جامعه و نمونه آماری

جامعه مورد نظر شامل کلیه دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تهران بود که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ به تحصیل اشتغال داشتند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. به این ترتیب که به‌طور تصادفی از کل دانشگاه‌های دولتی شهر تهران، دانشگاه تهران و سپس، دانشکده ادبیات این دانشگاه و سه رشته ادبیات فارسی، فلسفه و ادبیات انگلیسی انتخاب شد. به‌منظور تعیین حجم نمونه با توجه به این که ماهیت تحلیل مسیر و مدل معادلات ساختاری به کوواریانس باز می‌گردد و کوواریانس‌ها وقتی از نمونه‌های کوچک برآورد می‌شوند کمتر با ثبات هستند و از طرفی، بنابه نظر تاباچنیک و فیدل<sup>۱</sup> (۲۰۰۷: ۶۵۹) مبنی بر این که "در بسیاری از موارد، نمونه‌ای در حدود ۲۰۰ نفر برای مدل‌های متوسط و کوچک کفایت می‌کند". از این رو، تعداد ۲۲۴ (۹۳ پسر و ۱۴۹ دختر) دانشجوی این دانشکده در سه رشته مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب شدند و پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### ابزارهای اندازه‌گیری

در پژوهش حاضر از سه پرسش‌نامه بررسی رفتارهای پرخطر جوانان<sup>۲</sup> (YRBSQ) (مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا<sup>۳</sup> (CDC)، ۱۹۸۹)، تنظیم‌شناختی هیجان<sup>۴</sup> (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۱) و مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک شده<sup>۵</sup> (MSPSS) (زمیت، داهلم، زمیت و فارلی<sup>۶</sup>، ۱۹۸۸) استفاده شده است.

پرسش‌نامه بررسی رفتارهای پرخطر جوانان (YRBQ): این پرسش‌نامه با اقتباس از پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا (۱۹۸۹) طراحی و تنظیم شده است و رفتارهای پرخطر را در زمینه‌های رانندگی، خشونت، استعمال دخانیات، مصرف مشروبات الکلی، مواد مخدر و داروهای روان‌گردان، تغذیه، تحرک جسمانی و

1- Tabachnick &amp; Fidell

3- Center Disease Control

5- Multidimensional scale of Perceived social support

2- Youth Risk Behavior Survey Questionnaire

4- cognitive emotion regulation questionnaire

6- Zimet, Dahlem, Zimet, &amp; Farley

دوستان ناباب از نظر فراوانی و شدت در دوره‌های ماهانه و سالانه با ۷۲ گویه ارزیابی می‌کند. فرم کوتاه شده این ابزار شامل ۲۱ گویه در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته که شدت رفتارهای پرخطر را در سه ماه اخیر در زمینه‌های عنوان شده را بررسی می‌کند. پاسخ‌دهی شش گویه‌ای این پرسش‌نامه به صورت بلی/خیر (با نمره‌گذاری ۰ و ۱) و سایر سؤال‌ها در طیف لیکرت از هرگز تا خیلی زیاد (با نمره‌گذاری ۰ تا ۴) می‌باشد. طیف نمره آن از صفر تا ۵۴ است. با توجه به این که این پرسش‌نامه، رفتارهای پرخطر را در دو بعد فراوانی و شدت ارزیابی می‌کند؛ از این‌رو، می‌توان نمره شدت گرایش به رفتارهای پرخطر را بر اساس جمع نمره‌ای خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه با یکدیگر به دست آورد. مورو<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) پایایی این پرسش‌نامه را با روش بازآزمایی به فاصله دو هفته بین ۰/۲۴ تا ۰/۹۰ به دست آوردند. بخشانی، بیرشک، عاطف، محمد و بوالهروی (۱۳۸۶) با استفاده از روش بازآزمایی برای تمام زیر مجموعه‌ها اعتبار ۰/۸۵ را گزارش کردند. میزان پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد.

**پرسش‌نامه تنظیم‌شناختی هیجان (CERQ):** این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) در یک پیوستار پنج درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی و هرگز) طراحی شده است. ساختار این پرسش‌نامه چندبعدی بوده و به منظور شناسایی راهبردهای شناختی بعد از تجربه‌ای ناگوار به کار می‌رود. در مقایسه با دیگر پرسش‌نامه‌های مقابله‌گری که تفاوتی میان تفکرات و اعمال فرد قائل نیستند، این پرسش‌نامه منحصرأً به تفکرات اشخاص بعد از تجارب منفی می‌پردازد. نسخه اصلی این پرسش‌نامه با نه مؤلفه (سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش دیگران) دارای ۳۶ سؤال است. در این پرسش‌نامه راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری در مجموع، راهبردهای شناختی ناسازگارانه و راهبردهای پذیرش خود، توجه مثبت به برنامه‌ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه بر روی هم، راهبردهای شناختی سازگارانه را نشان می‌دهند. از جمع کل نمرات ۳۶

1- Morrow

۳۶ ماده نیز یک نمره کلی به‌دست می‌آید که بیانگر استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است و می‌تواند در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ نمره قرار بگیرد. این پرسش‌نامه در گروه‌های بهنجار و بالینی از سن ۱۲ سال به بالا قابل اجراست. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) میزان پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای راهبردهای سازگارانه، ۰/۸۷ برای راهبردهای ناسازگارانه و ۰/۹۳ برای کل پرسش‌نامه گزارش کردند. امین آبادی، دهقانی و خداینه‌ای (۱۳۹۰) ساختار عاملی این پرسش‌نامه را بررسی و در فرهنگ ایرانی اعتباریابی کردند. بر این اساس، ساختار عاملی گزارش شده نزدیک به مقیاس اصلی به‌دست آمد. میزان پایایی در پژوهش حاضر برای راهبردهای سازگارانه ۰/۷۲، راهبردهای ناسازگارانه ۰/۶۹ و کل پرسش‌نامه ۰/۹۰ به‌دست آمد.

**مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS):** این ابزار (زیمت و همکاران، ۱۹۹۸) مشتمل بر ۱۲ ماده برای سنجش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع دوستان، خانواده و فرد خاص است. این ابزار یک مقیاس خودگزارشی ۱۲ آیتمی است که شامل ۳ خرده‌مقیاس بوده و هر خرده‌مقیاس ۴ آیتم دارد. شیوه نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم طراحی شده است. یاداو<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) میزان پایایی این پرسش‌نامه را در نمونه‌های غیربالینی ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ و ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ در نمونه‌های بالینی به‌دست آوردند. مقدار آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه در این پژوهش بین ۰/۷۶ و ۰/۸۹ به‌دست آمده است.

### یافته‌ها

میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱، مشاهده می‌شود.

1- Yadav

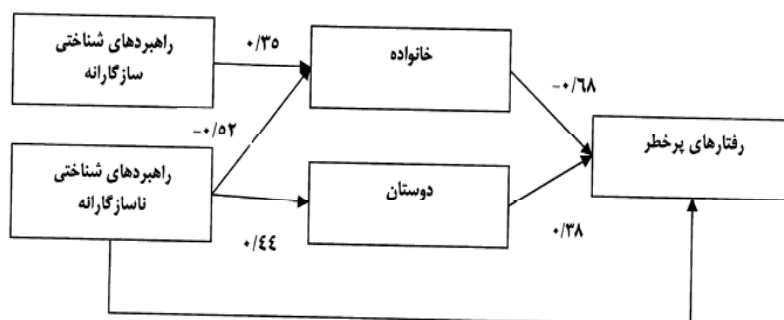
جدول (۱) میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶
راهبردهای شناختی ناسازگارانه	۴۴/۲۹	۹/۵۲	-					
راهبردهای شناختی سازگارانه	۶۱/۴۱	۱۱/۵۸	-۰/۰۷	-				
خانواده	۷/۰۹	۲/۱۴	**۰/۲۴	*۰/۳۵	-			
دوستان	۶/۷۶	۲/۱۰	**۰/۴۲	*۰/۵۴	*۰/۳۸	-		
فرد خاص	۶/۸۹	۲/۵۹	*۰/۴۵	**۰/۲۵	-۰/۰۹	۰/۱۰	-	
رفتارهای پرخطر	۲۵/۷۱	۵/۴۰	*۰/۶۸	-۰/۳۲	*۰/۶۴	-۰/۲۸	-۰/۰۹	-

\* $p < 0/05$ , \*\* $p < 0/001$

نتایج جدول ۱ نشان داد که بین رفتار پر خطر با تمامی عوامل به غیر از عامل فرد خاص رابطه معنادار وجود دارد. همچنین، جز رابطه رفتارهای پرخطر و راهبردهای شناختی ناسازگارانه سایر روابط مشاهده شده منفی بوده است. بیشترین میزان همبستگی معنادار (۰/۶۸) بین رفتار پرخطر و راهبرد شناختی ناسازگارانه و کم‌ترین همبستگی معنادار بین رفتارهای پرخطر و دوستان (-۰/۲۸) به‌دست آمد.

مدل برازش یافته بعد از بررسی مسیرها در رابطه با داده‌های پژوهش حاضر در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل (۲) مدل برازش یافته رابطه تنظیم شناختی هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده با رفتارهای پرخطر

جدول ۲ مسیرهای غیرمستقیم معنادار شده و جدول ۳ آماره‌های مربوط به نیکویی برازش مدل را نشان می‌دهد.

جدول (۲) مسیرهای غیرمستقیم مدل

جهت مسیر	برآورد پارامتر	پارامتر معیار شده	خطای معیار برآورد	t
راهبردهای شناختی سازگارانۀ از طریق خانواده با رفتارهای پرخطر	-۰/۲۳	-۰/۲۳	۰/۰۵	*-۴/۷۶
راهبردهای شناختی ناسازگارانۀ از طریق خانواده با رفتارهای پرخطر	۰/۳۵	۰/۳۵	۰/۰۵	*۷/۰۷
راهبردهای شناختی ناسازگارانۀ از طریق خانواده با رفتارهای پرخطر	۰/۱۶	۰/۱۶	۰/۰۵	*۳/۲

جدول (۳) آماره‌های مربوط به نیکویی برازش در مدل

آماره برازش	X <sup>2</sup>	df	α	RMSEA	GFI	AGFI
ارزش	۶۱۲/۵۲	۱۰۸	۰/۰۰۰	۰/۰۳	۰/۹۱	۰/۹۴

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، نتایج آزمون مدل مفهومی، حاکی از برازش نسبتاً مناسب مدل در جامعه است. همچنین، شاخص ریشه استاندارد میانگین باقی‌مانده‌ها (RMSEA) ۰/۰۳ به‌دست‌آمده است که شاخص نسبتاً مناسبی است. شاخص‌های نیکویی برازش (GFI) و شاخص تعدیل‌کننده نیکویی برازش (AGFI) که باید بزرگ‌تر از ۰/۹۰ می‌شدند، به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۴ به‌دست‌آمدند.

ضرایب اثر مستقیم مدل برازش یافته که در شکل ۲ نشان داده شده است بیانگر وجود بیشترین اثر مستقیم راهبردهای شناختی سازگارانۀ بر خانواده (۰/۳۵) است. براساس این مدل اثر مستقیم بین راهبردهای شناختی ناسازگارانۀ با خانواده (۰/۵۲-) و دوستان (۰/۴۴)، همچنین، خانواده با رفتارهای پرخطر (۰/۶۸-) و دوستان با رفتارهای پرخطر (۰/۱۸) مشاهده شد. از دیگر یافته‌های مدل این بود که اثر مستقیم فرد خاص بر رفتارهای پرخطر معنادار نشد و در نتیجه از مدل حذف شد. ضرایب اثر غیرمستقیم موجود در مدل حاکی از این است که راهبرد شناختی سازگارانۀ و ناسازگارانۀ از طریق

واسطه‌گری خانواده با رفتارهای پرخطر رابطه دارد. همچنین، نتایج مجذور همبستگی چندگانه نشان داد که راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان و حمایت اجتماعی درک شده، ۱۷ درصد از واریانس رفتارهای پرخطر را تبیین می‌کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف ارائه مدلی به‌منظور بررسی تأثیر راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان با نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده بر رفتارهای پرخطر انجام شد. نتایج پژوهش بیانگر وجود اثر مستقیم و مثبت راهبردهای شناختی سازگارانه و اثر مستقیم و منفی راهبردهای شناختی ناسازگارانه بر خانواده بود. همچنین، یافته‌ها بیانگر اثر مستقیم و مثبت راهبردهای شناختی ناسازگارانه بر دوستان بود.

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در هر لحظه، توجه، تصمیم‌گیری، حافظه، پاسخ‌های فیزیولوژیک و تعامل‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (حسنی، ۱۳۸۷). راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان می‌تواند به دو شیوه سازگارانه و ناسازگارانه بر حمایت اجتماعی ادراک شده تأثیر بگذارد. به طوری که دامنه وسیعی از فرایندهای بین‌فردی و درون‌فردی تحت تأثیر این راهبردها است. افرادی که از راهبردهای شناختی سازگارانه بهره می‌گیرند نسبت به کسانی که از راهبردهای شناختی ناسازگارانه استفاده می‌کنند غالباً حمایت اجتماعی بیشتری از خانواده دریافت می‌کنند. به این ترتیب، تنظیم هیجانات ما را قادر می‌سازد با انعطاف بیشتری به وقایع محیطی متنوع پاسخ دهیم؛ به همین دلیل توانایی تغییر دادن رفتار همراه با تغییرات محرک در کنش-وری سازگارانه هیجانات از اهمیت خاصی برخوردار است.

اهمیت راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان در دوران نوجوانی و جوانی به دلیل رویارویی فرد با انواع فشارهای روانی و تجربه شرایط جدید، استقلال از خانواده، تغییر شرایط تحصیلی، هویت‌یابی، تفکر در مورد آینده، کار، ازدواج و شرایط دیگر که می‌تواند هیجانات قابل توجهی را به فرد تحمیل کند، بسیار قابل توجه است. با توجه به اینکه

افراد با گرایش به راهبردهای ناسازگارانه حمایت اجتماعی لازم را از خانواده دریافت نمی‌کنند، نقش دوستان و همسالان که خود نیز درگیر این فشارها هستند، بارزتر می‌شود. به این ترتیب، اگرچه دوستان یکی از منابع حمایت اجتماعی به حساب می‌آیند، در این سنین حمایت بیشتر والدین می‌تواند به نقش حمایتی دوستان جهت دهد (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶).

همچنین، خانواده با رفتارهای پرخطر رابطه مستقیم و منفی نشان داد، درحالی‌که، رابطه دوستان با رفتارهای پرخطر مستقیم و مثبت بود. نقش خانواده در بروز و یا عدم بروز رفتارهای پرخطر بسیار چشم‌گیر است. افرادی که احساس پرورش‌یافتگی، حمایت و عشق از طرف خانواده دارند در مقایسه با افرادی که خانواده‌های از هم‌گسیخته و فاقد حمایت واقعی دارند، به احتمال کمتری مرتکب رفتارهای پرخطر می‌شوند، با نشاط‌تر و سالم‌تر هستند و کمتر به بیماری مبتلا می‌شوند. پژوهش‌ها (مرادی، اکبری زردخانه، چراغی و فولادوند، ۱۳۸۸؛ عنایتی، حیدری، ملک‌زاده و ابوالفتحی، ۱۳۸۵) نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ادراک شده با بروز رفتارهای پرخطری مثل خودکشی و خودسوزی رابطه منفی دارد. به‌طوری‌که حمایت اجتماعی یک عامل حفاظت‌کننده از فرد در مقابل اقدام به رفتار پرخطر است. هر قدر خانواده حمایت بیشتری از فرد داشته باشد، افراد کمتر به رفتار پرخطر تمایل نشان می‌دهند، درحالی‌که، آن دسته از افرادی که روابط خانوادگی‌شان در هم تنیدگی زیادی دارد، به‌طوری‌که حد و مرز روابط در خانواده مشخص نبوده و فرد استقلال لازم را در خانواده ندارد بیشتر به رفتار پرخطر گرایش می‌یابند. این یافته به این معناست که افرادی که از استقلال عاطفی برخوردار نبوده و شدیداً وابسته به حمایت بیش از حد خانواده می‌باشند، در رویارویی با وقایع استرس‌زای زندگی از کفایت لازم برخوردار نبوده و ممکن است در حل مسائل و مشکلات زندگی ناتوان باشند و دست به رفتارهای پرخطر بزنند.

دوستان نیز تأثیر به‌سزایی در ارتکاب به رفتارهای پرخطر دارند. دوستان درگیر در رفتارهای پرخطر می‌توانند، با ایجاد فشار برای همنوایی فرد را به سوی رفتارهای نا سالم



و خطر آفرین سوق می‌دهند. افرادی که از لحاظ هوش هیجانی در سطح پایینی هستند، در مواجهه با فشار همسالان در مورد سیگار و الکل، مقاومت ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند (آزرمی، ۱۳۸۹). لیکن و همکاران (۲۰۰۶) در تبیین نقش حمایت اجتماعی در رفتار پرخطر استفاده از سرنگ مشترک در بین معتادان، خاطر نشان کردند حمایت اجتماعی از دو سو بر این‌گونه افراد تأثیرگذار است؛ حمایت اجتماعی از طریق دوستان هم می‌تواند با ارائه الگوهای ناسالم فرد را در ارتکاب به رفتار پرخطر تشویق کند و هم از طریق ارائه مدل‌های سالم به عنوان منبع حمایتی و بر انگیزاننده و سوق‌دهنده رفتار افراد، آن‌ها را در گرایش به رفتارهای سالم و بیرون کشیدن از شبکه‌های دوستی انحرافی کمک کند.

به این ترتیب، علاوه بر اهمیت وجود منابع حمایت اجتماعی برای فرد در جهت احساس تعلق، صمیمیت، تعامل مثبت و حمایت، نوع منبع حمایتی که فرد به آن تعلق دارد نیز مهم است. چرا که احساس تعلق و محبت به دوستانی که خود درگیر رفتارهای ناسالم هستند، و یا خانواده‌ای که اعضای آن از انواع مشکلات رفتاری رنج می‌برند و الگوی ناسالم تربیتی فراهم می‌کنند، خطرناک است.

نتایج حاصل از مدل برازش شده بیانگر رابطه مستقیم و مثبت راهبردهای شناختی ناسازگارانه با رفتارهای پرخطر بود. هم‌خوان با این یافته، مرور پژوهش‌ها (کوپر، شاپیرو و پاورز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸؛ پیران و کرمیر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ مسمان - مور و همکاران، ۲۰۱۰؛ عبدی، باباپور و فتحی، ۱۳۸۹) نشان می‌دهد که سبک‌های معیوب و ناسازگارانه تنظیم هیجانات، پیش‌بینی‌کننده قدرتمندی در بروز رفتارهای پرخطر، هیجان‌های منفی و ناراحتی‌های روان‌شناختی می‌باشند. افرادی که فاقد مهارت‌های لازم برای کنارآمدن با تجارب هیجانی خود هستند، به احتمال بیشتر، هنگامی که می‌خواهند عواطف منفی خود را مدیریت کنند، درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند یا احساسات خود را سرکوب کرده و نادیده می‌گیرند. از سوی دیگر، این افراد با درک کمتری که از هیجانات خود دارند،

1- Cooper, Shapiro &amp; Powers

2- Piran &amp; Cormier

مشکلات خود را بیشتر درونی می‌کنند. به‌علاوه، افرادی که با هیجانات خود سازگار نیستند یا راهی برای ابراز آن ندارند، احتمالاً منابع محدودتری برای غلبه بر احساسات منفی خود دارند و برای تسکین هیجانات شدید خود، اقدام به رفتارهای پرخطر می‌کنند.

ضرایب اثر غیرمستقیم موجود در مدل حاکی از این است که راهبرد شناختی سازگاران و ناسازگاران از طریق خانواده با رفتارهای پرخطر رابطه دارد. نتایج پژوهش‌های متعددی (زمانی علویچه، نیک‌نامی، محمدی، احمدی، منتظری و غفرانی‌پور، ۱۳۸۷؛ عبدی، باباپور و فتحی، ۱۳۸۹) رابطه منفی بین راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت مجدد و دیدگاه‌پذیری) و رفتارهای پرخطر را نشان می‌دهند. راهبردهای شناختی سازگاران، فرایندهای درگیر در ارزیابی اهمیت عاطفی محرک‌ها را تعدیل می‌کند. در نتیجه راهبردهای سازگاران، ادراک منفی از حوادث را کاهش داده و کمک می‌کند فرد در واکنش به آن‌ها سنجیده‌تر عمل کند (حسنی، ۱۳۸۷). با این حال، برخورداری از راهبردهای سازگاران در تنظیم هیجانات بدون وجود منابع مؤثر و سالم برای حمایت اجتماعی کمتر میسر است. وجود منابع حمایتی در ابعاد مختلف هیجانی، معنوی، اطلاعاتی، عاطفی و غیره به افراد آرامش خاطر لازم را در برخورد با اتفاقات ناگوار و شرایط هیجانی نامناسب فراهم می‌کند. به‌نظر می‌رسد حمایت اجتماعی هنگام بروز استرس یا هیجان‌های ناخوشایند در زندگی همانند یک سپر محافظ عمل می‌کند و مانع از تشدید خلق منفی و یا راهکارهای غیر عاقلانه همچون انجام رفتارهای پرخطر برای مقابله با استرس، می‌شود. (بخشانی و همکاران، ۱۳۸۲) تا جایی که بسیاری از پژوهشگران (کلارک، ساتچر و میستو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ فرانچ و دیشو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) حمایت اجتماعی را یکی از مهمترین عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمانی و روان‌شناختی افراد از کودکی تا بزرگسالی می‌دانند. منابع حمایتی تأثیرگذاری مثل خانواده، موجب می‌شود افراد به‌هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا جهت کاهش استرس خود به آن‌ها رجوع کنند. این مراجعه می‌تواند برای فرد منبع اطلاعاتی لازم را جهت آگاهی از نحوه تعامل

1- Clark, Thatcher &amp; Maisto

2- French &amp; Dishion

با موقعیت‌های جدید فراهم کند. بنابراین، نتیجه‌ای که از این پژوهش می‌توان گرفت این است که بهترین راه جلوگیری از رفتارهای پرخطر در نوجوانان و جوانان، مجهز کردن آن‌ها به مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و شکل‌دادن ارزش‌ها و نگرش‌های ضد رفتار پرخطر است. یادگیری این مهارت‌های مقابله‌ای در سایه وجود منابع حمایتی مؤثر به‌خصوص خانواده، به نوجوان کمک می‌کند هنگام مواجهه با استرس فشار همسالان، به‌گونه‌ای بهتر عمل کند.

همچنین، پژوهش‌ها (کوپر و همکاران، ۱۹۹۸؛ آلدائو، نولن-هوکسما و شوئیترز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷) بیانگر رابطه مثبت بین راهبردهای شناختی ناسازگارانه (فاجعه‌سازی، مقصر دانستن دیگران، نشخوار ذهنی و مقصر دانستن) و گرایش به رفتارهای پرخطر هستند. بسیاری از افراد، برای دوری از واقعیتی که برای آن‌ها ناخوشایند است به رفتارهایی چون، رانندگی ناایمن، رفتارهای جنسی محافظت نشده، نوشیدن الکل و مصرف مواد و خوردن روی می‌آورند، پس افرادی که فاقد مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با تجارب هیجانی خود هستند، به احتمال بیشتر هنگامی که می‌خواهند عواطف منفی خود را مدیریت کنند، درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند (برکمن و گلاس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). در واقع، انجام رفتارهای پرخطر به‌عنوان سازوکاری برای سرکوب هیجان‌های منفی به‌کار می‌رود. همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده از طریق خانواده از یک‌سو تحت تأثیر راهبردهای شناختی ناسازگارانه است و از سوی دیگر بر رفتارهای پرخطر تأثیر می‌گذارد. به‌طور کلی، تمامی افرادی که فرد دردمند را به‌گونه‌ای می‌پذیرند و در جهت رفع مشکلات وی، یاری می‌رسانند و حمایت می‌کنند به‌عنوان منابع حمایت اجتماعی مطرح هستند. طبعاً هرچه تعداد این منابع حمایتی و میزان کمک‌هایی که به فرد ارائه می‌شود، بیشتر باشد و همچنین ذهن فرد در مورد مساعدت‌های بالقوه روشن‌تر و مطمئن‌تر باشد توانایی وی در سازگاری با مشکلاتش بیشتر خواهد بود (عنایتی و همکاران، ۱۳۸۵).

افرادی که از راهبردهای ناسازگارانه استفاده می‌کنند از حمایت اجتماعی کمتری از طریق خانواده بهره‌مند می‌شوند و همین امر گرایش آن‌ها به رفتار پرخطر را تشدید می‌کند.

1- Aldao, Nolen-Hoeksema &amp; Schweizer

2- Berkman &amp; Glass

این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری از محدودیت‌هایی برخوردار بود که به آن‌ها اشاره می‌شود. اگر چه در پژوهش حاضر از مدل‌سازی تحلیل مسیر استفاده شد، اما این روش علیت در مدل را نشان نمی‌دهد و برای شناسایی متغیرهای در نظر گرفته نشده نیز مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. این کمبود می‌تواند با در نظر گرفتن عوامل فردی و بافتی دیگری که پیچیدگی رفتارهای پرخطر را نشان می‌دهد، جبران شود. همچنین، استفاده از روش‌های خود گزارش‌دهی مانند پرسش‌نامه‌ها به‌عنوان روش‌های متداول در اندازه‌گیری متغیرهای شخصی، اطلاعات کاملاً منطبق با واقعیت ارائه نمی‌دهد. بنابراین، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های ترکیبی استفاده شود. تعداد زیاد سؤالات نیز با توجه به نیاز زمان طولانی برای پاسخ‌گویی ممکن است دقت نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد. همچنین، پیشنهاد می‌شود مدل مطرح شده در جوامع دیگر اجرا و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه شود و در نهایت با توجه به این‌که در پژوهش حاضر از نمونه دانشجویان استفاده شده است که نمونه تقریباً همگونی است، لازم است در تعمیم نتایج احتیاط لازم صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود راهبردهای تنظیم هیجان به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای مؤثر به افراد آموزش داده شود و سپس تأثیرات آن بر رفتارهای پرخطر بررسی شود. همچنین تحقیقات طولی طراحی و اجرا شود تا عوامل مختلف زمینه‌ساز و تأثیرگذار دیگر شناسایی شوند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۲۳

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۰۹/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۱/۱۷

## منابع

- آزرمی، پیمان (۱۳۸۹). رابطه هوش هیجانی و باورهای فراشناختی با رفتارهای پرخطر در نوجوانان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- امین‌آبادی، زهرا؛ دهقانی، محسن و خداپناهی، محمدکریم (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی پرسش‌نامه تنظیم هیجان شناختی. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۴)، ۳۶۵-۳۷۱.
- بخشانی، نورمحمد؛ بیرشک، بهروز، عاطف، وحید، محمد، کاظم، بوالهروی، جعفر (۱۳۸۲). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۹(۲)، ۵۰-۵۵.
- حسنی، جعفر (۱۳۸۷). تأثیر ارزیابی مجدد و فرو نشانی تجارب هیجانی بر فعالیت ناحیه‌ای مغز با نگاه به ابعاد برون‌گرایی و نوروگرایی. *پایان‌نامه دکترا، دانشگاه تربیت معلم*.
- حسنی، جعفر و میرآقایی، علی‌محمد (۱۳۹۱). رابطه راهبردهای تنظیم هیجان با ایده‌پردازی خودکشی. *روان‌شناسی معاصر*، ۷(۱)، ۶۱-۷۲.
- زمانی علویچه، فرشته؛ نیکنمی، شمس‌الدین؛ محمدی، عیسی؛ احمدی، فضل‌الله؛ منتظری، علی؛ غفرانی‌پور، فضل‌الله (۱۳۸۷). انگیزه‌های استفاده از موتور سیکلت در موتورسواران دارای رفتارهای پرخطر. *فصلنامه علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۲(۱)، ۸۵-۱۰۱.
- قاسم‌زاده نساجی، سوگند؛ پیوسته‌گر، مهرانگیز؛ حسینیان، سیمین؛ موتابی، فرشته؛ بنی‌هاشمی، سارا (۱۳۸۸). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات زنان. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۱)، ۳۵-۴۳.
- عبدی، سلمان؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ فتحی، حیدر (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های تنظیم شناختی هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۸(۴)، ۲۴۴-۲۵۸.
- عطاادخت، اکبر؛ رنجبر، محمدجواد؛ غلامی، فائزه و نظری، طوبی (۱۳۹۲). گرایش دانشجویان به رفتارهای پرخطر و ارتباط آن با متغیرهای فردی-اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی. *سلامت و مراقبت*، ۱۵(۴)، ۵۰-۵۹.

- عظیمی یانچشمه، کوثر، تنها، زهرا و رحمانی، سوده. (۱۳۹۲). سبک اسناد و رفتارهای پرخطر: نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله در شرایط تنش‌زا. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۸(۳۰)، ۷۷-۹۶.
- عنایتی، میرصلاح‌الدین؛ حیدری، علیرضا؛ ملک‌زاده، محمد؛ ابولفتحی، یدالله (۱۳۸۵). مقایسه سلامت عمومی، عزت‌نفس و حمایت اجتماعی در بیماران خودسوز و غیرخودسوز بستری در بیمارستان سوانح سوختگی چرومی شهرستان گناوه. *مجله ارمغان دانش*، ۱۱(۱)، ۸۳-۹۲.
- سیاح سیاری، نیمتاج؛ حسین شاهی، حمیدرضا؛ رنجگر، بایرامعلی (۱۳۸۹). رابطه بین هویت و حمایت اجتماعی والدین در میان نوجوانان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۴(۱۶)، ۶۷-۷۴.
- مرادی، علیرضا؛ اکبری زردخانه، سعید؛ چراغی، فرشته؛ فولادوند، خدیجه (۱۳۸۸). بررسی تأثیر ساختار خانواده و حمایت اجتماعی در خودکشی دانشجویان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۵(۲۰)، ۴۸۷-۵۰۲.
- Aldao, E., Nolen- Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Altaf, A., Janjua, N.Z., Kristensen, S., Zaidi, N.A., Memon, A., Hook, E. W., Vermund, S. H. & Shah, S. A. (2009). High – risk behaviors among juvenile prison inmates in Pakistan. *Public Health*, 123,470-475.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness, *Personality & Individual Differences*. *Psychology & Sport Exercise*, 34, 77-95.
- Berkman, L.F., & Glass, T. (2000). *Social integration, social networks, social support, and health*. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137-173). NewYork: Oxford University Press
- Beverly, K., Dave, H., and Delbert, E. (2009). A Test of Social Disorganization Theory in High-Risk Urban Neighborhoods. *Youth and Society* 41:53-79.
- Biglan, A., Metzler, C.W., Wirt, R., Ary, D. & Noell, J. (1990). Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behavior among adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 13 (3), 245-261.
- Clark, D.B., Thatcher, D.L., & Maisto, S.A. (2005). Supervisory neglect and adolescent alcohol use disorders: Effects on AUD onset and treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 30, 1737 – 1750.

- 
- Cook, R.L., McGinnis, K.A., Kraemer, K.L., Gordon, A.J., Conigliaro, J., Maisto, S.A., & Justice, A.C. (2006). Intoxication before intercourse and risky sexual behavior in male veterans with and without HIV infection. *Medical Care, 44*, S31-S36.
- Cooper, M.L., Shapiro, C.M & Powers, A.M .(1998). Motivations for sex and risky sexual behaviour among adolescence and young adults: A functional perspective. *Jurnal of personality and social Psychology, 75*, 1558-1528.
- Copello, A.G., Velleman, R.D.B., & Templeton, L.J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review, 24*(4), 369-385.
- Chen, J.Q., Dunne, M.P., & Han, P. (2006). Child sexual abuse in Henanprovincie, China: Associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *The Journal of Adolescent Health, 38*, 544- 549.
- Cooper, M.L., Shapiro, C.M., & Powers, A.M. (1998). Motivations for sex and risky sexual behavior among adolescents and young adults: A functional perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 1528-1558.
- Demaree, H.A., Schmeichel, B., Robinson, J.L., Pu., Everhart, D.E., & Berntson, G.G. (2006). Upand down-regulating facial disgust: Affective, vagal, sympathetic, and respiratory consequences. *Biological Psychology, 71*, 90-99.
- Dixon, D, Antoni, MH, Peters, M, & Saul, J. (2001). Employment, social support and HIV sexual risk behavior in Puerto Rican women. *AIDS and Behavior, 5*(4), 331-334.
- Eddy, J. M., Reid, J.B., & Fetrow, R.A. (2000). An elementary school-based prevention program targeting modifiable antecedents of youth delinquency and violence: Linking the interests of families and teachers (LIFT). *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8*, 165-176.
- Fox, J., White, P.J., MacDonald, N., Weber, J., McClure, M., Fidler, S., & Ward, H. (2009). Reductions in HIV transmission risk behaviour following diagnosis of primary HIV infection: A cohort of high-risk men who have sex with men. *HIV Medicine, 10*, 432-438.

- 
- French, D.C., & Dishion, T.J. (2003). Predictors of early initiation of sexual intercourse among high-risk adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 23, 295 – 315.
- Garnefski, N., Kraaij V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and individual differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.
- Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3):141-149.
- Gonzales, N.A., Cauce, A.M., & Mason, C.A. (2008). Inter observer agreement in the assessment of parental behavior and parent adolescent conflict: African American mothers, daughters, and independent observers. *Child Development*, 67(4), 1483–1498.
- Greenberg, L.S. (2002). Introduction emotion special issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 1-16.
- Gross, J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219.
- Guo, Q., Unger, J.B., Azen, S.P., Li, CH., Palmer, P.H., Lee, L., & Johnson, A. ( 2010). Cognitive attributions for smoking among adolescents in China. *Addictive Behaviors*, 35, 95-101.
- Harris, C.R. (2001). Cardiovascular responses of embarrassment and effects of emotional suppression in a social setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 886-897.
- Hasking, P., Lyvers, M., & Carpio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behavior. *Addictive behavior*, 36, 479-487.
- Hlaing, T.T. (2012). *Comparison of Social Networks, Perceived Risk and HIV Risk Behaviors between Older and Younger African Americans Living in High HIV Prevalence Zip Codes of Atlanta, Georgia*. [http://scholarworks.gsu.edu/iph\\_theses](http://scholarworks.gsu.edu/iph_theses)
-



- 
- Hurwitz, A.G., & Hill, R.M. (2010). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence* XXX, 19, 1-9.
- Kimberly L.H, Slater, M.D, Oetting& E.R, (2005). Alcohol Use in Early Adolescence: The Effect of Changes in Risk Taking, Perceived Harm and Friends' Alcohol Use, *Journal of Studies on Alcohol*, 66, (2); Pp 275-293.
- Khatibi M.R. (2008). *Selective attention in patients with chronic pain in painful faces*. Tehran: University of Shahid Beheshti.
- Lakon, C.M., Ennett, S.T. & Norton, E.C .(2006) .Mechanisms through which dtug, sex partner and friendship network characteristics relate to risky needle use among high risk youth and young adults. *Social Science & Medicin* , 63, 2484-2484
- Lena KA, Larsson G, Birgitta A, Bodil M. (2005). Psychosocial aspects of health in adolescence: the influence of gender, and general self-concept. *J AdolesHealth*; 36: Pp 21-28.
- Lindsey, E.W., Kurtz, P.D., Jarvis, S., Williams, N.R., & Nackerud, L. (2000). How run away and homeless youth navigate troubled waters: personal strengths and resources. *Child and Adolescent social work Journal*, 17, 115- 139.
- Moksnes, U.K., Moljord, I.E.O., Espnes, G.A., & Byrne, D.G. (2010). The association between stress and emotional states in adolescents: The role of gender and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 49, 430-435.
- Messman-Moore, T.L., Walsh, K.L & Dillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse and Neglect*, 34, 976-967.
- Morrow, B.H. (2009). Risk behavior and risk communication: synthesis and expert interviews. Final Report for the NOAA Coastal Services Center.
- Nayak, M.B., Korcha, R.A., Benegal, V. (2011). *Alcohol use, mental health and HIV –relate risk behaviors among adult men in karnataka*. NIHPA.
- Panaghi, L., Mohammadi, S., Poshtmashhadi, M., Zadehmohammadi, A., Ahmadabadi, Z. (2012). High risk behaviors among Iranian adolscents: evaluating the proportion of family factors. *Iranian Journal of Clinical Psychology*, 1 (1), 38-47.

- 
- Pietrzak, R.H., Russo, A.R., Ling, Q., & Southwick, S.M. (2011). Suicidal ideation in treatment-seeking Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: The role of coping strategies, resilience, and social support. *Journal of psychiatric research*, 45, 720-726.
- Piran, N., & Cormier, H.C. (2005). The social construction of women and disordered eating patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 549-558.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A. (2000). Peer Functioning, Family Dysfunction, and Psychological Symptoms in a Risk Factor Model for Adolescent Inpatients' Suicidal Ideation Severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 392-405.
- Roberts, J.E., & Gotlib, I.H. (1997). Temporal variability in global self-esteem and specific selfevaluation as prospective predictors of emotional distress: Specificity in predictors and outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 521-529.
- Severson, H.H., Slovic, P., & Hampson, S. (2001). Adolescent's perceptions of risk: Understanding and preventing high risk behavior. *Advances in Consumer Research*, 20, 177-182.
- Tabachnick, G.B. & Fidell, S. L. (2006). *Using multivariate statistics*. Allyn and Bacon.
- Thanoi, W., Phanchaoenworakul, K., Thompson, E.A., Panitrat, R., Nityasuddhi, D. (2010). Thai Adolescent Suicide Risk Behaviors: Testing a Model of Negative Life Events, Rumination, Emotional Distress, Resilience and Social Support. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 14(3), 187-202.
- Votta, E., Manion, I. & Psych, C. (2004). Suicide, high-risk behaviors, and coping style in homeless adolescent males, s adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 34, 237-243.
- Yadav, S. (2010). Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Qual Life Res*, PUBLISHED ONLINE.
- Yap, M.B.H., Allen, N.B. & Sheeber, L. (2007). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes
-

in risk for adolescent depressive disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 10(2), 180-96.

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability- A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 130-116.