

نقش ناگویی طبیعی، برانگیختگی و هوش هیجانی در پیش‌بینی عود اختلال سوء مصرف مواد*

سید جمال موسوی^۱، قمر کیانی^۲

The role of alexithymia, impulsivity and emotional intelligence in predicting relapse of drug abuse disorder

Seyed Jamal Mousavi¹, Qamar Kiani²

چکیده

زمینه: عود در سوء مصرف کنندگان مواد شیوع بالایی دارد، اما آیا ناگویی طبیعی، برانگیختگی و هوش هیجانی می‌توانند نقشی در پیش‌بینی آن داشته باشند؟ **هدف:** هدف این پژوهش بررسی نقش ناگویی طبیعی، برانگیختگی و هوش هیجانی در پیش‌بینی عود اختلال سوء مصرف مواد بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی - همبستگی و از بین مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد ۱۲۰ نفر به روش هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس‌های پیش‌بینی بازگشت به مصرف مواد رایت و همکاران (۲۰۰۱)، ناگویی طبیعی تورنتو (۱۹۹۴)، برانگیختگی بارت (۲۰۰۴) و هوش هیجانی برادبری و گریوز (۲۰۰۵) جمع‌آوری شد و با کمک آزمون‌های پیرسون و رگرسیون تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ناگویی طبیعی، دشواری در تشخیص احساسات، نمره کلی برانگیختگی و ابعاد برانگیختگی حرکتی و برانگیختگی شناختی با عود مصرف رابطه مثبت معنی‌دار، برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی، هوش هیجانی، خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط با عود مصرف رابطه منفی معنی‌داری دارند ($p < 0/01$). و از بین آنها برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی و حرکتی و مدیریت روابط از مؤلفه‌های هوش هیجانی توانستند عود مصرف را پیش‌بینی کنند ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با افزایش ناگویی طبیعی و برانگیختگی کلی، عود مصرف مواد افزایش یافته و با افزایش هوش هیجانی از عود مصرف کاسته می‌شود. **واژه کلیدی‌ها:** عود اختلال سوء مصرف مواد، ناگویی طبیعی، برانگیختگی، هوش هیجانی

Background: Recurrence in substance abusers is high, but alexithymia, impulsivity and emotional intelligence can play a role in predicting it. **Aims:** The purpose of this study was to investigate the role of alexithymia, impulsivity and emotional intelligence in predicting recurrence of substance abuse disorder. **Method:** Descriptive-correlational research method and among those who referred to addiction treatment centers, 120 were selected by purposeful. For information gathering, we used the predicted scales Wright et al (2001, Toronto Alexithymia Scale-20 (FTAS-20) (1994), Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) (2004), and Bradbury and Graves' emotional intelligence (2005). Data were analyzed using Pearson correlation and regression. **Results:** The results showed that there is a significant positive relationship between alexithymia, difficulty in identifying feelings, total score of impulsivity and the dimensions of motor impulsivity and cognitive impulsivity with relapse. There was a significant negative relationship between the impulsiveness of non-planning, emotional intelligence and dimensions with self-awareness, self-management, social awareness and relationship management of emotional intelligence components and recurrence of drug use ($p < 0/01$). impulsivity in non-planning, impulsivity and management of relationships could explain the recurrence of drug use ($p < 0/01$). **Conclusion:** So it can be concluded that with increasing alexithymia and general impulsivity, increased recurrence of drug abuse, and with the increase in emotional intelligence, decreased recurrence of drug abuse. **Key words:** Relapse of drug abuse disorder, Alexithymia, Impulsivity, Emotional intelligence

Corresponding Author: Kherad739@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

^۱ M A in Clinical Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Assistant Professor, Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran (Corresponding Author)

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۳/۲۴

دریافت: ۹۸/۰۲/۰۹

مقدمه

اعتیاد^۱ و اختلال سوء مصرف مواد یک اختلال مزمن و عود کننده، یک مشکل رایج و رو به افزایش در جهان است که با پیامدهای منفی و جبران‌ناپذیری همراه است (شوری، استوارت و اندرسون، ۲۰۱۲، صص. ۲۷۱-۲۷۸). اعتیاد اختلالی با عود مزمن که با رفتارهای برانگیختگی جستجوی مواد علی رغم پیامدهای منفی آن است (ویلسون، زگتی، کرنی و کلارک، ۲۰۱۸، صص. ۷۸-۸۶). متغیرهای مختلف روانشناختی به عنوان عوامل آسیب‌پذیری، تداوم بخش، تشدیدکننده و ولع مصرف و عود در این اختلال شناسایی شده‌اند (علی پور، حسنی، سعید پور و بدافی، ۱۳۹۶، صص. ۲۴۹-۲۶۸)؛ این متغیرها را می‌توان به دو طبقه محیطی و درون فردی تقسیم بندی کرد که در این پژوهش متغیرهای درون فردی مورد توجه قرار گرفته است. در بین متغیرهای درون فردی ناگویی طبیعی، برانگیختگی و هوش هیجانی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های عود مصرف مواد مخدر در نظر گرفته شده‌اند.

ناگویی طبیعی سازه‌ای چندوجهی است ویژگی اصلی آن ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخصی و فقر شدید در تفکر نمادین است که آشکارسازی بازخوردها، احساس‌ها، تمایلات، کشاننده‌ها را محدود می‌کند. ناتوانی در به کارگیری احساس‌ها به عنوان یکی از علائم مشکلات هیجانی، مانع تفکر انتزاعی و باعث کاهش یادآوری رؤیاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی می‌شود (تامپسون، ۲۰۰۹، صص. ۹۰؛ گیتان، بریجراد و بونت، ۲۰۱۶، صص. ۳۴۴-۳۴۹). این افراد در بازشناسی هیجان‌ها و توصیف احساس‌های خود مشکل دارند و قدرت تجسم محدودی دارند که نشان از محدود بودن تخیل در آنهاست و دارای سبک شناختی لفظی، سودمندگرا و بیرونی هستند. از دیدگاه علوم شناختی بخش عمده‌ای از مسائل مربوط به ناگویی طبیعی مرتبط با هیجان‌هاست و هیجان‌ها به عنوان دسته‌ای از روان‌سازه مبتنی بر پردازش اطلاعات شناخته می‌شود که شامل فرآیندها و تجسم‌های نمادین و غیر نمادین است (تیمونی و هولدر، ۲۰۱۳، صص. ۴۳).

پژوهش‌ها دریافته‌اند که بین ناگویی طبیعی و طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها از جمله اختلالات مزاجی، اختلالات خوردن، سوءمصرف مواد، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، بیماری‌های التهابی روده، سرطان، بیماری‌های تنفسی و دردهای مزمن، همبستگی مثبت وجود دارد (داویود، ۲۰۱۷). اکبری بورنگ، محتشمی نیا و سالاری فر (۱۳۹۶، صص. ۱۵۱-۱۶۰) در پژوهشی نشان دادند که ناگویی طبیعی و دشواری در تشخیص احساسات می‌تواند گرایش به اعتیاد را تبیین کنند. نتایج پژوهش‌های حسینی (۱۳۹۴، صص. ۱)، نریمانی و پور اسمعیلی (۱۳۹۱، صص. ۷-۲۲)؛ قلعه‌بان (۱۳۸۷، صص. ۱)؛ (هاویلند، هندریکس، شاو و هنری، ۱۹۸۸؛ به نقل از قلعه‌بان، ۱۳۸۷، صص. ۷۷) توربرگ، یونگ، سالیوان و لایور (۲۰۰۹، صص. ۲۳۷-۲۴۵) نیز یافته مذکور را مورد تأیید قرار داده‌اند.

از دیگر متغیرهای مورد بررسی در ارتباط با عود مصرف، هوش هیجانی است. منظور از هوش هیجانی، توانایی فرد در بازنگری احساسات و هیجان‌های خود و دیگران، تمیز قائل شدن میان هیجان‌ها و استفاده از اطلاعات هیجانی به صورت سالم در حل مسأله و نظم بخشی رفتار است (مایر و سالووی و کراسوس، ۲۰۰۸، صص. ۵۰۳-۵۱۷) گلن (۲۰۱۷، صص. ۲۶۰) هوش هیجانی را مجموعه‌ای از توانایی‌ها مانند خودآگاهی، همدلی، خودنظم بخشی، انگیزش خود و توانش‌های اجتماعی تعریف کرده‌اند. بار-آن (۱۹۹۷، صص. ۲۶۰)، نظریه پرداز دیگری است که هوش هیجانی را به عنوان مجموعه‌ای از ظرفیت‌ها، قابلیت‌ها و توانش‌های غیرشناختی می‌داند که توانایی‌های فرد را در برخورد موفقیت‌آمیز با مقتضیات و فشارهای محیطی افزایش می‌دهند. وی هوش هیجانی را در پنج مقوله‌ی کلی تعریف می‌کند: ۱- بهره هیجانی درون شخصی شامل قاطعیت، استقلال، خودآگاهی و خودشکوفایی؛ ۲- بهره هیجانی بین شخصی شامل همدلی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی؛ ۳- بهره هیجانی قابلیت سازش یافتگی شامل انعطاف‌پذیری، آزمون واقعیت و توانایی حل مسأله؛ ۴- بهره هیجانی مدیریت تنیدگی شامل توانش‌کنانه، تحمل تنیدگی؛ ۵- بهره هیجانی مزاج عمومی شامل امیدواری و شادمانی. رابطه معنادار هوش هیجانی با اعتیاد و عود مصرف مواد مخدر در پژوهش‌های مختلفی مورد تأیید قرار گرفته است (جبرائیلی و حبیبی، ۱۳۹۵، صص. ۶۹-۸۴؛ نصیری، نصیری و بخشی پور رودسری، ۱۳۹۳،

1. addiction

صص. ۱۳۰-۱۴۶؛ نیمانی، حبیبی و رجبی، ۱۳۹۰، ۲۱-۳۸؛ خسروی کبیر، موسوی و آقاییوسفی، ۱۳۸۸، صص. ۹-۱۶؛ ناطق و مینا کاری، ۱۳۸۷، صص. ۱۲۱-۱۳۴؛ رئیس جویان، قاسمی و عبداللهی‌یان، ۲۰۱۴، صص. ۲۷-۳۰؛ پارکر، تیلورو بگبای، ۲۰۰۸، صص. ۱۰۷-۱۱۵). مطابق با پژوهش‌های مذکور سطح پایین هوش هیجانی که ناشی از ناتوانی در کنار آمدن با هیجان‌ها و مدیریت آنها است، در شروع مصرف مواد مخدر نقش دارد.

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با عود به مصرف مواد، برانگیختگی است. رفتارهای برانگیختگی و خطرپذیری که در مجموع، رفتارهای مخاطره‌آمیز خوانده می‌شوند، در برگیرنده طیف گسترده‌ای از رفتارهای تحول‌نا یافته، لذت‌جویانه و اغلب همراه با درجات خطر بالا هستند. می‌توان ادعا نمود برانگیختگی هسته اصلی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مانند بی‌بندوباری جنسی، قماربازی بیمارگونه، سوء مصرف مواد، اختلال‌های شخصیت و بزهکاری است (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۷، صص. ۲۳۶-۲۴۷) برانگیختگی طیف گسترده‌ای از رفتارهایی است که روی آن کمتر تفکر شده؛ به صورت تحول‌نا یافته برای دست‌یابی به یک پاداش یا لذت بروز می‌کنند؛ از خطرپذیری بالایی برخوردارند؛ و پیامدهای ناخواسته قابل توجهی را در پی دارند (اوندن؛ ۱۹۹۹، صص. ۳۴۸-۳۶۱). برانگیختگی در رفتار خود را به شکل رفتارهای بی‌صبری (مانند ناتوانی در انتظار کشیدن برای پاداش)، بی‌مهاباگری، خطرجویی، هیجان‌خواهی و لذت‌جویی، حس کم‌تخمینی ضرر و برون‌گرادی نشان می‌دهند. اختلالات مهارکردن تکانه (قماربازی بیمارگون، اختلال انفجاری متناوب، آتش‌افروزی و وسواس موقتی) اختلالات پرخاشگری - برانگیختگی (مرزی، ضد اجتماعی، نمایشی و خودشیفته)، اختلالات روانپزشکی همایند یا بازداری زدایی رفتاری و سوء مصرف مواد نیز از این دست هستند. علاوه بر این در سایر اختلالات روانپزشکی به ویژه شیدایی و اختلالات کمبود توجه - فزون‌کنشی تجلیات برانگیختگی آشکار است. می‌توانیم براساس برانگیختگی - ناخودداری عمل کردن طیف وسیعی از اختلالات روانپزشکی را از هم متمایز کنیم به گونه‌ای که در اختلالات مرتبط با برانگیختگی انگیزه، کسب شادی یا برانگیختگی است و در اختلالات ناخودداری عمل کردن، منشاء اصلی اختلال ناشی از تلاشی است که برای کاهش اضطراب انجام می‌شود (اعظمی،

۱۳۹۲، صص. ۲۳). این مطالعات نیز نشان داده است که برانگیختگی با اختلالات سوء مصرف مواد رابطه دارد (قمری گیوی و مجرد، ۱۳۹۵، صص. ۱-۲۷؛ دوستیان، بهمنی، اعظمی و گودینی، ۱۳۹۲، صص. ۱۰۰-۱۰۹؛ وردجو - گارسیا، لاورنس و کلارک، ۲۰۰۸، صص. ۷۷۷-۸۱۰؛ فوکس، اکسلورد، پالیوان، اسلیپر و سینها، ۲۰۰۷، صص. ۲۹۸-۳۰۱؛ لی، میلیوجویس، کمپ، هانگ و سینها، ۲۰۰۶، صص. ۲۰۵-۲۱۲)

بر اساس تمهیدات مذکور می‌توان گفت اعتیاد یکی از مهمترین انحرافات اجتماعی است که پایه و اساس بسیاری از آسیب‌ها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه است. به علاوه اعتیاد و سوء مصرف مواد حتی پس از سپری کردن درمان اغلب مزمن و برگشت پذیر است، بنابراین پرداختن به عود مصرف یکی از دغدغه‌های عمده متخصصانی است که در زمینه اعتیاد کار می‌کنند. با همه تلاش‌هایی که در زمینه ترک اعتیاد انجام شده است، آمارهای بازگشت به اعتیاد یا عود در معتادین ترک کرده بسیار نگران‌کننده است (رونکوئست، ویلسون، مونتجانو، نادیلی و ول اسکلاجر، ۲۰۱۶، صص. ۵۹-۷۸). بنابراین انجام پژوهش در این زمینه ضرورت دارد. پژوهش‌هایی که تاکنون در مورد نقش ناگویی طبیعی، برانگیختگی و هوش هیجانی در عود اختلال سوء مصرف مواد انجام شده است هر کدام سهم هر متغیر را (ناگویی طبیعی، برانگیختگی و هوش هیجانی) به طور جداگانه مورد بررسی قرار داده‌اند و یا اینکه از نظر روش‌شناسی برخی از آنها به صورت پس‌رویدادی نقش متغیرهای مذکور را در عود به مصرف مواد بررسی کرده‌اند، این پژوهش با در نظر گرفتن خلأ موجود به بررسی سهم ناگویی طبیعی، برانگیختگی و هوش هیجانی در پیش‌بینی عود اختلال سوء مصرف مواد پرداخته است. فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

۱. بین ناگویی طبیعی و عود اختلال سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد.
۲. بین برانگیختگی و عود اختلال سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد.
۳. بین هوش هیجانی و عود اختلال سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد.
۴. ناگویی طبیعی، برانگیختگی و هوش هیجانی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده عود اختلال سوء مصرف مواد باشند.

روش

روش این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه تحلیل از نوع همبستگی است. تمامی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر زنجان در نیم سال اول سال ۱۳۹۷، جامعه آماری مورد این پژوهش را تشکیل دادند. تعداد نمونه در این پژوهش ۱۲۰ نفر بود که به روش هدفمند انتخاب شدند. بدین ترتیب که در مرحله اول از طرف دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان به ستاد مبارزه با مواد مخدر معرفی نامه کتبی برای انجام پژوهش ارائه گردید. در مرحله دوم ستاد مبارزه با مواد مخدر از بین ۳۹ مرکز ترک اعتیاد شهر زنجان مجوز انجام پژوهش در چهار مرکز (نجات، رها، ناجی و حیات) را صادر کرد. در مرحله سوم با ارائه مجوز به مراکز ترک اعتیاد مذکور و ارائه اطلاعات لازم در خصوص موضوع و اهمیت پژوهش، اجازه انجام پژوهش گرفته شد. در مرحله چهارم با کمک کارشناسان و مسئولان مراکز، پرونده درمان مراجعان مورد بررسی قرار گرفت و افرادی که بازه پیگیری درمان آنها کمتر از شش ماه بوده و در طول بازه درمان، حداقل یک بار سابقه عود داشتند، انتخاب شدند و برای شرکت در پژوهش دعوت شدند. در مرحله پنجم ضمن ارائه توضیحات لازم به مراجعان، کسب رضایت آگاهانه از آنها و دادن اطمینان نسبت به محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به آنها، جهت تکمیل ابزار پژوهش اقدام گردید و همه مراجعان در مراکز ترک اعتیاد و به صورت انفرادی به سؤالات مقیاس های مورد استفاده برای جمع آوری داده ها پاسخ دادند. شناسه کد اخلاق مطالعه IR.IAU.Z.REC.1397.024 بود.

در رابطه با اندازه نمونه در این پژوهش می توان گفت که در تحلیل رگرسیون نسبت تعداد نمونه (مشاهدات) به متغیرهای پیش بین نباید از ۵ کمتر باشد، زیرا در غیر این صورت نتایج حاصل از معادله رگرسیون چندان تعمیم پذیر نخواهد بود (هومن، ۱۳۹۵، ص. ۴۵). همچنین شیولسون پیشنهاد کرده است که در پژوهش های همبستگی تعداد نمونه باید حداقل ۳۰ نفر و ۱۰ برابر تعداد متغیرهای پیش بین باشد و زمانی که از تحلیل رگرسیون استفاده می شود، حداقل ۱۰۰ نمونه می تواند مناسب باشد (شیولسون، ۱۹۹۶، ترجمه کیامنش، ۱۳۹۳، ص. ۷۷). از آنجا که نمونه مورد بررسی در این پژوهش همه پیشنهادات فوق را شامل می گردد، می توان گفت که تعداد نمونه مناسب است. داده ها با استفاده ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام در نرم افزار SPSS 25 تحلیل شدند.

ابزار

مقیاس پیش بینی بازگشت: این مقیاس یک ابزار ۴۵ سؤالی است که توسط رایت، نیومن و لیس (۲۰۰۱)، برای اندازه گیری میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد در افراد وابسته به مواد مخدر ساخته شد. گویه ها به صورت لیکرت پنج درجه ای (از هیچ=۱ تا خیلی قوی=۵) نمره گذاری می شوند، دارای دو خرده مقیاس مستقل میزان وسوسه و میزان میل مصرف است. جمع نمراتی که آزمودنی در کل پرسشنامه کسب می کند، نمره کل آزمون را تشکیل می دهد حداقل نمرات آزمودنی ۴۵ و حداکثر نمرات ۲۲۵ می باشد. در پژوهشی آلفای کرونباخ برای میزان مصرف ۰/۸۱ و برای احتمال مصرف ۰/۷۸ گزارش شده است که نشانگر قابلیت اعتماد خوب این مقیاس می باشد (کافی، ملازاد اسفناجی، نوری خواجوی و صالحی، ۱۳۹۰، صص. ۱۱-۱۳۲). در پژوهش طاهری فرد و ابوالقاسمی (۱۳۹۶)، صص. ۲۱۱-۲۳۴) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۳ و در این پژوهش ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس ناگویی طبیعی: مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می شود. این مقیاس در سال (۱۹۸۶) توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴، صص. ۲۳-۳۲) تجدید نظر شد. خرده مقیاس اول شامل ۷ ماده می باشد (۱۴-۱۳-۹-۷-۶-۳-۱) که توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات با حس های بدنی را ارزیابی می کند. زیرمقیاس دوم ۵ ماده دارد (۱۷-۱۲-۱۱-۴-۲) که توانایی شخص در بیان احساسات و این که آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر را می سنجد. خرده مقیاس سوم ۸ ماده دارد (۲۰-۱۹-۱۸-۱۶-۱۵-۱۰-۸-۵) و میزان درون نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خود و دیگران را بررسی می کند شیوه نمره گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (۱= کاملاً مخالف تا ۵= کاملاً موافق) است. حداقل نمرات آزمودنی ۲۰ و حداکثر نمرات ۱۰۰ می باشد. تنها سؤالات ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. حداقل نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می باشد. افشاری (۱۳۸۷، ص. ۱۰۱) در یک نمونه ۸۰ نفری از دانشجویان قابلیت اعتماد این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه کرده است. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵، برای دشواری در

روش همسانی درونی انجام گردیده است و برای این منظور از فرمول ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، ضریب آلفای کرونباخ، برای سؤالات عامل اول ۰/۸۱، برای سؤالات عامل دوم ۰/۶۷ و برای سؤالات عامل سوم ۰/۷۰ بوده و قابلیت اعتماد باز آزمون نمرات کل ۰/۷۷ به دست آمده است. در این پژوهش قابلیت اعتماد مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ برای برانگیختگی کل ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی ۰/۶۹، برانگیختگی حرکتی ۰/۶۵ و برای برانگیختگی شناختی ۰/۷۴ بدست آمد.

مقیاس هوش هیجانی برادبری و گریوز^۱: این آزمون دارای ۲۸ گویه است که یک نمره کلی برای هوش هیجانی و چهار نمره فرعی برای زیر مقیاس‌های خود‌مدیریتی (گویه‌های ۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴ و ۱۵)، خود‌آگاهی (گویه‌های ۱-۲-۳-۴-۵-۶)، آگاهی اجتماعی (گویه‌های ۱۶-۱۷-۱۸-۱۹ و ۲۰) و مدیریت روابط (گویه‌های ۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷ و ۲۸)، به دست می‌دهد. شیوه نمره‌گذاری آزمون با استفاده از مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۶ انجام می‌شود. جمع نمراتی که آزمودنی در کل پرسشنامه کسب می‌کند، نمره کلی آزمون را تشکیل می‌دهد. حداقل نمرات آزمودنی ۲۸ و حداکثر نمرات ۱۶۸ می‌باشد. ضریب قابلیت اعتماد (به روش آلفای کرونباخ) آزمون برابر با ۰/۸۳ گزارش شده است (جاویدی، گودرزی و حسینی، ۱۳۹۷، صص. ۶۹-۷۳). همچنین ضریب همبستگی نمرات آزمون هوش هیجانی برادبری - گریوز با نمرات آزمون هوش هیجانی بار - ان مثبت و در سطح $P < 0/01$ معنادار بوده است (برادبری و گریوز، ۲۰۰۵؛ ترجمه گنجی، ۱۳۸۴، صص. ۱۰۱). در این پژوهش قابلیت اعتماد پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ برای خود‌آگاهی ۰/۸۲، خود‌مدیریتی ۰/۸۴، آگاهی اجتماعی ۰/۷۲ و مدیریت روابط ۰/۷۵ و نمره کلی ۰/۸۵ بدست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۱/۱۸ سال بود. ۲۹/۲ درصد از افراد مورد مطالعه مجرد و ۷۰/۸ درصد متأهل بودند. ۷۵/۸ درصد شاغل و ۲۴/۲ درصد غیر شاغل بودند. از نظر میزان تحصیلات ۳/۳ درصد بی‌سواد، ۳۱/۷ درصد در سطح ابتدایی، ۲۵/۸

تشخیص احساسات ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۲ و تفکر با جهت‌گیری خارجی ۰/۵۳ بدست آمد. افشاری (۱۳۸۷، صص. ۱۰۱) همچنین قابلیت اعتماد همزمان این مقیاس را با همبسته نمودن نمره کل مقیاس ناگویی طبعی با مقیاس هوش هیجانی در یک نمونه ۸۰ نفری بررسی کرد. نتایج نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در این مقیاس با هوش هیجانی رابطه معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$)، $r = -0/47$ ، در این پژوهش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برای این مقیاس به دست آمد.

مقیاس برانگیختگی بارت: این مقیاس توسط بارت (۲۰۰۴) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۰ سؤال هست که شامل برانگیختگی شناختی، برانگیختگی حرکتی و عدم برنامه‌ریزی هست. گویه‌هایی که سه عامل این مقیاس را مورد ارزیابی قرار می‌دهند عبارت‌اند از: ۱- برانگیختگی شناختی: شامل گرفتن تصمیم‌های شناختی سریع است. این خرده مقیاس تحمل پیچیدگی و مقاومت را اندازه‌گیری می‌کند که شامل گویه‌های ۴، ۶، ۱۵ و ۲۳ هست. ۲- برانگیختگی حرکتی: شامل عمل کردن بدون فکر است. این خرده مقیاس گرایش به عمل کردن آبی و تحت کشش را اندازه‌گیری می‌کند که گویه‌های آن عبارت‌اند از: ۲، ۳، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۴ هست. ۳- عدم برنامه‌ریزی: به صورت یک جهت‌یابی آبی یا فقدان آینده‌نگری مشخص می‌شود. این خرده مقیاس احساس نسبت به آینده را می‌سنجد. گویه‌های این خرده مقیاس عبارت‌اند از: ۱، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۱۹ و ۲۵ هست. گویه‌های این مقیاس در مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای تنظیم شده است که از ۱ (نبودن) تا ۴ (بسیار زیاد) است. جمع نمراتی که آزمودنی در کل پرسشنامه کسب می‌کند، نمره کلی آزمون را تشکیل می‌دهد حداقل نمرات آزمودنی ۳۰ و حداکثر نمرات ۱۲۰ می‌باشد. گروه مهار کردن غیر بالینی نمراتی در گستره ۶۰-۵۰ کسب می‌کنند. این مقیاس در کشورهای مختلفی هنجاریابی شده است و در هر دو گروه بالینی و غیر بالینی، قابلیت اعتماد مناسبی داشته است. قابلیت اعتماد فرم اصلی و قابلیت اعتماد فرم فارسی این مقیاس که توسط اختیاری و همکاران (۱۳۸۷، صص. ۲۳۶-۲۴۷) بررسی شد، ۳ عامل عدم برنامه‌ریزی (۹ ماده)، برانگیختگی حرکتی (۱۰ ماده) و برانگیختگی شناختی (۵ ماده) را نشان داد. تعیین قابلیت اعتماد مقیاس برانگیختگی بارت به

^۱ Bradberry- Greaves' Emotional Intelligence Scale

چندگانه به روش ورود استفاده شد. قبل از تحلیل رگرسیون مفروضه های نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف بررسی شدند که نتایج آماره کولموگروف - اسمیرنوف برای عود به مصرف مواد = $0/026$ ، ناگویی طبیعی = $0/052$ ، برانگیختگی = $0/043$ و هوش هیجانی = $0/031$ محاسبه شدند که نشان دهنده نرمال بودن داده‌ها بود ($P > 0/05$). مفروضه استقلال باقیمانده‌ها با استفاده از آزمون دورین - واتسون $1/94$ محاسبه گردید که از مقدار $1/5$ بیشتر و $2/5$ کمتر است، لذا این مفروضه نیز برقرار است. مفروضه نبود هم خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین با استفاده از شاخص تولرانس (بزرگتر از $0/1$)، نیز مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج ضرایب بتا در جدول ۳ حاکی از آن است که برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی ($t = -4/49$ ، $\beta = -0/31$)، برانگیختگی حرکتی ($t = 2/99$ ، $\beta = 0/26$)، و مدیریت روابط ($t = -2/35$ ، $\beta = -0/23$) می‌توانند تغییرات مربوط به عود مصرف مواد مخدر را پیش‌بینی کنند. سایر متغیرها به طور معناداری توان پیش‌بینی تغییرات مربوط به عود به مصرف مواد مخدر را ندارند.

راهنمایی، $23/3$ درصد دیلم، $9/2$ درصد کاردانی، $5/8$ درصد کارشناسی و $0/8$ درصد کارشناسی ارشد بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
میل به مصرف مواد	86/59	30/34
احتمال مصرف مواد	131/70	30/90
عود مصرف مواد	109/14	30/39
دشواری در تشخیص احساسات	25/92	5/21
دشواری در توصیف احساسات	16/61	2/71
تفکر معطوف به بیرون	25/53	3/24
نمره کلی ناگویی طبیعی	68/07	8/80
برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی	23/35	4/34
برانگیختگی حرکتی	31/75	6/07
برانگیختگی شناختی	10/80	2/24
نمره کلی برانگیختگی	65/97	9/45
خودآگاهی	20/53	5/04
خودمدیریتی	28/18	6/16
آگاهی اجتماعی	16/49	3/42
مدیریت روابط	24/28	6/25
نمره کلی هوش هیجانی	89/49	17/82

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در افراد مورد مطالعه در جدول ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بر اساس نمره گذاری مقیاس‌های استفاده شده، هوش هیجانی افراد مورد مطالعه متوسط، برانگیختگی و ناگویی طبیعی آنها متوسط رو به بالا است.

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که بین دشواری در تشخیص احساسات و نمره کلی ناگویی طبیعی با میل به مصرف، احتمال مصرف و عود مصرف مواد مخدر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). بین برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی با میل به مصرف، احتمال مصرف و عود مصرف مواد مخدر رابطه منفی و معنادار و بین نمره کلی برانگیختگی و ابعاد برانگیختگی حرکتی و برانگیختگی شناختی با میل به مصرف، احتمال مصرف و عود مصرف مواد مخدر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). بین هوش هیجانی و ابعاد با خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط با میل به مصرف، احتمال مصرف و عود مصرف مواد مخدر رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($p < 0/01$).

برای پیش‌بینی عود مصرف مواد مخدر بر اساس مؤلفه‌های ناگویی طبیعی، برانگیختگی و هوش هیجانی از تحلیل رگرسیون

جدول ۲. ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین ناگویی طبیعی، برانگیختگی، هوش هیجانی و عود مصرف مواد																	
ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
۱	دشواری در تشخیص احساسات																
۲	دشواری در توصیف احساسات	۰/۵۲**															
۳	تفکر معطوف به بیرون	۰/۳۱**	۰/۳۸**														
۴	نمره کلی ناگویی طبیعی	۰/۸۷**	۰/۷۶**	۰/۶۷**													
۵	برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی	-۰/۰۲۸	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۰۲۶												
۶	برانگیختگی حرکتی	۰/۴۲**	۰/۲۵**	۰/۱۳	۰/۳۸**	۰/۱۹**											
۷	برانگیختگی شناختی	۰/۳۴**	۰/۱۴	۰/۱۷	۰/۳۱**	۰/۱۸**	۰/۵۹**										
۸	نمره کلی برانگیختگی	۰/۳۴**	۰/۲۶**	۰/۱۲	۰/۳۳**	۰/۶۲**	۰/۸۶**	۰/۶۸**									
۹	خودآگاهی	-۰/۴۷**	-۰/۰۶	-۰/۰۰۶	-۰/۲۹**	۰/۰۸	-۰/۳۶**	-۰/۲۲**	-۰/۲۴**								
۱۰	خودمدیریتی	-۰/۴۵**	-۰/۰۹	۰/۰۴	-۰/۲۸**	۰/۰۸۹	-۰/۳۱**	-۰/۲۶**	-۰/۲۲**	۰/۷۱**							
۱۱	آگاهی اجتماعی	-۰/۴۱**	-۰/۰۷	۰/۰۷	-۰/۲۳**	۰/۰۸۹	-۰/۲۶**	-۰/۱۵	-۰/۲۴**	۰/۶۲**	۰/۵۴**						
۱۲	مدیریت روابط	-۰/۵۰**	-۰/۱۷	۰/۰۵	-۰/۳۳**	۰/۰۴۹	-۰/۳۴**	-۰/۲۴**	-۰/۲۵**	۰/۶۳**	۰/۶۶**	۰/۵۶**					
۱۳	نمره کلی هوش هیجانی	-۰/۵۴**	-۰/۱۲	۰/۰۴	-۰/۳۴**	۰/۰۵۵	-۰/۳۸**	-۰/۲۶**	-۰/۲۸**	۰/۸۷**	۰/۸۸**	۰/۷۵**	۰/۸۶**				
۱۴	میل به مصرف مواد	۰/۴۴**	-۰/۰۸	-۰/۰۹	۰/۲۵**	-۰/۲۹**	۰/۴۲**	۰/۲۶**	۰/۱۹**	-۰/۵۴**	-۰/۵۳**	-۰/۴۳**	-۰/۵۶**	-۰/۶۲**			
۱۵	احتمال مصرف مواد	۰/۴۵**	۰/۰۵	-۰/۰۸	۰/۲۵**	-۰/۲۸**	۰/۴۱**	۰/۲۶**	۰/۲۰**	-۰/۵۳**	-۰/۵۲**	-۰/۴۱**	-۰/۵۷**	-۰/۶۱**	۰/۹۷**		
۱۶	عود مصرف مواد مخدر	۰/۴۵**	۰/۰۷	-۰/۰۹	۰/۲۵**	-۰/۲۹**	۰/۴۲**	۰/۲۶**	۰/۲۰**	-۰/۵۴**	-۰/۵۲**	-۰/۴۲**	-۰/۵۷**	-۰/۶۲**	۰/۹۹**	۰/۹۹**	

n=۱۲۰. *P<۰/۰۵. **P<۰/۰۱

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی عود مصرف مواد مخدر بر اساس مؤلفه‌های ناگویی طبیعی، برانگیختگی و هوش هیجانی							
متغیر	B	انحراف استاندارد	B	t	سطح معناداری	تلرانس	عامل تورم واریانس
مقدار ثابت	۱۹۱/۹۵	۲۵/۹۳	-	۷/۳۸	۰/۰۰۰	-	-
برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی	-۲/۱۹	۰/۴۸	-۰/۳۱	-۴/۴۹	۰/۰۰۰	۰/۸۵	۱/۱۷
برانگیختگی حرکتی	۱/۳۰	۰/۴۳	۰/۲۶	۲/۹۹	۰/۰۰۳	۰/۵۵	۱/۸۱
برانگیختگی شناختی	۰/۵۵	۱/۱۲	۰/۴۱	۰/۵۰	۰/۶۲	۰/۶۱	۱/۶۴
دشواری در تشخیص احساسات	۰/۹۹	۰/۵۸	۰/۱۷	۱/۷۳	۰/۰۹	۰/۴۲	۲/۳۶
دشواری در توصیف احساسات	-۰/۶۶	۰/۹۳	-۰/۰۵۹	-۰/۷۱	۰/۴۸	۰/۶۰	۱/۶۵
تفکر معطوف به بیرون	-۱/۳۱	۰/۶۹	-۰/۱۴	-۱/۹۰	۰/۰۶	۰/۷۶	۱/۳۱
خودآگاهی	-۰/۵۳	۰/۶۴	-۰/۰۸۷	-۰/۸۳	۰/۴۱	۰/۳۷	۲/۶۹
خودمدیریتی	-۰/۳۹	۰/۵۰	-۰/۰۷۹	-۰/۷۸	۰/۴۳	۰/۴۰	۲/۴۵
آگاهی اجتماعی	-۰/۶۶	۰/۷۹	-۰/۰۷۵	-۰/۸۳	۰/۴۰	۰/۵۲	۱/۹۳
مدیریت روابط	-۱/۱۱	۰/۴۷	-۰/۲۳	-۲/۳۵	۰/۰۲	۰/۴۴	۲/۲۵

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش ناگویی طبیعی، برانگیختگی و هوش هیجانی در پیش بینی عود اختلال سوء مصرف مواد به روش همبستگی انجام شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین ناگویی طبیعی و دشواری در تشخیص احساسات با عود مصرف مواد مخدر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، به این معنی هر قدر افراد ناگویی طبیعی بالاتری داشته باشند و در تشخیص احساسات خود، با مشکل مواجه باشند، عود مصرف مواد مخدر در آنها بیشتر است. این یافته با پژوهش‌های اکبری بورنگ و همکاران (۱۳۹۶، صص. ۱۵۱-۱۶۰)، حسینی (۱۳۹۴، ص. ۱)، نریمانی و پور اسمعیلی (۱۳۹۱، صص. ۲۲-۷)؛ قلعه بان (۱۳۸۷، ص. ۱)؛ (هاویلند و همکاران، ۱۹۸۸؛ به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷، ص. ۷۷) و تربریگ و همکاران (۲۰۰۹، صص. ۲۳۷-۲۴۵)، همخوان است.

در تبیین یافته مذکور می‌توان گفت، افراد با درماندگی عاطفی و هیجانی بیشتر، تمایل بیشتری به مصرف مواد مخدر و الکل دارند. این مطلب نشان می‌دهد که چرا برخی به مواد مخدر وابسته می‌شوند. آنها اغلب اوقات گرفتار هیجان‌ات و احساساتی هستند که گریزی از آن برای خود نمی‌یابند. آنها آگاهی چندانی از عواطف خود نداشته و با احساس عدم مهار کردن بر زندگی احساسی خود، هیچ تلاشی نمی‌کنند (نریمانی و پور اسمعیلی، ۱۳۹۳، صص. ۳-۱۱). در مطالعه قلعه بان (۱۳۹۷، ص. ۱) ناگویی طبیعی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بیشتر از افراد غیر مبتلا بود و خود تنظیم‌گری افراد مبتلا به سوء مصرف ضعیف‌تر از افراد غیر مبتلا بود. رابطه بین ناگویی طبیعی و سوء مصرف مواد بر حسب مکانیسم‌های ایجاد فاصله از هیجان‌های منفی، خود درمانگری و تسهیل روابط کلامی و هیجانی تبیین می‌شود. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که افراد مبتلا به ناگویی طبیعی، نشانه‌های بدنی انگیزندگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانگری نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند تربریگ و همکاران (۲۰۰۹)، به همین دلایل احتمال عود مصرف مواد مخدر در آنها وجود دارد. به طوری که مبتلایان به ناگویی طبیعی احساس‌های نامتمایز دارند و این احساس‌ها همراه با یک برانگیختگی جسمانی است، اما به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساس‌ها، بر انگیزندگی فعال باقی‌مانده و از بین نمی‌رود و این امر باعث اختلال در دستگاه عصبی خودکار و دستگاه ایمنی می‌شود. چنین

برانگیختگی که همراه ناگویی طبیعی است، در نهایت باعث تولید علائم بیماری‌های جسمی و اضطراب و افسردگی می‌شود و در نهایت ممکن است مصرف مواد به منظور کاهش این علائم و کاستن از میزان اضطراب و افسردگی فرد با ناگویی طبیعی بالا صورت گیرد (داوود، ۲۰۱۷، صص. ۶۶-۶۷). جیمت، ۱۹۹۴ (به نقل از قلعه بان، ۱۳۸۷، ص. ۷۸) تأکید می‌کند که مصرف مواد روانگردان مانند خود درمانگری با هدف کاهش اضطراب و افسردگی صورت می‌گیرد. افراد معتاد با ناگویی طبیعی بالا، هیجان‌های کودکانه در سطح پیش کلامی با ظرفیت شناختی آسیب دیده دارند که این ناتوانی باعث می‌شود که در تفسیر افسردگی و اضطراب کارایی لازم را نداشته باشند؛ در نتیجه، در این افراد تعارض فرد با محیط افزایش می‌یابد و شخص مکرراً درماندگی و تنیدگی در برابر هیجان‌ها را تجربه می‌کند و به منظور کنار آمدن با این درماندگی‌ها، روش‌های کنار آمدن ناپخته چون مصرف مواد را ادامه می‌دهد. همچنین، پژوهش‌ها نشان داده است که افراد مبتلا به ناگویی طبیعی در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران مشکل دارند و ظرفیت آنها برای همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران محدود است و این یافته‌ها نشان می‌دهند که دشواری در برقراری رابطه عاطفی که از مشخصه‌های اصلی ناگویی طبیعی هستند می‌تواند سوء مصرف مواد را تسهیل کند (پارکو و همکاران، ۲۰۰۱، صص. ۱۰۷-۱۱۵).

نتایج نشان داد بین برانگیختگی، برانگیختگی حرکتی و برانگیختگی شناختی با عود به مصرف مواد مخدر رابطه مثبت معنادار وجود دارد، بدین معنی که هر قدر افراد معتاد برانگیختگی حرکتی و برانگیختگی شناختی بالاتری داشته باشند، عود مصرف مواد مخدر در آنها بیشتر است. نتایج دیگر حاکی از آن است که بین برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی با عود به مصرف مواد مخدر رابطه منفی معنادار وجود دارد. بدین معنی که هر قدر افراد معتاد برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی بالاتری داشته باشند، عود مصرف مواد مخدر در آنها کمتر است. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی از طریق مؤلفه‌های برانگیختگی نیز مشخص کرد که برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی، به طور منفی و برانگیختگی حرکتی، به طور مثبت، می‌توانند عود مصرف مواد مخدر را تبیین کنند که در این بین نقش برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی بیشتر از نقش برانگیختگی حرکتی است. این یافته با پژوهش‌های قمری گیوی و مجرد (۱۳۹۵، صص. ۱-۲۷)، دوستیان و همکاران (۱۳۹۲، صص. ۱۰۰-۱۰۹)، وردجو - گارسیا و همکاران

تندگی‌زا، توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست داده و به سوی رفتارهای سازش نیافته سوق داده شوند. در این مفهوم می‌توان سوء مصرف مواد را به عنوان یک مکانیزم دفاعی تحول نیافته در نظر گرفت که افراد دارای هوش هیجانی پایین، در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا از آن استفاده می‌کنند. به عبارتی سطح پایین هوش هیجانی که ناشی از ناتوانی در کنار آمدن مؤثر با هیجانات و مدیریت آنهاست؛ در شروع سوء مصرف مواد نقش دارد. در شرایطی که فرد تحت فشارهای ناخواسته برای مصرف مواد قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجانات به عنوان یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی، خطر مصرف را کاهش می‌دهد.

به طور کلی نتایج این پژوهش حاکی از اهمیت نقش سه متغیر برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی، برانگیختگی حرکتی و مدیریت روابط در تبیین عود به مصرف مواد مخدر است. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد که متخصصان مراکز ترک اعتیاد، روانشناسان سلامت و بالینی که برای پیشگیری از عود مصرف مواد مخدر در معنادان، مداخلات آموزشی و بالینی انجام می‌دهند، بر متغیر برانگیختگی عدم برنامه‌ریزی، برانگیختگی حرکتی و مدیریت روابط تأکید داشته باشند. همچنین ناگویی طبیعی و مؤلفه دشواری در تشخیص احساسات، هوش هیجانی و ابعاد با خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی در میل به صرف، احتمال مصرف و عود مصرف مواد مخدر نقش داشتند که در مداخلات بالینی با معنادان برای پیشگیری از عود مصرف، متغیرهای مذکور نیز مورد توجه قرار بگیرد. استفاده از حجم نمونه بیشتر، با مهار کردن کردن متغیرهای جمعیت شناختی مانند تحصیلات، سن، جنسیت در پژوهش‌های بعدی توصیه می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که همین عنوان در پژوهش‌های بعدی با اضافه کردن ویژگی‌های شخصیت، مهار کردن عواطف به صورت مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گیرد. طرح این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی بود که از این روش امکان نتیجه‌گیری کلی وجود ندارد و روابط بین متغیرها نیز به صورت غیر علی مورد بررسی قرار می‌گیرند.

منابع

اختیاری، حامد؛ صفایی، هومن؛ اسماعیلی جاوید، غلامرضا؛ عاطف، محمدکاظم؛ عدالتی، هانیه و مکرری؛ آذرخش (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه‌های فارسی پرسشنامه‌های آیزنک، بارت، دیکمن و

(۲۰۰۸، صص. ۷۷۷-۸۱۰)، فوکس و همکاران (۲۰۰۷، صص. ۲۹۸-۳۰۱)، لی و همکاران (۲۰۰۶، صص. ۲۰۵-۲۱۲) همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که برانگیختگی محور مهمی در تشخیص انواع اختلالات بالینی، مانند وابستگی به مواد است. این اصطلاح که به طور گسترده در روانشناسی به کار می‌رود، به رفتاری که با احتیاط کم و ناکافی انجام می‌شود اشاره دارد (اوندن، ۱۹۹۹، صص. ۳۴۸-۳۶۱)؛ از این رو، برانگیختگی سه ویژگی اساسی دارد: رفتار شتاب‌زده و برنامه‌ریزی نشده و بدون فکر و مستعد اشتباه. ممکن است نقطه عطف بسیاری از اختلالات و آسیب‌های اجتماعی، مانند خشونت، قمار بازی‌های بیمارگونه، سوء مصرف مواد مخدر و اختلال شخصیت مرزی و ضد اجتماعی باشد علاوه بر آن، در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد برانگیخته در مهار کردن تکانه‌ها مشکل داشته و میزان خطرپذیری بالایی دارند و در برابر عوامل مشوق مصرف مواد، آسیب پذیر هستند و به احتمال بیشتری به سمت رفتارهای پرخطر مثل مصرف مواد می‌روند (کلارک و همکاران، ۲۰۱۵، صص. ۷۵-۸۰).

نتایج نشان داد بین هوش هیجانی و ابعاد خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط با میل به صرف، احتمال مصرف و عود مصرف مواد مخدر رابطه منفی و معناداری وجود دارد، بدین معنی که افراد معتاد هر اندازه که در متغیرهای خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط ضعیف باشند، عود به مصرف مواد مخدر در آنها بالاتر است. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی از طریق مؤلفه‌های هوش هیجانی مشخص کرد که فقط مؤلفه مدیریت روابط، می‌تواند تغییرات مربوط به عود مصرف مواد مخدر را تبیین کند که این یافته حاکی از اهمیت مدیریت روابط در عود مصرف مواد مخدر است. این یافته با پژوهش‌های جبرائیلی و حبیبی (۱۳۹۵، صص. ۸۴-۶۹)، نصیری و همکاران (۱۳۹۳، صص. ۱۳۰-۱۴۶)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۰، صص. ۲۱-۳۸)، خسروی کبیر و همکاران (۱۳۸۸، صص. ۹-۱۶)، ناطق و مینا کاری، (۱۳۸۷، صص. ۱۲۱-۱۳۴)، رئیس جویان و همکاران (۲۰۱۴، صص. ۲۷-۳۰)، پارکر و همکاران (۲۰۰۸، صص. ۱۰۷-۱۱۵)، همخوان است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد با هوش هیجانی پایین در توجه و ادراک هیجانات، پردازش صحیح و مدیریت مناسب هیجانات در روابط بین فردی با دشواری‌هایی مواجه هستند. این دشواری‌ها، باعث می‌شوند تا افراد در مواجهه با موقعیت‌های

شیولسون. ریچارد (۱۳۹۳). *استدلال آماری در علوم رفتاری*. ترجمه علیرضا کیامنش، ۱۳۹۳. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد دانشگاه علامه طباطبایی.

طاهری فرد، مینا و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۶). نقش ذهن آگاهی، تحمل آشفتگی و حافظه هیجانی در پیش‌بینی بازگشت و پیروی از درمان در سوء مصرف کنندگان مواد. *فصلنامه علمی پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۲۱۱-۲۳۴.

علی پور، فرشید؛ حسنی، جعفر؛ سعید پور، صابر و بدایعی، الهه (۱۳۹۶). خصوصیات روان‌سنجی فرم فارسی ابزار سنجش هم وابستگی. *فصلنامه علمی پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۲۴۹-۲۶۸.

قلعه بان، مریم (۱۳۸۷). *بررسی و مقایسه ناگویی طبیعی و خود تنظیم‌گری در افراد مبتلا به مصرف مواد و افراد غیر مبتلا*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

قمری گیوی، حسین و مجرد، آرزو (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد با استفاده از سبک دلبستگی و برانگیختگی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۱(۱)، ۱-۲۷.

کافی، سیدموسی؛ ملازاد اسفنجانی، رحیم؛ نوری خواجه‌ای، مرضی و صالحی، ایرج (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی به روش تحلیل رفتار متقابل بر سازگاری زناشویی و پیشگیری از عود افراد سم زدایی شده. *مجله پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)*، ۶(۲۳)، ۱۱۱-۱۳۲.

ناطق، ابراهیم و میناکاری، محمود (۱۳۸۷). مقایسه هوش هیجانی در مردان معتاد به مواد افیونی و غیرمعتاد. *فصلنامه علمی پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۲(۸)، ۱۲۱-۱۳۴.

نریمانی، محمد و پوراسمعی، اصغر (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی طبیعی و هوش معنوی در افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیر معتاد. *فصلنامه علمی پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۲(۲۲)، ۷-۲۲.

نریمانی، محمد و پور اسمعیلی، اصغر (۱۳۹۳). پیش‌بینی تغییرات ناگویی طبیعی بر اساس هوش معنوی در بین معتادان شهر اردبیل. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۶(۶۱)، ۱۱-۳.

نریمانی، محمد؛ حبیبی، یعقوب، رجیبی، سعید (۱۳۹۰). مقایسه هوش هیجانی و کیفیت زندگی در مردان معتاد و غیر معتاد. *فصلنامه علمی پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۵(۱۹)، ۲۱-۳۸.

نشاط دوست، حمید طاهر؛ مولوی، حسین و مهرابی، حسینعلی (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی آموزش خانواده به عنوان درمان مداخله‌ای مکمل، در کاهش عود بیماران وابسته به مواد. *مجله روانشناسی*، ۳(۱۸)، ۲۶۲-۲۷۸.

زاکرم‌ن در تعیین رفتارهای مخاطره جویانه و برانگیختگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۴(۲)، ۲۳۶-۲۴۷.

اعظمی، یوسف (۱۳۹۲). *اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرآیند گراس بر کاهش خشم و برانگیختگی در افراد وابسته به مواد مخدر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

افشاری، افروز (۱۳۸۷). *بررسی صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، رویدادهای تنیدگی‌زا و جنسیت به عنوان پیش‌بین‌های ناگویی طبیعی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.

اکبری بورنگ، محمد؛ محتمشی نیا، سمیه و سالاری فر، محمد حسین (۱۳۹۶). تبیین گرایش به اعتیاد بر اساس خود تمایز یافتگی و ناگویی مزاجی در دانشجویان. *مجله طب نظامی*، ۶(۲)، ۱۶۰-۱۵۱.

اکبری زردخانه، سعید؛ رستمی، رضا و زارعان، مصطفی (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی با اعتیاد. *مجله روانشناسی ایرانی*، ۴(۱۵)، ۳۰۳-۲۹۳.

برادبری، تراویس و گریوز، جین (۲۰۰۵). *هوش هیجانی (مهارت‌ها و آزمون‌ها)*. ترجمه حمزه گنجی، ۱۳۸۴. تهران: نشر ساولان.

جاوید، محبوبه؛ محمدی، نوراله و رحیمی، چنگیز (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس برانگیختگی بارت. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناسی*، ۲(۸)، ۳۴-۲۳.

جاویدی، حجت‌اله؛ گودرزی، احمد علی و حسینی، سید ابراهیم (۱۳۹۷). رابطه هوش هیجانی و سلامت روانی زندانیان. *فصلنامه طب انتظامی*، ۷(۲)، ۶۹-۷۳.

جبرائیلی، هاشم و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۵). نقش تعدیل‌کننده هوش هیجانی در رابطه با اثر آمادگی برای اعتیاد بر مصرف مواد. *مجله دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۲(۱)، ۸۴-۶۹.

حسینی، زهره (۱۳۹۴). *مقایسه ناگویی طبیعی، سرشت و خلق و خو و پرخاشگری در افراد معتاد و عادی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه سمنان.

خسروی کبیر، زهرا؛ موسوی، سید ولی الله و آقاییوسفی، علیرضا (۱۳۸۸). مقایسه هوش هیجانی و سلامت روانی در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۸(۷۰)، ۹-۱۶.

دوستیان، یونس؛ بهمنی، بهمن؛ اعظمی، یوسف و گودینی، علی‌اکبر (۱۳۹۲). بررسی رابطه پرخاشگری و برانگیختگی با آمادگی به اعتیاد، در دانشجویان پسر. *مجله توانبخشی*، ۱۴(۲)، ۱۰۰-۱۰۹.

- impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Parker, D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Journal of Personality and Individual Differences*, 30(2001), 107-115.
- Raisjouyan, Z., Talebi, M., Ghasimi Shahgaldi, F. & Abdollahian, E. (2014). Investigating the Effect of Emotional Intelligence on the Addiction Relapse after Quitting. *Asia Pacific Journal of Medical Toxicology*, 3(1), 27-30.
- Ronquest, N.A., Willson, T.M., Montejano, L.B., Nadipelli, V.R., Wollschlaeger, B.A. (2018). Relationship between buprenorphine adherence and relapse, health care utilization and costs in privately and publicly insured patients with opioid use disorder. *Journal of Substance Abuse and Rehabilitation*, 9, 59-78. Doi. org/10.2147/SAR.S150253
- Shorey, R. C., Stuart, G. L. & Anderson, S. (2012). The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 271-278.
- Thompson, J. (2009). *Emotionally dumb: an overview of alexithymia* (pp. 89-83). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Thorberg, F.A., Young, R.M., Sullivan, K.A. & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Journal of Addictive Behaviors*, 34(3), 237-245.
- Timoney, L.R., & Holder, M.D. (2013). *Emotional processing deficits and happiness: assessing the measurement, correlates, and well-being of people with alexithymia* (pp. 42-54) Springer Netherlands.
- Verdejo - Garcia, A., Lawrence, A. J. & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Journal of Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4), 777-810.
- Wilson, L., Sziget, A., Kearney, A., Clarke., M. (2018). Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders: A systematic review. *Journal of Schizophrenia Research*, 197, 78-86. Doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.001
- نصیری، فرزاد؛ نصیری، سامان و بخشی‌پور رودسری، عباس (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس حرمت خود و مؤلفه های هوش هیجانی. فصلنامه علمی پژوهشی اعتیاد پژوهی، ۳۱(۳)، ۱۳۰-۱۴۶.
- هومن. حیدر علی (۱۳۹۵). تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری. تهران: نشر پیک فرهنگ.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 363-388). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 38(1), 23-32.
- Clark, R.E., Baxter, J.D., Aweh, G., O'Connell, E., Fisher, W.H. & Barton, B.A. (2015). Risk factors for relapse and higher costs among Medicaid members with opioid dependence or abuse: opioid agonists, comorbidities, and treatment history. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 57, 75-80. Doi: 10.1016/j.jsat.2015.05.001
- Davydov, D.M. (2017). Alexithymia as a health risk and resilience factor. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 66-67. Doi: 10.1016 / j.jpsychores.2017.08.004.
- Demirbas, H., Ilhan, I., O., & Dogan, Y., B. (2012). Ways of problem solving as predictors of relapse in alcohol dependent male inpatients. *Journal of Addictive Behaviors*, 37(1), 131-134.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Journal of Psychopharmacology*, 14(4), 348- 361.
- Fox, H.C., Axelrod, S.R., Paliwal, P., Sleeper, J., Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 89(2), 298-301.
- Gaetan, S., Brejard, V. & Bonnet, A. (2016). Video games in adolescence and emotional functioning: Emotion regulation, emotion intensity, emotion expression, and alexithymia. *Journal of Computers in Human Behavior*, 61, 344-349.
- Goleman, D. (2017). *Everyday emotional intelligence: big ideas and practical advice on how to be human at work* (pp. 255-265). Harvard: Business Review Press.
- Li, R., Milivojevic, V., Kemp, K., Hong, K. & Sinha, R. (2006). Performance monitoring and stop signal inhibition in abstinent patients with cocaine dependence. *Journal of Drug and alcohol dependence*, 85(3), 205-212.
- Mayer, J., Salovey, P. & Caruso, D. (2008). Emotional intelligence: New ability of eclectic traits. *Journal of American Psychologist*, 63(6), 503-517.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2007). Psychiatric aspects of