

بررسی نقش عوامل موثر در ترک اعتیاد

عمرکیانی پور^۱، اکرم پوزاد^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۸/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۱۲

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی نقش عوامل موثر در ترک اعتیاد بود تا با شناسایی این عوامل بتوان برنامه‌های پیشگیرانه و بازپرورانه متناسب را برای افراد معتاد تدارک دید. **روش:** این پژوهش از نوع پس رویدادی و علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری تمام معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان کهنوج بود و نمونه آماری آن متشکل از افراد داوطلب مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد یاران بود. ابزار پژوهش پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن، پرسشنامه مرزهای خانوادگی و فرم اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان بود. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که مرزهای خانوادگی بهنجار، هوش هیجانی بالاتر و مصرف تریاک در مقایسه با مصرف ماده شیشه و کراک در ترک اعتیاد نقش دارند، اما مرزهای خانوادگی گسسته، باعث برگشت اعتیاد در مصرف کنندگان ماده شیشه و کراک می‌شوند. عواملی که در ترک اعتیاد نقش نداشتند شامل وضعیت تأهل و سطح تحصیلات می‌شدند. **نتیجه‌گیری:** نتایج این بررسی بیانگر نقش و اهمیت متغیرهای خانواده، هوش هیجانی و نوع مواد در ترک اعتیاد است.

کلید واژه‌ها: ترک اعتیاد، مرزهای خانوادگی، هوش هیجانی

۱. نویسنده مسؤول: دانشجوی دکترا مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران. پست الکترونیک: knkiani60@gmail.com

۲. کارشناس ارشد مشاوره مدرسه دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

اعتیاد به موادمخدر و داروهای روان گردان یکی از معضلات عمده جهان است. از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۲، اروپا، آسیا و استرالیا دچار معضل اعتیاد به مواد افیونی شده بودند در حالی که اعتیاد به کوکائین در آمریکای جنوبی رایج بود (ساه^۱، ۲۰۰۵). سازمان بهداشت جهانی گزارش کرد که اعتیاد در سال ۲۰۰۰، عامل مرگ و میر تقریباً دویست هزار نفر بوده است (سانوتیس^۲، ۲۰۱۰). ایلگن و کلینبرگ^۳ (۲۰۱۱) گزارش کردند که بین اعتیاد و خودکشی که یازدهمین عامل مرگ و میر در دنیا است، رابطه قوی وجود دارد. اعتیاد هزینه‌های زیادی را به جوامع تحمیل می‌کند. برای مثال، بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۵ آمریکا ۵۷ میلیارد دلار را صرف خرید داروها کرده‌اند (ساه، ۲۰۰۵). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷) در سراسر جهان حدود ۲۰۰ میلیون نفر (تقریباً ۵ درصد) بین سنین ۱۵ تا ۶۴ سالگی هر ساله یک یا بیشتر از یک داروی غیر قانونی مصرف می‌کنند. از این تعداد حدود ۲۵ میلیون (حدود ۰/۶ درصد) به عنوان سوء مصرف کننده طبقه بندی می‌شوند. پدیده اعتیاد و پیامدهای آن ضرورت بررسی‌های سبب شناسی و کاربست راهبردهای درمانی و پیشگیری را ضروری ساخته است (ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸).

اغلب پژوهش‌های انجام شده در حوزه اعتیاد روی عوامل تأثیر گذار در گرایش به اعتیاد و اعتیاد پذیری افراد و همچنین رویکردها و روش‌های ترک اعتیاد تأکید کرده‌اند. تعدادی از پژوهش‌ها روی پایه نورویبولوژیکی تأکید کرده‌اند که تفاوت‌های فردی را در آسیب پذیری و گرایش به وابستگی به مواد توضیح می‌دهد. همان‌طور که اسمیت^۴ (۱۹۹۲) و جارویک^۵ (۱۹۹۰) گزارش کرده‌اند وابستگی به مواد احتمالاً به وسیله اختلال ژنتیکی گیرنده D2 تحت تأثیر قرار می‌گیرد. شواهد نشان می‌دهد مکانیزم حیاتی که در تداوم استفاده از مواد موثر است افزایش انتقال دوپامین در ناحیه لیمبیک است (کوب^۶، ۱۹۹۲). گفته می‌شود که سیستم دوپامینرژیک^۷ تحت تأثیر رفتارهای هیجان انگیز یا فعالیت‌هایی است که لذت و تقویت را به دنبال داشته باشد (باردو^۸، ۱۹۹۶).

1. Saah
5. Jarvik

2. Saniotis
6. Koob

3. Ilgen & Kleinberg
7. dopaminergic system

4. Smith
8. Bardo

تعداد قابل توجهی از پژوهش‌ها درباره عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی ایجادکننده سوء مصرف دارو و اعتیاد انجام شده است. علاوه بر این، نظریه‌ها و الگوهای متفاوتی برای تبیین شروع سوء مصرف و ایجاد وابستگی به مواد با توجه به عوامل زیست‌شناختی، اجتماعی و محیطی پیشنهاد شده است. اساساً اعتقاد بر این است که عوامل اجتماعی و محیطی نقش مهمی را در تجربه اول مصرف ایفا می‌کنند در حالی که عوامل فردی (مثلاً ویژگی‌های شخصیتی) و زیست‌شناختی (مثلاً پیش‌آمدگی ژنتیکی) در اختلالات اعتیاد نقش مهم‌تری دارند (وست، ۲۰۰۱). تعدادی از متغیرهای مرتبط با تفاوت‌های فردی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های بالقوه اعتیاد مورد پژوهش قرار گرفته‌اند. تا جایی که به متغیرهای جمعیت‌شناختی مربوط می‌شود جنس و سن متغیرهای مهمی در پیش‌بینی اعتیاد افراد هستند. پسرها به احتمال بیشتر، در سنین پایین‌تر شروع به مصرف سیگار، الکل و داروهای غیرقانونی بیشتری می‌کنند و در طی سال‌های اولیه و میانی بلوغ، مشکلات بیشتری در ارتباط با سوء مصرف دارو از آن‌ها گزارش شده است. هر چند که تفاوت‌های جنسیتی در اواخر دوره نوجوانی کم‌رنگ می‌شود (آندروز، ۲۰۰۵).

همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد جوان بین سنین ۱۲-۲۵ سالگی در معرض خطر بیشتری نسبت به سوء مصرف قرار دارند. هر چه سن اولین تجربه پایین‌تر باشد، خطر بیشتری در شکل‌گیری اعتیاد و اختلالات سوء مصرف در بزرگسالی وجود دارد (گلانتز، وینبرگ، مینر و کالیور، ۱۹۹۹). حق دوست اسکویی و همکاران (۱۳۸۹) در یک پژوهش به این نتیجه رسیدند که بی‌خوابی و وسوسه از جمله مهم‌ترین عوامل فردی است و دسترسی آسان به مواد مخدر، کشمکش‌های خانوادگی و عدم پایداری به درمان از مهم‌ترین عوامل محیطی عود اعتیاد هستند. آن‌ها گزارش کردند که سم‌زدایی صرف برای تداوم ترک، کافی نیست و مجموعه‌ای از عوامل روانی و محیطی ممکن است باعث عود اعتیاد شوند و مراکز درمانی باید توجه خاصی به این نکته داشته باشند.

یکی از محدود پژوهش‌های انجام شده در مورد عوامل موثر در پیش‌بینی ترک اعتیاد توسط لیروود و وردوکس^۳ (۲۰۰۰) انجام شد که در آن متغیرهایی مثل جنسیت، قومیت،

مدت اعتیاد، تحصیلات و موقعیت شغلی ارتباط معناداری با میزان ترک و نتیجه درمان نداشتند. در یک گروه از معتادان هروئین و مصرف کنندگان کوکائین، شرکت کنندگانی که میزان تازه‌خواهی^۱ بیشتری داشتند در مراحل اولیه درمان ماندگاری بیشتری داشتند، اما در مراحل آخر درمان ریزش بیشتری داشتند (هلموس، دونی، آرفکن، هندرسون و شاستر^۲، ۲۰۰۱). هلموس و همکاران (۲۰۰۱) نتیجه گرفتند که میزان بالای تازه‌خواهی با نتایج ضعیف و احتمال پایین موفقیت طولانی مدت درمان در ارتباط است. علاوه بر ویژگی تازه‌خواهی، سایر ویژگی‌های خلقی و منشی می‌توانند در شروع، تداوم و پیامد وابستگی به مواد نقش داشته باشند. در مورد مسأله ترک اعتیاد نشان داده شده است که کمتر از ۱۰ درصد از مصرف کنندگان داوطلبانه برای درمان مراجعه می‌کنند و این که در هنگام درمان میزان ریزش به‌طور چشمگیری بالا است (فیگن^۳، ۱۹۹۹). در کنار درمان‌های سم‌زدایی مرسوم مثل متادون یا بوپرنورفین، از شیوه‌های دیگر مثل وضع راهبردهای پیشگیرانه و بازپرورانه استفاده می‌شود. برنامه‌های درمانی بازپرورانه و پیشگیرانه که توسط گروه‌های درمانی تدارک دیده می‌شود کاملاً بستگی به تمایل بیمار دارد که پیشنهادهای این گروه چند رشته‌ای را بپذیرد یا رد کند (این گروه شامل پزشک، روانپزشک، روان‌شناس و مددکار اجتماعی است). این گروه در شروع درمان میزان مصرف و اعتیاد بیمار را ارزیابی می‌کند؛ این مرحله با توجه به ویژگی‌های خاص هر بیمار اهمیت زیادی دارد، زیرا باعث می‌شود برنامه‌های درمان با توجه به این مرحله پایه‌گذاری شود و میزان موفقیت را بیشتر کند. بر اساس آمارهای موجود، افراد معتاد بیش از ۲ الی ۳ بار به مراکز بازپروری مراجعه می‌کنند و این حاکی از آن است که میزان عود به‌طور چشمگیری بالا است (حجتی و همکاران، ۱۳۸۹). بنابراین، آگاهی از ویژگی‌های هر فرد و شناخت عواملی که می‌تواند ترک اعتیاد را تسهیل کند یا در مسیر آن مانع ایجاد کند، از ضروریات هر برنامه درمانی است.

با توجه به این که میزان ریزش در فرایند درمان و میزان بازگشت در پایان درمان زیاد است، پژوهش حاضر در پی بررسی و شناسایی عواملی است که باعث می‌شود فرد درمان

1. novelty seeking

2. Helmus, Downey, Arfken, Henderson & Schuster

3. Fagan

اعتیاد را با موفقیت به پایان رساند و همچنین عواملی که در مسیر ترک اعتیاد مانع ایجاد می‌کند. با شناسایی این عوامل می‌توان برنامه‌های پیشگیرانه و بازپرورانه متناسبی را برای افراد مختلف، تدارک دید و موفقیت برنامه ترک اعتیاد را به حداکثر رساند.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع پس‌رویدادی و علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل کلیه معتادین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان کهنوج بود و نمونه آماری به صورت داوطلبانه از معتادین مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد یاران شهرستان کهنوج انتخاب شد. در این پژوهش ۲ گروه حضور داشتند، یک گروه ۴۶ نفره که بعد از ترک موقت اعتیاد دوباره معتاد شده بودند و این مسأله برای تعدادی از آن‌ها چند بار اتفاق افتاده بود و یک گروه ۴۴ نفره که بعد از ۳ سال از ترک اعتیادشان، بازگشتی نداشتند. شیوه جمع‌آوری اطلاعات به این صورت بود که بعد از مراجعه به مرکز ترک اعتیاد یاران گروه‌های مورد نظر با همکاری مسئولین مرکز شناسایی شدند و اطلاعات مورد نظر از آن‌ها گردآوری شد.

ابزار

۱- پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن: این پرسشنامه دارای ۹۰ سؤال است که ۱۵ مقیاس را می‌سنجد. در این پژوهش ۴ مقیاس این پرسشنامه در دو گروه مذکور مورد مقایسه قرار گرفتند که عبارت بودند از: حل مسأله، تحمل فشار روانی، کنترل تکانش و خودآگاهی هیجانی. میانگین این نمرات به عنوان نمره کلی هوش هیجانی در نظر گرفته شد. نمره گذاری سؤالات به صورت مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است که در سؤالات مثبت از ۵ تا ۱ نمره گذاری می‌شود و در سؤالات معکوس از ۱ تا ۵. دهشیری (۱۳۸۲) اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۳ به دست آورد و با استفاده از روش تحلیل عاملی نشان داد که این پرسشنامه در مورد دانشجویان ایرانی دارای همان ساختار عاملی است که در نمونه آمریکای شمالی به دست آمده است.

۲- پرسشنامه مرزهای خانوادگی: این پرسشنامه توسط کیانی (۱۳۸۹) در دانشگاه علامه طباطبایی تهران طراحی شد و شش مقیاس را اندازه گیری می کند. این شش مقیاس شامل سه نوع مرز ارتباطی درون خانواده (بهنجار، در هم تنیده و گسسته) و سه نوع مرز ارتباطی خانواده با محیط بیرون (بهنجار، در هم تنیده و گسسته) می شود که در این پژوهش فقط سه نوع مرز ارتباطی درون خانواده ی شرکت کنندگان مورد ارزیابی قرار گرفت. کیانی (۱۳۸۹) ضریب اعتبار آن را ۰/۷۸ به دست آورد و ضریب روایی آن از طریق همبستگی با پرسشنامه سنجش خانواده ۰/۶۸ به دست آمد. فرم اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان شامل سؤالاتی در مورد سن، مدت اعتیاد، نوع ماده مصرفی، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات بودند.

یافته ها

در این پژوهش دو گروه حضور داشتند؛ ۴۶ نفر که بعد از ترک اعتیاد دوباره معتاد شده بودند و ۴۴ نفر که بعد از ترک اعتیاد بازگشتی نداشتند. متغیرهایی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند شامل این موارد بودند: سن، وضعیت تاهل، مدت اعتیاد، نوع ماده مصرفی، میزان تحصیلات، هوش هیجانی و نوع مرزهای خانوادگی افراد که در جدول های زیر شاخص های آماری این متغیرها در مورد دو گروه ارائه شده اند.

جدول ۱: آماره های توصیفی وضعیت تاهل به تفکیک گروه ها

وضعیت تاهل	گروه ها	فراوانی	درصد
متاهل	معتاد	۲۹	۶۳
	ترک کرده	۲۴	۵۴/۵
مجرد	معتاد	۱۷	۳۷
	ترک کرده	۲۰	۴۵/۵

نتایج مجذورخی حکایت از عدم رابطه معنادار بین وضعیت تاهل و وضعیت گروه (معتاد/غیرمعتاد) داشت ($\chi^2 = 0.671, P > 0.05$).

جدول ۲: آماره‌های توصیفی نوع ماده مصرفی به تفکیک گروه

نوع ماده	گروه‌ها	فراوانی	درصد	نوع ماده	گروه‌ها	فراوانی	درصد
تریاک	معتاد	۳	۶/۵	هروئین	معتاد	۲	۴/۳
	ترک کرده	۲۸	۶۳/۶		ترک کرده	۶	۱۳/۶
کراک	معتاد	۱۴	۳۰/۴	شیشه	معتاد	۲۲	۴۷/۸
	ترک کرده	۰	۰		ترک کرده	۱	۲/۳
حشیش	معتاد	۱	۲/۲	شیره	معتاد	۰	۰
	ترک کرده	۱	۲/۳		ترک کرده	۲	۴/۵
ترکیبی	معتاد	۴	۸/۷	-	-	-	-
	ترک کرده	۶	۱۳/۶	-	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بیشترین ماده مصرفی گروهی که نتوانسته‌اند اعتیاد را کنار بگذارند به ترتیب ماده شیشه و سپس کراک است. بیشترین ماده مصرفی گروهی که موفق شده‌اند اعتیاد را کنار بگذارند تریاک بوده است. برای بررسی رابطه بین گروه و نوع ماده مصرفی از آزمون مجذور خی استفاده شد. نتایج حکایت از رابطه معنادار بین این دو متغیر داشت ($\chi^2=57/72, P<0/01$). میزان این ارتباط با استفاده از فرمول کرامر $0/801$ به دست آمد. جدول ۳ آماره‌های توصیفی میزان تحصیلات را به تفکیک گروه ارائه کرده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی میزان تحصیلات به تفکیک گروه

تحصیلات	گروه‌ها	فراوانی	درصد	تحصیلات	گروه‌ها	فراوانی	درصد
ابتدایی	معتاد	۷	۱۵/۲	راهنمایی	معتاد	۱۵	۳۲/۶
	ترک کرده	۱۰	۲۲/۷		ترک کرده	۱۴	۳۱/۸
دیپلم	معتاد	۲۰	۴۳/۵	بالا تر از دیپلم	معتاد	۴	۸/۷
	ترک کرده	۱۶	۳۶/۴		ترک کرده	۴	۹/۱

برای بررسی رابطه بین گروه و میزان تحصیلات از آزمون مجذور خی استفاده شد. نتایج حکایت از عدم رابطه معنادار بین این دو متغیر داشت ($\chi^2=0/96, P>0/05$).

جدول ۴: آماره‌های توصیفی گروه‌ها به تفکیک نوع مرزهای خانوادگی

مرزخانوادگی	گروه‌ها	فراوانی	درصد	مرزخانوادگی	گروه‌ها	فراوانی	درصد
تنیده	معتاد	۱۰	۲۱/۷	گسسته	معتاد	۳۰	۶۵/۲
	ترک کرده	۱۲	۲۷/۳	ترک کرده	۱۰	۲۲/۷	
بهنجار	معتاد	۶	۱۳	-	-	-	-
	ترک کرده	۲۲	۵۰	-	-	-	-

همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود افرادی که نتوانسته‌اند اعتیاد را ترک کنند بیشتر دارای مرزهای خانوادگی گسسته بودند در حالی که افرادی که موفق به ترک اعتیاد شده‌اند بیشتر دارای مرزهای خانوادگی بهنجار بودند. برای بررسی رابطه بین گروه و نوع مرزهای خانوادگی از آزمون مجذور خی استفاده شد. نتایج حکایت از ارتباط معنادار این دو متغیر با هم داشت ($\chi^2=19/29, P<0/01$). میزان این ارتباط با استفاده از فرمول کرامر ۰/۴۶۳ به دست آمد.

جدول ۵: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
سن	معتاد	۳۰/۷۸	۶/۵۰
	ترک کرده	۳۳/۵۵	۸/۹۱
مدت اعتیاد	معتاد	۹/۷۴	۶/۹۱
	ترک کرده	۱۳/۳۲	۶/۷۸
هوش هیجانی	معتاد	۱۱/۹۶	۲/۶۲
	ترک کرده	۱۹/۹۸	۱/۲۷

نتایج آزمون t برای دو گروه مستقل نشان داد تفاوت معناداری در میانگین هوش هیجانی گروه معتاد و ترک کرده وجود دارد ($t=36/383, P<0/001$). به این معنا که گروه ترک کرده هوش هیجانی بالاتری نسبت به گروه معتاد گزارش نموده بودند. لازم به ذکر است که دو گروه به لحاظ سنی با یکدیگر هم‌تا بودند و تفاوت معناداری بین میانگین سنی معتاد و ترک کرده به دست نیامد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها نشان داد که مرزهای ارتباطی بهنجار در خانواده با میزان ترک اعتیاد رابطه مثبت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که در فرایند ترک اعتیاد هستند یا درمان اعتیاد را به پایان رسانده‌اند، به حمایت عاطفی مناسب و نظارت خانواده خود نیاز دارند تا بتوانند این فرایند را با موفقیت کامل به پایان برسانند و بازگشت نداشته باشند. مرزهای بهنجار یا کاملاً مشخص بین خرده نظام‌های خانواده به حفظ جدایی افراد کمک می‌کند و هم‌زمان بر احساس تعلق به کل نظام خانواده تاکید دارد. در حالت آرمانی وضوح مرزها با فراهم کردن حمایت و دسترسی ساده برای پیام رسانی و توافق بین نظام‌های فرعی در زمان لازم، بهزیستی کل خانواده را بهبود می‌بخشد و در همان حال استقلال و آزادی تجربه اعضای هر یک از این نظام‌ها را تشویق می‌کند. خودپیروی اعضای خانواده فدا نمی‌شود، ولی این مرزها آنقدر انعطاف‌پذیر هستند که محبت، حمایت و مشارکت خانوادگی به میزان لازم در دسترس هر عضو باشد. وقتی خانواده‌ای می‌کوشد که به مرور زمان برای انطباق با شرایط متغیر زندگی، تغییرات ساختاری را به وجود آورد، فایده مهم وضوح مرزها آشکار می‌شود (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۰، ترجمه برواتی و نقشبندی، ۱۳۸۸).

یافته مذکور با پژوهش کینگ و چاسین^۱ (۲۰۰۴) هم‌خوانی دارد. آن‌ها گزارش کردند زمانی که کنترل رفتاری در افراد معتاد و نوجوانان ضعیف است، حمایت و انضباط والدین می‌تواند نقش یک سپر دفاعی را در شکل‌گیری و تداوم اعتیاد داشته باشد. همچنین، سیمونز-مورتون^۲ (۲۰۰۷) نشان داد که فرزند پروری به شیوه مثبت و حمایتی (از ویژگی‌های مرزهای ارتباطی بهنجار و مشخص) که شامل رابطه صمیمانه، داشتن انتظارات روشن و نظارت است نوجوانان را از مصرف داروهای غیرقانونی محافظت می‌کند. علاوه بر این، فرزند پروری مثبت به‌طور غیر مستقیم دوستی نوجوان با افرادی که الکل و دارو مصرف می‌کنند، کاهش می‌دهد. با توجه به این که یکی از عوامل بازگشت اعتیاد افرادی که در فرایند ترک اعتیاد هستند، وجود دوستان ناباب و تحریک کننده است داشتن

مرزهای بهنجار در خانواده می‌تواند خطر این مسأله را به‌طور چشم‌گیری کاهش دهد. بنابراین، یکی از موضوعات مهمی که در فرایند ترک اعتیاد و برنامه‌های آن باید مورد توجه گروه‌درمانی قرار گیرد، بررسی وضعیت و ساختار خانواده است تا در صورت وجود مشکل در این زمینه تدابیر لازم اندیشیده شود و مرزهای ارتباطی خانواده فرد معتاد بازسازی شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که میزان هوش هیجانی در ترک اعتیاد تأثیر مثبت دارد و افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند به احتمال بیشتری می‌توانند اعتیاد را کنار بگذارند. مطالعات نشان می‌دهد که یکی از عوامل مرتبط با گرایش به اعتیاد و تداوم آن، مفهوم هوش هیجانی است (کان و دیمتروویچ^۱، ۲۰۱۰). اولین تعریف هوش هیجانی توسط سالووی و مایر^۲ (۱۹۹۰) انجام شد: "هوش هیجانی به معنی توانایی آگاه شدن از احساسات و هیجانات خود و دیگران، توانایی تشخیص این احساسات و استفاده از این آگاهی برای هدایت اعمال و تفکرات خود است". افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند، می‌توانند هیجانات و تکانه‌های خود را بیشتر کنترل کنند و در نتیجه به احتمال بیشتر می‌توانند اعتیاد خود را کنار بگذارند. یافته مذکور با یافته‌های هلموس و همکاران (۲۰۰۱) هم‌خوانی دارد. آن‌ها گزارش کردند که میزان بالای تازه‌خواهی که نشان‌دهنده هوش هیجانی پایین‌تری است با شکست در ترک اعتیاد رابطه دارد. بعد هیجانی تازه‌خواهی که توسط کلونینگر^۳ (۱۹۸۷) توصیف شده است تحت تأثیر سیستم DA مزولیمبیک قرار می‌گیرد. تازه‌خواهی به عنوان گرایش ذاتی در انجام یا شروع رفتارهایی مثل فعالیت اکتشافی، واکنش به تازگی، تصمیم‌گیری تکانشی، اشتیاق افراطی در به‌دست آوردن پاداش و لذت و تغییر سریع خلق و اجتناب فعالانه از ناکامی است (کلونینگر، سوراکیک و پرزیبک^۴، ۱۹۹۳). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بین اعتیاد و ویژگی‌های شخصیتی رابطه وجود دارد؛ مثل، احساس جویی، تازه‌خواهی، تکانشگری و گرایش به انجام رفتارهای ضداجتماعی (کنوی، کان، بال، پولینگ و رانساویل^۵، ۲۰۰۳). عوامل فردی مرتبط با سوء مصرف مواد و تداوم مصرف شامل این موارد می‌شوند: احساس جویی

1. Kun & Demetrovics
4. Svrakic & Przybeck

2. Salovey & Mayer
5. Conway, Kane, Ball, Poling & Rounsaville

3. Cloninger

و خطرپذیری (مارتینز، استور، الکسانرا و چیلکوات^۱، ۲۰۰۸)، هیجان‌پذیری مثبت یا منفی (کاشدان، وتر و کولینز^۲، ۲۰۰۵)، درون‌گرایی-برون‌گرایی (تراکسیانو، لوکنهوف، کروم، بینونو و کاستا^۳، ۲۰۰۸)، روان‌رنجورخویی (تراکسیانو و همکاران، ۲۰۰۸)، عزت نفس پایین (باکر، بیر و بیر^۴، ۱۹۹۱) و بازداری زدایی رفتاری (آیکونو، مالون و مک گو^۵، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان داده‌اند که سوءمصرف دارو همراه با حالت‌های مرضی اختلالات رفتاری تخریب‌گرانه یا اختلالات برونی‌سازی مثل اختلال سلوک و اختلال نافرمانی هستند (روبرتس، روبرتس و گزینگ^۶، ۲۰۰۷). احساس جویی بالا به‌طور گسترده‌ای با تداوم سوءمصرف مواد و الکل در ارتباط است (مارتینز و همکاران، ۲۰۰۸). یانوویتسکی^۷ (۲۰۰۵) دریافت که افراد دارای احساس جویی بالا، مصرف‌کنندگان مواد و الکل را به عنوان دوست انتخاب می‌کنند که می‌تواند یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده شکست در برنامه‌های ترک اعتیاد باشد.

هوش هیجانی طیف گسترده‌ای از مهارت‌ها است. برجسته‌ترین آن‌ها مهارت‌های اجتماعی است که بر خودآگاهی بنا می‌شود؛ یعنی توانایی شناخت دقیق احساسات، عواطف و ویژگی‌های خود. همچنین، یکی از اساسی‌ترین مهارت‌های روانی، مقاومت در برابر تکانه عمل است. این امر ریشه تمام خویشتن‌داری‌های هیجانی است. ظرفیت بازداشتن تکانه از این‌که به عمل منتهی شود و فرونشاندن اولین حرکت در کنترل آن اهمیت به‌سزایی دارد (گلنن، ۱۹۹۵، به نقل از کیانی پور و کریمی، ۱۳۹۰). همان‌طور که ملاحظه می‌شود افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند به احتمال بیشتری در برابر تکانه‌های مصرف مواد مقاومت می‌کنند و می‌توانند برنامه‌های ترک اعتیاد را با موفقیت طی کنند. بنابراین، یکی از مسائلی که در برنامه‌های بازپرورانه و پیشگیرانه درمان اعتیاد باید مورد توجه قرار گیرد، افزایش مهارت‌های مرتبط با هوش هیجانی در مان‌جویان است. اسماعیلی (۱۳۸۳) نشان داد که می‌توان مؤلفه‌های هوش هیجانی را به مراجعان آموزش داد و با این کار به ارتقاء سلامت روان آن‌ها و در نتیجه ترک اعتیاد کمک کرد.

1. Martins, Storr, Alexandre & Chilcoat
3. Terracciano, Lockenhoff, Crum, Bienvenu & Costa
5. Iacono, Malone & McGue
7. Yanovitzky

2. Kashdan, Vetter & Collins
4. Baker, Beer & Beer
6. Roberts, Roberts & Xing

پژوهش حاضر آشکار ساخت که مصرف تریاک در مقایسه با مصرف ماده کراک و شیشه احتمال ترک اعتیاد را افزایش می دهد. این یافته تا حدودی با نتایج حجتی و همکاران (۱۳۸۹) همخوانی دارد. آن‌ها دریافتند که مصرف کنندگان تریاک در مقایسه با سایر مصرف کنندگان از سلامت روان و کیفیت زندگی بهتری برخوردارند و این می تواند یکی از عواملی باشد که به ترک اعتیاد این گروه کمک کند. همچنین ماده شیشه که متامفتامین است یکی از مواد روان گردان محرک اعصاب است که با تأثیر مستقیم بر مکانیسم های مغز شادی و هیجان در فرد ایجاد می کند و باعث اختلال شدید در خواب مصرف کننده می شود. این ماده بی اشتهایی شدید ایجاد کرده و مصرف کننده ساعت ها و حتی تا روزها اشتها به غذا ندارد. در عین حال، معرف این ماده باعث تشنگی می شود و مصرف کننده مجبور است مقدار زیادی آب بنوشد. متامفتامین با ورود به سیستم اعصاب مرکزی باعث آزاد شدن ناگهانی واسطه شیمیایی دوپامین از مغز می شود که باعث تحریک سلول های مغزی و افزایش حالت تهاجمی و افزایش حرکات جسمی می شود. در صورت ادامه مصرف بعد از مدت طولانی علائم بدخلقی و افسردگی و علائم اختلال حرکتی مثل پارکینسون در فرد ظاهر می شود. همچنین، این ماده در همان ابتدای مصرف خسارات جبران ناپذیری بر مغز وارد می آورد که افت حافظه، پرخاشگری و تهاجم، رفتارهای جنون آمیز و آسیب های قلبی و مغزی از جمله عوارض مصرف آن است. با مصرف این ماده حالاتی مثل هیجان زدگی، بی تابی، سخن گفتن تند، کاهش خواب و اشتها و افزایش فعالیت های فیزیکی به وجود می آید. یکی از عوارض روانی آن ایجاد بیماری روانی شبیه اسکیزوفرنی است که شامل توهمات بینایی و شنوایی، بدبینی و پرخاشگری است. دهان عفونت زده ی معتادان به شیشه نیز یکی از شدیدترین عفونت های دهانی و پوسیدگی دندان است. علت این عفونت خود ماده متامفتامین نیست، بلکه اثرات جانبی آن مثل خشکی دهان، تنبلی و بی خیالی، مصرف زیاد مشروبات و نوشابه برای جبران کم آبی و حل کردن این ماده از جمله عوامل اصلی عفونت دهانی و دندانی هستند (ویلسون^۱، ۱۹۹۶). این عوامل مرتبط با مصرف ماده کراک و شیشه ممکن است آن قدر فرد معتاد را ناتوان کنند که از عهده ترک آن‌ها بر نیاید.

همچنین، این پژوهش نشان داد که مرزهای خانوادگی گسسته تأثیر منفی در ترک اعتیاد دارد. این نوع مرزها باعث می‌شوند که دنیای والدین و فرزندان و کل خرده نظام‌ها از هم جدا باشد. وقتی والدین و اعضای خانواده نتوانند در هر زمان که ایجاب می‌کند مرز خرده نظام‌ها را تغییر دهند عطوفت، آمیزش و تبادل محبت که می‌تواند در ترک اعتیاد تأثیر مثبت داشته باشد، از دست می‌رود. این مسأله با یافته‌های زینالی، وحدت و قره دینگه (۱۳۸۹) هم‌خوانی دارد. آن‌ها نشان دادند که سبک والدینی بی‌اعتنا که از ویژگی‌های مرزهای خانوادگی گسسته است، رابطه مستقیم و معناداری با گرایش به اعتیاد دارد. این مسأله ایجاب می‌کند که در برنامه‌های پیشگیرانه و بازپرورانه اعتیاد، نسبت به تغییر مرزهای گسسته خانواده فرد معتاد اقدام شود تا کارایی برنامه افزایش یابد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که از مجموع ۹۰ نفر افراد نمونه تنها ۲ نفر زن بودند، بنابراین در تعمیم این یافته‌ها به افراد هر دو جنس باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده روی عوامل موثر بر ترک اعتیاد در زن‌ها تأکید بیشتری داشته باشند و مقایسه‌هایی را در این زمینه بین دو جنس انجام دهند. پیشنهاد دیگر این است با توجه به این که پژوهش حاضر نقش عوامل خانوادگی را در ترک اعتیاد موثر دانسته است، ضروری به نظر می‌رسد که پژوهش‌های آینده این عامل را با تفصیل بیشتری مورد بررسی قرار دهند.

منابع

- اسماعیلی، معصومه (۱۳۸۳). بررسی آموزش مولفه‌های هوش هیجانی بر ارتقاء سلامت روان. پایان‌نامه دکتری. چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.
- حجتی، حمید؛ آلستانی، سودابه؛ آخوندزاده، گلپهار؛ حیدری، بهروز و شریف‌نیا، سید حمید (۱۳۸۹). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد. ۱۸(۳)، ۲۰۷-۲۱.
- حق دوست اسکویی، سیده فاطمه؛ میرزایی، طیبه؛ راوری، علی؛ حنیفی، نسرین؛ میری، سکینه و میرزایی خلیل آبادی، صدیقه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف موادمخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان. نشریه پرستاری ایران، ۲۳ (۶۷)، ۱۰-۱.

دهشیری، غلامرضا (۱۳۸۲). *هنجاریابی پرسشنامه بهره هیجانی بار-آن (EQ-1) در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران و بررسی ساختار عاملی آن*. پایان نامه کارشناسی ارشد. چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.

زینالی، علی؛ وحدت، رقیه و قره دینگه، خاور (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های والدینی با استعداد اعتیاد فرزندان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۶(۲۳): ۳۳۵-۳۵۲.

کوثری، محمدرضا و آهنگر، مرادعلی (۱۳۸۹). گزارش یک مورد خونریزی مغزی ناشی از مصرف کراک. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۷(۴): ۳۲۰-۳۲۲.

کیانی پور، عمر و کریمی، یوسف (۱۳۹۰). نقش هوش هیجانی در اعتیاد. *مجموعه مقالات همایش ملی سوء مصرف مواد و سلامت (ص ۶۷)*. ابهر: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.

کیانی، احمدرضا (۱۳۸۹). *بررسی رابطه ابعاد جهت‌گیری مذهبی با نوع مرزهای ارتباطی خانواده*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت (۱۳۸۸). *خانواده درمانی*. ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی و سیامک نقشبندی (۲۰۰۰). تهران: روان.

ملازاده، جواد و عاشوری، احمد (۱۳۸۸). *بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد*. دو ماهنامه دانشور رفتار. ۳۴(۱۶)، ۱۲-۱.

- Andrews, J. A. (2005). *Substance abuse in girls. Handbook of behavioral and emotional problems in girls*. New York: Kluwer Academic Press/Plenum.
- Baker, K., Beer, J., & Beer, J. (1991). Self-esteem, alcoholism, sensation seeking, GPA and differential aptitude test scores of high school students in an honor society. *Psychological Reports*, 69, 1147-1150.
- Bardo, M. T. (1996). Psychobiology of novelty seeking and drug seeking behaviour. *Behavioural Brain Research*, 77(1-2), 23-43.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573-588.
- Conway, K. P., Kane, R. J., Ball, S. A., Poling, J. C. & Rounsaville, B. J. (2003). Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(1), 65-75.
- Fagan, R. (1999). The use of required treatment for substance abusers. *substance Abuse*, 20(4), 249-261.
- Glantz, M. D., Weinberg, N. Z., Miner, L. L., & Colliver, J. D. (1999). *The etiology of drug abuse: Mapping the paths. Drug abuse: Origins & interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Helmus, T. C., Downey, K.K., Arfken, C. L., Henderson, M. J., & Schuster, C. R. (2001). Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(3), 287-295.

- Iacono, W. G., Malone, S. M., & McGue, M. (2008). Behavioral disinhibition and the development of early-onset addiction: Common and specific influences. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 325–348.
- Ilgel, M., & Kleinberg, F. (2011). The link between substance abuse, violence, and suicide. *Psychiatric Times, 28(1)* 25-27.
- Jarvik, M. (1990). The drug dilemma: Manipulating the demand. *Science, 250*, 387–392.
- Kashdan, T. B., Vetter, C. J., & Collins, R. L. (2005). Substance use in young adults: Associations with personality and gender. *Addictive Behaviors, 30*, 259–269.
- King, K. M., & Chassin, L. (2004). Mediating and moderating effects of adolescent behavioral under control and parenting in the prediction of drug use disorders in emerging adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*, 239–249.
- Koob, G. F. (1992). Neural mechanisms of drug reinforcement. *Annals of the New York Academy of Sciences, 654*, 171–191.
- Kun, B. & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: A systematic review. *Substance Use & Misuse, 45*, 1131–1160.
- Liraud F, Verdoux H. (2000). Which temperamental characteristics are associated with substance abuse in subjects with psychotic and mood disorders? *Psychiatry Research, 93(1)*, 63–72.
- Martins, S. S., Storr, C. L., Alexandre, P. K., & Chilcoat, H. D. (2008). Adolescent ecstasy and other drug use in the national survey of parents and youth: The role of sensationseeking, parental monitoring and peer's drug use. *Addictive Behaviors, 33*, 919–933.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence, 1* 4-13
- Saah, T. (2005). The evolutionary origins and significance of drug addiction. *Harm Reduction Journal, 2*, 8.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*, 185–211.
- Saniotis, A. (2010). Evolutionary and anthropological approaches towards understanding human need for psychotropic and mood altering substances. *Journal of Psychoactive Drugs, 42, 4*, 447.
- Simons-Morton, B. (2007). Social influences on adolescent substance use. *American Journal of Health Behavior, 31(6)*, 672–684.
- Smith, S. S. (1992). Genetic vulnerability to drug abuse. The D2 dopamine receptor Taq I B1 restriction fragment length polymorphism appears more frequently in polysubstance abusers. *Archives of General Psychiatry, 49(9)*, 723–727.
- Terracciano, A., L'ockenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, J., & Costa, P. T. (2008). Five-factor model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry, 8(22)*, 1–10.
- West, R. (2001). Theories of addiction. *Addiction, 96*, 3–13.
- Wilson, J. (1996). Striatal dopamine nerve terminal markers in human, chronic methamphetamine users. *Nature Medicine, 2*, 699-703.

- World Health Organization. (2007). *World drugs report*. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved February 5, 2007, from <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2007.pdf>.
- Yanovitzky, I. (2005). Sensation seeking and adolescent drug use: The mediating role of association with deviant peers and pro-drug discussions. *Health Communication, 17*(1), 67–89.

Archive of SID

۵۴

54

سال ششم، شماره ۲۲، تابستان ۱۳۹۱
Vol: 6, No: 22, Summer 2012