

نقش بی‌اشتیاقی اخلاقی و هوش اجتماعی در پیش‌بینی ولع مصرف افراد مصرف‌کننده مواد

شیرین احمدی^۱، حسن یاقوتی^۲، وحید فلاحتی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۱۹

چکیده

هدف: ولع مصرف یکی از پرفشارترین مباحثی است که در علم اختلال‌های اعتیادی با آن مواجه می‌شویم. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش بی‌اشتیاقی اخلاقی و هوش اجتماعی در پیش‌بینی ولع مصرف افراد مصرف‌کننده مواد انجام گرفت. **روش:** روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. افراد مصرف‌کننده مواد که در نیمه اول سال ۱۳۹۶ به مراکز ترک اعتیاد سرپایی استان کرمانشاه مراجعه کرده و تحت درمان بودند، جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. تعداد ۱۲۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل سه پرسش‌نامه‌ی بی‌اشتیاقی اخلاقی بندورا و همکاران، هوش-اجتماعی آنگ توت‌ت و ولع مصرف سوموزا و همکاران بود. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که ولع مصرف با نمره کل بی‌اشتیاقی اخلاقی و مؤلفه‌های توجیه اخلاقی، مقایسه سودمند، بی-اعتنایی به پیامدها، غیرانسانی کردن و نسبت دادن سرزنش رابطه مثبت دارد و با هوش اجتماعی رابطه منفی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ۱۵ درصد از واریانس ولع مصرف به وسیله بی‌اشتیاقی اخلاقی و هوش اجتماعی تبیین می‌شود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت بی‌اشتیاقی اخلاقی و هوش اجتماعی از متغیرهای مرتبط با ولع مصرف می‌باشد که باید در برنامه ترک اعتیاد مورد توجه باشد.

کلیدواژه‌ها: بی‌اشتیاقی اخلاقی، هوش اجتماعی، ولع مصرف، افراد مصرف‌کننده مواد

۱. نویسنده‌مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، پست الکترونیکی:

ahmadishirin89@gmail.com

۲. کارشناس ارشد ستاد مبارزه با مواد مخدر، اردبیل، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

ویژگی اصلی اختلال مصرف مواد مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می‌دهند فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه‌ی مرتبط با مواد، مصرف مواد را ادامه می‌دهد. ویژگی مهم اختلالات مصرف مواد تغییر اساسی در مدارهای مغزی است که امکان دارد بعد از مسمومیت‌زدایی ادامه یابد، مخصوصاً در افرادی که به اختلالات شدید مبتلا هستند. نشانه‌های این تغییرات مغزی را می‌توان در دو نوع رفتار مشاهده کرد: ۱) فرد بارها ترک اعتیاد می‌کند ولی دوباره مصرف را از سر می‌گیرد، ۲) هر بار در معرض محرک‌هایی قرار می‌گیرد که به نوعی با ماده‌ی اعتیادی در ارتباط هستند، به شدت هوس مصرف آن را می‌کند. اعتیاد را می‌توان به عنوان یک حالت پایدار تعریف کرد که در آن ظرفیت فرد برای تنظیم رفتارهای اجباری جستجوی دارو کاهش می‌یابد بدون این که خطر پیامدهای منفی جدی این رفتار در نظر گرفته شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). اعتیاد بیماری پیچیده‌ای است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجباری، و سوسه‌های مقاوم‌ناپذیر، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. تداوم مصرف مواد در طی زمان و تأثیرات سمی طولانی مدت مصرف آن بر عملکرد مغز، منجر به دامنه وسیعی از بدکار کردی‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی شده که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی معنادان در خانواده، محیط کاری و در سطحی وسیع‌تر در جامعه می‌شود (لشنر^۱، ۱۹۹۹). بر اساس برآوردهای موجود در ایالات متحده ۲۴/۶ میلیون نفر سوءمصرف‌کننده مواد مخدر هستند که ۸/۹ میلیون از این افراد دچار اختلال روانی هستند (سامهسا^۲، ۲۰۱۵).

مصرف‌کنندگان مواد پس از سم‌زدایی و ورود به دوره‌های توان‌بخشی، طی ۹۰ روز مجدداً مصرف مواد را از سر می‌گیرند (مک‌کی^۳، فرانکلین، پاتاپیس و لینچ^۳، ۲۰۰۶).

1. Leshner
2. Substance Abuse and Mental
Health Services Administration
(SAMHESA)

3. McKay, Franklin, Patapis, &
Lynch

از اصلی ترین علل این حالت، ولع مصرف^۱ است. ولع مصرف در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نیز به عنوان یکی از ملاک‌های اساسی در اختلال‌های مصرف مواد مورد توجه قرار گرفته است. ولع مصرف یکی از پرفشارترین و دنباله‌دارترین مباحثی است که در علم اختلال‌های اعتیادی با آن مواجه می‌شویم. بر اساس پژوهش‌های پیش‌بالینی و بالینی، ولع مصرف به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده عود محسوب می‌شود (بریس، سینها و هیلج^۲، ۲۰۱۱). ولع مصرف به عنوان محرک اصلی در اختلال مصرف مواد که تنظیم کارآمد آن با مصرف کمتر و پیامدهای مطلوب تداعی شده است محسوب می‌شود (کابر^۳، ۲۰۱۴). مفهوم ولع مصرف را می‌توان یک تجربه شخصی و پدیده‌ای چند بعدی تلقی کرد که با میل و هوس به دست آوردن یک احساس خوشایند و غلبه بر یک احساس ناخوشایند آمیخته است (روزنبرگ^۴، ۲۰۰۹). اهمیت ولع مصرف تا جایی است که تقریباً هر نظریه‌ای از اعتیاد، ولع مصرف و تأثیر تغییرات ناشی از آن را به خصیصه مرکزی وابستگی به مواد در نظر می‌گیرد. یک مشکل عمده در درمان اعتیاد، پیش‌بینی و جلوگیری از عود پس از یک برنامه توانبخشی است (اوهانا، مایان، دیلاچو، روسکا، پونیزوسکی^۵، ۲۰۱۵). آدرین و وین^۶ (۲۰۱۳) نشان دادند ولع مصرف، تمایلات شدید برای تجربه اثرات مواد مخدر، به طور گسترده‌ای به عنوان موانع قابل توجهی برای غلبه بر اعتیاد در نظر گرفته شده است. در مطالعات بالینی و آزمایشگاهی، ولع مصرف به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده معنی دار در استفاده از مواد مخدر و عود پس از درمان شناخته شده است (ویتکوینتز، بوون، دوگلس و شارون^۷، ۲۰۱۳).

برخی شواهد نشان می‌دهند که میزان اشتیاق فرد به اصول اخلاقی می‌تواند در اختلال مصرف مواد نقش داشته باشد. بی‌اشتیاقی اخلاقی^۸ اصطلاحی است که برای اشاره به میزان علاقه و پرداختن به موضوعات اخلاقی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بندورا و باربارانی و

1. craving
2. Breese, Sinha, & Heilig
3. Kober
4. Rosenberg
5. Ohana, Maayan, Delayahu, Roska, & Ponizovsky

6. Adrian, & Wayne
7. witkiewitz, bowen, Douglas, & Sharon
8. Moral disengagement

کاپارا^۱ (۱۹۹۶) نشان دادند که افراد دارای بی‌اشتیاقی اخلاقی بالا تمایل بیشتری به شرکت در رفتارهای بزهکارانه، سطح بالاتر پرخاشگری و سطوح پایین تر گناه و گرایش به نفع اجتماعی دارند. مطابق مبانی نظری، بی‌اشتیاقی اخلاقی صفت ثابتی نیست، بلکه یک جهت‌گیری شناختی نسبت به جهان است که با گذر زمان رشد می‌کند و تحت تأثیر بافت‌های اجتماعی که شخص در آن عمل می‌کند قرار دارد (موری^۲، ۲۰۰۸). نیتون، اندرز، چامپاین و تیسون^۳ (۲۰۱۴) با تحقیقی بر روی نوجوانان نشان دادند که بی‌اشتیاقی اخلاقی یکی از عوامل خطر ساز فردی در مصرف الکل و حشیش در نوجوانان می‌باشد. همچنین بی‌اشتیاقی اخلاقی یک مکانیسم اساسی خطرناک برای رفتارهای ضداجتماعی می‌باشد (هاید، شاو و مویلانن^۴، ۲۰۱۰)؛ و با رفتارهای پرخاشگری ارتباط دارد (کو کینوس، ویولگاریدوس، ماندرالیا و پارسیدوس^۵، ۲۰۱۶). توماس و افرویدیت پینا^۶ (۲۰۱۶) نشان دادند که بی‌اشتیاقی اخلاقی نقش مهمی در تسهیل و تقویت رفتار اذیت و آزار جنسی دارد. گودمن، هندرسون و پترسون-بدلی و گلدشتاین (۲۰۱۵)، با مطالعه رابطه ویژگی‌های روانی اجتماعی در افراد مصرف‌کننده مواد به این نتیجه رسیدند افرادی که احساس مسئولیت و درک (جابجایی مسئولیت) بیشتری نسبت به مشکل خود داشته و آن را به رسمیت شناختند میل به تغییر و اقدام به ترک و عدم ولع مصرف در آن‌ها بیشتر بود. به نظر می‌رسد یکی از عواملی که در پدیده بازگشت پس از درمان و ولع مصرف مواد نقش مهمی دارد، هوش اجتماعی است. افراد در موقعیت‌های اجتماعی، بخاطر تفاوت‌های فردی، یکسان عمل نمی‌کنند. این تفاوت‌های فردی در ادبیات روان‌شناسی به هوش اجتماعی^۷ اشاره دارد. هوش اجتماعی که اولین بار توسط ثورندایک^۸ (۱۹۲۰) به منظور تبیین رفتار و کردار انسان به کار برده شد به عنوان توانایی درک دیگران و عمل و رفتار هوشمندانه در رابطه با دیگران تعریف می‌شود؛ هوش اجتماعی، اصطلاح فراگیری است که مجموعه‌ی گسترده‌ای از مهارت‌های درون فردی و بین فردی را شامل شده و از

1. Bandura, Barbaranelli, & Caprara
2. Moore
3. Newton, Andrews, & Champion
4. Hyde, Shaw, & Moilanen

5. Kokkinos, Voulgaridou, Mandrali,
& Parousidou,
6. Thomas, & Afroditi Pina
7. Social Intelligence
8. Somdike

مولفه‌های پردازش اطلاعات اجتماعی، آگاهی اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی تشکیل می‌شود (رضایی و خلیل زاده، ۱۳۸۸)؛ به عبارت دیگر هوش اجتماعی توانایی تعامل موفقیت‌آمیز در هر محیط است (آلبرشت^۱، ۲۰۰۹). با توجه به این که تاکنون ارتباط هوش اجتماعی در افراد مصرف‌کننده مواد به طور مستقیم بررسی نشده است؛ و از آنجا که هوش اجتماعی محصول مهارت‌های هوش هیجانی است، مهارت‌هایی که در حضور دیگران به دست می‌آیند، که شامل آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه می‌باشند. بنابراین اصطلاح نزدیک به هوش اجتماعی، هوش هیجانی است. در مطالعات کان و دمتروویس^۲ (۲۰۱۰) نشان داده شد که سطوح پایین‌تر هوش هیجانی شامل (رمزگشایی، تمایز احساسات و تنظیم احساسات) نقش کلیدی در رابطه با گرایش مصرف سیگار، استفاده از الکل و مصرف مواد مخدر را دارد. کاردوویل، تایمری، کورتیز، میکولاجزاک و لیومن^۳ (۲۰۱۰) گزارش دادند هوش هیجانی در ولع مصرف نقش دارد؛ بدین معنا که آموزش هوش هیجانی تاثیر مثبت مستقیمی بر روی عدم ولع مصرف تا پایان دوره درمان دارد. افرادی که دارای هوش اجتماعی هستند خصوصیات از جمله سازماندهی گروه، مذاکره برای حل مسائل، روابط شخصی و استعداد همدردی و دلجویی از دیگران و تجزیه و تحلیل اجتماعی و شناخت و بصیرت درونی راجع به عواطف، انگیزه‌ها و علایق دیگران را دارا هستند (گلمن^۴، ۲۰۰۶). بین هوش اجتماعی و مشکلات بین فردی افراد، همبستگی منفی وجود دارد (بشارت، ۱۳۸۴). بین اضطراب اجتماعی و جنبه‌های آن با هوش اجتماعی ارتباط منفی وجود دارد (هامپل^۵، ۲۰۱۱). دیومیترسا، بادیتا، دوگاری، تامبو و دیوتا^۶ (۲۰۱۴) در تحقیقی که بر روی دانشجویان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که هوش اجتماعی با سیگار کشیدن دانشجویان ارتباط دارد. بنابراین با توجه به سوابق بالا پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا بی‌اشتیافی اخلاقی و هوش اجتماعی می‌توانند ولع مصرف در افراد وابسته به مواد را پیش‌بینی کنند؟

1. Albrecht
2. Kun, & Demetrovics
3. Cordovil, Timary, Cortesi, Mikolajczak, & Luminet

4. Goleman
5. Hampel
6. Dumitrescu, Badițab, Dogaru, Tomab, & Duțab

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش افراد مصرف‌کننده مواد بودند که در نیمه اول سال ۱۳۹۶ به مراکز ترک اعتیاد استان کرمانشاه مراجعه کرده بودند. تعداد ۱۲۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از جامعه آماری فوق انتخاب و در پژوهش شرکت کردند. روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش به این صورت بود که ابتدا لیست تمامی مراکز ترک اعتیاد سرپایی استان کرمانشاه که ۱۹ مرکز را شامل می‌شد تهیه و سپس دو مرکز از بین آن‌ها به تصادف انتخاب و پس از مراجعه به مراکز مربوطه تمامی پرونده‌های مراجعین آن مراکز در دسترس قرار گرفت. سپس از هر مرکز ۶۰ نفر مصرف‌کننده مواد انتخاب شد. بعد از آن‌ها درخواست شد به صورت انفرادی و در محل مرکز، به پرسش‌نامه‌های ولع مصرف، بی‌اشتیاقی اخلاقی و هوش اجتماعی پاسخ دهند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اخذ موافقت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و توضیح کامل درباره هدف و روش تحقیق، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند.

ابزار

۱- مقیاس بی‌اشتیاقی اخلاقی: این مقیاس دارای ۳۲ سوال است که برای ارزیابی استعداد فرد برای بی‌اشتیاقی اخلاقی طراحی شده است (بندورا و همکاران، ۱۹۹۶). مقیاس بی‌اشتیاقی اخلاقی ۸ مکانیسم بی‌اشتیاقی اخلاقی را ارزیابی می‌کند که عبارتند از: توجیه اخلاقی، برجسب زدن مدبرانه، مقایسه سودمند، جابه‌جایی مسئولیت، تقسیم مسئولیت، بی‌اعتنایی به پیامدها، غیرانسانی کردن، نسبت دادن سرزنش. هریک از این ۸ مکانیسم به وسیله ۴ گویه اندازه‌گیری می‌شود. افراد به سؤالات این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) پاسخ می‌دهند. موارد بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشانگر بالاتر بودن آن مکانیسم می‌باشد، نمرات بالاتر در کل عامل‌ها نیز بی‌اشتیاقی بالای اخلاقی را نشان می‌دهد، این پرسش‌نامه همبستگی بالایی را در آزمون قضاوت اخلاقی نشان داد و ضریب اعتبار آن ۰/۸۲ گزارش شده است (بندورا و همکاران،

۱۹۹۶). ضریب اعتبار آن در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۶ برای توجیه اخلاقی، ۰/۷۶ برای زبان مدبرانه، ۰/۸۰ برای مقایسه سودمند، ۰/۷۷ برای جابجایی مسئولیت، ۰/۷۶ برای پخش مسئولیت، ۰/۷۹ تحریف پیامدها، ۰/۷۵ اسناد دادن سرزنش، ۰/۷۹ برای غیرانسانی کردن و برای نمره کل بی‌اشتیاقی اخلاقی ۰/۹۰ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه‌ی هوش اجتماعی: این پرسش‌نامه توسط آنگ توت توت (۲۰۰۸) برای اندازه‌گیری هوش اجتماعی افراد تهیه و فرم اصلی آن مشتمل بر ۴۵ گویه‌ی دوگزینه‌ای (درست-نادرست) است که به صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شوند. در این آزمون گویه‌های ۲، ۳، ۶، ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۹، ۳۷، ۳۸، ۴۱ و ۴۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. البته بر اساس نتایج بررسی صفاری‌نیا، سلگی و توکلی (۱۳۹۰) همسانی درونی گویه‌های ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۶، ۳۳، ۳۹ و ۴۰ با نمره‌ی کل پرسش‌نامه مناسب نبوده و با حذف این ۹ گویه تعداد سئوالات آزمون به ۳۶ گویه کاهش یافت. به علاوه، این محققان اعتبار آزمون هوش اجتماعی را در ایران با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، بازآزمایی، و دونیمه‌سازی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۵، ۰/۷۶ و روایی همزمان آن را با پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی شرینک ۰/۷۵ گزارش داده‌اند (صفاریان و همکاران، ۱۳۹۰). ضریب اعتبار آن در پژوهش حاضر ۰/۸۰ به دست آمد.

۳- مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد: این مقیاس خودگزارشی ۸ گویه دارد که توسط سوموزا، دیرینفورت، گلدسمیت، میزینسکی و کوهن (۱۹۹۵) ساخته شده و مدت، فراوانی و شدت ولع مصرف مواد را در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از نه اصلاً (۰) تا خیلی زیاد (۴) اندازه می‌گیرد؛ این آزمون همبستگی بالایی با مقیاس‌های شدت اعتیاد نشان داده و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۸ گزارش شده است. ضریب اعتبار آن در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی ۳۴/۵۱ و انحراف استاندارد ۹/۸۴ سال بود. تعداد ۲۰ نفر (۱۶/۷٪) تحصیلات ابتدایی، ۳۰ نفر (۲۵٪) تحصیلات راهنمایی، ۴۲ نفر (۳۵٪) تحصیلات دبیرستان، ۱۸ نفر (۱۵٪) تحصیلات دیپلم، ۷ نفر (۵/۸٪) کارشناسی، و ۳ نفر (۲/۵٪) تحصیلات بالاتر، داشتند. تعداد ۳ نفر (۲/۵٪) شغل دولتی، ۶۴ نفر (۵۳/۳٪) شغل آزاد داشتند، ۴۵ نفر (۳۷/۵٪) بیکار و ۸ نفر (۶/۶٪) نیز بازنشسته بودند. از نظر میزان درآمد ماهیانه ۴۲ (۳۵٪) میزان درآمد ماهیانه خود را پایین‌تر از ۳۰۰ هزار تومان، ۲۶ نفر (۲۱/۶٪) بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان، ۴۷ نفر (۳۹٪) بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان و ۵ نفر (۴/۷٪) بالاتر از یک میلیون تومان گزارش کردند. تعداد ۹۵ نفر (۷۹/۱٪) سابقه ترک قبلی داشته‌اند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. مفروضه‌ی رابطه‌ی خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک با توجه به نمودار پراکنش متغیرها (نشانگر وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک)، مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف ($P > 0/05$)، مفروضه‌ی استقلال باقیمانده‌ها با استفاده از آماره‌ی دورین-واتسون (قرارگیری در بازه‌ی ۱/۵ تا ۲/۵) و مفروضه‌ی نبود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای مستقل با استفاده از شاخص تولرانس (بزرگتر از ۰/۱)، مورد تأیید قرار گرفت. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای بی‌اشتیاقی اخلاقی و مؤلفه‌های آن، هوش اجتماعی و ولع مصرف

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
بی‌اشتیاقی اخلاقی	۱۰۹/۷۶	۳۵/۶۵	بی‌اعتنایی به پیامدها	۱۴/۶۱	۶/۰۵
توجه اخلاقی	۱۲/۵۸	۲/۷۷	غیرانسانی کردن	۱۳/۹۹	۶/۱۹
برچسب زدن مدبرانه	۱۲/۱۰	۲/۴۲	نسبت دادن سرزنش	۱۴/۴۳	۵/۳۳
مقایسه سودمند	۱۴/۴۳	۵/۳۹	هوش اجتماعی	۱۴/۶۸	۴/۰۲
جایجایی مسئولیت	۱۳/۹۲	۵/۴۹	ولع مصرف	۲۸/۳۸	۲/۱۷
تقسیم مسئولیت	۱۳/۷۰	۶/۲۶			

ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای بی‌اشتیافی اخلاقی و مؤلفه‌های آن و هوش اجتماعی با ولع

معناداری	R	تعداد	متغیرهای پیش‌بین
۰/۰۰۱	۰/۳۴**	۱۲۰	بی‌اشتیافی اخلاقی
۰/۰۰۵	۰/۳۱*	۱۲۰	توجیه اخلاقی
۰/۱۹	۰/۱۱	۱۲۰	برچسب زدن مدیرانه
۰/۰۰۵	۰/۲۷*	۱۲۰	مقایسه سودمند
۰/۱۱	۰/۱۴	۱۲۰	جابجایی مسئولیت
۰/۶۵	۰/۱۹	۱۲۰	تقسیم مسئولیت
۰/۰۰۱	۰/۲۹**	۱۲۰	بی‌اعتنایی به پیامدها
۰/۰۵	۰/۳۲*	۱۲۰	غیرانسانی کردن
۰/۰۵	۰/۳۰*	۱۲۰	نسبت دادن سرزنش
۰/۰۰۱	-۰/۳۴**	۱۲۰	هوش اجتماعی

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

برای پیش‌بینی ولع مصرف از رگرسیون چندگانه به روش ورود استفاده شد. نتایج نشان داد متغیرهای پیش‌بین ۱۵ درصد از ولع مصرف را پیش‌بینی نمودند. ضرائب رگرسیون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: ضرایب رگرسیون ولع مصرف بر اساس متغیرهای پیش‌بین

معناداری	آماره t	β	انحراف - استاندارد	B	متغیرهای پیش‌بین
۰/۰۰۰۵	۲۴/۲۰۶	-	۱/۲۲۷	۲۹/۷۰۷	مقدار ثابت
۰/۰۰۱	-۳/۱۹۸	-۰/۲۹۶	۰/۰۴۷	-۰/۱۵	هوش اجتماعی
۰/۰۵	۲/۱۰۰	۰/۴۱۲	۰/۰۰۶	۰/۰۱۳	بی‌اشتیافی اخلاقی
۰/۰۵	۱/۷۵۵	۰/۲۱۲	۰/۰۹۲	۰/۱۶۲	توجیه اخلاقی
۰/۱۲	۰/۸۵۶	۰/۰۱۹	۰/۰۹۷	۰/۱۰۲	برچسب زدن مدیرانه
۰/۵۵۹	۰/۵۸۶	۰/۰۱۰	۰/۱۱۵	۰/۰۶۷	مقایسه سودمند
۰/۷۵۹	۰/۳۰۸	۰/۰۲۰	۰/۱۱۶	۰/۰۳۶	جابه‌جایی مسئولیت
۰/۳۹۶	۰/۸۵۳	۰/۰۵۲	۰/۱۲۱	۰/۱۰۳	تقسیم مسئولیت
۰/۲۷	۰/۰۹۸	۰/۰۱۹	۰/۰۸۸	۰/۰۹۶	بی‌اعتنایی به پیامدها
۰/۰۵	۲/۱۳۶	۰/۳۷۰	۰/۰۹۲	۰/۱۹۷	غیرانسانی کردن
۰/۲۳۸	۰/۱۸۸	۰/۰۷۱	۰/۱۲۱	۰/۱۴۳	نسبت دادن سرزنش

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش بی‌اشتیاقی اخلاقی و هوش‌اجتماعی در پیش‌بینی ولع مصرف افراد مصرف‌کننده مواد انجام گرفت. همبستگی مثبت ولع مصرف با نمره کل بی‌اشتیاقی اخلاقی و مؤلفه‌های توجیه اخلاقی، مقایسه سودمند، بی‌اعتنایی به پیامدها، غیرانسانی کردن و نسبت دادن سرزنش و پیش‌بینی ولع مصرف مواد بر اساس نمره کل بی‌اشتیاقی اخلاقی و مؤلفه‌های توجیه اخلاقی و غیرانسانی کردن با یافته‌های هاید و همکاران (۲۰۱۰)، نیتون و همکاران (۲۰۱۴)، گودمن و همکاران (۲۰۱۵)، کوکینوس و همکاران (۲۰۱۶) و توماس و همکاران (۲۰۱۶) همخوان می‌باشد. کلینجان، وان‌دن اینجندین و اینگلز^۱ (۲۰۰۹) با مطالعه نقش باورهای بی‌اشتیاقی و وابستگی به نیکوتین در توقف سیگار کشیدن به این نتیجه رسیدند که سطوح بالای وابستگی به سیگار با تبعیت بیشتر از باورهای بی‌اشتیاقی همراه است. بخشی از این نتایج هم‌نشان داد که بی‌اشتیاقی اخلاقی ممکن است مکانیسم زیربنایی بسیاری از رفتارهای ضد اجتماعی نوجوانان باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بی‌اشتیاقی اخلاقی به فقدان تمایل فرد برای پرداختن به موضوعات اخلاقی گفته می‌شود. به عبارت دیگر موضوع اخلاق بهترین توجیه است برای این که چگونه ماهیت رفتار به موقعیت وابسته است. هر چند که فرد ممکن است اصول اخلاقی قاطعی داشته باشد، با این حال مکانیسم‌هایی وجود دارند که می‌توان از آن‌ها برای برحذر داشتن فرد از سرزنش خویشتن به خاطر اعمال سزاوار سرزنش سود جست. این مکانیسم‌ها افراد را قادر می‌سازند تا از اصول اخلاقی خود سرپیچی کنند بی‌آنکه خود را خوار بشمارند، بندورا اکثر بدرفتاری‌ها را به این مکانیسم‌ها نسبت می‌دهد تا به معیارهای اخلاقی ضعیف؛ از نظر بندورا (۱۹۸۶) "از آنجا که کنترل‌های درونی شده دستخوش عملیات افتراقی قرار می‌گیرند، تغییرات فاحش در اعمال اخلاقی افراد، بدون تغییر یافتن ساختار شخصیتی یا نظام‌های ارزیابی شخصی آن‌ها، به وجود می‌آیند. فرایندهای خود تیره‌ساز توجیه‌کننده‌ی بسیاری از رفتارهای غیرانسانی هستند نه نقصان‌های شخصیتی"؛ از

سویی هر اندازه افراد از مکانیسم‌های بی‌اشتیافی اخلاقی بیشتری استفاده کنند، تغییرات فاحشی در اعمال اخلاقی آن‌ها، بدون تغییر یافتن ساختار شخصیتی یا نظام‌های ارزیابی شخصی آن‌ها، به وجود می‌آید؛ این فرایندهای خود تیره‌ساز توجیه‌کننده (توجیه غیر عادی رفتارهای نامناسب خود) بسیاری از رفتارهای غیرانسانی (بدون این که هیچ نوع احساس شرمساری در فرد ایجاد بشود) بوده که باعث می‌شود افراد به رفتارهای مشکل‌زای خود از جمله مصرف مواد ادامه دهند. در واقع افراد به علت توجیه کردن اعمال خود، به پیامدهای رفتاری خود کمتر می‌اندیشند و با استعمال مواد سعی در لذت بردن آنی از مصرف مواد دارند؛ از آنجا که ولع مصرف به صورت فقدان کنترل بر افکار سرزده‌ای که اصرار بر مصرف مواد دارند مشخص می‌شود، این افراد بعد از ترک و اتمام دوره درمان خود و پس از گذشت مدتی، مصرف مواد را دوباره از سر می‌گیرند.

رابطه منفی ولع مصرف با هوش اجتماعی و پیش‌بینی ولع مصرف با هوش اجتماعی با مطالعات بشارت (۱۳۸۴)، کان و همکاران (۲۰۱۰)، کاردوویل و همکاران (۲۰۱۰)، هامپل (۲۰۱۱) و دیومیتسا و همکاران (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. می‌توان اینگونه استنباط کرد، افراد معتاد هوش اجتماعی پایین‌تری دارند و در توجه به ارتباطات اجتماعی، ادارک صحیح آن‌ها، پردازش درست و مطلوب روابط بین فردی با مشکلاتی مواجه هستند. این مشکلات باعث می‌شوند فرد در رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زا و دشواری‌های زندگی توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست بدهد و به سوی رفتارهای سازش‌نا یافته کشانده شود؛ از آنجا که هوش اجتماعی نقش اساسی در رفتارهای روزمره افراد دارد و می‌تواند آنان را در مقابل رفتارهای آسیب‌رسان محفوظ دارد، افراد دارای مهارت‌های اجتماعی ضعیف، نه تنها در برابر عوامل مشوق مصرف مواد آسیب‌پذیرتر هستند، بلکه تمایل دارند از مصرف مواد به عنوان جایگزینی برای راهبردهای مقابله‌ای سازش‌یافته استفاده نمایند. دیومیتسا و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیقی که بر روی دانشجویان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که هوش اجتماعی با سیگار کشیدن دانشجویان ارتباط دارد. به عبارت دیگر هوش اجتماعی خاصیت ویژه‌ای است که نشان‌دهنده قابلیت‌ها و توانایی‌های فردی است؛ فردی که هوش اجتماعی پایینی دارد اگر در

معرض تعارف سیگار یا مواد اعتیادآور قرار بگیرد به علت ضعف در مهارت‌های اجتماعی خود و عدم توانایی در برخورد منطقی و مناسب، توانایی تشخیص آن موقعیت را ندارد، این افراد به علت عدم آگاهی و ضعیف بودن مهارت‌های اجتماعی در آن‌ها، هنگام رویارویی با مشکلات برای ترمیم آن، دوباره مصرف مواد را از سر می‌گیرد. همچنین هوش اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر ولع مصرف مواد باشد. چرا که افراد با هوش اجتماعی بالا می‌دانند چگونه در موقعیت‌های مختلف برانگیخته شوند و توانایی کافی برای فهم و تحلیل موقعیت‌های خود و دیگران را دارا هستند، این توانایی باعث می‌شود تا با تنظیم هیجانات و افکار خود ابراز مقاومت در برابر پذیرش رفتار ناشایسته از جمله بازگشت و میل دوباره پردازند.

بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت افراد مصرف‌کننده موادی که بی‌اشتیاقی اخلاقی بالا و هوش اجتماعی پایینی دارند بعد از ترک و اتمام دوره درمان، ولع مصرف و میل زیادی برای مواد دارند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که این دو متغیر از عوامل مهمی هستند که در ولع مصرف افراد معتاد نقش دارند. عدم کنترل نوع ماده مصرفی به دلیل مصرف بیش از یک نوع ماده مخدر توسط اکثر افراد در طول یک ماه آخر منتهی به زمان اجرای پژوهش محدودیت عمده مطالعه حاضر بود؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نوع ماده مصرفی کنترل گردد. با توجه به این پژوهش و اهمیت بی‌اشتیاقی اخلاقی و هوش اجتماعی در ولع مصرف مواد، لزوم ارائه کارگاه‌های آموزشی برای کاهش و مقابله با راهبردهای بی‌اشتیاقی اخلاقی و ارتقاء سطح هوش اجتماعی افراد مصرف‌کننده مواد پیشنهاد می‌شود.

منابع

- انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۳). تهران: نشر روان.
- آنگ تون ت (۲۰۰۸). آزمون هوش اجتماعی. ترجمه محمد مجدیان (۱۳۸۸). تهران: شرکت آزمون یارپویا.

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۴). بررسی تأثیر هوش هیجانی بر کیفیت روابط اجتماعی. مطالعات روان‌شناختی، ۱(۳و۲)، ۳۸-۲۵.

رضایی، اکبر، خلیل‌زاده، اکبر (۱۳۸۸). رابطه بین هوش اجتماعی مدیران با رضایت معلمان. فصلنامه علوم تربیتی، ۲(۷)، ۱۴۵-۱۲۱.

صفاری‌نیا، مجید، سلگی، زهرا، توکلی، سوده. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی پرسش‌نامه هوش اجتماعی. فصلنامه پژوهش‌های روانشناختی اجتماعی، ۱(۳)، ۷۰-۵۷.

Adrian, C., Wayne, H. (2013). Ethical implications of research on craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1593-1599.

Albrecht, K. (2009). *Social Intelligence: The New Science of Success*. Pfeiffer; 1th edition.

Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, C. (1996). Mechanisms of moral disengagement in exercise of moral agency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), 364- 374.

Breese, G. R., Sinha, R., Heilig, M. (2011). Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse. *Journal Pharmacology and Therapeutics*, 129(2), 149-171. DOI: 10.1016/j.pharmthera.2010.09.007.

Cordovil, M., Timary, P., Cortesi, M., Mikolajczak, M., Luminet, O. (2010). Moderating effect of emotional intelligence on the role of negative affect in the motivation to drink in alcohol-dependent subjects undergoing protracted withdrawal. *Journal of Personality and Individual Differences*, 48, 16-21.

Dumitrescu, A. L., Badițab, D., Dogarub, C. B., Tomab, C., Duțab, C. (2014). The Association of Social Desirability and Social Intelligence with smoking among Undergraduates. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 552 - 556.

Goleman, D. (2006). *Social intelligence: The Revolutionary New science of gum an relationships*, Bantam Dell publishment.

Goodman, I., Henderson, J., Peterson-Badali, M., Goldstein, A. L. (2015). The Relationship between Psychosocial Features of Emerging Adulthood and Substance Use Change Motivation in Youth. *Journal of Substance Abuse Treatment* 52, 58-66.

Hampel. (2011). the relations between social anxiety and social intelligence: A latent variable analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 545-553.

Hyde, L. W., Shaw, D. S., Moilanen, K. L. (2010). Developmental precursors of moral disengagement and the role of moral disengagement in the development of antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 197-209.

Jenkins, R. (2008). *Social identity*. London: Rutledge.

Kleinjan, M., Van Den Eijnden, R. J. J. M., Engels, R. C. M. E. (2009). Adolescents' rationalizations to continue smoking: The role of

- disengagement beliefs and nicotine dependence in smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 34, 440–445.
- Kober, H. (2014). *Emotion Regulation in Substance Use Disorders*. In j. j. Gross (Ed), *Handbook of emotion regulation* (2 nd Ed) (pp, 428-446). New York, NY: Guilford.
- Kokkinos, C. M., Voulgaridou, I., Mandrali, M., Parousidou, Chr. (2016). Interactive links between relational aggression, theory of mind, and moral disengagement among early adolescents. *Psychology in the Schools*, 53, 253–269.
- Kun, B. & Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and: A Systematic Review. *Substance Use & Misuse*, 45, 1131-1160.
- Leshner, A. (1999). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed). National Institute of health (NIH) publication.
- McKay, J., Franklin, T., Patapis, N., Lynch, K. (2006). Conceptual, methodological and analytical issues in the study of relapse. *Journal Clinical Psychology Review*, 26(2), 109-127.
- Moore, C. (2008). Moral disengagement in processes of organizational corruption. *Journal of Business Ethics*, 80(1), 129-139.
- Newton, N. C., Andrews, G., Champion, C. E., Teesson, M. (2014). Universal Internet-based prevention for alcohol and cannabis use reduces truancy, psychological distress and moral disengagement: cluster randomized controlled trial. *Journal Preventive Medicine*, 65, 109–115.
- Ohana, D., Maayan, R., Delayahu, Y., Roska, P., Alexander, M., Ponizovsky, A., Weizman, Gal Yadid & Eldad Yechiam. (2015). Effect of dehydroepiandrosterone add-on therapy on mood decision making and subsequent relapse of poly drug users, *Journal Addiction Biology*, 21(4), 885-894. DOI: 10.1111/adb.12241.
- Rosenberg, H. (2009). Clinical and Laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 519–534.
- Somoza, E., Dyrenforth, S., Goldsmith, J., Mezinskis, J., Cohen, M. (1995). *In search of a universal drug craving scale*. Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Miami Florida, 121-132.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). About co- occurring disorders. Retrieved from <http://media.samhsa.gov/co-occurring>.
- Thomas, E. P., Afroditi P. (2016). Moral disengagement as a self-regulatory process in sexual harassment perpetration at work: A preliminary conceptualization: *Journal of Aggression and Violent Behavior*, 21, 73–84.
- Witkiewitz, k., Bowen, S., Douglas, H., Hsu, SH. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.04.001.