

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۰۹/۱۷

تاریخ بررسی مقاله: ۹۴/۱۰/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۱/۰۴

DOI: 10.22055/jacp.2017.13198

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی

دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار ۱۳۹۵

دوره‌ی دوم، سال ۲، شماره ۱

ص: ۸۴-۶۹

## نقش تعدیل‌کننده هوش هیجانی در رابطه با اثر آمادگی برای اعتیاد بر مصرف مواد

هاشم جبرائیلی<sup>۱\*</sup> و مجتبی حبیبی<sup>۲</sup>

### چکیده

هوش هیجانی با شناخت فرد از خویش و دیگران، ارتباط بین فردی، سازگاری و انطباق با محیط در جهت ارضای نیاز خود و انتظارات اجتماعی در ارتباط است. بنابراین می‌تواند در رابطه با اثر آمادگی برای اعتیاد بر مصرف نقش تعدیل‌کننده داشته باشد که پژوهش حاضر در قالب مدلی به بررسی این نقش پرداخت. تعداد ۳۰۰ آزمودنی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین دانشجویان دانشگاه خوارزمی انتخاب و با استفاده از پرسشنامه هوش هیجانی برادبری-گریوز، پرسشنامه آمادگی برای اعتیاد و پرسشنامه محقق ساخته در مورد مصرف مواد مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های بر مبنای آزمون‌های همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزارهای SPSS و EQS مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از آن بود که بین آمادگی برای اعتیاد و مصرف مواد رابطه معنادار مثبت ( $r=0/28, P<0/01$ ) و بین آمادگی برای اعتیاد و هوش هیجانی رابطه معنادار منفی ( $P<0/01$ )، وجود دارد. مدل پیشنهاد شده برای بررسی نقش تعدیل‌کننده هوش هیجانی در رابطه با اثر آمادگی برای اعتیاد بر مصرف مواد از برازش مطلوبی با داده‌ها ( $RMSEA=0/08, CFI=0/97, NFI=0/95, GFI=0/97, AGFI=0/93$ ) برخوردار بود. گرایش به اعتیاد اثر مستقیم مثبت ( $\beta=0/16$ ) و اثر غیرمستقیم منفی ( $\beta=-0/06$ ) بر مصرف مواد داشت. هوش هیجانی نقش مهمی در پیشگیری از مصرف مواد ایفا می‌کند و افرادی با نمره بالا در هوش هیجانی با وجود داشتن آمادگی برای مصرف مواد و اعتیاد، به دلیل آگاهی از هیجانات خود، خود‌مدیریتی و مدیریت روابط و موقعیت‌های پرخطر، در عمل کمتر به مواد مصرف سوق پیدا می‌کنند.

**کلید واژگان:** آمادگی برای اعتیاد، مصرف مواد، متغیر تعدیل‌کننده، هوش هیجانی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

h.jabraeili@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی سلامت، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

## مقدمه

امروزه بیشتر جوامع در معرض آثار سوء مصرف مواد قرار دارند، این آثار سوء بر جنبه‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی تأثیرگذار است. دامنه تخریب مصرف مواد و وابستگی به آن چنان گسترده و عمیق است که نه تنها فرد مصرف‌کننده، بلکه تمام شبکه‌های اجتماعی اعم از خانواده، دوستان، محیط‌های تحصیلی و شغلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (توکلی و دهکردین، ۱۳۹۲). مصرف مواد خطر بیماری و مرگ‌ومیر را افزایش می‌دهد و با پیامدهای اجتماعی وخیمی همراه است (سوتین اوانس و زوندرمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). سیگار کشیدن علت قابل پیشگیری ناتوانی و مرگ در جهان است و به افزایش خطر سرطان، بیماری‌های قلبی-عروقی، تنفسی و دیگر مشکلات مرتبط با سلامتی منجر می‌شود (سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). مصرف مواد دیگر، به‌ویژه مواد غیرقانونی، علاوه بر آسیب به افراد مصرف‌کننده و تأثیر بر مراقبت بهداشتی، درگیری با قانون و مجازات را به همراه دارد (تراسیانو، لوکنهوف، کروم، بینونو و کاستا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).

بررسی عوامل مرتبط با مصرف و اعتیاد به مواد نشان داده است که هوش هیجانی به‌عنوان مجموعه‌ای از مهارت‌ها، استعدادها و توانایی‌های غیرشناختی که توان موفقیت فرد در مقابله با فشارها و اقتضاهای محیطی را افزایش می‌دهد، از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف و سوء مصرف مواد است (بار-اون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷؛ پارکر، تیلور، یاستابروک، اسکل و وود<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). صورت‌بندی اولیه (سالوی و مایر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰) از هوش هیجانی شامل یک مدل سه جزئی بود که در آن هوش هیجانی به سه مقوله ارزیابی هیجان، تنظیم هیجان و استفاده از هیجان در حل مسائل تقسیم می‌شد. بعداً سالوی و مایر (۱۹۹۰) مدل قبلی خود را اصلاح و یک مدل چهار طبقه‌ای را پیشنهاد کردند که به‌صورت سلسله مراتبی مرتب شده بود: ۱- ادراک، ارزیابی و ابراز هیجان؛ ۲- تسهیل هیجانی تفکر و اندیشه؛ ۳- فهم و تحلیل اطلاعات هیجانی و به کارگیری دانش هیجانی و ۴- نظم بخشی و تنظیم هیجان، که هر کدام از این طبقات خود شامل

- 
1. Sutin, Evans, & Zonderman
  2. World Health Organization
  3. Terracciano, Lockenhoff, Crum, Bienvenu, & Costa
  4. Bar-On
  5. Parker, Taylor, Eastabrook, Schell, & Wood
  6. Salovey & Mayer

چندین مؤلفه فرعی و جزئی‌تر بودند (مایر و سالوی، ۱۹۹۷).

مایر، رابرتز<sup>۱</sup> و بارسد<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) در جدیدترین تعریف خود هوش هیجانی را توانایی استدلال دقیق در مورد هیجانات و استفاده از هیجانات و دانش هیجانی نامیدند که تفکر را ارتقا می‌بخشد. بویاتزیس<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) هوش هیجانی را توانایی تشخیص، فهم و استفاده از اطلاعات هیجانی می‌داند که به عملکرد مؤثر و برتر منجر می‌شود. در پذیرفته شده‌ترین مدل از هوش هیجانی نیز اعتقاد بر این است که هوش هیجانی در بر گیرنده چهار مؤلفه ۱- ادراک و بیان هیجان؛ ۲- استفاده از هیجانات به منظور تسهیل در انجام وظایف؛ ۳- فهم ارتباط بین هیجانات و موقعیت‌ها و ۴- تنظیم و مدیریت هیجانات خود و دیگران است (مایر، سالوی، کاروسو و سیتارنویس، ۲۰۰۱؛ به نقل از رابرتز، مک کان، متیوس و زیدنر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). در واقع، می‌توان گفت که هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است که به فرد کمک می‌کند تا با درک، ارزیابی و بیان دقیق هیجان‌ها، از احساس‌هایی که افکار را تسهیل می‌نماید آگاهی یابد و با برقراری توازن میان افکار و هیجان‌های خود، تصمیم‌گیری‌های عاقلانه و رفتارهای مسئولانه داشته باشد (والش<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵).

افرادی با هوش هیجانی بالا در مواجهه با وقایع استرس‌زا از توان مقابله مؤثرتر برخوردارند، زیرا هیجانات خود را دقیق‌تر درک و ارزیابی می‌کنند، می‌دانند که چه موقع و به چه نحو احساساتشان را بروز دهند و می‌توانند حالات خلقی خود را تنظیم نمایند. در مقابل، افرادی با هوش هیجانی پایین در شناخت احساسات و هیجان‌های خود و دیگران مشکل دارند، از عزت نفس پایینی برخوردارند و کنار آمدن با فشارهای روانی برای آن‌ها دشوار است (سالوی، مایر و کاروسو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). افرادی با هوش هیجانی پایین تحت فشار روانی برای مدیریت روحیه و خلق ممکن است به رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد دست زنند. در واقع، در حالی که افرادی با هوش هیجانی بالا فشارهای همتایان را درک می‌کنند و از عهده کنترل هیجانات خود بر می‌آیند و در نتیجه، در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری از خود نشان می‌دهند، افرادی با

- 
1. Roberts
  2. Barsade
  3. Boyatzis
  4. Roberts, Maccann, Matthews, & Zeidner
  5. Walsh
  6. Caruso

هوش هیجانی پایین همواره با هیجان‌های منفی دست به گریبان هستند و برای مقابله با این هیجان‌ها به مصرف مواد روی می‌آورند (ترینیداد و جانسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ ترینیداد، اونگر<sup>۲</sup>، چو<sup>۳</sup> و جانسون، ۲۰۰۴).

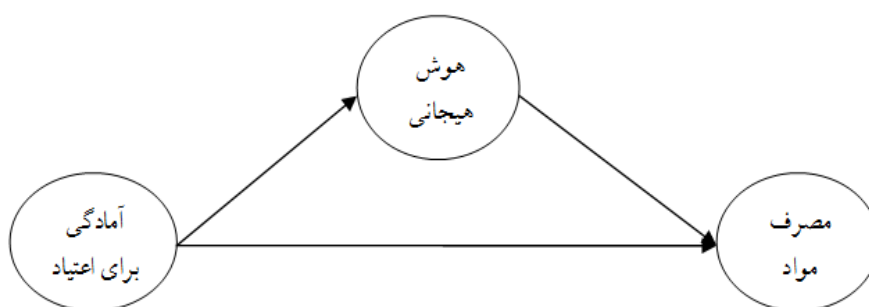
افرادی با هوش هیجانی بالاتر علاوه بر اینکه برای مقابله با تجربیات منفی زندگی سازگارتر هستند، در فهم درست و همدلی با هیجان‌ها دیگران مهارت بیشتری دارند، دارای شبکه حمایت اجتماعی گسترده‌تری هستند و از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند و در نتیجه کمتر در معرض مواد قرار می‌گیرند (چرنیس، روچ و بارباراش<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). شوته، مالوف، تورستینسون، بولار و روک<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) در فرا تحلیلی روی ۴۴ تحقیق با ۷۸۹۸ نمونه به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی پیش‌بینی‌کننده مثبت سلامت روان است. در پژوهش‌های دیگر نیز بین هوش هیجانی و شاخص‌های مختلف سلامت روان (زیندر، ماتهوس و بوبرتس، ۲۰۱۲)، بهزیستی روانی (جیمز، بور و زیتو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲؛ یالکین، کاراهان، اوزسلیک و ایگد<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸)، کیفیت زندگی (یالکین و همکاران، ۲۰۰۸)، سبک‌های مقابله (کمپل و نتوبدزی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷)، مصرف الکل (ویتنی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰؛ کوردویل دی سوسا اوا و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰) و مواد (رسورسیون، سالگورو و رویز-آراندا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴) رابطه معنادار یافت شده است.

در پژوهش‌های انجام شده در کشور نیز مطالعه حدادی کوهسار (۱۳۸۸)، بخشی سورشجانی (۱۳۸۷) و حدادی کوهساری، روشن و اصغرنژاد فرید (۱۳۸۶) روی دانشجویان، مطالعه پورکیانی، مرتضوی، مختاری و مهربانی‌فر (۱۳۹۱) روی پرستاران بیمارستان‌های کرمان و مطالعه خسروی کبیر، موسوی و آقاییوسفی (۱۳۸۸) روی معتادان به مواد مخدر نشان داد که افرادی که دارای هوش هیجانی بالاتری هستند از سلامت روان بیشتری برخوردارند. همچنین،

1. Trinidad & Johnson
2. Unger
3. Chou
4. Cherniss, Roche, & Barbarasch
5. Schutte, Malouff, Thoresteinson, Bhullar, & Rooke
6. James1 Borel, & Zito
7. Yalcin, Karahan, Ozcelik, & Igde
8. Campbell & Ntobedzi
9. Whitney
10. Cordovil de Sousa Uva
11. Resurreccion, Salguero, & Ruiz-Aranda

مطالعه خیری، عبداللهی و شاهقلیان (۱۳۹۲)، منشی و مظاهری (۱۳۸۹) و نریمانی، حبیبی و رجبی (۱۳۹۰) روی معتادان، مطالعه نریمانی، عیوضی و ابوالقاسمی (۱۳۹۳) و قنبری طلب، قنبری، طهماسبی کیانی و نادری لردجانی (۱۳۹۲) روی دانش آموزان و مطالعه اکبری زردخانه، رستمی و زارعان (۱۳۸۷) روی دانشجویان نشان داد که بین هوش هیجانی و گرایش نسبت به مصرف مواد و اعتیاد رابطه منفی وجود دارد.

بنابراین، با توجه به اهمیت بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد و مصرف مواد و در راستا و جهت تکمیل مطالعات انجام شده با عنایت به این نکته که بیشتر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه از نوع همبستگی بوده و به بررسی رابطه ساده بین هوش هیجانی و گرایش به مصرف مواد پرداخته‌اند، پژوهش حاضر قصد دارد در قالب مدلی به بررسی نقش تعدیل‌کننده هوش هیجانی در رابطه با اثر آمادگی برای اعتیاد بر مصرف مواد بپردازد تا به روشن شدن هر چه بهتر نقش هوش هیجانی در زمینه آمادگی برای اعتیاد و مصرف مواد نائل آید.



شکل ۱. چارچوب نظری پژوهش حاضر

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحلیلی-مقطعی است و به لحاظ شیوه گردآوری و تحلیل داده‌ها به طرح‌های همبستگی تعلق دارد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام دانشجویان دانشگاه خوارزمی بود که در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ مشغول به تحصیل بودند. از بین این جامعه، با

توجه به تعداد متغیرهای مورد بررسی و هدف پژوهش که عبارت بود از آزمون برآزش مدل طراحی شده با داده‌ها، ۳۰۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها جهت پرکردن (در محوطه دانشگاه و خوابگاه‌های دانشجویی) در اختیار آنان قرار گرفت. با توجه به شیوه نمونه‌گیری پژوهش حاضر که به صورت در دسترس بود پرسشنامه‌ها تنها به کسانی داده می‌شد که مایل به پر کردن آن بودند و هیچ اجباری برای شرکت در پژوهش وجود نداشت. به منظور رعایت اصول اخلاقی به آزمودنی‌ها گفته شد که شرکت در مطالعه اختیاری است و در صورت عدم تمایل می‌توانند از شرکت در مطالعه خودداری کنند. همچنین به آزمودنی‌ها توضیح داده شد که پرسشنامه‌ها حاوی اطلاعات هویتی نیست و اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهند گرفت و لذا نگرانی از بابت درز اطلاعات شخصی وجود ندارد. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و دو رشته‌ای نقطه‌ای و مدل‌یابی معادلات ساختاری و به وسیله نرم افزارهای SPSS و EQS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه هوش هیجانی برادبری- گریوز.** این پرسشنامه که توسط برادبری- گریوز<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) برای اندازه‌گیری هوش هیجانی ساخته شده است دارای ۲۸ ماده است که به ۵ مقیاس هوش هیجانی کلی، خود آگاهی، خود مدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط تقسیم می‌شود. شیوه نمره‌گذاری آزمون با استفاده از مقیاس ۶ درجه‌ای از ۱ تا ۶ انجام می‌شود. جمع نمراتی که آزمودنی در هر یک از سؤالات کسب می‌کند نمره کل آزمون را تشکیل می‌دهد. این پرسشنامه در ایران به وسیله گنجی، میرهاشمی و ثابت (۱۳۸۵) هنجار یابی شده است. گنجی و همکاران (۱۳۸۵) در مطالعه‌ای با هدف هنجاریابی آزمون هوش هیجانی برادبری- گریوز (۲۰۰۵) در جامعه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی رودهن و ساوه روی ۶۰۰ نفر (۳۰۰ دختر و ۳۰۰ پسر) ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد ۰/۹۰ و با استفاده از محاسبه همسانی درونی ۰/۸۳ گزارش کردند. در این مطالعه جهت بررسی روایی مقیاس نیز از دو روش روایی همگرا و روایی سازه (با استفاده از روش تحلیل عاملی) استفاده

1. Bradberry & Greaves

شد که نتیجه بررسی روایی همگرا با محاسبه همبستگی نمرات این مقیاس با نمرات مقیاس هوش هیجانی بار-آن حاکی از همبستگی مثبت ( $r=0/67$ ) معنادار نمرات این دو مقیاس بود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نیز حاکی از تأیید ساختار عاملی این پرسشنامه بود.

**پرسشنامه آمادگی به اعتیاد.** پرسشنامه حاضر مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد<sup>۱</sup> است که با توجه به شرایط روانی-اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر، نجاریان و نعامی (۱۳۸۷). این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ سنج است و ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل برای اعتیاد می‌باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت نسبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می‌باشد و بیشتر ماده‌های مربوط به آمادگی منفعل به عدم ابراز وجود و افسردگی مربوط می‌شوند. زرگر و همکاران (۱۳۸۷) جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده کردند. در روایی ملاکی، پرسشنامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیرمعتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داده است. روایی سازه مقیاس نیز از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنی‌دار می‌باشد. اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای ماده‌های اصلی پرسشنامه ۰/۹۰ به‌دست آمد.

**تجربه مصرف مواد.** جهت بررسی تجربه مصرف مواد از آزمودنی‌ها خواسته شد تا به این سؤال که «آیا در یک ماه گذشته تجربه مصرف یکی از مواد سیگار، قلیان، تریاک، حشیش، شیشه، الکل یا سایر مواد را داشته‌اید» پاسخ بلی یا خیر دهند. نمره‌گذاری این سؤال به صورت دو گزینه‌ای انجام شد، عدد صفر در صورت عدم وجود تجربه مصرف مواد و عدد یک زمانی که تجربه مصرف وجود داشت.

## یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی بیانگر آن است که حدود ۵۸/۷ درصد آزمودنی‌ها دختر و ۴۱/۳ درصد پسر، ۹۲ درصد مجرد و ۸ درصد متأهل هستند. میانگین سن آزمودنی‌ها ۲۱/۵۶ سال با انحراف معیار ۲/۵۲ است. ۳۲ درصد آزمودنی‌ها تجربه مصرف حداقل یکی از مواد (سیگار،

1. addiction tendency questionnaire

قلیان، تریاک، حشیش، شیشه، الکل) را در یک ماه گذشته داشتند، در حالی که ۶۸ درصد آزمودنی‌ها تجربه مصرف هیچ‌گونه موادی را در یک ماه گذشته نداشتند. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ارائه شده است. برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رشته‌ای دو نقطه‌ای استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

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

متغیر	M	SD	مصرف مواد	هوش هیجانی	آمادگی برای اعتیاد
مصرف مواد	-	-	-	-	-
هوش هیجانی	۱۲۶/۰۱	۲۴/۳۶	۰/۰۳	-	-
آمادگی برای اعتیاد	۳۸/۳۳	۱۶/۸۱	۰/۲۸**	-۰/۴۴**	-

\*\* $P < 0/01$  \* $P < 0/05$

با توجه به داده‌های ارائه شده در جدول ۱ میانگین نمره هوش هیجانی آزمودنی‌ها ۱۲۶/۰۱ با انحراف استاندارد ۲۴/۳۶ و میانگین نمره آمادگی برای اعتیاد آزمودنی‌ها ۳۸/۳۳ با انحراف استاندارد ۱۶/۸۱ می‌باشد.

همان‌طور که ماتریس همبستگی ارائه شده در جدول ۱ نشان می‌دهد بین آمادگی برای اعتیاد و مصرف مواد رابطه معنادار مثبت ( $r=0/28, P<0/01$ ) و بین آمادگی برای اعتیاد و هوش هیجانی رابطه معنادار منفی ( $r=-0/44, P<0/01$ ) وجود دارد.

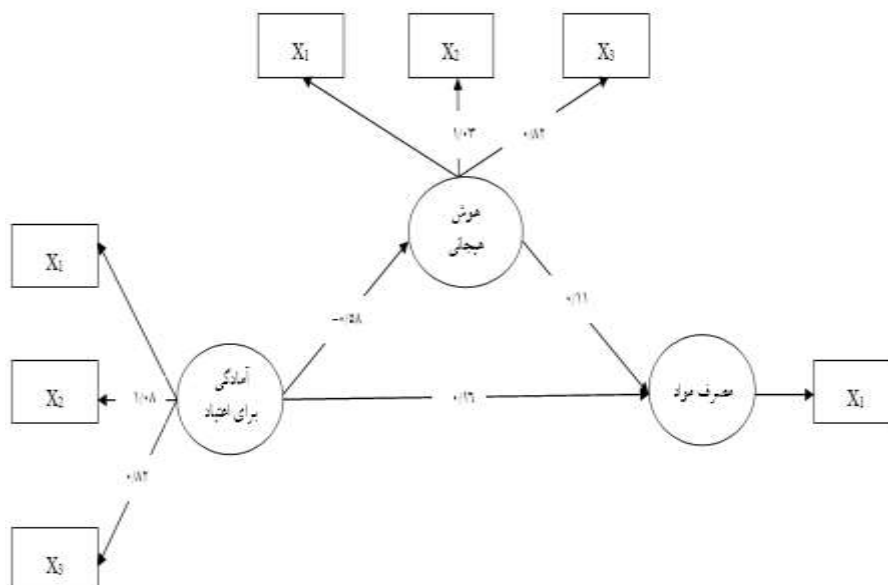
پس از بررسی ضرایب همبستگی بین متغیرها، جهت بررسی اثر تعدیل‌کنندگی هوش هیجانی بر رابطه بین آمادگی برای اعتیاد و مصرف مواد از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. شاخص‌های نیکویی برازش به دست آمده برای مدل نشان می‌دهد که مقدار مجذور کای به دست آمده ( $\chi^2=30/70, P=0/01$ ) معنادار بوده و حاکی از آن است که بین ماتریس واریانس- کوواریانس به دست آمده از داده‌ها و ماتریس واریانس- کوواریانس مورد انتظار تفاوت معناداری وجود دارد. اما با توجه به این که مقدار مجذور کای به شدت تحت تأثیر حجم نمونه قرار دارد، در نمونه‌هایی با حجم بزرگ (بالای ۲۰۰) این شاخص در اکثر مواقع معنادار است، بنابراین بررسی سایر شاخص‌های برازش مدل ضروری است. بررسی دیگر



شاخص‌های برازش در جدول ۲ حاکی از آن است که مدل پیشنهاد شده از برازش مطلوبی با داده‌ها برخوردار است. ضرایب مسیر مدل در شکل ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مربوط به مدل بررسی نقش تعدیل کننده هوش هیجانی در رابطه بین آمادگی برای اعتیاد و مصرف مواد

شاخص	معیار برازندگی مدل	مقدار به دست آمده
ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد (RMSEA)	کوچک‌تر از ۰/۱ باشد	۰/۰۸
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	بزرگ‌تر از ۰/۹ باشد	۰/۹۷
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	بزرگ‌تر از ۰/۹ باشد	۰/۹۵
شاخص نیکویی برازش (GFI)	برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ باشد	۰/۹۷
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹ باشد	۰/۹۳



شکل ۲. مدل معادلات ساختاری و ضرایب مسیر متغیرهای پژوهش

همچنان که ضرایب ارائه شده در شکل ۲ نشان می‌دهد آمادگی برای اعتیاد ( $\beta=0/16$ ) و هوش هیجانی ( $\beta=0/11$ ) اثر مستقیم معناداری بر مصرف مواد دارند. بررسی نقش تعدیل‌کننده هوش هیجانی در رابطه با اثر آمادگی برای اعتیاد بر مصرف مواد نیز حاکی از آن است که اثر غیرمستقیم آمادگی برای اعتیاد بر مصرف مواد از طریق هوش هیجانی منفی ( $\beta=-0/06$ ) است و با توجه به مثبت بودن اثر مستقیم آمادگی برای اعتیاد بر مصرف مواد نشان‌دهنده تأیید نقش تعدیل‌کننده هوش هیجانی است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌کننده هوش هیجانی در رابطه با اثر آمادگی برای اعتیاد بر مصرف مواد انجام گرفت. بدین منظور ابتدا رابطه بین متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رشته‌ای دو نقطه‌ای مورد بررسی قرار گرفت که نتایج از همبستگی مثبت بین آمادگی برای اعتیاد و مصرف مواد و همبستگی منفی بین آمادگی برای اعتیاد و هوش هیجانی حکایت داشت. سپس، مدل پیشنهاد شده برای بررسی نقش تعدیل‌کننده هوش هیجانی در رابطه با اثر آمادگی برای اعتیاد بر مصرف مواد با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. نتایج حاصل از برازش مدل از تغییر جهت رابطه بین آمادگی برای اعتیاد و مصرف مواد از مثبت به منفی در نتیجه اثر هوش هیجانی حکایت داشت که نشان‌دهنده تأیید نقش تعدیل‌کننده هوش هیجانی در رابطه با اثر آمادگی برای اعتیاد بر مصرف مواد است.

این نتایج با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های ویتنی (۲۰۱۰)، کودویل دی سوسا اوا و همکاران (۲۰۱۰)، رسورسیون و همکاران (۲۰۱۴)، خیری و همکاران (۱۳۹۲)، منشی و مظاهری (۱۳۸۹)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۰)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۳)، قنبری طلب و همکاران (۱۳۹۲) و اکبری زردخانه و همکاران (۱۳۸۷) همسو است که بر نقش و اهمیت هوش هیجانی در جلوگیری از مصرف مواد و پیشگیری از اعتیاد تأکید کرده‌اند.

هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است که به فرد کمک می‌کند تا با درک، ارزیابی و بیان دقیق هیجان‌ها، از احساس‌هایی که افکار را تسهیل می‌نماید آگاهی یابد و با برقراری توازن میان افکار و هیجان‌های خود، تصمیم‌گیری‌های عاقلانه

و رفتارهای مسئولانه داشته باشد (والش، ۲۰۱۵؛ پارکر و همکاران، ۲۰۰۸). هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی همسالان تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت موثر هیجانات به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی خطر مصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجانات باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌های که فشار گروهی برای مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجانات خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در مقابل مصرف مواد مقاومت از خود نشان می‌دهند (ترینداد و جانسون، ۲۰۰۲).

علاوه بر توانایی افرادی با هوش هیجانی بالا برای مدیریت روابط میان فردی، این افراد در مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا نیز از توان بالایی برخوردار هستند. افرادی با هوش هیجانی بالا قابلیت‌های ذهنی بیشتری در درک صحیح موقعیت‌ها و پاسخگویی به فشارهای ناخواسته محیطی دارند. این افراد در مواجهه با وقایع استرس‌زا از توان مقابله مؤثرتر برخوردارند، زیرا هیجانات خود را دقیق‌تر درک و ارزیابی می‌کنند، می‌دانند که چه موقع و به چه نحو احساساتشان را بروز دهند و می‌توانند حالات خلقی خود را تنظیم نمایند (سالوی و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین، افرادی با هوش هیجانی بالا در فهم درست و همدلی با هیجانات دیگران مهارت بیشتری دارند، دارای شبکه حمایت اجتماعی گسترده‌تری هستند و در نتیجه از عزت نفس و سلامت روان بالاتری برخوردار هستند (چرنیس و همکاران، ۲۰۱۶). مجموعه این عوامل باعث می‌شود که هوش هیجانی نقش ضربه‌گیر در برابر مصرف مواد داشته باشد و افرادی با هوش هیجانی بالا با وجود داشتن ویژگی‌هایی که ممکن است آن‌ها را در معرض مصرف مواد قرار دهد، در عمل کمتر به سراغ مصرف مواد بروند.

یافته‌های همبستگی پژوهش نیز حاضر حاکی از آن بود که بین هوش هیجانی و آمادگی برای اعتیاد رابطه منفی وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت افرادی که آمادگی بالایی برای اعتیاد دارند از هوش هیجانی پایین‌تری برخوردارند، به عبارت دیگر این افراد در توجه به اطلاعات هیجانی، ادراک صحیح آن‌ها، پردازش درست و مدیریت مطلوب هیجانات در روابط بین فردی با دشواری‌هایی مواجه هستند. این دشواری‌ها باعث می‌شود تا فرد در رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست دهد و به سوی رفتارهای انطباق نیافته سوق داده شود. در این مفهوم می‌توان سوء مصرف مواد را

به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای رشد نایافته در نظر گرفت که افرادی با هوش هیجانی پایین در رویارویی با موقعیت‌های مشکل‌زا به آن متوسل می‌شوند.

در مجموع می‌توان گفت که هوش هیجانی در زمینه آمادگی برای اعتیاد و مصرف مواد دارای دو نقش مجزا است. از سویی این عامل با آمادگی برای اعتیاد دارای رابطه معکوس است و افراد به ازای برخوردی از میزان بیشتری از هوش هیجانی گرایش و آمادگی کمتری نسبت به اعتیاد دارند. از سوی دیگر، هوش هیجانی در زمینه رابطه بین آمادگی برای اعتیاد و مصرف مواد نقش ضربه‌گیر و تعدیل‌کننده ایفا می‌کند و افراد با برخورداری از نسبت بیشتری از هوش هیجانی، حتی در صورت داشتن ویژگی‌هایی که آن‌ها را مستعد مصرف مواد و اعتیاد می‌کند، در عمل کمتر به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه است که تعمیم‌پذیری یافته‌های آن محدود می‌کند. از جمله با توجه به اجرای پژوهش حاضر روی دانشجویان و مصرف انواع سبک‌تری از مواد نزد این گروه، در تعمیم یافته‌ها به گروه‌های غیردانشجویی و افرادی با مصرف مواد سنگین‌تر باید جانب احتیاط را رعایت کرد. اجرای این مطالعه روی گروه‌های دیگر و مقایسه نیمرخ روانی افراد معتاد و سالم بر اساس هوش هیجانی نیز می‌تواند به روشن شدن هرچه بهتر نقش هوش هیجانی در زمینه آمادگی برای اعتیاد و مصرف مواد منجر شود.

## منابع

### فارسی

- اکبری زردخانه، سعید؛ رستمی، رضا؛ و زارعان، مصطفی (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی با اعتیاد. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱۵، ۳۰۳-۲۹۳.
- بخشی سروشجانی، لیلا (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان. *دانش و پژوهش در علوم تربیتی - برنامه‌ریزی درسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)*، ۱۹، ۹۷-۱۱۶.
- پورکیانی، مسعود؛ مرتضوی، حمید؛ مختاری، فرشته؛ و مهرابی فر، فاطمه (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان با فرسودگی شغلی در پرستاران بیمارستان‌های

- شهر کرمان. فصلنامه علوم تربیتی، ۵، ۲۰، ۱۱۱-۱۲۵.
- توکلی، محمدعلی و دهکردیان، پریسا (۳۹۲). پیش‌بینی اعتیاد‌پذیری دانشجویان بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی، اهمالکاری تحصیلی و متغیرهای بین‌فردی. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۲۸، ۴۱-۲۳.
- حدادی کوهسار، علی‌اکبر (۱۳۸۸). رابطه مؤلفه‌های هوش هیجانی با سلامت روان‌شناختی و موفقیت تحصیلی: نقش تعدیل‌کنندگی جنس. دانش و پژوهش در علوم تربیتی - برنامه‌ریزی درسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، ۲۲، ۱۱۸-۹۹.
- حدادی کوهساری، علی‌اکبر؛ روشن، رسول؛ اصغر نژاد فرید، علی‌اصغر (۱۳۸۶). بررسی مقایسه‌ای رابطه هوش هیجانی با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه تهران. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۳۷، ۱، ۹۷-۱۱۳.
- خسروی کبیر، زهرا؛ موسوی، ولی‌الله؛ و آقاییوسفی، علیرضا (۱۳۸۸). مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۸، ۷۰، ۱۶-۹.
- خیری، طویی؛ عبداللهی، محمدحسین؛ و شاهقلیان، مهناز (۱۳۹۲). مقایسه هوش هیجانی، سبک دل‌بستگی و عزت‌نفس در افراد معتاد و غیرمعتاد. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۷، ۸۱-۶۹.
- زرگر، یداله؛ نجاریان، بهمن؛ نعی، عبدالزهره (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۳، ۱۲۰-۹۹.
- قنبری طلب، محمد؛ قنبری، علی؛ طهماسبی کیانی، فاطمه؛ و نادری لردجانی، مریم (۱۳۹۲). رابطه هوش هیجانی با استعداد اعتیاد دانش‌آموزان پسر دوره پیش‌دانشگاهی شهرستان شهرکرد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۵، ۳۹-۳۳.
- گنجی، حمزه؛ میر هاشمی، مالک؛ و ثابت، مهرداد (۱۳۸۵). هنجاریابی مقدماتی آزمون هوش هیجانی برادبری - گریوز. روانشناسی کاربردی، ۲، ۲۳-۳۵.

منشئی، غلامرضا و مظاهری، محمدمهدی (۱۳۸۹). رابطه هوش هیجانی با سوء مصرف مواد: الگوی تبیینی سوء مصرف مواد کندکننده و غیرکندکننده. *اندیشه و رفتار*، ۱۵، ۸۰-۷۱.

نریمانی، محمد؛ حبیبی، یعقوب؛ و رجبی، سعید (۱۳۹۰). مقایسه هوش هیجانی و کیفیت زندگی در مردان معتاد و غیرمعتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۹، ۳۸-۲۱.

نریمانی، محمد؛ عیوضی، نسرین؛ و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش هوش هیجانی در پیشگیری از گرایش دانش‌آموزان به سوء استفاده از مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۳۰، ۲۰-۹.

## لاتین

- Bar-On, R. (1997). *The bar-on emotional quotient inventory (eq-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Boyatzis, R. E. (2009). Competencies as a behavioral approach to emotional intelligence. *Journal of Management Development*, 28, 749-770.
- Bradberry, T., & Greaves, J. (2005). *The emotional intelligence quick book: everything you need to know to put your EQ to work*. New York: Simon & Schuster.
- Campbell, A., & Ntobedzi, A. (2007). Emotional intelligence, coping and psychological distress: A partial least squares approach to developing a predictive model. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 3, 39-54.
- Cherniss, C., Roche, C., & Barbarasch, B. (2016). *Emotional intelligence*. Encyclopedia of Mental Health (Second Edition), (pp. 108-115). Oxford: Academic Press.
- Cordovil de Sousa Uva, M., de Timary, P., Cortesi, M., Mikolajczak, M., du Roy de Blicquy, P., 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. *Personality and Individual Differences*, 48, 16-21.

- James1, C., Bore1, M., & Zito, S. (2012). Emotional intelligence and personality as predictors of psychological well-Being. *Journal of Psychoeducational Assessment, 30*(4), 425-438.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology, 59*, 507-536.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implication for educator*. New York: Psychology Press.
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 45*, 174-180.
- Resurreccion, D. M., Salguero, J. M., & Ruiz-Aranda, D. (2014). Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: A systematic review. *Journal of Adolescence, 37*, 461-472.
- Roberts, R. D., Maccann, C., Matthews, G., & Zeidner, M. (2010). Emotional intelligence: Toward a Consensus of models and measures. *Social and Personality Psychology Compass, 10*, 821-840.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personlity, 9*, 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., & Caruso, D. (2002). The positive psychology: Emotional intelligence. *Handbook of positive psychology*. Washington: Oxford University Press.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thoresteinson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences, 42*, 921-933.
- Sutin, A. R., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2013). Personality traits and illicit substances: The moderating role of poverty. *Drug and Alcohol Dependence, 131*, 247-251.
- Terracciano, A., Lockenhoff, 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.

- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences, 32*, 95-105.
- Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C. P., & Johnson, A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences, 36*, 945-954.
- Walsh, K. (2015). Emotional intelligence of medical residents: further work is required. *Acta medica Iranica Journal, 53*, 198-203.
- Whitney, C. (2010). Social supports among college students and measures of alcohol use, perceived stress, satisfaction with life, emotional intelligence and coping. *Journal of Student Wellbeing, 4*, 49-67.
- World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002, Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.
- Yalcin, B. M., Karahan, T. F., Ozcelik, M., & Igde, F.A. (2008). The effects of an emotional intelligence program on the quality of life and well-being of patients with type 2 diabetes mellitus. *The Diabetes Educator, 34*, 1013-1024.
- Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2012). The emotional intelligence, health, and well-being nexus: What have we learned and what have we missed? *Applied Psychology: Health and Well-Being, 4*, 1-30.