

نقش خودآگاهی هیجانی، تفکر ارجاعی و سرزندگی ذهنی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مواد مخدر

The role of emotional self-awareness, referral thinking and mental vitality in predicting relapse in women using drugs

Mahsa Sadat Hayeri Meybodi *

M.Sc., Clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

mahsasadathayerimeybodi@gmail.com

Fereshteh Jafari Razaji

M.Sc., General Psychology, Islamic Azad University, Neka Branch, Mazandaran, Iran.

Mohammad Shahverdi

M.Sc., Family Counseling, Payame Noor University, Qazvin Center, Qazvin, Iran.

Mohammad Hayati Motlagh

M.Sc., General Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Sanandaj, Kurdistan, Iran.

مهسا سادات حایری میبدی (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

فرشته جعفری رزجی

کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نکا، مازندران، ایران.

محمد شاهوردی

کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور مرکز قزوین، قزوین، ایران.

محمد حیاتی مطلق

کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات سنندج، کردستان، ایران.

Abstract

The aim of this study was to investigate the role of emotional self-awareness, referral thinking, and mental vitality in predicting relapse in women using drugs. This research was descriptive and correlational. The statistical population of this study was women who used drugs referring to harm reduction centers and night shelters in Tehran, District 12. Among them, 60 people who were on withdrawal for a maximum of two weeks were selected by purposive sampling. Research tools included the Addiction Return Prediction Questionnaire (Wright, 1993), Emotional Self-Awareness (Grant et al., 2002), Reference Thinking (Ering, 2010), and Mental Vitality (Ryan and Frederick, 1997). Pearson correlation test and simultaneous linear regression were used to analyze the data. Findings showed that returning to addiction had a positive and significant relationship with referral thinking (repetitive negative thoughts, perceived dysfunction, and mental capacity capture) and a negative and significant relationship with emotional self-awareness (recognition, identification, communication, problem-solving, environmentalism) and mental vitality ($P < 0.05$). Regression results also showed that recognition (-0.38), communication (-0.20), problem solving (-0.26), repetitive negative thoughts (0.22), perceived inefficiency (0.40), mental capacity capture (0.31) and mental vitality (-0.38) predict a return to addiction. Given the role of emotional self-awareness, referral thinking, and mental vitality in predicting a return to addiction in women drug users, it is necessary to conduct workshops based on these concepts to people who are quitting drugs.

Keywords: Return to addiction, Referral thinking, Emotional self-awareness, Mental vitality, Drugs.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش خودآگاهی هیجانی، تفکر ارجاعی و سرزندگی ذهنی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مواد مخدر بود. این پژوهش به لحاظ روش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش زنان مصرف‌کننده مواد مخدر مراجعة کننده به مراکز کاهش آسیب گذری و سرپناه شبانه شهر تهران منطقه ۱۲ بودند. از بین آن‌ها تعداد ۶۰ نفر که حداقل مدت دو هفته در ترک بودند به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های بازگشت به اعتیاد (رایت، ۱۹۹۳)، خودآگاهی هیجانی (گرن特 و همکاران، ۲۰۰۲)، تفکر ارجاعی (رینگ، ۲۰۱۰) و سرزندگی ذهنی (رایان و فردیک، ۱۹۹۷) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی همزمان استفاده شد. یافته‌های نشان داد بازگشت به اعتیاد با تفکر ارجاعی (افکار منفی تکراری، ناکارآمدی ادراک شده و تسخیر ظرفیت روانی)، ارطبه، مثبت و معنادار و با خودآگاهی هیجانی (بازنگشی، شناسایی، ارتباط، حل مسئله، محیط‌گرایی) و سرزندگی ذهنی رابطه منفی و معنادار دارد ($P < 0.05$). همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که بازنگشی (۰/۳۸)، ارتباط (۰/۲۰)، حل مسئله (۰/۰۶)، افکار منفی تکراری (۰/۰۲)، ناکارآمدی ادراک شده (۰/۴۰)، تسخیر طرفیت روانی (۰/۳۱) و سرزندگی ذهنی (۰/۰۳۸) بازگشت به اعتیاد را پیش‌بینی می‌کنند. با توجه به نقش خودآگاهی هیجانی، تفکر ارجاعی و سرزندگی ذهنی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مواد مخدر، اجرای کارگاه‌های آموزشی بر مبنای این مفاهیم به افراد در حال ترک مواد مخدر ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: بازگشت به اعتیاد، تفکر ارجاعی، خودآگاهی هیجانی، سرزندگی ذهنی، مواد مخدر.

مقدمه

از معضلات اجتماعی، اقتصادی و کاهش سلامت عمومی قرن حاضر، اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان‌هاست (ریماز، دستورپور، مرقانی خویی و محسنی، ۱۳۹۲). اعتیاد یک بیماری روانی، اجتماعی و اقتصادی است که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش و غیره ناشی می‌شود و باعث واستگی روانی یا فیزیولوژیک فرد مبتلا به این مواد می‌شود (ستوده، ۱۳۸۹). اعتیاد زندگی فردی و اجتماعی افراد را مختل می‌کند (نوبل، برووس، بچارا^۱، ۲۰۱۳). مصرف افراطی و روزافزون مواد مخدر تا اندازه‌ای گسترش یافته است که دهه‌ی اخیر را عصر دارو نام‌گذاری کرده‌اند (حجاریان و قبری، ۱۳۹۲). در سال‌های اخیر، دامنه‌ی آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر با وسعت بیشتری در میان جمعیت زنان گسترش یافته است، ولی متأسفانه در درمان، کاهش آسیب و حمایت اجتماعی، معمولاً به مردان بیشتر از زنان توجه می‌شود، در حالی که زنان آسیب‌پذیرترین قشر در چرخه‌ی اعتیاد هستند (مقرنسی، کوشان، گلستانه، احمدی و کیوانلو، ۱۳۹۰). اعتیاد زنان، یک مشکل اجتماعی پنهان است؛ زیرا فضای سنتی حاکم بر خانواده‌ها و جامعه، به زنان معتقد اجازه نمی‌دهد که اعتیاد خود را اعلام کنند و مصرف مواد مخدر در زنان، تا هنجارتر از مردان تلقی می‌شود (آرام، غفرانی و صالحی کیا، ۱۳۹۵). اعتیاد در زنان به عنوان یک بیماری با علایم روانی و جسمی تجربه می‌شود که عبارتند از: نگرانی در مورد بار تحمیل شده در اثر اعتیاد، نگرانی از رفتار و وضعیت اعتیاد به مواد مخدر، سلامت جسمی و روانی فرد معتقد، خشونت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی، و علایم خلقوی یا عاطفی (بال‌تر و بال‌دار^۲، ۲۰۰۵). این امر باعث سردی کانون خانواده، بدآموزی و تقلید ناروا، احساس شرم‌ساری، نابسامانی زندگی، ولگردی و خیابان-گردی، تکدی‌گری و انحرافات جنسی و خودفروشی می‌شود (کاکویی دینکی و قوامی، ۱۳۹۳).

ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست بلکه مشکل اصلی، بازگشت مجدد و شروع دوباره آن است (لاله، ۱۳۷۹). اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است و احتمال بازگشت به مواد مخدر تا ۷۰ درصد وجود دارد (چو، هانگ و لیو^۳، ۲۰۰۸). بازگشت مجدد به دوره‌های سنگین و غیرقابل کنترل مصرف، همچنان به عنوان یک مشکل شایع، مطرح است. بیشتر سوءصرف‌کنندگان مواد پس از سه‌زدایی و ورود به درمان‌های توانبخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان، مجدداً به مصرف مواد می‌پردازند (مک‌کی، فرنکلین، پاتا پیس، لینچ^۴، ۲۰۰۶). عوامل متعددی مانند عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و خانوادگی در عود اعتیاد پس از تکمیل دوره سمزدایی نقش دارند (ناثان^۵، ۱۹۸۰؛ رترجس^۶، ۱۹۹۶). از جمله نشانه‌های روان‌شناسختی که می‌تواند در بازگشت به مصرف مواد مؤثر باشد خودآگاهی هیجانی^۷، تفکر ارجاعی^۸ و سرزندگی ذهنی^۹ است که در این پژوهش نقش این عوامل در بازگشت به مصرف مواد مخدر به تفکیک مورد بررسی قرار می‌گیرد.

کنترل هیجان با ادراک صحیح هیجانی؛ یعنی خودآگاهی هیجانی آغاز می‌شود. خودآگاهی هیجانی به افراد کمک می‌کند در مقابل حرکات محیطی بهتر فکر و عمل کنند. زمانی که شخص ادراک صحیحی از هیجانات خود دارد گستره‌ای از اطلاعات را جهت مقابله با احساسات و هیجانات به دست می‌آورد (جنابادی، ۱۳۸۸). افراد با آگاهی نسبت به احساسات خود، بین خود و دیگران تمایز قابل می‌شوند که در صورت عدم وجود چنین تمایزی، احساسات منجر به ناتوانی و رفتار ناسازگارانه در افراد می‌شود (موریگوچی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۶). سبک‌های ناسالم تنظیم هیجانات و ضعف در مهارت‌های خودآگاهی هیجانی پیش‌بینی کننده مهمی برای رفتارهای پرخطر (مالی)

¹ Noël, Brevers & Bechara

² Butler & Bauld

³ Chou, Hung & Liao

⁴ McKay, Franklin, Patapis & Lynch

⁵ Nathan

⁶ Rotgers

⁷ Emotional self-awareness

⁸ Referential thinking

⁹ Mental vitality

¹⁰ Moriguchi

و هینشاو^۱، ۲۰۰۷؛ هسلر و فائنسیلبر^۲، ۲۰۱۰؛ بووی^۳، ۲۰۱۰؛ مارگاریو^۴ و همکاران، ۲۰۲۰)، رفتارهای ضداجتماعی و بی‌هکارانه (ماورولی، پتربیدز، ریف و باکر^۵، ۲۰۰۷؛ بیوچاین، کاتکین، استراسبرگ و اسنار^۶، ۲۰۰۱؛ بحرینی و آقایی جشوغانی، ۱۳۹۸) و گرایش به مصرف مواد مخدر (جناآبادی، ۱۳۸۸) هستند.

تفکر ارجاعی یکی از مشخصه‌های معمول ذهنی و ارزیابی شناختی افراد از زندگی است و شامل خوداستنادهایی است که از حوادث، موضوعات و رفتار افراد که مفهومی منفی را برای شخص تداعی می‌کند برگرفته شده است (کالمس و روبرت^۷، ۲۰۰۷). تفکر ارجاعی همبستگی زیادی با عوامل هیجانی دارد و به طور دقیق از طریق نشخوار فکری^۸ و افکار خودآیند منفی^۹ که مشخصه‌ی اصلی نگرانی است، تعریف می‌شود (مکاوی، واتسون، واتکینس و ناسان^{۱۰}، ۲۰۱۳). افرادی که مشخصه‌های تفکر ارجاعی بیشتری دارند، آشفتگی روان‌شناختی و هیجانی بیشتری را متحمل می‌شوند (کرینگ و سلان^{۱۱}، ۲۰۰۹؛ شیرمحمدی، کاکاوند و شمس اسفندآباد، ۱۳۹۵). برخی افراد در مواجهه با رویدادی استرس‌آور آن را به صورت هیجانی آنی تجربه می‌کنند، حال آنکه برخی این باورها و اعتقادات مربوط به آن رویداد را در ذهن خود ثبتیت کرده و بسط می‌دهند که نهایتاً این تکرار مکرر افکار منفی در ذهن فرد می‌تواند سلامت روان وی را تهدید کند (کینز، شمتکینو و ریف^{۱۲}، ۲۰۰۲). از آنجا که افکار خودآیند منفی با ارزیابی منفی افراد از خود، جهان و آینده همراه است می‌تواند در بروز رفتارهای سازگارانه و غیرسازگارانه مثل اعتیاد نقش داشته باشد (بابامیری، وطن‌خواه، معصومی جهاندیزی، نعمتی و درویشی، ۱۳۹۲؛ کرمی، ۱۳۹۷). همچنین نشخوار فکری و تکرار افکار ناخوشایند نیز می‌تواند با تداوم اعتیاد در ارتباط باشد ((اصلانی‌فر، سوداگر و بهرامی‌هیدجی، ۱۳۹۶؛ یعقوبی‌عسگرآباد، بساکنژاد، مهرابی‌زاده هنرمند و ضمیری‌نژاد، ۱۳۹۲).

از دیگر مؤلفه‌های روان‌شناختی محافظت‌کننده مؤثر در گرایش با عدم گرایش افراد به مصرف مواد مخدر میزان برخورداری از مؤلفه‌های موثر در بهزیستی ذهنی است. یکی از این مؤلفه‌ها سرزندگی ذهنی است (قبیری طلب و فولادچنگ، ۱۳۹۴). سرزندگی ذهنی تجارب درونی سرشار از انرژی و در واقع برخورداری از انرژی ذهنی و بدنی لازم برای تجربه کردن حس شوق و سرزندگی است (ریان و دیسی^{۱۳}، ۲۰۰۸). سرزندگی ذهنی حکایت از داشتن وضعیتی مثبت دارد و از احساساتی مانند آزادی، استقلال و انگیزش درونی نشات می‌گیرد (نیکس، رایان، منلی و دسی^{۱۴}، ۱۹۹۹). سرزندگی ذهنی پایین با گرایش به رفتارهای پرخطر (رایان و دسی، ۲۰۰۸؛ نیکس و همکاران، ۱۳۹۹؛ سیلوستر^{۱۵}، ۲۰۱۱؛ موزاون و روسمن^{۱۶}، ۲۰۰۸؛ بارد، دسی و رایان، ۲۰۰۴) و مصرف مواد مخدر ارتباط دارد (قبیری طلب و فولادچنگ، ۱۳۹۴).

اگر چه در جهان توجه فراوانی به علل گرایش افراد به مواد مخدر و یافتن مناسب‌ترین راه پیشگیری و درمان آن‌ها ایجاد شده است؛ لیکن از انجام تحقیق در مورد اعتیاد زنان تا دو دهه‌ی پیش کاملاً غفلت شده بود (روشن‌قياس، مظفری، احمدی و خدابنده، ۱۳۹۶). از آنجا که زنان در پیشرفت و ارتقای افراد خانواده نقش بسیار مؤثری دارند، توجه به سلامت جسمی و روانی آن‌ها از مسایل مهم به شمار می‌آید (ناصری‌پلنگرد، محمدی، دوله و ناصری، ۱۳۹۲). اعتیاد زنان از منظر تحلیل اجتماعی حادتر از مسئله‌ی اعتیاد در مردان است و آسیب‌هایی فردی بر این قشر از جامعه زمینه‌ی آسیب‌ها و فسادهای اجتماعی بسیاری را ایجاد می‌کند. با در نظر گرفتن این نکته که تعدادی از مراجعین به مراکز ترک اعتیاد برای چندمین بار جهت ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند و در سطح کشور مطالعات محدودی در

¹ Mullin & Hinshaw

² Hessler&Fainsilber

³ Bowie

⁴ Margherio

⁵ Mavroveli ,Petrides,Rieff & Bakker

⁶ Beauchaine, Katkin, Strassberg & Snarr

⁷ Calmes & roberts

⁸ Rumination

⁹ Spontaneous negative thoughts

¹⁰ McEvoy, Watson, Watkins & Nathan

¹¹ Krings & Sloan

¹² Keyes, Shmotkin & Ryff

¹³ Riany & Disi

¹⁴ Nix, Rayan, Manly & Deci

¹⁵ Sylvester

¹⁶ Moraven & Rosman

زمینه عوامل بازگشت به اعتیاد انجام شده است، از این‌رو پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این پرسش است که آیا خودآگاهی هیجانی، تفکر ارجاعی و سرزندگی ذهنی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مواد مخدر نقش دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش زنان مصرف‌کننده مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز کاهش آسیب گذری و سرپناه شبانه شهر تهران منطقه ۱۲ بودند. از میان آن‌ها تعداد ۶۰ نفر مصرف‌کننده مواد مخدر که حداقل مدت دو هفته در ترک بودند و بازگشت به مصرف مواد مخدر داشتند به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن تجربه ترک مواد مخدر حداقل یک بار، برخورداری از حداقل تحصیلات سوم ابتدایی، اعتیاد به ماده مخدر (افیونی)، علاقه و رضایت برای شرکت در پژوهش. ملاک خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه همکاری در روند پژوهش بود. پس از اطمینان به افراد شرکت‌کننده در پژوهش درخصوص محرمانه بودن اطلاعات آنها، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد^۱ (RPS): پرسشنامه پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد توسط رایت^۲ (۱۹۹۳) طراحی شده است (به نقل از مهرابی، نشاطدوست و مولوی، ۱۳۸۳). نسخه اولیه این مقیاس دارای ۵۰ گویه بود. مهرابی و همکاران (۱۳۸۳) این مقیاس را متناسب با مواد افیونی مورد بازبینی قرار داده و ۴۵ گویه را استخراج کردند. هر گویه شامل یک موقعیت است که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند. این مقیاس شامل دو قسم است که عبارتند از: شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص و احتمال مصرف در آن موقعیت. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۴ گزینه‌های (هیچ=۰، خیلی قوی=۴) است. نمره بین ۰ تا ۶۰ میزان پیش‌بینی بازگشت ضعیف، نمره بین ۶۰ تا ۹۰ میزان پیش‌بینی بازگشت متوسط و نمره بالاتر از ۹۰ میزان پیش‌بینی بازگشت قوی را نشان می‌دهد. در پژوهش مهرابی و همکاران (۱۳۸۳) پایابی محاسبه شده برای این مقیاس با اجرا بر روی ۴۰ بیمار وابسته به مواد در دوره بهبود اولیه و با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ برای خردۀ مقیاس شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص ۹۴٪ و برای خردۀ مقیاس احتمال مصرف در آن موقعیت ۹۷٪ محاسبه شده است. میزان همبستگی به دست آمده بین نمرات قسمت اول و نمرات قسمت دوم این آزمون برای ۸۵٪ گزارش شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر برای خردۀ مقیاس شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص ۹۰٪ و برای خردۀ مقیاس احتمال مصرف در آن موقعیت ۹۵٪ به دست آمده است.

پرسشنامه خودآگاهی هیجانی^۳: این پرسشنامه دارای ۳۳ گویه است که توسط گرنت^۴ و همکاران (۲۰۰۲) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای پنج زیرمُؤلفه است که عبارتند از: بازشناسی^۵ (گویه‌های ۴، ۲۰، ۲۱، ۲۰، ۱۸، ۲۲، ۲۱ و ۲۰)، شناسایی^۶ (گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۱۷، ۲۲، ۲۱، ۲۰ و ۲۴)، ارتباط^۷ (گویه‌های ۶، ۱۲، ۱۵، ۱۳، ۲۷، ۲۰، ۲۷، ۱۵ و ۳۰)، محیط‌گرایی^۸ (گویه‌های ۵، ۷، ۱۰، ۱۹، ۱۶، ۱۴، ۱۱، ۳۲، ۲۸ و ۳۳) و حل مسئله^۹ (گویه‌های ۲، ۲۳، ۸، ۲۵ و ۲۶). شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (هرگز=۱، خیلی زیاد=۵) است. گویه‌های ۱، ۴، ۸، ۱۰، ۱۴، ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۵ و ۳۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کسب نمره بین ۳۳ تا ۴۴ میزان خودآگاهی هیجانی را در حد پایین، نمره بین ۴۴ تا ۸۸ میزان خودآگاهی هیجانی در حد متوسط و نمره بالاتر از ۸۸ میزان خودآگاهی هیجانی افراد را در حد بالای نشان می‌دهد. مهنا و طالع پسند (۱۳۹۵) این پرسشنامه را هنجریابی کرده و پایابی این پرسشنامه را با

¹ Addiction Return Prediction Questionnaire

² Wright

³ Emotional self-awareness questionnaire

⁴ Grant

⁵ Recognition

⁶ Identification

⁷ Relationship

⁸ Environmentalism

⁹ Problem Solving

استفاده از ضربی آلفای کرونباخ ۰/۷۹، گزارش کردند. در پژوهش کافینیا و فرهادی (۱۳۹۹) پاییزی این پرسشنامه با استفاده از ضربی آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شده است. ضربی آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۳ به دست آمده است. این پرسشنامه تفکر ارجاعی^۱ (PTQ): این مقیاس توسط ارینگ^۲ (۲۰۱۰) به منظور ارزیابی تفکر منفی تکراری تهیه شده است. این مقیاس دارای ۱۵ گویه و سه زیر مؤلفه تفکر منفی تکراری (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۶، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳) ناکارآمدی ادراک شده (۴، ۹ و ۱۴) و تسخیر ظرفیت روانی توسط افکار منفی تکراری (گویه‌های ۵، ۱۰ و ۱۵) است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (هر گزینه ۰، همیشه =۰) است. آلفای کرونباخ برای این آزمون ۰/۹۵ و برای زیر مؤلفه‌های تفکر منفی تکراری ۰/۹۴، ناکارآمدی ادراک شده ۰/۸۳ و تسخیر ظرفیت روانی ۰/۸۶ گزارش شده است و پاییزی به دست آمده از روش بازآزمایی ۰/۶۹ بوده است (ارینگ، ۲۰۱۰). در پژوهش قائدی و همکاران (۱۳۹۵) پاییزی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و برای زیر مؤلفه‌های تفکر منفی تکراری ۰/۸۴، ناکارآمدی ادراک شده ۰/۷۸ و تسخیر ظرفیت روانی ۰/۷۳ به دست آمده است. ضربی آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای زیر مؤلفه‌های تفکر منفی تکراری ۰/۸۲، ناکارآمدی ادراک شده ۰/۷۷ و تسخیر ظرفیت روانی ۰/۷۴ به دست آمده است.

پرسشنامه سرزندگی ذهنی^۳: این مقیاس توسط رایان و فردریک^۴ (۱۹۹۷) طراحی شده و دارای ۷ گویه است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (بسیار موافق=۵، بسیار مخالف=۱) است. پاییزی این ابزار با استفاده از ضربی آلفای کرونباخ توسط رایان و فردریک (۱۹۹۷) بالای ۰/۷۰ گزارش شد. ابووالقاسمی (۱۳۸۲) نخستین بار این مقیاس را ترجمه و پاییزی آن را با استفاده از ضربی آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرد. ضربی آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش قنبری طلب و فولادچنگ (۱۳۹۴) و شیخ‌الاسلامی و دفترچی (۱۳۹۰) ۰/۸۱ به دست آمده است. ضربی آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۰ به دست آمده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان و متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۲۲/۵۵	۸/۳۳
بازشناسی	۲۱/۰۸	۲/۰۶
شناسایی	۱۸/۷۱	۱/۶۱
ارتباط	۳/۰۵	۱/۰۱
محیط‌گرایی	۶/۲۰	۱/۸۱
حل مسئله	۴/۴۸	۱/۲۵
خدوآگاهی هیجانی (کلی)	۵۳/۵۳	۳/۵۹
احتمال مصرف	۱۱۰/۴۳	۳۵/۷۲
شدت نیرومندی مصرف	۱۰۹/۲۶	۳۴/۹۷
بازگشت به اعتیاد (کلی)	۲۱۹/۷۰	۷۰/۰۵
افکار منفی تکراری	۳۱/۲۰	۳/۰۵
ناکارآمدی ادراک شده	۱۰/۷۵	۱/۰۶
تسخیر ظرفیت روانی	۱۰/۶۰	۱/۷۵

^۱ Reference Thinking Questionnaire

^۲ Ehring

^۳ Mental Vitality Questionnaire

^۴ Ryan & Frederick

نقش خودآگاهی هیجانی، تفکر ارجاعی و سرزندگی ذهنی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مواد مخدر
The role of emotional self-awareness, referral thinking and mental vitality in predicting relapse in women ...

۳/۶۶	۵۲/۵۵	تفکر ارجاعی (کلی)
۴/۴۷	۱۳/۰۶	سرزندگی ذهنی

در جدول ۲، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل همبستگی پیرسون برای متغیرهای پیش‌بین (بازشناسی، شناسایی، ارتباط، محیط‌گرایی، حل مسئله، افکار منفی تکراری، ناکارآمدی ادراکشده، تسخیر طرفیت روانی و سرزندگی ذهنی) و متغیر ملاک (بازگشت به اعتیاد) ارایه شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش با بازگشت به اعتیاد

متغیرهای پیش‌بین	ضریب پیرسون	مقدار P
بازشناسی	-۰/۲۶۶	۰/۰۴
شناسایی	-۰/۷۱۸	۰/۰۰۰
ارتباط	-۰/۲۳۳	۰/۰۰۷
محیط‌گرایی	-۰/۴۱۰	۰/۰۱
حل مسئله	-۰/۶۳۰	۰/۰۴۳
خودآگاهی هیجانی (کلی)	-۰/۲۳۸	۰/۰۱۵
افکار منفی تکراری	۰/۲۲۶	۰/۰۰۴
ناکارآمدی ادراکشده	۰/۱۹۲	۰/۰۴
تسخیر طرفیت روانی	۰/۲۵۸	۰/۰۰۰
تفکر ارجاعی (کلی)	۰/۳۸۱	۰/۰۰۰۳
سرزندگی ذهنی	-۰/۳۵۹	۰/۰۰۵

با توجه به نتایج جدول ۲ بین تفکر ارجاعی و مؤلفه‌های آن (افکار منفی تکراری، ناکارآمدی ادراکشده و تسخیر طرفیت روانی) با بازگشت به اعتیاد رابطه مثبت و معنادار وجود دارد، به این معنی که با افزایش آنها بازگشت به اعتیاد نیز افزایش می‌یابد. بین خودآگاهی هیجانی و مؤلفه‌های آن (بازشناسی، شناسایی، ارتباط، محیط‌گرایی، حل مسئله و سرزندگی ذهنی) با بازگشت به اعتیاد رابطه منفی و معنادار وجود دارد، به این معنی که با افزایش آنها بازگشت به اعتیاد کاهش می‌یابد و بالعکس.

برای بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد از طریق خودآگاهی هیجانی (بازشناسی، شناسایی، ارتباط، محیط‌گرایی و حل مسئله)، تفکر ارجاعی (افکار منفی تکراری، ناکارآمدی ادراکشده و تسخیر طرفیت روانی) و سرزندگی ذهنی از آزمون رگرسیون خطی همزمان استفاده شده است. قبل از انجام رگرسیون از آزمون کلموگروف اسپیرنف برای سنجش نرمال بودن جهت انجام آمار پارامتریک استفاده شده است. سطح معناداری به دست آمده از آزمون کلموگروف-اسپیرنف برای متغیرهای پژوهش خودآگاهی هیجانی ۰/۶۵، تفکر ارجاعی ۰/۸۱ و سرزندگی ذهنی ۰/۵۶ بزرگتر از ۰/۰۵ است ($P < 0.05$). بنابراین توزیع داده‌های مربوط به این متغیرها نرمال است و می‌توان برای تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها از آزمون پارامتریک استفاده نمود.

همچنین، عامل تورم واریانس همه متغیرهای مستقل کمتر از ۱۰ و در دامنه مطلوب بود (بازشناسی ۸/۱۸، شناسایی ۸/۴۲، ارتباط ۷/۵۵، محیط‌گرایی ۸/۶۸، حل مسئله ۷/۶۱، افکار منفی تکراری ۷/۹۸، ناکارآمدی ادراکشده ۷/۱۴، تسخیر طرفیت روانی ۷/۸۲ و سرزندگی ذهنی ۷/۱۸). شاخص تحمل نیز برای همه متغیرهای مستقل بیشتر از صفر و نزدیک به یک و در دامنه مطلوب بود (بازشناسی ۰/۲۸، شناسایی ۰/۱۲، ارتباط ۰/۲۵، محیط‌گرایی ۰/۱۸، حل مسئله ۰/۲۱، افکار منفی تکراری ۰/۲۸، ناکارآمدی ادراکشده ۰/۲۴، تسخیر طرفیت روانی ۰/۱۶ و سرزندگی ذهنی ۰/۳۱). مقدار آماره دوربین واتسون نیز ۱/۸۶ به دست آمده است که در فاصله ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، بنابراین فرض استقلال بین خطاهای پذیرفته می‌شود. نتایج تحلیل واریانس در جدول شماره ۳ ارایه شده است.

جدول ۳: خلاصه تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر پیش‌بین	منبع تغییر	مجموعه مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
بازشناسی، شناسایی، ارتباط، محیط-	رگرسیون	۹۶۰۶/۸۱۱	۹	۱۰۷۳۴/۰۹۰	۲/۷۲۳	۰/۰۰۱
گرایی، حل مسئله، افکار منفی باقی مانده	باقی مانده	۱۹۷۱۱۱/۷۸۹	۵۰	۳۹۴۲/۲۳۶		
تکراری، ناکارآمدی ادراک شده، تسخیر ظرفیت روانی، سرزندگی ذهنی	کل	۲۹۳۷۱۸/۶۰۰	۵۹			

طبق جدول ۳ معناداری F محاسبه شده نشان می‌دهد که بازگشت به اعتیاد را می‌توان از طریق خودآگاهی هیجانی (بازشناسی، شناسایی، ارتباط، محیط‌گرایی و حل مسئله)، تفکر ارجاعی (افکار منفی تکراری، ناکارآمدی ادراک شده و تسخیر ظرفیت روانی) و سرزندگی ذهنی پیش‌بینی کرد. خلاصه مدل رگرسیون در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴: خلاصه مدل

SE	ΔR^2	R^2	R
۸/۹۲	۰/۲۰۸	۰/۳۸۹	۰/۵۷۴

طبق جدول ۴، خودآگاهی هیجانی (بازشناسی، شناسایی، ارتباط، محیط‌گرایی و حل مسئله)، تفکر ارجاعی (افکار منفی تکراری، ناکارآمدی ادراک شده و تسخیر ظرفیت روانی) و سرزندگی ذهنی پیش‌بینی کنند (P < 0.05). برای بررسی اینکه کدام یک از متغیرهای پژوهش پیش‌بینی کننده قوی‌تری برای پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد هستند از آزمون رگرسیون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد از طریق خودآگاهی هیجانی، تفکر ارجاعی و سرزندگی ذهنی

متغیرهای پیش‌بین	B	BETA	T	Sig
مقدار ثابت	۱۲۵/۸۲۳	-	۴/۵۵۳	۰/۰۰۰
بازشناسی	۱۳/۲۲۱	-۰/۳۸۸	-۳/۰۲۸	۰/۰۰۴
شناسایی	۳/۶۸۰	-۰/۳۱۴	-۱/۵۰۶	۰/۰۰۵
ارتباط	۷/۳۲۷	-۰/۲۰۵	-۲/۷۰۹	۰/۰۰۴
محیط‌گرایی	۰/۳۰۴	-۰/۰۷۸	-۰/۱۰۱	۰/۸۵۴
حل مسئله	۱/۸۰۸	-۰/۲۶۷	-۳/۴۰۸	۰/۰۰۰
افکار منفی تکراری	۰/۱۱۲	۰/۲۲۰	۲/۷	۰/۰۰۵
ناکارآمدی ادراک شده	۴/۴۶۹	۰/۴۰۲	۴/۱۹۸	۰/۰۰۰
تسخیر ظرفیت روانی	۰/۷۵۵	۰/۳۱۲	۶/۴۳۱	۰/۰۰۰
سرزندگی ذهنی	۶/۰۷۹	-۰/۳۸۶	-۳/۰۴۲	۰/۰۰۴

طبق جدول ۵ برای تعیین سهم تأثیرگذاری هریک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین پراکنده‌ی متغیر ملاک (بازگشت به اعتیاد) از ضریب بتا استفاده شده است. نتایج حاکی از آن است که بازشناسی، ارتباط، حل مسئله، افکار منفی تکراری، ناکارآمدی ادراک شده، تسخیر ظرفیت روانی و سرزندگی ذهنی می‌توانند بازگشت به اعتیاد را به طور معناداری پیش‌بینی کنند. در این پیش‌بینی، بیشترین نقش را ناکارآمدی ادراک شده ایفا می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش خودآگاهی هیجانی، تفکر ارجاعی و سرزندگی ذهنی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مواد مخدر انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد تفکر ارجاعی و مؤلفه‌های آن (افکار منفی تکراری، ناکارآمدی ادراک شده و تسخیر طرفیت روانی) با بازگشت به اعتیاد رابطه منبتنی و معنادار دارد و آن را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند. این نتایج با یافته‌های بابامیری و همکاران (۱۳۹۲)، کرمی (۱۳۹۷)، اصلانی فر و همکاران (۱۳۹۶)، یعقوبی عسگرآباد و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. همچنین نتایج نشان داد بازگشت به اعتیاد با خودآگاهی هیجانی و مؤلفه‌های آن (بازشناسی، شناسایی، ارتباط، محیط‌گرایی، حل مسئله) رابطه منفی و معنادار دارد. نتایج رگرسیون نشان داد که بازشناسی، ارتباط و حل مسئله به طور معناداری بازگشت به اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج با یافته‌های هسلر و فاینسیلبر (۲۰۱۰)، بووی (۲۰۱۰)، مالین و هینشاو (۲۰۰۷)، مارگاریو و همکاران (۲۰۲۰)، ماورولی و همکاران (۲۰۰۷)، بیوچاین و همکاران (۲۰۰۱)، بحرینی و آقایی جشوچانی (۱۳۹۸) و جناآبادی (۱۳۸۸) همسو است. همچنین نتایج نشان داد سرزندگی ذهنی با بازگشت به اعتیاد رابطه منفی معنادار دارد و آن را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند. این نتیجه با یافته‌های رایان و دسی (۲۰۰۸)، نیکس و همکاران (۱۹۹۹)، سیلوستر (۲۰۱۰)، موراون و روسمن (۲۰۰۸)، بارد و همکاران (۲۰۰۴) و قنبری طلب و فولادچنگ (۱۳۹۴) همسو است.

خودآگاهی هیجانی به معنای درک هیجانات خود و واکنش هیجانی مناسب به موقعیت‌های تنشزا است. خودآگاهی هیجانی برای تنظیم هیجان (سالووی و گریوال^۱، ۲۰۰۵) و انطباق با محیط اطراف ضروری است (ونرین^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). فقدان آگاهی از احساسات، افراد را برای انتخاب راهبردهای پاسخ‌دهی مناسب برای فائق آمدن بر موقعیت‌های دشوار با مشکل مواجه می‌سازد و به عبارتی از میزان درگیری فرد با هیجانات و بازشناسی و شناسایی آن‌ها می‌کاهد (کیمھی^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، افرادی که شناختی از هیجانات خود ندارند به آسانی تحریک نمی‌شوند و طرفیت خطرپذیری بالاتری نسبت به افراد عادی دارند (جناآبادی، ۱۳۸۸). افرادی که دارای سوءصرف مواد مخدر باهندگانی در گیر مصرف مواد مخدر هستند نمی‌توانند واکنش‌های هیجانی خود را به خوبی مدیریت کنند، زیرا این افراد در شناخت هیجانات خود مشکل دارند. به عبارتی بازشناسی در این افراد دچار اختلال شده است. به دلیل ضعف در بازشناسی حالات‌های خلقی، فرد نمی‌تواند توصیف دقیقی از هیجانات خود داشته باشد و در نتیجه در بیان کردن هیجانات خود دچار اختلال است. از این‌رو سوءصرف مواد مخدر به عنوان یکی از روش‌های ارضای هیجانات محسوب می‌شود و این افراد از طریق مصرف مواد مخدر از مواجه با مشکلات اجتناب می‌کنند. افراد معتاد توانایی ضعیفی در کنترل هیجانات و برخورد با مسائل و تصمیم‌گیری مناسب دارند. در واقع می‌توان این گونه تبیین کرد که این افراد دارای رشد ناکافی در عواطف و مدیریت مناسب در هیجانات و رفتار هستند و هنگامی که در شروع مصرف مواد تحت فشار دوستان، همسالان قرار می‌گیرند، توانایی لازم برای بازداری از مصرف دوباره را ندارند و کنترل ضعیف بر هیجانات آن‌ها، خطر شروع مصرف مواد و آغاز چرخه رفتار اعتیادی را افزایش می‌دهد (مدنی‌فرد، نمایی و جعفرنیا، ۱۳۹۵).

عامل دیگری که موجب بروز بازگشت به اعتیاد در افراد می‌شود تفکر ارجاعی است. مشخصه تفکر ارجاعی نشخوار فکری و بروز افکار خودآیند منفی به صورت تکراری و عودکننده است (کالمس و روپرت، ۲۰۰۷). عملکردهای منطقی ذهن و قدرت حل مسئله افراد دارای تفکر ارجاعی، به دلیل حضور مکرر تفکرات منفی و تسخیر افکار منفی که اجازه ورود افکار جدید را به ذهن نمی‌دهد و از طرف دیگر احساس ناکارآمدی در کنترل افکار مزاحم کاهش می‌باید (قائدی و همکاران، ۱۳۹۵). افکار تکرارشونده موجب ارزیابی منفی از خود می‌شود که به نوعی با مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب در ارتباط است (کرمی، ۱۳۹۷). از این‌رو افرادی که در گذشته مصرف مواد مخدر را تجربه کرده‌اند با وسوس و تکرار وسوس‌گونه افکار مربوط به مصرف و یادآوری لذت کسب شده در گذشته به سمت مصرف دوباره مواد مخدر کشیده می‌شوند (بابامیری و همکاران، ۱۳۹۲).

¹ Salovey & Grewal

² Van Rijn

³ Kimhy

افرادی که دارای سرزندگی ذهنی پایین‌تری هستند به دلیل احساس ناتوانی در کنترل رویدادها و کسب شور و سرزندگی از عزت‌نفس ضعیف‌تری برخوردارند و به واسطه‌ی این خودپنداره ضعیف و احساس عدم کنترل درونی بر رویدادها توانایی رد درخواست‌های نامعقول دیگران را ندارند. این افراد ممکن است برای تقویت کردن خودپنداره ضعیف خود با گروه‌هایی که آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهند هماهنگ می‌شوند تا از این طریق بتوانند لذت و سرزندگی که به دنبال آن هستند را کسب کنند، در نتیجه دوباره جذب گروه‌های مصرف‌کننده می‌شوند زیرا آنجا تأیید بیشتری را دریافت می‌کنند (قبری طلب و فولادچنگ، ۱۳۹۴). افرادی که دارای سرزندگی ذهنی پایینی هستند استقلال و آزادی عمل کمتری برای تصمیم‌گیری فردی دارند و به نوعی تحت تأثیر دیگران و هیجانات خود قرار دارند به همین دلیل به راحتی به سمت رفتارهای پرخطر گرایش پیدا می‌کنند (موراون و روسمن، ۲۰۰۸).

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها است که باید هنگام تفسیر و تعمیم‌دهی به گروه‌های دیگر در نظر داشت. با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش تعمیم آن به سایر جوامع باید با اختیاط صورت گیرد. در پژوهش حاضر داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودگزارشی جمع‌آوری شدن و امکان کنترل سایر عوامل مانند تحصیلات، درآمد خانواده و سابقه رفتارهای پرخطر در سایر اعضای خانواده وجود نداشت. در مجموع، با توجه به یافته‌های به دست آمده و مرور پژوهش‌های گذشته لازم است مطالعات گستره‌تری در این زمینه صورت گیرد تا بتوان عوامل مرتبط با بازگشت به اعتیاد را مورد شناسایی قرار داد.

منابع

- ابوالقاسمی، فرحناز (۱۳۸۲). هنجاریابی عاطفه مثبت و منفی و اعتباریابی همزمان آن با مقیاس سلامت ذهن و سرزندگی در دانشجویان دانشگاه اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- آرام، سمية؛ غفرانی، محسن؛ صالحی کیا، عباس (۱۳۹۵). تأثیر ده هفته تمرين هوایی همراه با مصرف مکمل ویتامین E بر فشارخون، ضربان قلب و حداکثر اکسیژن مصرفی در زنان مصرف کننده مواد مخدوش. *فیض*، ۲۰(۱)، ۱۶-۲۴.
- اصلانی فر، لیلا؛ سوداگر، شیدا؛ بهرامی هیدجی، مریم (۱۳۹۸). نقش میانجی‌گری نظم جویی شناختی در پیش‌بینی نشخوار فکری بر اساس تحمل پریشانی در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۱(۲)، ۴۱-۵۱.
- بحربنی، ناهید؛ آقایی جشووقایی، اصغر (۱۳۹۸). مقایسه‌ی تنظیم هیجانی و خودآگاهی در نوجوانان عادی و بزهکار. *اندیشه و رفتار*، ۱۳(۵۲)، ۵۷-۹۰.
- حجاریان، احمد؛ قبری، یوسف (۱۳۹۲). شناسایی و تحلیل مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر در گرایش جوانان روسی‌تایی به اعتیاد در مناطق روسی‌تایی شهرستان اصفهان. *اعتیاد پژوهی سوئمصرف مواد*، ۷(۲۷)، ۶۷-۷۷.
- ستوده، هدایت الله (۱۳۸۹). آسیب شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات). تهران: آوای نور.
- شيخ‌الاسلامی، راضیه؛ دفترچی، عفت (۱۳۹۰). نقش برآورد شدن نیازهای اساس روانشناسی در جهت‌گیری هدف و نشاط ذهنی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- جنابادی، حسین (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی خودآگاهی هیجانی و کنترل تکانه از مؤلفه‌های هوش هیجانی با استعداد اعتیاد دانش‌آموزان پسر دوره‌ی متوسطه. *پژوهشنامه مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۹(۶)، ۱-۱۲.
- ریماز، شهناز؛ دستورپور، مریم؛ مرقاتی خوبی، عفت السادات؛ محسنی، شکرالله (۱۳۹۲). بررسی متغیرهای دموگرافیک مرتبط با عو德 سوئمصرف مواد در زنان و مردان مراجعة کننده به مراکز منتخب درمان اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۸۸. *ماهنامه علوم پزشکی رازی*، ۲۰(۱۰۷)، ۶۳-۷۲.
- روشن‌قياس، کلثوم؛ مظفری، محمدمهدي؛ احمدی، علی؛ خدابنده، حسن (۱۳۹۶). بررسی علل گرایش زنان به مواد مخدوش و روانگردان و روش‌های پیشگیری از اعتیاد آن‌ها در شهر قزوین. *پژوهش‌های انتظامی اجتماعی زنان و خانواده*، ۵(۱)، ۵۶-۴۰.
- شیرمحمدی، فرهاد؛ کاکاوند، علی‌رضاء؛ شمس‌اسفندآباد، حسن (۱۳۹۵). ارتباط کمال گرایی و اختلال اضطراب فراغیر با میانجی‌گری تفکر ارجاعی. *روانشناسی کاربردی*، ۱(۳۷)، ۷-۱۰، ۱-۲۳.
- قائیدی، فهیمه؛ شبانکاره؛ الهام؛ مقدم بزرگر، مجید (۱۳۹۵). تمایزیافتگی و تفکر ارجاعی: نقش واسطه‌ای درمانگی آموخته شده. *علوم تربیتی و روانشناسی، شناخت اجتماعی*، ۵(۱)، ۳۵-۵۱.
- قبری طلب، محمد؛ فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۴). رابطه بین تاب‌آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوئمصرف مواد*، ۹(۳۴)، ۱۰-۱۲.

نقش خودآگاهی هیجانی، تفکر ارجاعی و سرزندگی ذهنی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مواد مخدر
The role of emotional self-awareness, referral thinking and mental vitality in predicting relapse in women ...

- کاکویی دینکی، عیسی؛ قوامی، نسرین السادات (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوءصرف مواد مخدر. سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۴، ۳۲۹-۳۵۳.
- کافی‌نیا، فاطمه؛ فرهادی، هادی (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر خودآگاهی هیجانی و توانش حل مسأله دانش‌آموزان دارای اعتیاد به اینترنت. *علوم روانشناسی*، ۱۹، ۱۱۱-۱۲۰.
- کرمی، امیر (۱۳۹۷). بررسی تأثیر افکار خودآیند منفی و عزت نفس بر استعداد اعتیاد در دانش‌آموزان پسر. *رویش روانشناسی*، ۷، ۱۱-۲۲.
- لاله، محمود (۱۳۷۹). اعتیاد: بیماری فردی فاجعه/اجتماعی. تهران: انتشارات تیمورزاده.
- مقرنی، مهدی؛ کوشان، محسن؛ گلستانه، فرشته؛ سید احمدی، محمد و کیانلو، فهیمه (۱۳۹۰). تأثیر یک دوره تمرین ایروپیک بر سلامت روان زنان معتقد. *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۱۸، ۹۱-۹۷.
- مدنی‌فرد، مهدی؛ نمایی، محمدمهدی؛ جعفرنیا، وحید (۱۳۹۵). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و شیوه‌های حل مساله در افراد وابسته به مواد اپیوئیدی و افراد بهنجار. *روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۳، ۶۹-۸۰.
- بابامیری، محمد؛ وطن‌خواه، محمد؛ معصومی جهاندیزی، حسین؛ نعمتی، مرضیه؛ درویشی، مهسا (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی بین سبک‌های مقابله با استرس، افکار خودآیند منفی و امیدواری با شادکامی در افراد معتقد مراجعته‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۳۹۰. *دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۱، ۸۲-۹۱.
- ناصری پلنگرد، سهیلا؛ محمدی، فریبا؛ دوله، معصومه و ناصری، محبوبه (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان. *زن و فرهنگ*، ۴، ۸۳-۹۴.
- یعقوبی عسگرآباد، اسماعیل؛ بساک‌نژاد، سودابه؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ ضمیری‌نژاد، سمیه (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی فراشناختی (MCT) بر علایم افسردگی معتقدان تحت درمان نگهدارنده با متادون (MMT) شهر مشهد. *دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۵، ۱۶۷-۱۷۵.
- مهنا، سعید و طالع پسند، سیاوش (۱۳۹۵). رابطه بین حمایت‌های محیطی و خودآگاهی هیجانی با درگیری تحصیلی با نقش میانجی بهزیستی تحصیلی. *آموزش در علوم پزشکی*، ۱۶، ۴۲-۳۱.
- مهرابی، حسینعلی؛ نشاطدوست، حمیدطاهر؛ مولوی، حسین (۱۳۸۳). بررسی رابطه اثربخشی آموزش خانواده به عنوان درمان مداخله‌ای مکمل در کاهش عود بیماران وابسته به مواد. *روانشناسی*، ۸، ۲۶۲-۲۷۸.
- Baard, P. P., Deci, E. L., & Rayan, R. M (2004). Intrinsic need satisfaction: motivational basis of performance and well-being in two work setting. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(10), 2045-2068.
- Beauchaine, T. P., Katkin, E. S., Strassberg, Z., & Snarr, J. (2001). "Disinhibitory psychopathology in male adolescents: Discriminating conduct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder through concurrent assessment of multiple autonomic states". *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 610-624.
- Bowie, B. H. (2010). Understanding the gender differences in pathways to social deviancy: Relational aggression and emotion regulation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), 27-37.
- Butler, R., & Bauld, L. (2005). The parents' experience: Coping with drug use in the family. *Drugs: education, prevention and policy*, 12(1), 35-45.
- Calmes, C. A., & Roberts, J. E. (2007). Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 343-356.
- Chou, T. C., Hung, Y. J., & Liao, F. C. (2008). A Study on Factors Affecting the Abstention of Drug Abuse in Private Rehabilitation Institutes in Taiwan—Operation Dawn Taiwan as an Example.
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., & Ehlers, A. (2010). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a contentindependent measure of repetitive negative thinking. *Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 42(2): 225-232.
- Grant, A. M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The self-reflection and insight scale: A new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 30(8), 821-835.
- Hessler, D. M., & Katz, L. F. (2010). Brief report: Associations between emotional competence and adolescent risky behavior. *Journal of adolescence*, 33(1), 241-246.
- Keyes, C. L. M.; Shmotkin, D. and Ryff, C. D. (2002). "Optimizing well – being: the empirical encounter of two traditions". *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., Tarrier, N., Malaspina, D., & Gross, J. J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry research*, 200(2-3), 193-201.
- Mavroveli, S., Petrides, K. V., Rieffe, C., & Bakker, F. (2007). Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer-rated social competence in adolescence. *British journal of developmental psychology*, 25(2), 263-275.
- Margherio, S. M., Brickner, M. A., Evans, S. W., Sarno Owens, J., DuPaul, G. J., & Allan, N. P. (2020). The role of emotion regulation in alcohol use among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 34(7), 772-782.

- McKay, J., Franklin, T., Patapis, N., & Lynch, K. (2006). Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 109-127.
- McEvoy, P. M.; Watson, H.; Watkins, E. R. and Nathan, P. (2013). "The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct". *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 313-320.
- Moraven, M., & Rosman, H. (2008). Helpful Self-Control: Autonomy Support, Vitality and Depletion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(3), 573-585.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R. D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., ... & Komaki, G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: an fMRI study of mentalizing in alexithymia. *Neuroimage*, 32(3), 1472-1482.
- Mullin, B. C., & Hinshaw, S. P. (2007). Emotion regulation and externalizing disorders in children and adolescents. *Handbook of emotion regulation*, 1, 523-541.
- Nathan, P. E. (1980). *Etiology and process it? The addictive behavior*. In W.R.
- Nix, G. A., Ryan, R. M., Manly, J. B., & Deci, E. L. (1999). Revitalization through self-regulation: The effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of experimental social psychology*, 35(3), 266-284.
- Noël, X., Brevers, D., & Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current opinion in neurobiology*, 23(4), 632-638.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). From ego depletion to vitality: Theory and findings concerning the facilitation of energy available to the self. *Social and Personality psychology compass*, 2(2), 702-717.
- Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*, 65(3), 529-565.
- Rotgers, F. (1996). Behavioral theory of substance abuse treatment: Bringing science to bear on practice. *Treating substance abuse: Theory and technique*, 174-201.
- Salovey, P., & Grewal, D. (2005). The science of emotional intelligence. *Current directions in psychological science*, 14(6), 281-285.
- Sylvester, B. D. (2011). Well-being in volleyball players. *Psychology of Sport and Exercise*, 3,(3) 1-7.
- Van Rijn, S., Schothorst, P., van't Wout, M., Sprong, M., Ziermans, T., van Engeland, H., ... & Swaab, H. (2011). Affective dysfunctions in adolescents at risk for psychosis: emotion awareness and social functioning. *Psychiatry research*, 187(1-2), 100-105.

نقش خودآگاهی هیجانی، تفکر ارجاعی و سرزندگی ذهنی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مواد مخدر
The role of emotional self-awareness, referral thinking and mental vitality in predicting relapse in women ...