
بررسی رابطه بین هوش هیجانی و عود در زنان مصرف کننده شیشه شهر تهران

دکتر مهرانگیز شعاع کاظمی*

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین هوش هیجانی و عود در زنان مصرف کننده شیشه شهر تهران اجرا شد. نمونه پژوهش شامل 100 زن معتاد به شیشه بود که در سال 1388 در مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در حال ترک بودند و به صورت تصادفی انتخاب شدند. فرضیه اصلی پژوهش: بین هوش هیجانی و عود رابطه معناداری وجود دارد. ابزار پژوهش شامل دو پرسشنامه بود: الف. پرسشنامه هوش هیجانی بار - آن با 90 سؤال که اعتبار آن 82% برآورد شده است. ب - پرسشنامه عود با 20 سؤال که پایایی آن با روش آلفای کرونباخ 80/ برآورد شد. طرح پژوهش توصیفی (همبستگی) بود. آزمون‌های آماری مورد استفاده توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون) بودند. داده‌های پژوهش حاکی از رابطه منفی و معنادار بین تمامی مولفه‌ها و زیر مقیاس‌های هوش هیجانی با عود است غیر از زیر مقیاس‌های مسئولیت‌پذیری و همدلی. $r = -45\%$ در سطح معناداری $p < .05$. براساس یافته‌های پژوهش می‌توان آموزش هوش هیجانی برای دختران را پیشنهاد داد. گرچه تحقیقات حاکی از آن است که هوش هیجانی با تمامی مؤلفه‌های مربوطه در زنان بالاتر از مردان است، در معنادان به دلیل تعدیل تمامی قوای روانی - جسمانی این ویژگی حاکی از نقص است.

کلید واژه‌ها

هوش هیجانی، عود، مصرف‌کنندگان شیشه، زنان

مقدمه

در عصر حاضر متأسفانه اعتیاد زنان دامن گیر بسیاری از اقشار جامعه به خصوص طبقه زنان شده است. در حالی که در دامان زنان نسل‌های آینده پرورش می‌یابند. و این نسل‌ها باید آینده یک مملکت را بسازند. بنیان خانواده زنان معتاد سست و متزلزل می‌شود و نمی‌توانند کانون خانواده را سالم و سر پا نگه دارند. زنان معتاد برای رسیدن به مواد مخدر از هیچ کاری فروگذار نمی‌کنند، حتی ممکن است ناموس، احساسات، عواطف و حتی مادر بودن خود را زیر پا بگذارند. از طرفی بخش مهمی از تربیت فرزند و نسل آینده به دوش زنان است. مسلماً افراد معتاد، به خصوص زنان معتاد هیچ‌گاه نمی‌توانند عنصر سالم و سازنده‌ای برای خانواده و جامعه خود باشند و از طرف دیگر امروزه مسئله اعتیاد به مواد مخدر و انواع داروها به صورت یک مشکل جهانی و فراگیر در آمده است. آمارهای منتشر شده سازمان‌های بین‌المللی به ویژه سازمان بهداشت جهانی حاکی از مصرف فزاینده این مواد در سطح جهان است (شعاع کاظمی، 1387).

افراد معتاد مصرف‌کنندگانی هستند که ضرر اجتماعی دارند و در برابر اعضای خانواده احساس مسئولیت نمی‌کنند. اعتیاد تابعی از علل فردی و محیطی است. شاید در این میان خانواده تنها عاملی است که نه تنها از علل محیطی محسوب می‌شود، بلکه تأثیر مستقیمی بر عوامل درون فردی دارد. با توجه به تأثیرات مخربی که اعتیاد بر فرد و جامعه به جا می‌گذارد و همچنین به دلیل نقش انکارناپذیر عوامل خانوادگی اجرای تحقیقاتی برای پیشگیری و حتی درمان این پدیده شوم بیش از پیش ضروری می‌نماید (های وود¹، 2002).

«متامفتامین» که به اختصار مت خوانده می‌شود، دارویی است محرک روان و برای بیماران که مشکل خواب یا کمبود تمرکز دارند تجویز می‌شود، اما به صورت غیرقانونی به عنوان مواد مخدر مورد استفاده قرار می‌گیرد. کریستال شکل قابل استنشاق مت است.

مصرف این ماده در انسان حالت سبکبالی و سرخوشی ایجاد می‌کند و به شدت اعتیادآور است. متامفتامین پس از مصرف به سرعت وارد مغز خواهد شد و باعث ترشح یک باره ناقل‌های عصبی نوراپی نفرین، دوپامین و سروتونین می‌شود. یکی از سوء تأثیرهای رفتاری این ماده ایجاد وسواس است. رفتارهایی مثل تمیز کاری افراطی، شست‌وشوی بیش از حد دست‌ها و آبکشی زیاد بدن یا البسه در میان بسیاری از این افراد دیده می‌شود. متامفتامین بر سازوکارهای شیمیایی اعصاب مثل مکانیسم تنظیم ضربان قلب، دمای بدن، فشار خون، اشتها، تمرکز، خلق و خو و هوشیاری اثر می‌گذارد و باعث افزایش فشار خون، قند خون، دمای بدن و گرفتگی رگ‌ها می‌شود. فعالیت شدید فیزیکی، فرورفتن در آب بسیار سرد و نوشیدن نوشیدنی‌های پرکافئین خطر اضطراب شدید و مرگ

¹ Hywood

ناگهانی در معترضان به مت را افزایش می‌دهد (شعاع کاظمی، 1389). اگرچه گزارش کمی درباره مرگ و میر ناشی از استعمال مستقیم کریستال در دست است، باید این نکته را مورد توجه قرار داد که این ماده بسیار اعتیادآور و نسبت به دیگر آمفتامین‌های دیگر از نظر اجتماعی، عاطفی، روانی و حتی تحرکی آسیب بیشتری به فرد وارد می‌کند. در بیمارانی که کریستال را به عنوان آمفتامین برای تحمل درد استفاده می‌کنند، علایمی شبیه بیمار روانی پارانوئید و جنون جوانی مشاهده می‌شود.

دوز بالای کریستال می‌تواند موجب آسیب مهلک در رگ‌های مغزی و در نهایت مرگ شود. دیگر تاثیرات فیزیکی معمول ناشی از استعمال کریستال شامل: خشکی دهان، افزایش سرعت تنفس، سردردهای طاقت‌فرسا، حالت تهوع، تعرق بیش از اندازه بدن، سرگیجه، بالا رفتن فشارخون، بالا رفتن حرارت بدن، تپش قلب، خشکی، سوزش و ترک لب‌ها، بزرگ شدن مردمک چشم، سیاهی رفتن چشم، لرزش دست‌ها و انگشتان است. استعمال کریستال روی رفتار شخص نیز تأثیر می‌گذارد: از جمله افزایش حرکت‌های فیزیکی، نوعی حالت سرخوشی، ناآرامی، اضطراب و دلواپسی، پرخاشگری، خشونت و رفتار خصمانه، بیخوابی شدید، حمله‌های ناگهانی هراس و اضطراب پارانوئیا (جنون سوءظن) همراه با توهم، نشاط و دلخوشی بیش از حد، پرچانگی، تکرار حرف‌ها و کارهای ساده، تغییر ناگهانی در رفتار و گفتار و اختلال در درک، اختلال و بی‌نظمی در وظایف کلیه و ریه، بی‌اشتهایی و در نتیجه سوء تغذیه و کم وزنی مفرط، عوارض قلبی، حمله قلبی و نارسایی قلب به دلیل استعمال زیاد (لیندن¹، 2004). استفاده از کریستال می‌تواند نیاز و فعالیت جنسی فرد را به طور غیرعادی افزایش دهد. این نیاز به همراه دیگر تاثیرات استعمال این ماده ممکن است فرد را به قدری بی‌توجه و از خود بیخود کند که استفاده از وسایل حفاظتی پیشگیری را فراموش کند، همچنین شخص وادار به افراط در فعالیت‌های جنسی شود که قطعاً این کار آسیب‌های غیرقابل جبرانی به همراه دارد و امکان ابتلا به ویروس و دیگر بیماری‌های مقاربتی را افزایش می‌دهد.

بار - اُن² (1997)، معتقد است که هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌ها، فعالیت‌ها، قابلیت‌ها و مهارت‌هایی است که فرد را برای سازگاری با محیط و کسب موفقیت در زندگی تجهیز می‌کند. توصیف هیجان در این نوع هوش رکن اساسی است، چرا که آن را از هوش شناختی متمایز می‌کند. این مدل پنج حیطه گسترده از مهارت‌ها یا توانایی‌ها را در بر می‌گیرد:

1. مهارت‌های درون فردی که خودآگاهی هیجانی (بازشناسی و فهم احساسات خود)، جرات (ابراز احساسات، عقاید، تفکرات و دفاع از حقوق شخصی به شیوه‌ای سازنده)، خودتنظیمی (آگاهی، فهم، پذیرش و احترام به خویش)، خودشکوفایی (تحقق بخشیدن به استعدادها و بالقوه خویشتن) و

¹ Linden
² Bar-on

استقلال (خودفرمانی و خودکنترلی در تفکر و عمل شخصی و رهایی از وابستگی هیجانی) را در برمی گیرد.

2. مهارت‌های میان فردی که شامل روابط میان فردی (آگاهی، فهم و درک احساسات دیگران، ایجاد و حفظ روابط رضایت بخش دو جانبه که به صورت نزدیکی هیجانی و وابستگی مشخص می‌شود)، تعهد اجتماعی (عضو مؤثر سازنده گروه اجتماعی خود بودن و نشان دادن خود به عنوان یک شریک خوب) و همدلی است.

3. سازگاری که شامل مسئله‌گشایی (تشخیص و تعریف مسایل، همچنین ایجاد راهکارهای موثر)، آزمون واقعیت (ارزیابی مطابقت میان آنچه به طور ذهنی و عینی، تجربه می‌شود)، انعطاف‌پذیری (تنظیم هیجان، تفکر و رفتار به هنگام تغییر موقعیت و شرایط) است.

4. کنترل استرس که توانایی تحمل استرس (مقاومت در برابر وقایع نامطلوب و موقعیت‌های استرس‌زا) و کنترل تکانه (ایستادگی در برابر تکانه یا انکار تکانه) را شامل می‌شود.

5- خلق عمومی که شامل: شادی (احساس رضایت از زندگی خویشتن، شاد کردن خود و دیگران) و خوشبینی (نگاه به جنبه‌های روشن زندگی و حفظ نگرش مثبت و حتی در مقابله با تمایلات) است (منصوری، 1380).

عود

عود و بازگشت تمام عیار از اولین بار مصرف گرفته تا جریان فعال شدن اعتیاد، نهایتاً به درد و آزار دیدگی آگاهی وجدانی منتهی می‌شود و با نوعی تکمیل کردن تحریفات شدید در اندیشه و احساس مرتبط است. فرد در طی فرآیند عود و بازگشت کامل معمولاً تمایلی به تشریک مساعی در شروع دوباره فعالیت‌های مربوط به برنامه بهبودی را نشان نمی‌دهد. در فرآیند عود و بازگشت فرد با نوعی عدم کنترل کلی بر مصرف موادمخدر مواجه می‌شود و این رفتار خود موجب درد و رنج بیشتر برای فرد و در نتیجه مصرف بی‌رویه و خارج از کنترل او خواهد شد. این فقدان و عدم کنترل ناشی از عوامل زیستی، روانی، معنوی و اجتماعی است. عوامل زیستی شامل: اشتیاق و وسوسه مصرف مواد مخدر، مشکلات پزشکی و روانپزشکی و موضوعات کلی نظیر خواب، تغذیه، خستگی و مسائل جنسی است. عوامل روانی شامل انکار ورزیدن شدید، مسائل عاطفی و بی‌ثباتی هیجان‌های مثبت و منفی و شدت و قوت خودباوری و عزت‌نفس در فرد است. موضوعات مربوط به عوامل اجتماعی عبارت‌اند از: قدرت پشتوانه اجتماعی برای پاکی و هوشیار ماندن در مقابل پشتوانه اجتماعی برای مصرف موادمخدر و شدت کلی استرس‌های مربوط به روابط غیراصولی (موقعیت‌های خطرناک) و به تعبیر دیگر غیر برنامه‌ای. به طور کلی جریان عود را می‌توان نوعی فرآیند پیش رونده و نوعی گذر بین هوشیاری و ناهوشیاری یا رفتارهای تعادلی در مقابل رفتارهای غیرکنترلی دانست. نکته جالب توجه این است که

فرآیند عود را می‌توان قطع کرد و عمل قطع در مراحل اولیه بسیار ساده‌تر و آسان‌تر از زمان بازگشت تمام عیار مصرف مواد مخدر است (شعاع کاظمی، 1389).

اگرچه واکنش بسیاری از افراد در مقابل عود و بازگشت، احساس یأس و نومیدی است، اما نه تنها می‌توان جریان عود را قطع کرد، بلکه از خود تجربه عود می‌توان برای تقویت برنامه بهبودی استفاده کرد. مخصوصاً عود می‌تواند فرصتی مناسب برای کمک به بهبود عرصه‌ها و جنبه‌های مختلفی باشد که یقیناً ضعیف بوده‌اند و نیازمند تقویت هستند. عود و بازگشت برای پاره‌ای از افراد در واقع نمایش حزن‌انگیز این واقعیت است که تفکر و اندیشه آنها در مورد مصرف کنترل شده مواد مخدر توهمی بیش نبوده است. معمولاً این گونه افراد پس از گذشت مدتی از دوران عود، شروع به استفاده از ابزارها و فرصت‌هایی می‌کنند که حمایت‌کننده بازگشت به بهبودی و ادامه زندگی بدون مصرف مواد مخدرند. عود می‌تواند به فرد کمک کند تا به نحو دقیق‌تری عوامل خطرزا و وسوسه‌کننده و میل به مواد را شناسایی و از این طریق واکنش‌های منطقی و صحیح در مقابل آن عوامل را در وجود خود تقویت کند (همان منبع).

ریف¹ (2001) با مطالعه 32 مرد و 22 زن با استفاده از پرسشنامه هوش هیجانی به این نتیجه رسید که زنان در مؤلفه‌های هوش هیجانی نسبت به مردان نمره بالاتری کسب نموده‌اند.

ترینیدد و همکاران² (2005) مطالعه‌ای درباره اهمیت مهارت‌های امتناعی و مدیریت هیجانی در برنامه‌های پیشگیری از استعمال دخانیات انجام دادند. در این مطالعه رابطه هوش هیجانی دانش‌آموزان سال ششم با احتمال استعمال دخانیات³ در آینده توسط آنها بررسی شد. محقق گزارش داد دانش‌آموزانی که هوش هیجانی کلی آنها پایین و سطح احساسات خشمگینانه در آنها بالاست یا برای جواب رد دادن به دوستان خود مشکل بیشتری دارند، بیشتر ممکن است در آینده به مصرف دخانیات بپردازند. در مجموع دانش‌آموزان دارای هوش هیجانی پایین احتمالاً 2 بار بیشتر درگیر رفتارهای مربوط به استعمال دخانیات می‌شوند.

معصومی (1385) در تحقیق خود به بررسی شناسایی چگونگی عملکرد اعتیاد در جامعه زنان پرداخت، و از روش‌های میدانی و اسنادی استفاده کرد. جامعه آماری مورد نظر 50 نفر از زنان معتاد زندان اوین بودند و نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار تحقیق پرسشنامه‌ای با 62 سؤال و مدل آماری تحلیل اطلاعات و کنترل فرض‌ها آزمون x^2 بود. نتایج به دست آمده بدین قرار است: بین فقر و اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد، بین بیکاری و اعتیاد زنان رابطه معناداری وجود دارد، بین محیط اجتماعی و اعتیاد زنان رابطه معنادار وجود دارد، بین نابسامانی خانوادگی و اعتیاد زنان، رابطه

¹ Riffe

² Trended etal

³ Smoking

معنادار وجود ندارد، بین عوامل فرهنگی و اعتیاد زنان رابطه معنادار وجود دارد، بین سطح تحصیلات و اعتیاد زنان رابطه معنادار وجود ندارد (نقل از شعاع کاظمی 1389).

استفاده از مقیاس هوش هیجانی (بشارت، 1387) پرسشنامه سبک دفاعی (آندروز، سینگ و باند¹، 1993) و مقیاس پذیرش اعتیاد (AAs وید و دیگران²، 1992) در 296 نفر از دانشجویان دانشگاه تهران که به صورت تصادفی انتخاب شدند نشان داد که بین نمره‌های کل هوش هیجانی، زیر مقیاس ادراک هیجانی و پذیرش اعتیاد رابطه منفی معناداری وجود دارد. با کنترل اثر هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن بین سازوکار دفاعی رشد یافته و رشد نایافته و پذیرش اعتیاد به ترتیب رابطه منفی و مثبت معنادار وجود داشت، اما با کنترل اثر سازوکار دفاعی، بین هوش هیجانی و مؤلفه ادراکی هیجانی و پذیرش اعتیاد رابطه منفی مشاهده شد. بنابراین سازه هوش هیجانی می‌تواند نقش متغیر میانجی نیرومندی در بین ویژگی‌های هیجانی با پذیرش اعتیاد ایفا کند.

رستمی (1386) در بررسی علل بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد به مطالعه عوامل خانوادگی پرداخته است. مطالعات وی نشان می‌دهد درصد بالایی از معتادان در خانواده‌هایی بزرگ شده‌اند که بین پدر و مادر اختلاف وجود داشته و محیط خانوادگی رضایت بخش نبوده است. 53 درصد افراد این جامعه 100 نفری علل بازگشت به اعتیاد را مسائل خانوادگی دانسته‌اند، 83/17 به تنهایی از پدر خود ناراضی بوده‌اند. درباره جمعیت خانواده و اعتیاد چنین نتیجه‌گیری شده است که 78 درصد معتادان جامعه مورد مطالعه افرادی بوده‌اند که در خانواده‌های 4 الی 6 نفری با وضعیت‌های ضعیف رشد کرده‌اند. والدین توجهی که لازمه فرزندپروری و جامعه‌پذیری مناسب است به کودکان خود نداشته‌اند. پترایدز و همکاران³ (2007) در پژوهشی به بررسی رابطه نقش‌های جنسیتی با هوش هیجانی و هوش عمومی پرداختند. از 244 نفر آزمودنی خواسته شد که هوش هیجانی و هوش شناختی خود و والدینشان را تخمین بزنند. محققان فرض کرده بودند که مردان نسبت به زنان نمره بیشتری به هوش شناختی و نمره کمتری به هوش هیجانی خود خواهند داد. همچنین شرکت‌کنندگان به پدران خود نمره هوش شناختی بیشتر و هوش هیجانی کمتر و بر عکس به مادران خود نمره هوش هیجانی بیشتر و هوش شناختی کمتر خواهند داد. نتایج فرضیه‌ها را ثابت کرد و نشان داد که از دیدگاه مردم هوش‌شناختی یک صفت اولیه مردانه و هوش هیجانی یک صفت اولیه زنانه است.

نتایج پژوهشی که مرکز ملی اعتیاد و سوءمصرف موادمخدر وابسته به دانشگاه کلمبیا آمریکا در بین زنان 8 تا 22 ساله آمریکایی انجام داد حاکی از آن است که علل مصرف مواد مخدر در دختران و زنان جوان با علل مصرف این مواد در پسران و مردان جوان متفاوت است. طبق این پژوهش دختران

¹ Androse & etal

² Weed & etal

³ Petrids & etal

و زنان جوان در برابر سوء مصرف یا اعتیاد به مواد مخدر آسیب‌پذیرتر از پسران و مردان جوان هستند، دختران سریع‌تر تحت تأثیر مواد مخدر قرار می‌گیرند و زودتر از پسران از عواقب مصرف مواد مخدر آسیب می‌بینند (شعاع کاظمی، 1388).

نورس¹، بات چلی²، هان لون³، اگزادی⁴ مک گرین⁵ (1998) یک مطالعه زمينه ياب در مورد 65 مرد و 248 زن معتاد به داروهای خواب‌آور انجام دادند. آنها به بررسی گزارش‌هایی پرداختند که در آن افراد معتاد با نگاه به گذشته خویش رفتارهایی را توضیح داده بودند که در سال‌های نوجوانی با والدین خود تجربه کرده بودند. یافته‌ها با گزارش‌های معتادان درباره شیوه فعلی فرزندپروری خودشان مقایسه شد (فرزندان بین 12 تا 17 سال). نتایج مطالعه نشان می‌دهد که در شاخص‌های زیر معتادان، شیوه فرزندپروری مادران خود را در مقایسه با پدرانشان بسیار سودمندتر و عملی‌تر می‌بینند:

1. درگیری والدین در مسائل مربوط به کودک 2. دلبستگی 3. عدم مسئولیت در سه شاخص ذکر شده و همچنین در زمینه انضباط و اقدامات تنبیهی والدین. تفاوت‌های معناداری بین فرزندپروری معتادان و فرزندپروری والدینشان گزارش شده است. معتادان شیوه فعلی فرزندپروری خود را بسیار مؤثرتر از شیوه فرزندپروری والدینشان می‌دانستند (نقل از شعاع کاظمی، 1388).

فورنهام⁶ (2007) در پژوهشی به مطالعه رابطه جنسیت و هوش هیجانی پرداخت و در آن حدود 260 نفر شرکت‌کننده سفیدپوست زن و مرد مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین هوش هیجانی زنان و مردان وجود ندارد، اما زنان نسبت به مردان در بُعد مهارت‌های اجتماعی در مقیاس EQ-I نمرات بالاتری کسب کردند. همچنین در این پژوهش روشن شد که مردان معتقدند نسبت به زنان از هوش هیجانی بیشتری برخوردارند.

براون⁷ (2006) ارتباط مستقیم و غیرمستقیم بین هوش هیجانی و خستگی ذهنی را روی 167 نفر از دانشجویان سنجد. نتایج نشان داد که هوش هیجانی بالاتر با خستگی ذهنی کمتر همبستگی دارد. با توجه به پیشینه موجود. سؤال اصلی پژوهش این بود که: آیا بین هوش هیجانی و عود در زنان مصرف‌کننده شیشه رابطه وجود دارد؟

فرضیات پژوهش

1. بین هوش هیجانی بالا و ترک رابطه وجود دارد؟
2. بین هوش هیجانی پایین و عود رابطه وجود دارد؟

¹ Nurec

² Barchly

³ Hanlon

⁴ Ogxady

⁵ Mcgarren

⁶ Forenhime

⁷ Brown

روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مصرف‌کننده شیشه است که در سال 1388 به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کرده‌اند و در حال ترک به سر می‌برند. نمونه شامل 100 نفر از زنان معتاد به شیشه است که به شکل تصادفی ساده انتخاب شده‌اند.

ابزارهای اندازه‌گیری

1- آزمون هوش هیجانی بار - آن: این آزمون دارای 90 سؤال و 15 خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از:

1. خودآگاهی هیجانی 2. خودآزاری 3. عزت نفس 4. خودشکوفایی 5. استقلال 6. همدلی 7. مسئولیت‌پذیری اجتماعی 8. روابط بین فردی 9. واقع‌گرایی 10. انعطاف‌پذیری 11. حل مسئله 12. تحمل فشار روانی 13. کنترل تکانش 14. خوش‌بینی 15. شادمانی.

گزینه‌ها روی طیف 5 درجه‌ای لیکرت تنظیم شده‌اند. نمره‌گذاری از 5 به یک (کاملاً موافقم 5 و کاملاً مخالفم 1) و در بعضی از سوالات با محتوای منفی یا معکوس از یک به پنج است. کسب نمره بالا در این آزمون بیانگر هوش هیجانی مطلوب و کسب نمره پایین به معنای هوش هیجانی پایین است. افراد از سن 18 سال تا بالاتر مشروط بر اینکه دارای خدمت‌رسانی از تحصیلات (حداقل دیپلم) باشند می‌توانند به این آزمون پاسخ دهند. دهشیری (سال 1382) آزمون هوش هیجانی بار آن را در بین دانشجویان شهر تهران هنجاریابی کرده است. برای این کار 520 نفر از دانشجویان به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای برگزیده شدند. ضریب پایایی به روش محاسبه آلفای کرونباخ /82. و با استفاده از روش بازآزمایی بعد از یک ماه 80 درصد گزارش شد.

پایایی آزمون برای نمونه پژوهش کنونی از طریق آلفای کرونباخ /82. به دست آمد.

2- آزمون مقیاس کنترل شخصی یا PCS¹

این آزمون دارای دو مجموعه سؤالات است. در قسمت اول حالات فرد در 90 روز گذشته بررسی می‌شود و در قسمت دوم حالاتی که اگر فرد همین الان به مصرف مواد روی آورد مورد پرسش قرار می‌گیرد. روایی پرسشنامه را استادان متخصص در زمینه اعتیاد خوب ارزیابی کردند. پایایی آن با روش بازآزمایی /80 محاسبه شد.

¹ Personal Control Scale

داده‌های پژوهش

جدول شماره 1: شاخص سن افراد شرکت کننده در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
17-20	35	35%
20-30	40	40%
30-40	25	25%

با توجه به نتایج جدول بیشترین دامنه سنی مربوط به رده سنی 20-30 سال است.

جدول شماره 2: شاخص تحصیلات افراد شرکت کننده در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
لیسانس و بالاتر	5	5%
فوق دیپلم	10	10%
دیپلم و سیکل	85	85%

با توجه به نتایج جدول بیشترین سطح تحصیلات افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر دیپلم و سیکل است.

جدول شماره 3: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های عوامل پرسشنامه هوش هیجانی

عوامل	میانگین	انحراف استاندارد
هوش درون فردی	104.2	12.3
هوش بین فردی	105.3	11.5
توانایی سازگاری	102.4	12.7
مدیریت استرس	102.8	13.2
خلق عمومی	103.7	14.2
نمره کل هوش هیجانی	100.8	12.4

با توجه به نتایج جدول بالا بالاترین میانگین مربوط به عامل هوش بین فردی (با مؤلفه‌های همدلی، روابط بین فردی، سازگاری) با 105.3 و انحراف استاندارد 11.5 و کمترین مربوط به مدیریت استرس (با مؤلفه‌های تحمل استرس، کنترل تکانه‌ها) 102.4 و انحراف استاندارد 13.2 است.

جدول شماره 4: توزیع پاسخگویان برحسب تعداد دفعات ترک

ردیف	تعداد دفعات ترک	فراوانی	درصد
1	یکبار	31	31%
2	دوبار	24	24%
3	سه بار	6	6%
4	بیش از سه بار	29	29%
	جمع	100	100

براساس فراوانی‌های به دست آمده مشخص شد 29 درصد پاسخگویان دارای بیش از سه بار سابقه ترک هستند. 31 نفر عنوان کردند که 1 بار اقدام به ترک کرده‌اند.

جدول شماره 5: ضریب همبستگی هوش هیجانی و عود

مؤلفه‌ها	r	p
خودآگاهی هیجانی	-.132	.15
ابراز وجود	-.275	.15
احترام به خود	-.137	.11
خودشکوفایی	-.122	.11
استقلال	-.193	.11
همدلی	-.15	.17
روابط بین فردی	-.272	.15
مسئولیت‌پذیری	-.144	.18
حل مسأله	-.134	.11
واقعیت‌سنجی	-.141	.11
انعطاف‌پذیری	-.151	.11
تحمل استرس	-.145	.15
کنترل تکانه	-.136	.15
شادکامی	-.147	.15
خوش‌بینی	-.161	.11
نمره کل هوش هیجانی	-.145	.11

با توجه به داده‌های جدول غیر از همدلی و مسئولیت‌پذیری بین تمام مؤلفه‌های هوش هیجانی با عود رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بدین صورت که هرچه هوش هیجانی بالاتر باشد، عود کمتر اتفاق می‌افتد و بالعکس.

جدول شماره 6: مقایسه مؤلفه‌های هوش هیجانی بالا و پایین در عود

مؤلفه‌ها	T(df=98)	میانگین	انحراف استاندارد
خود آگاهی هیجانی	6/15	8/16	1/5
ابراز وجود	5/75	9/32	1/2
احترام به خود	5/17	10/75	2/3
خودشکوفایی	4/83	5/78	1/15
استقلال	3/92	13/72	2/36
همدلی	6/51	6/74	1/7
روابط بین فردی	4/50	10/92	3/2
مسئولیت‌پذیری	7/32	8/82	3/8
حل مسئله	8/41	10/12	4/2
واقعیت‌سنجی	5/81	6/83	2/7
انعطاف‌پذیری	8/72	12/62	4/3
تحمل استرس	6/48	13/5	2/9
کنترل تکانه	7/36	10/22	1/23
شادکامی	2/92	5/49	1/2
خوش‌بینی	6/73	12/1	3/9
نمره کل	8/96	12/52	1/7

با توجه به نتایج جدول بالا، بین دو گروه با نمره هوش هیجانی بالا و پایین در تمامی مؤلفه‌ها با عود تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که افراد دارای که از هوش هیجانی بالاتر بیشتر از دو گروه دیگر می‌توانند دوره ترک باقی بمانند. $p < 0/001$

جدول شماره 7: رگرسیون چند گانه پیش‌بینی عود براساس مؤلفه‌های هوش هیجانی

متغیر	مؤلفه‌های پیش‌بینی کننده	R	R ²	df	f	P
	تحمل استرس	0/37	0/136	98	18/4	0/001
	حل مسئله	0/29	0/89	98	5/6	0/01
عود	واقعیت‌سنجی	0/35	0/124	98	20/8	0/01
	مسئولیت‌پذیری	0/32	0/102	98	10/5	0/01
	ابراز وجود	0/44	0/199	98	16/2	0/05
	کنترل تکانه	0/298	0/88	98	6/2	0/001
	احترام بخود	0/309	0/96	98	4/8	0/01

یافته‌های پژوهش

مدل رگرسیون خطی عود براساس مؤلفه تحمل استرس وارد معادله شد و در کل $13/6$ واریانس عود را پیش‌بینی کرد. $R^2=0/136$ $F(1,98)=18/4$ $P<0/001$

مدل رگرسیون عود براساس مؤلفه حل مساله $89/$ را پیش‌بینی می‌کند $R^2=0/89$ $F(1,98)=5/6$ $P<0/01$.

مدل رگرسیون خطی عود براساس مؤلفه واقعیت‌سنجی 12.4 از پراکندگی را تعیین می‌کند. $R^2=0/124$ $F(1,98)=20/8$ $P<0/01$

مدل رگرسیون خطی عود براساس مؤلفه مسئولیت‌پذیری 10.2 از پراکندگی را تعیین می‌کند. $R^2=0/102$ $F(1,98)=10/5$ $P<0/01$

مدل رگرسیون خطی عود براساس مؤلفه ابراز وجود 19.9 از پراکندگی را تعیین می‌کند. $R^2=0/199$ $F(1,98)=16/2$ $P<0/05$

مدل رگرسیون خطی عود براساس مؤلفه کنترل تکانه 8.8 از پراکندگی را تعیین می‌کند. $R^2=0/88$ $F(1,98)=6/2$ $P<0/001$

مدل رگرسیون خطی عود براساس مؤلفه احترام به خود 9.6 از پراکندگی را تعیین می‌کند. $R^2=0/96$ $F(1,98)=4/8$ $P<0/001$

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به موضوع پژوهش، یعنی رابطه هوش هیجانی و عود در زنان مصرف‌کننده شیشه شهر تهران و اینکه هوش هیجانی از ویژگی‌ها و توانمندی‌هایی است که میزان آن در زنان بالاتر از مردان است، داده‌های پژوهش برای تحلیل فرضیه‌ها بررسی شد. بین هوش هیجانی زنان مصرف‌کننده شیشه و عود رابطه وجود دارد. داده‌های حاصل از آزمون آماری $r=-73/6$ در سطح معناداری $p<0/001$ نشان‌دهنده رابطه معنادار و منفی بین مؤلفه‌های هوش هیجانی و عود در زنان است. هر چه هوش هیجانی پایین‌تر باشد، عود بیشتر است. در زیر مقیاس مؤلفه‌های پنج‌گانه، دو زیر مقیاس همدلی و مسئولیت‌پذیری رابطه معناداری را نشان ندادند و این یافته تقریباً با تمامی یافته‌های پژوهشگران همخوان است، بدین صورت که براون (2006) و فورنهام (2007) پترایدز و همکاران (2007) و بشارت (1387) همگی نشان دادند که هوش هیجانی در زنان با مردان متفاوت و بالاتر است البته تعدادی از پژوهش‌ها روی آزمودنی‌های سالم اجرا شده بود، ولی همگی نشان داده‌اند که بین مؤلفه ادراک هیجانی پایین و پذیرش اعتیاد رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. در تبیین این یافته، میت وان به این نکته اشاره کرد که معنادان خصوصاً مصرف‌کنندگان شیشه از گروه‌هایی هستند که در سیستم شناختی آنان اثر مصرف این ماده تخریب می‌شود و بر همین اساس قدرت کنترل تکانه‌های مثبت و منفی در آنها ضعیف است. همچنین تریندو و همکاران (2005) نشان دادند که بین

هوش هیجانی پایین و رفتارهای پرخاشگرانه رابطه منفی و معنادار وجود دارد که در معنادان نیز این حالت شایع می‌باشد در نتیجه تأخیر یا نرسیدن مواد قدرت تاب آوری آنان پایین می‌رود و برای دستیابی به آن به هر رفتاری حتی روسپیگری و تکدی‌گری می‌پردازند. شعاع کاظمی (1388) در پژوهش خود نشان داد که راهبرد مقابله‌ای شاخص در معنادان راهبرد مقابله ناکارآمد است و نتیجه پژوهش حاضر نیز نشان داد که مصرف‌کنندگان شیشه به دلیل هوش هیجانی پایین و ضعف در مؤلفه حل مسأله و ناتوانی در مدیریت استرس هنگام مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا به راهکار ناکارآمد مصرف روی می‌برند. در مورد مؤلفه‌های مسئولیت‌پذیری و همدلی، داده‌ها حاکی از نبودن ارتباط معنادار بین این دو مؤلفه و عود بود که تبیین آن نیز به سازوکار دفاعی انکار در معنادان بر می‌گردد. چرا که معنادان به دلیل ویژگی عدم مسئولیت‌پذیری در مورد اعتیاد تا مدت‌های طولانی ابتدا به انکار و سپس دلیل تراشی می‌پردازند و اگر به همدلی نیز روی می‌آورند صرفاً برای تهیه مواد است. نتیجه کلی پژوهش حاضر این است که هوش هیجانی توانمندی ذاتی و محیطی انسان است که از طریق آموزش و یادگیری می‌توان آن را افزایش داد و این مورد یکی از راهکارهای پیشگیری و درمان در امر اعتیاد است. اگر همه انسان‌ها خصوصاً زنان از این توانمندی خود آگاه باشند کمتر به مصرف مواد مخدری همچون شیشه و مواد محرک‌زا گرایش پیدا می‌کنند.

پیشنهادات کاربردی

1. با توجه به اینکه یکی از ویژگی‌های خاص زنانه رفتارهای جلب توجه است، برای ارضای این نیاز می‌توان رفتارهای جراتمندانه توأم با همدلی مثبت را به آنها آموزش داد تا از این طریق قدرت مقابله با تکانه‌های هیجانی را داشته باشند.
2. توجه به نقش رسانه‌های جمعی در زمینه آموزش‌های متناسب با جنسیت تا از این طریق گروه‌های مختلف به خودباوری متناسب با توانمندی خود برسند.
3. اجرای کارگاه‌های خودشناسی با محوریت هوش هیجانی در سطح مدارس، دانشگاه‌ها و مراکز فرهنگی.

منابع

فارسی

- بشارت، ع. م. (1387). **هنجاریابی پرسشنامه سبک‌های دفاعی و کنترل شخصی**. مجموعه مقالات چهارمین همایش بهداشت روانی دانشجویان. شیراز.
- دهشیری، غ. ر. (1382). **هنجاریابی آزمون هوش هیجانی در بین دانشجویان شهر تهران**. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
- رستمی، ر. (1386). **بررسی علل بازگشت مجدد معتادین**. پژوهش تازه‌های روانشناختی. دوره 1. شماره 1 و 2.
- شعاع کاظمی، م. ا. (1389). **بررسی هوش هیجانی زنان مصرف کننده شیشه**. مجموعه همایش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
- شعاع کاظمی، م. ا. (1388). **بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با تأکید بر تکنیک‌های شناختی - رفتاری در پیشگیری از عود**. فصلنامه اعتیاد مؤسسه ملی تحقیقات اعتیاد ایران.
- شعاع کاظمی، م. ا. (1388). **بررسی مقایسه‌ای دو شیوه منجر به ترک (تدریجی و سم‌زدایی با متادون) در معتادین به هرویین**. فصلنامه اعتیاد مؤسسه ملی تحقیقات اعتیاد ایران.
- شعاع کاظمی، م. ا. (1387). **بررسی رابطه بین نگرش به اعتیاد و راهبردهای مقابله‌ای در مصرف کنندگان هرویین شهر تهران**. فصلنامه اعتیاد پژوهی ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- معصومی، ع. (1385). **شیوع اختلالات روانپزشکی در زنان مصرف کننده مواد مخدر**. فصلنامه اندیشه و رفتار شماره 27.
- منصوری، ب. (1380). **هنجاریابی پرسشنامه شیرینگ در دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی**. پایان نامه کارشناسی ارشد.

انگلیسی

- Bar-on, R. (2000). **The emotional quotient inventory EQ**. Atest of emotion intelligence.toronto.canada.multi-health.
- Brown, F. (2006). **Personality and individual differences**. Journal of applied psychology.v.5.68-70.

- Forenlim, M. (2007). **Levels of emotional awareness**. American Journal of Psychiatry.144.133- 135.
- Haywood, R. F. (2002). **Why more young people are using drugs**.jet .90, 15-17.
- Linden, D. (2004). **Black looks. Race and representation**. Cambridge. South end.24.56-59.
- Petrids, G. Collin, M. (2007). **How high. Honey magazine**. pp. 95-97.
- Riff, B. (2001). **Comparison of personality characterices between men &women**. J. rer. v.3.234-237.
- Trended, F. Suazo, J. (2005). **Assessing emotional intelligence in high school brizilian students**. individual differences.v.12.34-36

Archive of SID