

## مقایسه هوش هیجانی و کیفیت زندگی در مردان معتاد و غیر معتاد

محمد نریمانی<sup>۱</sup>، یعقوب حبیبی<sup>۲</sup>، سعید رجبی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۲/۰۱

### چکیده:

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی و هوش هیجانی در مردان معتاد و غیر معتاد است. **روش:** نمونه پژوهش شامل ۸۰ نفر معتاد و ۸۰ نفر غیر معتاد بودند که افراد معتاد به شیوه نمونه‌گیری دردسترس و افراد غیر معتاد به شیوه هم‌تاسازی و با توجه به سن و وضعیت تاهل انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس هوش هیجانی شاته و پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و همبستگی پیرسون انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی مردان معتاد و غیر معتاد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، هوش هیجانی و کیفیت زندگی مردان معتاد پایین‌تر از مردان غیر معتاد بود. همچنین، نتایج نشان داد که بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی در هر دو گروه رابطه معنی‌داری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** افراد با هوش هیجانی پایین به احتمال بیشتری دچار سوء مصرف مواد می‌شوند و سوء مصرف مواد نیز ممکن است کیفیت زندگی افراد را پایین بیاورد. این احتمال وجود دارد که بتوان با پرورش هوش هیجانی افراد، از ابتلا آن‌ها به این معضل جلوگیری کرد.

**کلید واژه‌ها:** هوش هیجانی، کیفیت زندگی، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی. پست الکترونیک: Narimani@uma.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی

۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی

## مقدمه

مصرف مواد مخدر از خطرناک‌ترین پدیده‌های جوامع انسانی در عصر حاضر به شمار می‌رود. امروزه وسعت اعتیاد<sup>۱</sup> در جهان چنان گسترش یافته که به شکل یک بیماری مزمن و اجتماعی درآمده و باعث به خطر افتادن امنیت اجتماعی شده است. در سراسر جهان تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر به ۱۹۰ میلیون نفر می‌رسند و آمار رسمی، تعداد معتادان کشور را ۱/۲ تا ۲ میلیون نفر ذکر می‌کند که میانگین سنی این افراد ۱۸ سال می‌باشد و این در حالی است که ۱۱ میلیون نفر از جمعیت کشور با مشکل اعتیاد خود یا اطرافیان مواجه هستند (شفیعی و رهگذر و رهگذر، ۲۰۰۴؛ ضیاءالدین و زارع زاده و حشمتی، ۲۰۰۶).

در ایران و در طی ۳۰ سال گذشته، اعتیاد رشد سالانه ۸ درصدی داشته است (مرکز مطالعات ملی اعتیاد، ۲۰۰۱). این معضل بیشتر از آن جهت اهمیت پیدا می‌کند که یکی از حادث‌ترین مسائل نسل جوان است و به دنبال آن منجر به زوال شخصیت و نیروی جسمانی افراد شده و به خروج جوانان از صحنه‌های فعال زندگی می‌انجامد. میزان مصرف مواد در نوجوانان و جوانان روز به روز افزایش می‌یابد و برای کنترل این امر لازم است در برنامه پیشگیری و درمان از روش‌های جدید استفاده شود (هانگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ ایسرالوویتز<sup>۳</sup> و راسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶).

دلایل گوناگونی برای گرایش به مصرف مواد ذکر شده است: برخی از افراد در پی پذیرفته شدن در جامعه هستند و بعضی دیگر بدین وسیله سعی می‌کنند خود را رشد یافته‌تر نشان دهند (جسور<sup>۵</sup>، ۱۹۸۴). جامعه و اطرافیان نیز متقابلاً در افزایش مصرف مواد نقش دارند. در برخی از گروه‌های اجتماعی، مصرف مواد شرط پذیرفته شدن از سوی دیگران است. این نکته در پژوهش‌هایی که گزارش کرده‌اند، پیشنهاد مصرف از سوی دوستان باعث افزایش مصرف مواد می‌شود، تأیید شده است (کنراد<sup>۶</sup>، فلی<sup>۷</sup> و هیل<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲).

1. Addiction  
3. Isralowitz  
5. Jessor  
7. Flay

2. Huang  
4. Rawson  
6. Conrad  
8. Hill

عادت‌های سوء مصرف مواد به متغیرهای روان‌شناختی مانند ویژگی‌های شخصیتی و سطح هوشی فرد بستگی دارد (فین<sup>۱</sup> و هال<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ والیا<sup>۳</sup>، فوکسا<sup>۴</sup>، دریب<sup>۵</sup> و استار<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵؛ هامپسون<sup>۷</sup>، اندروز<sup>۸</sup>، برکلی<sup>۹</sup>، لیچنشتاین<sup>۱۰</sup> و لی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶؛ هاراکها<sup>۱۲</sup>، شولتی<sup>۱۳</sup>، وریسب<sup>۱۴</sup>، راتگر<sup>۱۵</sup> و انگلسا<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۶). پژوهش‌های انجام شده در زمینه هوش افراد وابسته به مواد نشان داده است که عملکرد شناختی و سطح هوش اغلب این افراد پایین‌تر از میانگین است.

در سال‌های اخیر، هوش هیجانی<sup>۱۷</sup> به عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (گلמן<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۵؛ شات<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ مه‌یر<sup>۲۰</sup>، کاروسو<sup>۲۱</sup>، سالووی<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۰). به اعتقاد پژوهشگران، هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌ها، قابلیت‌ها و مهارت‌هایی است که فرد را برای سازگاری با محیط و کسب موفقیت در زندگی تجهیز می‌کند (بار-ان<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۹). مقابله، به عنوان پاسخ به هیجان، تحت تأثیر هوش هیجانی فرد می‌باشد. افرادی که از لحاظ هیجانی با هوش هستند، حالت‌های هیجانی خود را به نحو صحیح درک و ارزیابی می‌نمایند، می‌دانند چگونه و چه موقع احساسات خود را بیان کنند و می‌توانند به نحو موثری حالت‌های خلقی خود را تنظیم نمایند. این قابلیت‌ها، به وسیله جریان‌های معینی، مقابله موفق را میسر می‌سازند و این جریان‌ها شامل بصیرت دقیق هیجانی و آشکارسازی می‌باشد.

دانش هیجانی به تنظیم هیجان کمک می‌کند. با توجه به این مطلب، افراد باید توانایی‌های مربوط به این سطح را به منظور استفاده از دانش‌های آن، در عمل پرورش دهند. توانایی تنظیم هیجان منجر به حفظ خلق و راهکارهای بهبود خلق و خو می‌شود.

1. Finn
4. Foxa
7. Hampson
10. Lichtenstein
13. Scholtea
16. Engelsa
19. Schutte
22. Salovey

2. Hall
5. Dearyb
8. Andrews
11. Lee
14. Vriesb
17. Emotional intelligence
20. Mayer
23. Bar-on

3. Whalleya
6. Starr
9. Barckley
12. Harakeha
15. Rutger
18. Goleman
21. Caruso

افرادی که توانایی تنظیم هیجان‌های خودشان را ندارند، به احتمال بیشتری تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرند (ایربر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶؛ به نقل از جناآبادی، ۱۳۸۸).

از نظر بار-ان هوش هیجانی یکی از عوامل مهم تعیین موفقیت فرد در زندگی است و به‌طور مستقیم، بهداشت روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وی همچنین معتقد است که هوش هیجانی و مهارت‌های اجتماعی در طی زمان رشد می‌کنند و در گذر زندگی تغییر می‌یابند. شواهد زیادی نشان می‌دهند که هوش هیجانی با موفقیت یا عدم موفقیت فرد در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (جین<sup>۲</sup> و سین<sup>۳</sup> ها، ۲۰۰۵؛ شات و همکاران، ۲۰۰۷؛ جاکوبس<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). برخی پژوهش‌ها ارتباط هوش هیجانی با سوء مصرف مواد را نشان داده‌اند (پارکر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). طبق نتایج این پژوهش‌ها، سطح پایین هوش هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله موثر با هیجان‌ها و مدیریت آنها می‌باشد، در شروع مصرف مواد نقش دارد (گلمن<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵؛ پارکر و همکاران، ۲۰۰۸). هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی همسالان تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت موثر هیجان‌ها به عنوان یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی، خطر مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله مناسب استفاده کند. افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری نشان می‌دهند. آن‌ها فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (ترینیداد<sup>۷</sup> و جانسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲).

در مقابل، کسانی که هوش هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، بیشتر به سوی مصرف مواد می‌روند (ترینیداد، آنگر<sup>۹</sup>، چائو<sup>۱۰</sup> و جانسون، ۲۰۰۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی با دیگران که از مشخصه‌های اصلی ناگویی خلقی هستند، منجر به سوء مصرف مواد

1. Erber  
3. Sinha  
5. Parker  
7. Trinidad  
9. Unger

2. Jain  
4. Jacobs  
6. Goleman  
8. Johnson  
10. Chou

در افراد می‌شوند (پارکر و همکاران، ۲۰۰۱). برخی پژوهشگران، بین هوش هیجانی و پذیرش اعتیاد ارتباط معنی‌داری منفی گزارش کرده‌اند (اکبری، رستمی، زارعان، ۱۳۸۷).

به اعتقاد هامبورگ<sup>۱</sup> (۱۹۹۲؛ به نقل از جناآبادی، ۱۳۸۸) کسانی که در دوره‌های سوادآموزی هیجانی شرکت می‌نمایند، در زمینه‌هایی چون فشار همسالان، مصرف مواد مخدر و روی آوردن به دخانیات و سایر اعتیادها، کمتر دچار مشکل می‌شوند. این توانایی‌های عاطفی سبب می‌شود که آن‌ها در مقابل فشارها، تکانه‌های عمل و مسائلی که در پیش رو دارند، مقاوم و ایمن شوند.

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی به دانش آموزان، موجب ایجاد تغییرات معنی‌دار در دانش، نگرش و عزت نفس آن‌ها می‌شود (باقری، ۱۳۸۱). در یک مطالعه روی ۴۰۰ بیمار که به خاطر ترک اعتیاد به هروئین و دیگر شبه افیون‌ها تحت مداوا قرار داشتند، گزارش شد که ناتوانی در کنترل خشم، برجسته‌ترین الگوی عاطفی در این افراد بود (گلمن، ۱۹۹۵؛ ترجمه پارسا، ۱۳۸۰).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی<sup>۲</sup> عبارت است از "ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم مرتبط است" (دوایی<sup>۳</sup> و سینگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). کیفیت زندگی دو بعد عملکرد روانی و جسمی را شامل می‌شود که هر دو بعد به علت پیامدهای منفی و روانی (مانند افسردگی، اضطراب و فروپاشی روابط خانوادگی) و جسمی (مانند درد بدنی و ضعف جسمی) اعتیاد، با مصرف مواد مرتبط هستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در افراد مصرف‌کننده مواد منجر می‌شود (بیزاری<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ واروک<sup>۶</sup> و گال<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱؛ اسمیت<sup>۸</sup> و لارسون<sup>۹</sup>، لارسون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳).

۲۵  
25

سال پنجم، شماره ۱۹، پاییز ۱۳۹۰  
Vol. 5, No. 19, Autumn 2011

1. Hamborg  
3. Douaihy  
5. Bizzarri  
7. Gaal  
9. Larson

2. Quality of life  
4. Singh  
6. Vaarwerk  
8. Smith

کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف و در برگیرنده وضعیت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد است. کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می‌شود که شامل اجزایی مانند توانایی انجام کار روزانه که منعکس کننده وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد است و رضایت فرد از کنترل بیماری و عوارض درمان می‌باشد. بیماری‌ها، اختلالات مزمن و طولانی مانند اعتیاد به تنهایی مدام در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می‌کند و ممکن است منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها در ابعاد مختلف روانی و جسمانی گردد. افراد معتاد، نیازمندی‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با افراد سالم متفاوت هستند (شاهپوند، ۱۳۷۷).

پژوهش‌ها گزارش کرده‌اند که هوش هیجانی پیش‌بینی کننده خوبی برای کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن (سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و کیفیت محیط اجتماعی) در دانشجویان است (یوسفی و صفری، ۱۳۸۸). همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین هوش هیجانی با رضایت از زندگی و همدلی (از مؤلفه‌های کیفیت زندگی) ارتباط معنی‌داری مثبت وجود دارد (لیوینگستون<sup>۱</sup> و دی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ کنستانتین<sup>۳</sup> و گینور<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). لذا، با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، هدف پژوهش حاضر مقایسه هوش هیجانی و کیفیت زندگی و همچنین بررسی ارتباط این متغیرها در افراد معتاد و غیر معتاد می‌باشد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را مردان ۴۰-۱۸ ساله شهر اردبیل در سال ۱۳۸۹ تشکیل می‌دادند. نمونه آماری پژوهش متشکل از ۱۶۰ نفر مرد (۸۰ نفر معتاد و ۸۰ نفر غیر معتاد) بود. گروه اول، که افراد سوء مصرف کنندگان مواد را تشکیل می‌دادند به علت عدم دسترسی و شناسایی تمام مردان معتاد از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این

صورت که ابتدا معتادان خیابانی را شناسایی و بعد از جلب رضایت آن‌ها، پرسشنامه‌ها را به صورت فردی و در محل کار و یا سکونت خود تکمیل نمودند. گروه دوم، افراد غیر معتاد را تشکیل می‌دادند که این گروه با شیوه هم‌تاسازی انتخاب شدند. به منظور افزایش اعتبار درونی نتایج ویژگی سن و وضعیت تأهل در هر دو گروه کنترل شد. این پژوهش به صورت علی-مقایسه‌ای در نمونه‌هایی از دو گروه مردان معتاد و مردان غیر معتاد انجام شد. علت اینکه فقط مردان به عنوان آزمودنی انتخاب شده‌اند درصد بالای آن‌ها در بین معتادان و همچنین عدم دسترسی به زنان معتاد بود. در این پژوهش به منظور بررسی تفاوت میانگین دو متغیر در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و به منظور بررسی رابطه میان دو متغیر از آزمون آماری همبستگی پیرسون استفاده شد.

#### ایزاد

۱- مقیاس هوش هیجانی شات: این مقیاس توسط شات و همکاران (۱۹۸۸) براساس مدل هوش هیجانی مه‌یر و سالووی<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۳ سوال می‌باشد که سه مقوله توانایی‌های سازشی شامل ادراک هیجانی، نظم جویی هیجانی و به کارگیری هیجانی را در روی یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. در نمره گذاری این آزمون به کاملاً موافقم (۵) و کاملاً مخالفم (۱) داده می‌شود و در سؤالات با محتوای منفی یا معکوس نمره گذاری هم به صورت معکوس انجام می‌شود (کاملاً موافقم (۱) و کاملاً مخالفم (۵). کسب نمرات بیشتر در این آزمون، نشانگر موقعیت برتر فرد در مقیاس مورد نظر یا در کل آزمون می‌باشد.

روایی این مقیاس به روش ضریب الفای کرونباخ از ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ (گیگانک<sup>۲</sup>، پالمر<sup>۳</sup>، مانوچا<sup>۴</sup> و استاف<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵؛ شات و همکاران، ۱۹۹۸) و ضریب بازآزمایی آن به فاصله دو هفته، ۰/۷۸ گزارش شده است (شات و همکاران، ۲۰۰۷). روایی مقیاس هوش هیجانی نیز

۲۷

27

از طریق سنجش همبستگی آن با سازه‌های مرتبط، کافی گزارش شده است (آستین<sup>۱</sup>، ساکلفسک<sup>۲</sup>، هانگ<sup>۳</sup> و مک کنی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ شات و همکاران، ۱۹۹۸).

در فرم فارسی این مقیاس آلفای کرونباخ پرسش‌های آن در مورد یک نمونه ۴۴۲ نفری از دانشجویان از ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب آزمون است. ضریب آزمون- باز آزمون کل مقیاس ۰/۷۵ و زیر مقیاس‌های نظم جویی هیجان‌ها، وحدت بخشی هیجان‌ها و ارزیابی هیجان‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۹ و ۰/۷۱ گزارش شده است (بشارت، ۲۰۰۷). در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد.

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۵</sup>: پرسشنامه ابزاری مناسب برای ادراک افراد از سلامتی خود می‌باشد. این پرسشنامه ۳۶ سوال را شامل می‌شود که هشت خرده مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجد: عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روان. به طور کلی این پرسشنامه دو رویکرد جسمانی و رویکرد روانی را می‌سنجد. پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و پایایی بالایی دارد (مک هورنی<sup>۶</sup>، وار<sup>۷</sup> و راجک<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳؛ گارات<sup>۹</sup>، گارات<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷).

روایی و اعتبار پرسشنامه را برای اولین بار در ایران منتظری (۲۰۰۵) بر روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند، که بیشتر آن‌ها متأهل بودند. ضریب پایایی در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از بعد سرزندگی ۰/۶۵ بود. در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ بدست آمد.

1. Austin  
3. Mckenny  
5. SF-36  
7. Ware  
9. Garratt

2. Saklofske  
4. Haung  
6. Mac Horney  
8. Rachek



## یافته‌ها

همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار هوش هیجانی و کیفیت زندگی مردان معتاد در مقایسه با میانگین و انحراف معیار هوش هیجانی و کیفیت زندگی مردان غیر معتاد پایین‌تر است.

جدول شماره ۱: نتایج میانگین و انحراف معیار در دو گروه مردان معتاد و غیر معتاد

متغیر	مردان معتاد		مردان غیر معتاد		کل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
هوش هیجانی	۹۸/۰۸	۶/۱۸	۱/۰۹۴	۹/۴	۹/۷۴۸
عملکرد فیزیکی	۵۸/۱۷۵	۹/۴۲۶	۶۴/۳	۱۵/۴۵	۱۳/۲۵
نقش فیزیکی	۵۷/۰۲۵	۶/۰۲۵	۶۸/۲۷	۷/۲۵	۱۸/۷۱۵
درد بدنی	۶۳/۸۶	۱۱/۷۴	۵۶/۶۹	۶/۲۷۵	۱۰/۰۵
سلامت عمومی	۵۹/۳	۱۳/۰۵	۶۸/۶۸	۱۱/۴۴	۱۳/۱۱
سرزندگی	۵۶/۶	۶/۱۵	۶۲/۴۴	۱۱/۳۲	۹/۵۵
عملکرد اجتماعی	۵۳/۵۳۸	۱۱/۴۴	۶۱/۴۵	۱۱/۴۷	۱۲/۰۹
نقش هیجانی	۵۶/۹۶	۶/۱۳۶	۶۲/۶۹	۱۱/۰۰۸	۹/۳۳۶
سلامت روانی	۵۴/۱۴	۶/۲۰۵	۶۱/۲۱	۹/۷۷	۸/۹
نمره کل کیفیت زندگی	۵۶/۵۵	۳/۲۳	۶۴/۱۱۵	۵	۵/۶۵

چنانچه جدول ۲ نشان می‌دهد، آزمون‌های معناداری مانوآ در رابطه با متغیر گروه در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار هستند.

جدول ۲: نتایج آزمون‌های معناداری مانوآ بر روی نمرات متغیرهای هوش هیجانی و کیفیت زندگی در گروه مردان معتاد و غیر معتاد

متغیر	آزمون	ارزش	F	سطح معناداری
گروه	پیلای-بارتلت	۰/۶۲	۲۴/۴۶	۰/۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۳۸	۲۴/۴۶	۰/۰۱
	هتلینگ-لالی	۱/۶۴	۲۴/۴۶	۰/۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۶۴	۲۴/۴۶	۰/۰۱

P &lt; ۰/۰۱

با توجه به معنادار بودن اثر متغیر گروه بر متغیرهای وابسته پاسخ سؤال پژوهشی مبنی بر وجود تفاوت بین هوش هیجانی، کیفیت زندگی و همچنین خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی دو گروه افراد معتاد و غیر معتاد، مثبت است. پس نتیجه می‌گیریم که بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتایج تحلیل واریانس برای تمام متغیرها در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس برای متغیرهای هوش هیجانی و کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در گروه مردان معتاد و غیر معتاد**

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر
۰/۰۱	۸۰/۹۶۳	۵۱۱۸/۹۰۶	۱	۵۱۱۸/۹۰۶	هوش هیجانی
۰/۰۱	۹/۱۶	۱۵۰۰/۶۲۵	۱	۱۵۰۰/۶۲۵	عملکرد فیزیکی
۰/۰۱	۱۱۴/۰۱	۵۰۶۲/۵۰۰	۱	۵۰۶۲/۵۰۰	نقش فیزیکی
۰/۰۱	۲۳/۲۳۵	۲۰۵۹/۲۲۵	۱	۲۰۵۹/۲۲۵	درد بدنی
۰/۰۱	۲۳/۴۰۱	۳۵۲۵/۰۰۶	۱	۳۵۲۵/۰۰۶	سلامت عمومی
۰/۰۱	۱۶/۴۲۱	۱۳۶۳/۰۵۶	۱	۱۳۶۳/۰۵۶	سرزندگی
۰/۰۱	۱۹/۰۸۴	۲۵۰۴/۳۰۶	۱	۲۵۰۴/۳۰۶	عملکرد اجتماعی
۰/۰۱	۱۶/۵۱	۱۳۱۱/۰۲۵	۱	۱۳۱۱/۰۲۵	نقش هیجانی
۰/۰۱	۲۹/۹۰	۲۰۰۲/۲۲۵	۱	۲۰۰۲/۲۲۵	سلامت روانی
۰/۰۱	۱۲۸/۹۵۴	۲۲۸۶/۷۱۱	۱	۲۲۸۶/۷۱۱	نمره کل کیفیت زندگی

$P < 0.01$

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه در هر دو متغیر هوش هیجانی و کیفیت زندگی و همچنین تمامی خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی، عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت روان، تفاوت معنی داری وجود دارد. به این معنی است که هوش هیجانی، کیفیت زندگی، عملکرد جسمی، نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، سرزندگی، نقش هیجانی، سلامت روان، افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد پایین تر است.

**جدول ۴: رابطه هوش هیجانی با کیفیت زندگی در مردان معتاد و غیر معتاد**

هوش هیجانی	متغیر
***، ۰/۲۸	عملکرد فیزیکی
***، ۰/۴۰	نقش فیزیکی
***، ۰/۳۵	درد بدنی
***، ۰/۴۱	سلامت عمومی
**، ۰/۲۶	سرزندگی
***، ۰/۲۹	عملکرد اجتماعی
**، ۰/۲۶	نقش هیجانی
***، ۰/۳۷	سلامت روانی
***، ۰/۶۱	نمره کل کیفیت زندگی

\*\*  $P < 0.01$  \*\*\*  $P < 0.001$

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی و سلامت روانی با هوش هیجانی رابطه معناداری دارند ( $P < 0/01$ ).

### بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر هوش هیجانی و کیفیت زندگی در بین افراد معتاد و غیر معتاد بررسی شد. نتایج پژوهش نشان داد که هوش هیجانی در میان افراد معتاد در مقایسه با افراد غیرمعتاد پایین تر است. یافته‌های پژوهش با نتایج سایر پژوهش‌ها (پارکر و همکاران، ۲۰۰۸، ۲۰۰۱؛ گلمن، ۱۹۹۵؛ ترینداد و جانسون، ۲۰۰۲؛ ترینداد و همکاران، ۲۰۰۴؛ اکبری و همکاران، ۱۳۸۷) همخوانی دارد. این نتایج نشان می‌دهد که هوش هیجانی می‌تواند مانع کشیده شدن افراد به سمت اعتیاد شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که در رفتارهای مصرف مواد درگیر شده‌اند، هوش هیجانی پایین تری دارند. به عبارت دیگر این افراد در توجه به اطلاعات هیجانی، ادراک صحیح آن‌ها، پردازش درست و مدیریت مطلوب هیجان‌ها در روابط بین فردی با دشواری‌هایی مواجه هستند. این دشواری‌ها باعث می‌شوند تا فرد در رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست بدهد و به سوی رفتارهای سازش نایافته کشیده شود.

در واقع می‌توان سوء مصرف مواد را به عنوان یک مکانیزم دفاعی رشد نایافته در نظر گرفت که افراد با هوش هیجانی پایین در مواجهه با موقعیت‌های مشکل به آن متوسل می‌شوند و در نهایت یکی از دلایل احتمالی گرایش افراد به مصرف مواد، مشکلات و کاستی‌های وسیع در حوزه هیجان‌هاست. نارسایی‌های هیجانی در رویارویی افراد با حوادث تنش‌زا از هسته‌های اساسی آسیب‌شناسی روانی است. همچنین دلیل احتمالی دیگر این است که آن‌ها می‌خواهند از حالت‌های هیجانی آزار دهنده و توان فرسا آسوده شوند. به بیان دیگر، مصرف مواد را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، منفی و

ناکارآمد برای کاهش مشکلات خود به کار می‌گیرند (کوپر<sup>۱</sup>، راسل<sup>۲</sup>، اسکینر<sup>۳</sup> و ویندل<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲). فقدان کفایت هیجانی، مهارت‌های هیجانی نامناسب، روابط گذرا و توانایی کمتر در حل تعارضات باعث مصرف مواد می‌شود (مه‌یر و همکاران، ۱۹۹۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین افراد معتاد و غیر معتاد در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و این یافته‌ها با نتایج سایر پژوهش‌ها (بیزاری و همکاران، ۲۰۰۵؛ واروک و گال، ۲۰۰۱؛ اسمیت و لارسون، ۲۰۰۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مصرف مواد پیامد جسمی، روانی و اجتماعی ناگواری را به دنبال دارد که این پیامدها برای مثال عبارت هستند از: ضعف عضلانی، درد بدنی، نداشتن ارتباط مناسب اجتماعی، پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، سطح نامناسب کیفیت زندگی و رضایت از زندگی. اعتیاد با ایجاد تغییر در رفتار، عزت نفس، تغذیه، کار و روابط اجتماعی به طور کلی زندگی طبیعی فرد را تغییر می‌دهد و این تغییرات به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود. افراد معتاد در رابطه با دیگران برای کنترل محیط فاقد ابتکار هستند. انرژی جسمانی، احساس امیدواری به زندگی و رضایت از زندگی در آن‌ها کاهش می‌یابد (هامپتون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹).

پژوهش‌های انجام گرفته در ایران و سایر کشورها نشان از پایین بودن کیفیت زندگی در معتادین دارد. زیرا در اغلب موارد اعتیاد کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد (امامی پور، شمس، صدرالسادات و نادری، ۲۰۰۹؛ بیزاری و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین از آنجایی که کیفیت زندگی در خانواده‌های معتادان از ضعف‌های بسیاری برخوردار است مشکلات اساسی خانواده را شدت می‌بخشد و علاوه بر اثرات مخرب بر زندگی فرد اطرافیان و بستگان را نیز در معرض آسیب قرار می‌دهد (شاه محمدی، درویش و پورشهبازی، ۲۰۰۹). همچنین سلامت روان در افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد پایین‌تر بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هرگاه رشد روانی به موازات رشد جسمی

1. Cooper  
3. Skinner  
5. Hampton

2. Russel  
4. Windle

انجام نگیرد و شخصیت تکامل نیابد، فرد در معرض ابتلا به بیماری‌ها و اختلال‌های روانی قرار می‌گیرد و بی‌اراده، تلقین‌پذیر و بی‌عاطفه می‌شود و در مقابل مشکلات تاب مقاومت ندارد. چنین افرادی در معرض خطر اعتیاد به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان قرار می‌گیرند. با توجه به تعریف بهداشت روانی که عبارت است از توانایی ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و عاطفی، بروز اعتیاد باعث می‌شود فرد معنادار نقش‌های اجتماعی، معنوی و عاطفی خود را در سطح جامعه و خانواده ایفا نکند و جامعه و خانواده با مشکل روبه‌رو شوند.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی در هر دو گروه معنادار و غیر معنادار رابطه معناداری وجود داشت. این نشان دهنده آن است که هرچه هوش هیجانی بالاتر باشد کیفیت زندگی افراد بالاتر خواهد بود. این نتایج با نتایج سایر پژوهش‌ها (یوسفی و اکبری، ۱۳۸۸؛ لیونگستون و دی، ۲۰۰۵؛ کنستانتین و گینور، ۲۰۰۱) همخوانی دارد. هوش هیجانی باعث می‌شود که فرد توانایی برقراری ارتباط عاطفی و همچنین توانایی بازشناسی هیجانات را داشته باشد و فردی با چنین توانایی‌هایی رضایت از زندگی بالایی خواهد داشت و در نتیجه کیفیت زندگی آن نیز در سطح خوبی می‌باشد. به طور کلی تحقیقات از ارتباط مثبت و معنادار هوش هیجانی با شاخص‌های رضایت از زندگی (گیگناک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶)، شادکامی (جوکار و صفری، ۱۳۸۶)، کیفیت تعاملات اجتماعی با دوستان (لوپز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴)، برقراری ارتباط مثبت با دیگران و رضایت از این ارتباط (لوپز و همکاران، ۲۰۰۳)، برون‌گرایی و گشودگی در برابر تجارب مختلف (ون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) خبر می‌دهند. همچنین مه‌یر و همکاران، (۱۹۹۰) نشان دادند که افرادی که به درک بهتر عواطف و هیجانات خود و دیگران هستند و با تبحر از عهده مبادله آن با دیگران بر می‌آیند، روابط اجتماعی مطلوب‌تر و همدلی بیشتر با دیگران دارند. به طوری که می‌توان گفت درک عواطف در عملکرد بهینه و اجتماعی افراد نقش دارد (دنهام<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). در نهایت اینکه افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند با مشکلات

زندگی بهتر سازگار می‌شوند و رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بالایی دارند (سیاروچی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

سوء مصرف مواد موجب وابستگی فیزیولوژیکی و روانشناختی فرد به مواد اعتیاد آور می‌شود و بر عملکرد فردی و اجتماعی و همچنین کیفیت زندگی او تأثیر نامطلوب می‌گذارد. پژوهش‌های موجود نشان می‌دهند که هوش هیجانی به لحاظ آن که ارتباط مثبت و معناداری با سلامت روانی افراد دارد، راهکاری مناسب برای پیشگیری از رفتارهای مخاطره آمیزی محسوب می‌شود که به بهزیستی فرد و اجتماع آسیب می‌رسانند. از این رو تقویت هوش هیجانی می‌تواند به رشد سلامتی، انتخاب بهتر برای ارتقاء سلامتی و در نتیجه پیشگیری از اعتیاد منتهی شود. این فرایند از طریق رشد خویشتن داری و کنترل تکانه و خودآگاهی هیجانی که مؤلفه‌هایی از هوش هیجانی و یک عادت عاطفی مثبت تلقی می‌شود، میسر است. افرادی که در معرض سوء مصرف مواد اعتیاد آور قرار دارند، برای رشد این عادت عاطفی مثبت نیازمند شناخت خطرات وابستگی به مواد اعتیاد آور و کسب مهارت‌های انتخاب هستند (به نقل از جناآبادی، ۱۳۸۸). چون مصرف مواد و مشکلاتی که به همراه مصرف مواد می‌آید از عوامل گوناگونی مانند عوامل فردی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی و فرهنگی تأثیر می‌پذیرد، اگر در بررسی اعتیاد فقط دو عامل هوش هیجانی و کیفیت زندگی را مورد توجه قرار دهیم قادر نخواهیم بود که به طور همه جانبه متغیرهای مداخله گر را کنترل کنیم. همچنین احتمال دارد نتایج پژوهش حاضر از عوامل ذکر شده تأثیر پذیرفته باشد.

۳۴

34

سال پنجم، شماره ۱۹، پاییز ۱۳۹۰  
Vol. 5, No. 19, Autumn 2011

#### منابع:

اکبری، سعید؛ رستمی، رضا؛ زارعان، مصطفی (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی با اعتیاد.

فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۱۵(۱۴)، ۲۹۳-۳۰۳.

باقری، منصور (۱۳۸۱). نقش آموزش مهارت‌های زندگی در دانش، نگرش و عزت نفس دانش

آموزان مقطع راهنمایی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم

تربیتی.

جناآبادی، حسین (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی خودآگاهی هیجانی و کنترل تکانه از مؤلفه های هوش هیجانی با استعداد اعتیاد دانش آموزان پسر دوره متوسطه. **پژوهش نامه مطالعات روانشناسی تربیتی**، ۹، ۱-۱۲.

جوکار، بهرام؛ صفری، هاجر (۱۳۸۶). **رابطه هوش عاطفی و شادی**. اولین همایش علمی دانشجویان روانشناسی ایران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

شاملو، سعید (۱۳۷۶). **آسیب شناسی روانی**. چاپ چهارم، تهران، انتشارات رشد.

شاهیوند، اردشیر (۱۳۷۷). **بررسی میزان آگاهی پزشکان و دندان پزشکان شهر یزد در مورد بیماری ایدز**. پایان نامه دکترای عمومی. دانشگاه شهید قدوسی یزد.

گلמן دانیل (۱۹۹۵). **هوش هیجانی**. ترجمه نسرین پارسا (۱۳۸۰). تهران، انتشارات رشد.

یوسفی، فریده؛ صفری، هاجر (۱۳۸۸). بررسی رابطه هوش عاطفی با کیفیت زندگی و ابعاد آن. **مطالعات روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء**، ۴(۵)، ۵۱-۲۰.

Austin, E. J., Saklofske, D. H., Haug, S. H., & McKenney, D. (2004). Measurement of trait emotional intelligence: Testing and cross-validating a modified version of suchutte et al.(1998) **Personality and Individual Differences**, 38, 555-562.

Bar-on, R. (1999). **The emotional quotient inventory (EQ-I) Measure of Emotional Intelligence**. (2nd) Toronto, Canada: Multihealth system.

Besharat, M. A. (2007). Psychometric properties of Farsi version of the Emotional Intelligence Scale-41 (FFIS-41). **Personality and Individual Differences**, 43, 991-1000.

Beshart, M. A. (2008). Assessing reliability and validity of the Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale in a sample of substance-using patients. **Psychological Reports**, 43, 991-1000.

Bizzarri J., Rucci P., Vallotta A., Gilrelli M., Scandolari A., Zerbetto, E. , (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. **Substance Use Misuse**, 4 (2), 1765-76.

Ciarrochi, J, Chan, A & Caputi, (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. **Personality and Individual Differences**, 28, 539-569.

Conrad, K. M., Flay, B. R., & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. **British Journal of Addiction**, 87, 1711-1724.

Constantine, M. G., & Gainor, K. A., (2001). Emotional intelligence and empathy: their relation to multicultural counseling knowledge and awareness. **Professional School Counseling**, 5, 2, 131-137.

- Cooper, M. L., Russel, M., Skinner, J. B., Windle, M. (1992). Development and validation of a three dimensional measure of drinking motives. **Psychological Assessment**, 4,123-132.
- Denham, S. A., Blair, K. A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., & Queenan, P., (2003). Preschool emotional competence: Pathway to social competence. **Child Development**, 74, 238-256.
- Douaihy, A & Singh, N, (2001). Factors affecting quality of life in patient with HIVinfection. **AIDS Reader**, 11 (9), 622-90.
- Emamipoor S., Shams Asfandabad H., Sadrasadat J., Nadery, S. (2009) Comparison of psychological differences, quality of life in four men addicted suffering AIDS, non-addicted patients with AIDS, AIDS patients and healthy unwonted. **Journal of Medical Sciences University**; 10(1), 69-77.
- Finn, P. R., & Hall, J. (2004). Cognitive ability and risk for alcoholism: Short- term memory capacity and intelligence moderate personality risk for alcohol problems. **Journal of Abnormal Psychology**, 113, 569-581.
- Garratt, A. M., (1997). SF36 health survey questionnaire: an outcome measuring suitable for routine use within the NHS. **British Medical Journal**, 4(1), 25-35.
- Giganc, G. E., Palmer, B. R. H., Manocha, R., & Stough, C. (2005). An examination of the factor structure of the schutte self-report emotional scale. **Personality and Individual Differences**, 39, 1029-1042.
- Gignac, G. E, (2006). Self-reported emotional intelligence and life satisfaction:Testing incremental predictive validity hypotheses via structural equation modeling in a small sample. **Personality and Individual Differences**, 40, 1569-1577.
- Goleman, D. (1995). Emotional intelligence. New York: Bantam Books. Grekin ER, Sher K. J. Alcohol dependence symptoms among college freshmen: prevalence, stability, and person-environment interactions experimental and clinical psychopharmacology. **Experimental and Clinical Psychopharmacology**, 14(3), 328-9.
- Hampson, S. E., Andrews, J. A., Barckley, M., Lichtenstein, E., & Lee, M. E. (2006). Traits, perceived risk, and risk-reduction behaviors: A further study of smoking and Radon. **Health Psychology**, 25, 530-536.
- Hampton, N. Z., (1999). Quality of life of people with HIV substance abuse disorders in Thailand: An exploratory study statistical data included. **Journal of Rehabilitation**, 65, 42-49.
- Harakeha, Z. T., Scholtea, H. J., Vriesb, H., Rutger, M. E., & Engelsa, M. (2006). Association between personality and adolescent smoking. **Addictive Behaviors**, 31, 232-245.
- Huang, B., Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Saha, T. D., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2006). Race ethnicity and the prevalence and cooccurrence of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th ed.), Edition, alcohol and drug use disorder



- and Axis I and II disorders: United States, 2001.. to 2002. **Comprehensive Psychiatry**, 47, 252–257.
- Isralowitz, R., & Rawson, R. (2006). Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. **Addictive Behaviors**, 31, 355–358.
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Meena V., M., Blair, R. J., Charney, D. S., Pine, D. S., & Blair, K. S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. **Journal of Anxiety Disorders**, 87, 9-24.
- Jain, A. K., & Sinha, A. K. (2005). General health in organizations: Relative relevance of emotional intelligence, trust, and organizational support. **International Journal of Stress Management**, 12, 257-273.
- Jessor, R. (1984). **Adolescent development and behavioral health**. In J. D. Matarazzo, S. M., Weiss, J. A., Herd, N. E., Miller & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 69-90). New York: John Wiley & Sons.
- Livingstone, H. A., & Day, A. L., (2005). Comparing the construct and criterion related validity of ability-based and mixed-model measures of emotional intelligence. **Educational and Psychological Measurement**, 65, 757-779.
- Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schutz, A., Sellin, I. & Salovey. P., (2004). Emotional intelligence and social interaction. **Personality and Social Psychology Bulletin**, 30, 1018-1034.
- Lopes, P. N., Salovey, P. & Straus, R., (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. **Personality and Individual Differences**, 35, 641-658.
- Mac Horney, C. A., Ware, J. E., Raczek, A. E., (1993). The MOS 36-Item short form health survey: II. Psychometric and clinical tests of validity measuring physical and mental health constructs, **Medical Care**, 31(3), 247-263.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M. T., & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. **Journal of Personality Assessment**, 54, 772-781.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. **Intelligence**, 27, 267-298.
- Mayer, J.D., Caruso, D.R., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence. **Intelligence**, 27, 267-298.
- Montazeri, A., (2005). The short form of health survey: Translation and validation study of Iranian version. **Quality of Life Research**, 14,875-882.
- National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences.
- Obikor. E.Festus. (2001). **Developing Emotional Intelligence in Learner with Behavioral problem**. Wislson education abstract.
- Parker, D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. **Personality and Individual Differences** 30, 107-115.

- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. Problem (2008). Gamblingin adolescence relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. **Personality and Individual Differences**, 45,174, 180.
- Schutte, N. S., Malou, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. A (2007). Meta analytic investigation of the relationship between emotional health. **Intelligent Personality and Individual Differences**, 42, 921-933.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of the measur of emotional intelligence. **Personality and Individual Differences**, 25, 167-177.
- Shafiei M., Rahgozar A., Rahgozar, M (2004).The effect of education on attitude and knowledge, practice of family addicts. **Addiction**, 3, 35-39.
- Shahmohamadi, A., Darvysh Z., Purshahryary M. S. Effectiveness of communication skills training increase marital spouses and prevention of drug addicts to man in Tehran. **Quarterly Addiction Studies**, 2(7), 3-2.
- Smith, W. K., & Larson, J. M., (2003). Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 12, 141-162.
- Te Vaarwerk M. J, Gaal E. A. (2001). Psychological distress and quality of life in drug-using and nondrug using HIV-infected women. **Eur J Public Health**, 11(1), 109-150.
- 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. **Personality and Individual Differences**, 36, 945-954.
- Vaarwerk, M., & Gaal, E. A. (2001). Psychological distress and quality of life in drug- using and non drug-using HIV-infected women. **European Journal of Public Health**, 11, 109-115.
- Van Rooy, D. L., Viswesvaran, C. & Pluta, P. (2005). An evaluation of construct validity: What is this thing called emotional intelligence? **Human Performance**, 18, 445-462.
- Whalleya, L. J., Foxa, H. C., Dearyb, I. J., & Starr, J. M. (2005). Childhood IQ, smoking, and cognitive change from age 11 to 64 years. **Addictive Behaviors**, 30, 77-88.
- Zia al-Din, H., Zarezadeh A. R., Heshmati F. (2006) The prevalence of drug abuse and drug addiction and associated factors in a senior high school students and pre-university 79-80 year Kerman. **Journal of Kerman University of Medical Sciences**, 8 (2), 84-94.