

مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی

* زهرا خسروی کبیر (MSc)^۱ - دکترسید ولی... موسوی (Ph D)^۲ - دکتر علیرضا آقا یوسفی (Ph D)^۳

* نویسنده مسئول: رشت، خیابان پرستار، سازمان بهزیستی استان گیلان

پست الکترونیک: mojgan_khosravi2001@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۸/۲۲ تاریخ پذیرش: ۸۸/۱/۱۶

چکیده

مقدمه: سوء مصرف مواد پدیده‌ای مزمن است که آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی را به دنبال دارد، به طوری که شخص مبتلا را دچار افت جدی در کنش‌های فردی و اجتماعی می‌کند.

هدف: مقایسه رابطه هوش هیجانی و سلامت روانی در معتادان و افراد عادی.

مواد و روش‌ها: نمونه‌ها شامل ۸۰ فرد معتاد به مواد مخدر و ۸۰ نفر افراد عادی بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از مراکز درمان و بازتوانی دولتی و غیر دولتی شهر رشت انتخاب شدند سپس دو گروه از لحاظ متغیرهای سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، تعداد اعضا و میزان درآمد خانواده هم‌سازی شدند. آنگاه آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌ی هوش هیجانی پترایدز و فارنهام (۲۰۰۲) و فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۹) پاسخ دادند و داده‌ها با آزمون‌های آماری بررسی شد.

نتایج: تحلیل داده نمونه‌های جور شده نشان داد که بین نمره‌های هوش هیجانی و سلامت روان معتادان و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد به طوری که معتادان به مواد مخدر از هوش هیجانی و سلامت روان پایین‌تری نسبت به گروه عادی برخوردار بودند. علاوه بر این ضریب همبستگی پیرسون میزان رابطه هوش هیجانی و سلامت روان را در نمونه معتادان و افراد عادی به ترتیب $-0/445$ و $-0/403$ نشان داد.

نتیجه‌گیری: میزان هوش هیجانی در معتادان به مواد مخدر پایین‌تر از افراد عادی است و بین هوش هیجانی و سلامت روان معتادان و افراد عادی رابطه معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.05$).

کلید واژه‌ها: اختلالات ناشی از مواد/بهداشت روانی/هوش هیجانی‌ها

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هجدهم شماره ۷۰، صفحات: ۱۶-۹

مقدمه

فرد به مواد باشد، پیدا نشده‌است. همچنین، در زمینه عوامل فردی به ارتباط بین مشکلات خود نظم‌جویی و مشکلات شناختی (از قبیل ناتوانی در برنامه‌ریزی، استدلال انتزاعی، بصیرت، قضاوت و نظارت بر خود) و کنترل حرکت با سوء مصرف مواد توجه شده‌است (۱۴).

یکی از عوامل مورد بررسی در این تحقیق مفهوم هوش هیجانی است که توسط با ران به عنوان "دسته‌ای از مهارت‌ها، استعدادها و توانایی‌های غیرشناختی که توانایی موفقیت فرد در مقابله با فشارها و اقتضاهای محیطی را افزایش می‌دهد" تعریف شده‌است. بنابراین هوش هیجانی یکی از عوامل موفقیت فرد در زندگی است و مستقیماً بهداشت روانی فرد را متأثر می‌کند.

پژوهش‌ها در مورد هوش هیجانی نشان داده که هوش هیجانی

امروزه اعتیاد یک بیماری زیستی - روانی - اجتماعی قلمداد می‌شود و عوامل متعددی در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر مؤثر است. این عوامل در تعامل با یکدیگر منجر به سوء مصرف و سپس وابستگی به مواد می‌شوند زیرا به صورت درهم تنیده‌ای در پیدایش اعتیاد مؤثرند (۳).

پژوهش‌های اخیر، بر عوامل خطر ساز و سبب‌شناسی چندگانه اعتیاد متمرکز شده‌است (۴) و گرچه بر عوامل اجتماعی در گرایش به مواد مخدر تأکید بسیار می‌شود اما سوء مصرف این مواد می‌تواند با فرایندهای زیستی و روانشناختی نیز ارتباط جدی داشته باشد (۴). پژوهش‌های مرتبط با عوامل زیستی و ژنتیکی نیز به سرعت رو به گسترش است (۴). اگرچه ساز و کار ژنتیکی اعتیاد به‌طور قطعیت شناخته شده اما هنوز ژن واحدی که سبب گرایش

این ویژگی‌ها به آنها در فهم و پیش‌بینی جنبه‌های گوناگون زندگی روزمره کمک می‌کند (۱۰).

بنابراین، هوش هیجانی توانمندی‌هایی را شامل می‌شود که می‌توانند بر کیفیت روابط اجتماعی و میزان سازش یافتگی افراد مؤثر باشد. همچنین این شواهد به نوبه خود می‌توانند به طرح فرضیه متفاوت بودن معنادان و افراد عادی در میزان بهره‌مندی از این هوش بیانجامد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که معنادان نسبت به افراد عادی و حتی نسبت به قاچاقچیان از کمترین سلامت روان برخوردارند و بیشترین تنیدگی را نیز متحمل می‌شوند. همچنین، نتایج بررسی‌ها نشان‌دهنده آن است که معنادان در بدترین شرایط روانی زندگی می‌کنند و نیازمند بیشترین کمک و حمایت هستند (۵).

عوامل شخصیتی چون اعتماد به نفس بالا و مهارت اجتماعی، علاوه بر کاهش استرس محیطی ناشی از ارتباط با دیگران، باعث افزایش توان مقاومت در برابر خواسته‌های خلاف دیگران و اصرار دوستان برای مصرف مواد می‌شود و ضمن افزایش مهارت‌های انطباقی، موجب می‌شود که فرد هنگام برخورد با استرس، برای حل مشکلات خود از شیوه‌ی مناسب‌تری استفاده کند (۳). گرچه پژوهش‌های زیادی در مورد ارتباط هوش هیجانی و سلامت روانی معنادان به مواد مخدر یافت نشد، اما شواهد موجود نشانگر آن است که آشفتگی‌های هیجانی با جنبه‌هایی از روان‌گسیختگی، اختلال‌های روان‌تنی و اختلال شخصیت مرتبط باشد (۱۵). علاوه بر این هوش هیجانی با کیفیت بهتر تعامل اجتماعی، رضایت‌مندی از زندگی، اندازه تکالیف اجتماعی و برخی جنبه‌های درون فردی مانند تنظیم خلق و خو ارتباط دارد. در نتیجه می‌توان گفت که هوش هیجانی بالا با مدیریت بهتر استرس و سطوح پایین بیماری‌های روانشناختی ارتباط داشته و با اختلال روانشناختی همبستگی منفی دارد (۹).

بنابراین مسأله اصلی این پژوهش این است که آیا افراد معتاد از نظر هوش هیجانی و سلامت روان به صورت معنی‌دار از

عاملی مؤثر در فرآیندهای زندگی واقعی (مانند موفقیت در تحصیل، شغل و روابط بین فردی و به‌طور کلی در کنش وری سلامت) است (۱۰). همچنین، دیده شده که افراد دارای هوش هیجانی پایین با احتمال کمتری با دیگران همدلی کرده (۱۵) و به میزان بیشتری الکل مصرف می‌کنند (۹).

در مطالعه‌ای گزارش شده که نمره هوش هیجانی بالاتر در ۲۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی با پذیرش کمتر مصرف الکل و سیگار مرتبط بوده است (۱۱). پترایدز، فردریکسون و فارنهام (۲۰۰۴) نقش ویژگی‌های هوش هیجانی در عملکرد تحصیلی و رفتارهای ناپه‌نجان در مدرسه را در یک نمونه ۶۵۰ نفری بررسی کرده و دریافته‌اند که ویژگی‌های هوش هیجانی، ارتباط بین توانایی شناختی و عملکرد تحصیلی را تعدیل می‌کند و دانش‌آموزانی که نمره هوش هیجانی آنها بالا بود، غیبت غیرموجه کمتری داشتند و احتمال اخراج آنها از مدرسه کمتر بود. افرادی که احساس خود را تشخیص داده و معنی ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری تجربه هیجانی خود را تنظیم می‌کنند، در سازش با تجربه‌های منفی زندگی موفقیت بیشتری خواهند داشت. اما افراد ضعیف از لحاظ قابلیت‌های هیجانی (نداشتن توانایی درک و بیان حالت‌های هیجانی یا شکست در تشخیص علت ناراحتی خود) در ادراک درست، فهم و همدلی با هیجان دیگران مهارت بیشتری دارند و شبکه حمایت اجتماعی قوی‌تری برای افراد ایجاد می‌کنند (۱۷).

به‌طور کلی قابلیت‌های هیجانی در تشخیص پاسخ هیجانی مناسب، مواجهه با رویدادهای روزمره، گسترش دامنه پیش و ایجاد نگرش مثبت درباره وقایع و هیجان‌ها نقش مؤثری دارند. در نتیجه افرادی که توانایی تشخیص، کنترل و استفاده از قابلیت‌های هیجانی را دارند از حمایت اجتماعی، احساس رضایت‌مندی و سلامت روانی بیشتری برخوردار می‌شوند. افرادی که هوش هیجانی بالا دارند سبک زندگی خود را به گونه‌ای ترتیب می‌دهند که پیامدهای منفی کمتری تجربه کنند. آنها در ایجاد و حفظ روابط کیفی بالا مهارت دارند و

برای تأمین افراد عادی این پژوهش (گروه کنترل)، ابتدا بر اساس متغیرهای ذکر شده در فرم مشخصات فردی (سن، میزان تحصیلات، وضع اقتصادی، اشتغال و ...) آنها را با گروه اول همگن کرده و سپس پرسشنامه‌های تحقیق پر شدند. در این پژوهش، از ابزارهای زیر در گردآوری اطلاعات استفاده شد:

۱- آزمون هوش هیجانی پترایدز و فارنهام: فرم کوتاه این پرسشنامه از ۳۰ ماده تشکیل شده است که پاسخ‌ها به صورت درجه‌بندی شده از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۷) در یک مقیاس هفت درجه‌ای تنظیم شده است. در این پرسشنامه پاسخ صحیح و غلط وجود ندارد و ماده‌های ۲، ۴، ۵، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۲، ۲۵، ۲۶ و ۲۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. از جمع نمره‌های بدست آمده در هر ماده، نمره‌ی کل آزمون محاسبه می‌شود. در هنجاریابی فرم ۳۰ سوالی پرسشنامه در نمونه‌ی ایرانی که توسط مارانی (۷) انجام شده، تحلیل عوامل داده‌ها منجر به استخراج چهار عامل (خوش‌بینی، درک عواطف خود و دیگران، کنترل عواطف و مهارت‌های اجتماعی) شد. با تحلیل پرسشنامه نشان داده که ضریب اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه به شیوه‌ی آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۱ است. همچنین، کلیه سوال‌های پرسشنامه رابطه مثبت خوبی با نمره کل پرسشنامه داشته‌اند.

۲- پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ): فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه گلدبرگ و هیلر است که در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته و سؤال‌های آن براساس روش تحلیل عوامل از روی فرم ۶۰ ماده‌ای استخراج شده است. این پرسشنامه چهار زیر مقیاس دارد که عبارتند از (۱) علایم جسمی (۲) اضطراب و بی‌خوابی (۳) اختلال در کنش وری اجتماعی و (۴) افسردگی وخیم (۸). در نمره‌گذاری آزمون به هر پاسخ از راست به چپ نمره صفر، یک، دو یا سه تعلق می‌گیرد. از مجموع نمره‌های هر زیرمقیاس نیز نمره‌ی کلی به دست می‌آید که

جمعیت غیرمعتاد متفاوت هستند یا نه. زیرا مطالعه هوش هیجانی معتادان به مواد مخدر و مقایسه آن با افراد عادی جامعه و نیز مطالعه این نوع هوش در رابطه با سلامت روان آنها به منظور بهسازی محیط زندگی نشان اهمیت ویژه دارد. با مرور مطالعات مذکور به نظر می‌رسد که می‌توان فرضیه‌های زیر را برای این پژوهش مطرح کرد:

- ۱- هوش هیجانی معتادان به مواد مخدر کمتر از افراد عادی است.
- ۲- سلامت روان معتادان به مواد مخدر کمتر از افراد عادی است.
- ۳- بین هوش هیجانی و سلامت روان معتادان به مواد مخدر رابطه وجود دارد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع میدانی، افراد جامعه پژوهش شامل دو گروه بودند: گروه اول افرادی که در سه ماهه اول سال ۱۳۸۶ به مراکز خود معرف (دولتی و غیر دولتی) شهر رشت مراجعه کرده بودند. دیگر، افراد گروه عادی و غیرمعتاد که در این مدت در شهر رشت ساکن بوده‌اند و بر اساس ویژگی‌های عمومی گروه اول از بین جمعیت عادی انتخاب شده و به عنوان گروه مقایسه در مطالعه شرکت داده شدند. حجم نهایی آزمودنی‌های دو گروه شامل ۱۶۰ نفر بود (۸۰ نفر معتاد و ۸۰ نفر غیر معتاد) که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای انتخاب معتادان ابتدا براساس هماهنگی محقق با مراکز خود معرف شهر رشت، معتادانی که برای اولین بار برای درمان به این مراکز مراجعه کرده بودند (پس از اخذ رضایت‌نامه) به عنوان آزمودنی‌های گروه آزمایشی در مطالعه شرکت داده شده و فرم مشخصات فردی و پرسشنامه‌های تحقیق برای آنها تکمیل شد. به منظور جمع‌آوری صحیح اطلاعات از آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های افرادی که با بی‌میلی در این مطالعه شرکت کرده یا به کلیه سوال‌ها پاسخ نداده بودند، از بررسی حذف شدند. همچنین،

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمره سلامت روان آزمودنی‌ها

گروه	آماره	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
معتاد	۸۰	۲۲/۶۳	۱/۶۶	۱۴/۲۸	
افراد عادی	۸۰	۱۵/۵۴	۱/۱۳	۹/۵۵	

افزایش نمره در پرسشنامه GHQ نشانگر آسیب روانی شدیدتر است. در نتیجه به نظری می‌رسد که معتادان نسبت به افراد عادی سلامت روانی کمتری داشته باشند.

جدول ۳، نتایج آزمون t با دو نمونه جور شده برای مقایسه میانگین نمرات هوش هیجانی آزمودنی‌ها را به تفکیک نشان می‌دهد:

همانگونه که دیده می‌شود هوش هیجانی معتادان به صورت معنی‌دار کمتر از افراد عادی است ($p < 0/05$).

در جدول ۴ نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین سلامت روان معتادان و افراد عادی نشان داده شده است:

با توجه به اندازه t محاسبه شده (۲/۷۳) سلامت روان معتادان به صورت معنی‌دار پایین‌تر از سلامت روان افراد عادی است ($p < 0/01$).

برای بررسی ارتباط بین هوش هیجانی و سلامت روان در گروه‌های آزمودنی، اندازه ضریب هم‌بستگی پیرسون محاسبه و نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است:

نمره‌های بین ۱۴ تا ۲۱ در هر زیر مقیاس وخامت وضع آزمودنی را نشان می‌دهد. پژوهشی با عنوان استانداردسازی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی بر دانشجویان دختر و پسر دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم در سال تحصیلی ۱۳۷۵-۷۶ بر ۵۷۱ نفر انجام شد. اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های فرعی علایم جسمی ۰/۸۵، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۸۷، اختلال در کنش اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی و خیم ۰/۹۱ برآورد شد. مقدار روائی سازه‌ی این پرسشنامه نیز ۰/۸۲ بدست آمد که ارزش علمی بالایی دارد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با نرم افزار SPSS-10 تجزیه و تحلیل شد و نتایج زیر بدست آمد:

نتایج:

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمرات هوش هیجانی آزمودنی‌ها

گروه	آماره	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
معتاد	۸۰	۱۳۵/۷۴	۲۲/۹۶	۲/۵۳	
افراد عادی	۸۰	۱۴۶/۰۹	۱۹/۶۹	۲/۲۸	

طبق جدول میانگین و پراکندگی نمره هوش هیجانی معتادان بیش از افراد عادی است.

جدول ۲، شاخص‌های توصیفی نمره سلامت روان آزمودنی‌های دو گروه را نشان می‌دهد:

جدول ۳: نتایج آزمون t با دو نمونه جور شده جهت مقایسه نمرات هوش هیجانی آزمودنی‌ها

گروه	آماره	تفاوت‌های جور شده			t	درجه آزادی	میزان خطا
		میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین			
معتاد	۸۰	۱۳۶/۶۶	۲۲/۰۵	۲/۵۶	۷۳	۰/۰۱۲	
افراد عادی	۸۰	۱۴۶/۱۳	۱۹/۸۱	۲/۳۰			

جدول ۴: آزمون t با دو نمونه جور شده جهت مقایسه میانگین سلامت روان معتادین و افراد عادی

گروه	آماره	تفاوت‌های جور شده			t	درجه آزادی	میزان خطا
		میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین			
معتاد	۸۰	۲۲/۲۹	۱۴/۱۷	۱/۷۷	۶۳	۰/۰۰۸	
افراد عادی	۸۰	۱۵/۶۷	۹/۴۸	۱/۱۸			

دارد (۱۶ و ۱). نتایج کلیه این پژوهش‌ها با نتیجه‌ی به دست آمده از بررسی این فرضیه مطابقت دارد. در تبیین این موضوع می‌توان گفت افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند، ممکن است قابلیت‌های ذهنی بیشتری در درک صحیح موقعیت‌ها و پاسخگویی به فشارهای ناخواسته اطرافیان خود داشته باشند. بدیهی است که این قابلیت‌ها منجر به افزایش مقاومت در برابر مصرف مواد می‌شوند و دسترسی به راه‌حل‌های بهتر را میسر می‌سازد.

در بررسی فرضیه دوم تحقیق مبنی بر پائین‌تر بودن سلامت روانی معتادان نسبت به افراد عادی، میانگین نمره سلامت روان آزمودنی‌های دو گروه ارزیابی شد. اندازه t محاسبه شده (۲/۷۳) تفاوت معنی‌داری بین سلامت روان معتادان و افراد عادی نشان داد که نشانگر وجود نشانه‌های بیشتر اختلال روانی در معتادان است. این یافته‌ها مشابه نتایج پژوهش‌های ارائه شده در این گزارش بوده و مؤید آن است که سلامت روان معتادان کمتر از افراد عادی است و این که معتادان در بدترین شرایط روانی بسر برده و بیشترین تنیدگی را تحمل می‌کنند (۵). در تبیین چرایی این نکته می‌توان به عواملی همچون استفاده بیشتر مواد توسط مبتلایان به اختلال روانی و کاهش مهارت فرد در مقابله با مصرف مواد بدنبال اختلال روانی موجود و در نتیجه سهولت گرایش به مواد مخدر اشاره کرد. زیرا سوء مصرف مواد جدا از هزینه‌های سرسام‌آوران، پیامدهای منفی زیاد (از جمله جنبه‌های مغزی و روانپزشکی) دارد که کنترل آنها توسط معتادان دشوار است. با مصرف مواد علایم روانی-عصبی و اختلال‌های روانپزشکی شایع بدون علت مثل اسکیزوفرنی و اختلال خلقی می‌تواند ایجاد شود. بنابراین، عوارض منفی مصرف مواد و اختلال روانپزشکی اولیه ممکن است با هم در ارتباط باشند. از طرف دیگر اختلال روانی می‌تواند مهارت فرد را در مقابله با مصرف مواد کاهش داده و موجب شود تا وی به سهولت و به عنوان پناهگاه به مواد مخدر روی آورد، یعنی از مواد مخدر به

جدول ۵: بررسی ضریب همبستگی بین هوش هیجانی و سلامت روان

در معتادان و افراد عادی

گروه	آماره	تعداد	ضریب همبستگی	میزان خطا
معتاد		۸۰	-۰/۴۴۵	۰/۰۰۱
افراد عادی		۸۰	-۰/۴۰۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که با افزایش نمره هوش هیجانی آزمودنی‌ها میزان سلامت روان آنان نیز افزایش می‌یابد و از این لحاظ تفاوت معنی‌داری بین معتادان و افراد عادی وجود ندارد...

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی فرضیه اول پژوهش مبنی بر کمتر بودن هوش هیجانی معتادان به مواد مخدر (نسبت به افراد عادی جامعه) همان طور که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود با توجه به اندازه t محاسبه شده (۲/۵۶) بین میانگین نمرات هوش هیجانی آزمودنی‌های دو گروه تفاوت خطی وجود دارد ($P < ۰/۰۱۲$). در نتیجه پایین‌تر بودن میانگین نمره‌ی هوش هیجانی معتادان (۱۳۶/۶۶) به نسبت افراد عادی (۱۴۶/۱۳) نشان می‌دهد که معتادان دارای سطوح پایین‌تر هوش هیجانی هستند. نتایج پژوهش‌های مختلف رابطه‌ی منفی هوش هیجانی با مصرف الکل و رابطه‌ی مثبت آن با گستردگی و کیفیت روابط اجتماعی و رابطه‌ی سازش‌یافتگی اجتماعی موفقیت‌آمیز با ادراک دقیق‌تر خلق دیگران در زمینه عملکرد تحصیلی و رفتار سازگار در مدرسه را نشان داده است (۱۳ و ۹). هم چنین یافته‌های موجود رابطه‌ی هوش هیجانی را با اختلال شخصیت و بیماری‌های روانی و شیوع بیشتر اختلال شخصیت و بیماری‌های روانی در بین معتادان و نقش حمایتی هوش هیجانی بالا در کاهش خطر گرایش به سیگار و اعتیاد در نوجوانان را نشان می‌دهد، به طوری که در مجموع بین نمره‌ی کلی هوش هیجانی و نمره مقیاس افراد الکلی و تنباکویی رابطه منفی وجود

بهتری در گزارش‌های شخصی مثبت از حالت‌های درونی و احساس توانمندی مقابله با مشکلات کسب می‌کند (۲).

یافته‌های این پژوهش می‌تواند راه‌گشای مدیران اجرایی و سیاست‌گذاران مقوله پیشگیری از اعتیاد و دانش پژوهان باشد تا با پیش‌بینی برنامه‌های آموزشی جدید پیرامون رشد و افزایش هوش هیجانی در مراکز آموزشی و درمانی، برای ارتقای مؤلفه‌های هوش هیجانی افراد اقدام کنند و از این طریق گامی جدی در پیشگیری و مهار اعتیاد بردارند. هم‌چنین، بر اساس یافته‌های این پژوهش، مشاوران مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد می‌توانند برای پیشگیری از عود اعتیاد راهکارهای لازم را برای افزایش هوش هیجانی به معنادان و خانواده‌های آنها ارائه دهند. یافته‌های این پژوهش هم‌چنین ضرورت تدوین برنامه‌هایی برای آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی را در مراکز آموزشی (بویژه در مراکز آموزش پیش‌دبستانی و مدارس) تأیید می‌کند تا از این طریق کودکان مهارت‌های لازم را در خود پرورش دهند و به نگرشی دست یابند که برای همه‌ی حوزه‌های یادگیری و رشد آنها مفید باشد.

با توجه به اهمیت هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن و نیز لزوم رشد و پرورش آن (بخصوص از طریق آموزش) پیشنهاد می‌کنیم که پژوهش مشابهی در سطح گسترده صورت گیرد.

منزله‌ی ابزاری در تعامل با افراد و موقعیت‌ها برای تنظیم روحیه و خلق خود استفاده کند (۶).

در واریسی فرضیه سوم پژوهش مبنی بر رابطه هوش هیجانی و سلامت روان معنادان، نشان داده شد که بین این دو متغیر هم‌بستگی $0/445-$ وجود دارد. همانطور که در جدول شماره ۵ دیده می‌شود، بین هوش هیجانی و سلامت روان آزمودنی صرف‌نظر از معتاد یا عادی رابطه معنی‌دار وجود دارد که حاکی از آن است که برخورداری از مؤلفه‌های هوش هیجانی در مدیریت استرس و شناخت موقعیت‌های بیرونی و نیز حالت‌های درونی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد و با پشتوانه آن مواجهه با مشکلات، توأم با موقعیت‌های فردی خواهد بود. اما این مقابله در افراد دارای هوش هیجانی پایین‌تر (به دلیل برخورداری از ظرفیت‌های عاطفی کمتر) با کاستی‌ها و شکست همراه است و در نتیجه سلامت روانی آنها نیز متأثر خواهد شد. نتایج آزمون این فرضیه همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که بر اساس آنها آشفتگی هیجانی با جنبه‌هایی از روان گسیختگی، اختلال روانی عضوی، روان‌تنی و اختلال شخصیت ارتباط دارد (۹، ۱۰، ۱۷).

پژوهش‌های موجود حاکی از آن است که آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی (مانند کنترل هیجان و روابط بین فردی) در کاهش علائم اختلال‌هایی نظیر افسردگی و اضطراب مؤثر است (۱۲)، سبب ارتقای سلامت روانی شده و فرد نمره‌ی

منابع

- Ahmadi Raghavadi Ali. Study on Relation between Excitatory Intelligence and Mental Health in Students at Pre- university Academic Degree, Rasht County, Educational Year 2004-2005). Thesis for Master of Arts (M.A.), General Psychology. Rasht; University of Guilan, 2005..
- Esmaili M, Ahadi Hy, Delavar A, Shafieabadi A. Effects of Education of Excitatory Intelligent Components on Mental Health. Iran Psychiatry and Psychology Magazine 2007; 2: 158-65.
- Rahimi Moghar. Guidance for Prevention and Treatment on Addiction. Tehran; Prevention Deputyship of State Organization of Welfare. 1997.
- Sargolzaei Mohammadreza, Balali, Mahdi, Azad Reza. Study on Rampancy of Ill- consumption of Narcotics and Its Relation with Individual and Family Status of University in the Field of Medicine of University of Mashhad, Social Welfare Quarterly Periodical 2003; 9: 283-94.
- Sohrabi Faramarz: Problem of Cigarette in the Mirror of Research Study on Effective Facts in Attitude on the Students to Cigarette. Tehran: Madreseh Publications, 2004.

6. Kaplan Jerald, Sadouk Binyamin. Summary on Psychiatry. Translated by Nosreatollah Pour Afkari. Tehran; Share- e- Ab Publications, 2004.
7. Marani Marzieh. Manner- finding of Inquiries of Specifications of Emotional Intelligent among University and Schools Students in Isfahan City. Thesis of Master of Arts(M.A.) Academic Degree of University of Isfahan, Faculty of Psychology, 2003.
8. Houman Abbas. Standard Making of Inquiries of General Health on Students of the University of Instructors Training, Student Deputyship District Tehran; Center of Student Consulting in University of Tehran, 1997.
9. Austin E J, Saklofeski D H, Egan V. Personality: Well Being and Health Correlates of Train Emotional Intelligence. Personality and Individual Differences 2005; 32:547-58.
10. Cobb C D, Mayer Y D. Emotional Intelligence: What The Research Says. Educational Leadership 2000; 58: 14-19.
11. Ciarrochi J, Forgas J D, Mayer J D. Emotional Intelligence: What The Research Says. Educational Leadership 2001; 58: 14-19.
12. Engelberg E Sjoberg. Emotional Intelligence, Affect Intensity, and Social Adjustment. Personality and Individual Differences 2004; 37: 533-52.
13. Giancola P R, et al. Executive Cognitive Functioning And Aggressive Behaviour In Preadolescent Boys At Highrisk For Substance Abuse "Dependence. Journal Of Study Alcohol 1996; 57:352-59.
14. Leible, T Snell Jr W. Borderline Personality Disorder and Multiple Aspect of Emotional Intelligence. Personality and Individual Differences 2004; 37: 393-404.
15. Petrides K V, Frederikson N, Furnham A. The Role Of Trait Emotional Intelligence In Academic Performance And Deviant Behavior At School. Personality And Individual Differences 2004; 36: 277-93.
16. Salovey P, Mayer J D. Current Directions In Emotional Intelligence Research". Handbook Of Emotion 2nd ed. New York; Guilford, 2000.
16. Warwick J, Nettel Beck T. Emotional Intelligence Is ...?. Personality and Individual Differences 2004; 37: 1091-1100.

Comparison of Emotional Intelligence and Mental Health in Addicted and Normal Individuals

*Khosravi Kabir Z.(MSc)¹- Mousavi S. V.(Ph D)²- Agha Yousefi A.R.(Ph D)³

*Corresponding Author: Preventing- Chancellorship of Rehabilitation Organization of Guilan Province, Parastar St. Rasht, IRAN

E- mail: mojgan_khosravi2001@yahoo.com

Received: 12/Nov/2008 Accepted: 5/Apr/2009

Abstract

Introduction: Abuse of drug is a chronic phenomenon which brings about a plenty of physical, mental, social, family, and economic harm in a way that the addicted person's individual and social functions are severely reduced.

Objective: Comparison of emotional intelligence and mental health in addicted and normal individuals.

Materials and Methods: Samples consisted of 80 addicted and 80 normal individuals. Sample group were selected by accessible sampling from governmental and non governmental rehabilitation and remedial centers from Rasht. Both groups matched according to age, marital status, number of family members, educational level and economic condition. Then participants answered to the Petridis and Furnhum's (2002) emotional intelligence questionnaire and 28 Item Gold berg's (1979) general health questionnaire (GHQ₂₈). Data were analyzed through statistic analysis.

Result: Data analysis shows significant relation between emotional intelligence and mental health in two groups. The addicted person had low or levels of emotional intelligence and mental health than the normal individuals. Furthermore, person coefficient correlation showed relation between emotional intelligence and mental health of the addicted and normal individuals which were (0.403 and -0.445) respectively.

Conclusion: The addicted person had lower level of emotional intelligence and mental health than normal individuals. There was significant relation between emotional intelligence mental health in addicted and normal individuals ($P < 0.05$).

Key word: Emotions/ Intelligence/ Mental Health/ Substance- Related Disorders

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 70, Pages: 9-16

۱۶ 1. Preventing- Chancellorship of Rehabilitation Organization of Guilan Province Parastar St. Rasht, IRAN
2. University of Guilan, Rasht, IRAN 3. University of Payame Noor, Tehran, IRAN