

---

مقایسه مؤلفه‌های هوش هیجانی مردان معتاد و غیر  
معتاد و ارائه برنامه آموزشی بر اساس مؤلفه‌های  
هوش هیجانی در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک  
اعتیاد در شهرستان خرم آباد.

---

\* زیور آریا صدر

\*\* دکتر نسرين اکبرزاده

\*\*\* دکتر سیده منور یزدی

چکیده:

هدف این پژوهش مقایسه هوش هیجانی مردان معتاد و غیر معتاد و همچنین بررسی اثر آموزش بر اساس مؤلفه‌های هوش هیجانی برای گروه معتاد بود و فرضیه‌های زیر بررسی شد: ۱- نمره کلی هوش هیجانی و هریک از مؤلفه‌های آن در افراد معتاد پایین‌تر از افراد غیر معتاد است. ۲- آموزش مهارتها بر اساس مؤلفه‌های هوش هیجانی برنامه می‌تواند در مردان معتاد مؤثر باشد. این پژوهش دو مرحله داشت: در مرحله اول ۱۰۰ مرد معتاد به صورت خوشه‌ای تصادفی و ۱۰۰ مرد غیر معتاد به صورت تصادفی انتخاب شدند و به آزمون هوش هیجانی بار- آن فرم کوتاه (۲۰۰۲) پاسخ دادند و سپس در مرحله دوم ۱۶ نفر از نمونه ۱۰۰ نفری مردان معتاد انتخاب شدند که در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. هوش هیجانی آنها مجدداً سنجیده شد و گروه آزمایش در برنامه درمان شناختی و آموزش هوش هیجانی طی ۱۰ جلسه شرکت کردند. در پایان مجدداً هوش هیجانی در هر دو گروه سنجیده شد. فرضیه اول با آزمون t مستقل بررسی شد. نتایج نشان داد که میان مردان معتاد و غیر معتاد از نظر نمره کلی هوش هیجانی و هریک از مؤلفه‌های آن تفاوت معنی داری وجود دارد. یعنی نمره مردان معتاد پایین‌تر از مردان غیر معتاد بود. فرضیه دوم با آزمون t برای گروه‌های غیر مستقل (وابسته) بررسی شد. نتایج نشان داد این برنامه بر ارتقاء کلیه مؤلفه‌های هوش هیجانی به غیر از مدیریت استرس تأثیر دارد. با توجه به

مؤثر بودن این برنامه برای گروه معتاد می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی و آموزش هوش هیجانی برای ارتقاء بهزیستی افراد معتاد و کمک به نگهداری ترک آنها می‌تواند مفید باشد.

#### کلید واژه‌ها:

هوش هیجانی، اعتیاد، برنامه آموزشی، آموزش مهارت‌های هوش هیجانی

### مقدمه

اعتیاد یکی از عوامل نابسامانی جوامع انسانی است، که آثار مخربی در زندگی فردی و اجتماعی انسان دارد (اشرفی، ۱۳۸۳). اعتیاد را از نظر لغوی عادت کردن، خو گرفتن و خود را وقف عادت‌های نکوهیده کردن تعریف کرده‌اند (ستوده، ۱۳۸۱). در واقع اعتیاد فقط زمانی رخ می‌دهد که یک الگوی رفتاری دارو جویانه به شکل وسواسی و مخرب ظهور کرده باشد؛ و فرد اکثراً به شکل وسواس گونه‌ای به مصرف مواد میل داشته باشد (پور نقاش تهرانی و همکاران، ۱۳۸۶). چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری، اختلالات روانی (DSM- IV) مواد و تغییر دهنده مغز را مواد<sup>۱</sup> و اختلالات مرتبط با آنها را اختلالات وابسته به مواد<sup>۲</sup> نامیده است (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۹).

امروزه، اعتیاد به مواد افیون و مخدر در اجتماع ما چنان بی رحمانه به پیش می‌تازد و در مسیر خود نه تنها سالمندان، جوانان و نوجوانان را تهدید می‌کند، بلکه کودکان بی گناه را نیز طعمه خود قرار می‌دهد (آقا بخشی، ۱۳۷۹). در واقع مشکلات و رفتاری‌های ناشی از اعتیاد باعث شده است تا خانواده‌ها و مسئولان جامعه برای پیشگیری<sup>۳</sup>، ترک<sup>۴</sup> و جلوگیری از بازگشت<sup>۵</sup> (عود) اقدام کنند. پیشگیری این امکان را ایجاد می‌کند که به افراد بیشتر کمک شود، به طور کلی برنامه‌های پیشگیری، به گسترش هدف پیشگیری و کوتاه کردن چارچوب زمانی از طریق مداخله زود هنگام علاقمند هستند. ادبیات پیشگیری بر کارکرد، بهزیستی و ارتقاء بهداشت تمرکز دارد تا ناتوانی (داجن و جی، ۱۳۸۳).

1. Substance
2. Related Disorder Substance
3. Prevention
4. Withdrawal
5. Relapse

از جمله برنامه‌های پیشگیری می‌توان به رویکرد آموزش عاطفی با تأکید بر ایجاد رشد اجتماعی و شخصی در افراد و پذیرش خویشتن در آنها، آموزش مهارت‌های مقاومت با تأکید بر افزایش مقاومت فرد در برابر عوامل اثر گذار اجتماعی و رویکرد آموزش مهارت‌های زندگی<sup>۱</sup> با تأکید بر فراگیری مهارت‌هایی چون حل مسئله<sup>۲</sup>، تصمیم‌گیری<sup>۳</sup>، عزت نفس<sup>۴</sup>، مهارت‌های میان فردی<sup>۵</sup>، جرأت ورزی<sup>۶</sup> و... اشاره کرد (نعمتی، ۱۳۸۱). آموزش مهارت‌های اجتماعی<sup>۷</sup> در پیشگیری اولیه و پیشگیری از عود بسیار مؤثر است و آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش مصرف مواد، افزایش آگاهی از مصرف مواد و افزایش مهارت‌های میان فردی و ارتباطی مؤثر بوده‌اند (داجن و جی، ۱۳۸۳).

از جمله دیگر آموزش‌های مهارت‌های هیجانی در خصوص اعتیاد، آموزش هوش هیجانی<sup>۸</sup> است. امروزه، محققان با استفاده از آموزش هوش هیجانی، معتادان را ترک می‌دهند (دان<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴)

توجه به هیجانها و کاربرد مناسب آنها در روابط انسانی، درک احوال دیگران<sup>۱۰</sup>، خویشتن داری<sup>۱۱</sup>، تسلط بر خواسته‌های آنی<sup>۱۲</sup>، همدلی<sup>۱۳</sup> با دیگران و استفاده مناسب از هیجانها در تفکر و شناخت، موضوع هوش هیجانی است که ابتدا سالوی<sup>۱۴</sup>، استاد دانشگاه ییل<sup>۱۵</sup>، آن را در سال ۱۹۹۰ مطرح کرد. (اکبرزاده، ۱۳۸۳).

هوش هیجانی در واقع هوش غیر شناختی است و از مفهوم هوش اجتماعی نشأت می‌گیرد، که اول بار توسط ثرندایک<sup>۱۶</sup> در سال ۱۹۲۰، آن را شناسایی کرد. (قمرانی و جعفری، ۱۳۸۲).

- 
1. Life- Skill
  2. Problem Solving
  3. Decision Making
  4. Self- esteem
  5. Interpersonal Skills
  6. Assertiveness
  7. Social Skills
  8. Emotional Intelligence
  9. Susan Dun
  10. Understanding others
  11. Self control
  12. Impulse control
  13. Empathy
  14. Salovey
  15. Yale University
  16. Thorndike

عده‌ای از پژوهشگران (ملرو<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از دلاور و رشید، ۱۳۸۳) معتقد هستند که آموزش مهارت‌های اجتماعی همچون ابراز وجود باعث می‌شود که نوجوانان بتوانند با ابراز نظرات مخالف، رد کردن خواهش یا دستور همسالان، بیان احساسات مخالف خود یا پرهیز از پیروی بی‌چون و چرا، از بسیاری خطرات (خصوصاً مصرف سیگار) در امان بمانند. در ایران نیز تأثیر آموزش ابراز وجود در پیشگیری از مصرف سیگار تأیید شده است (دلاور و رشید، ۱۳۸۳).

به عقیده دان (۲۰۰۴) یکی از مزایای بزرگ هوش هیجانی، پرهیز از انزوا<sup>۲</sup> است و انزوا در افراد معتاد بسیار بالاست. در پژوهش دیگری مشخص شد که افراد معتاد در حوزه مراقبت از خود مشکل دارند و این مشکل (یا کمبود) به صورت ناتوانی در تحمل و تلاش روزانه برای حل مسئله بروز می‌کند. لذا برای جبران مشکل یاد شده به کارگیری یک برنامه‌روانی-آموزشی به شکل گروهی لازم می‌باشد (لاسالویا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳). و در پژوهش دیگری (دلاور و رشید، ۱۳۸۳) نیز تأثیر آموزش مهارت حل مسئله در پیشگیری از سیگار تأیید شد.

در پژوهش پاتون و کاندل<sup>۴</sup> (۱۹۷۸) نیز معلوم شد که احساس افسردگی رابطه مثبتی با مصرف دارو در سفید پوستان دارد و در پژوهش دیگر که علت عود مردان معتاد به الکل بررسی شده بود. یکی از عوامل تعیین کننده مهم عود را افسردگی تشخیص دادند (استروگ<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹). همچنین در پژوهش توربرگ و لیورس<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) نیز مشخص شد که خود تنظیمی خلق در افراد معتاد ضعیف است و تعدیل خلق منفی ممکن است فرد را برای اعتیاد مستعد کند.

همچنین در همراهی با این پژوهش اسچن<sup>۷</sup> نشان داد کسانی که درماندگی عاطفی بیشتری را گزارش کرده بودند، به بالاترین میزان به مصرف مواد مخدر یا الکل اقدام کردند. (گلمن، ۱۳۸۲). ناتوانی در کنترل خشم و به سرعت غضبناک شدن، بارزترین الگوی عاطفی در افراد معتاد

- 
1. Melero
  2. Isolation
  3. laSalvia
  4. Paton & Kandel
  5. Strowg
  6. Thorberg & Lyvers
  7. Schann

به هروئین است (خانتزیان<sup>۱</sup>، ۱۳۸۲). در اعتیاد به الکل نیز یک پویائی بنیادین از خشم سرکوب شده و درماندگی وجود دارد و خوش بینی<sup>۲</sup> در مقابل درماندگی آموخته شده، که به عنوان تسهیل کننده هوش هیجانی است، تا حدی می‌تواند آموخته شود (دان، ۲۰۰۴).

در پژوهش ترینیداد و جانسون<sup>۳</sup> (گلمن، ۱۳۸۲) مشخص شد نوجوانانی که در تست مقیاس هوش هیجانی چند عاملی<sup>۴</sup> (MEIS) نمره‌های بالاتر به دست آورند، میزان سیگار کشیدن و مصرف الکل بسیار پایین داشتند. در تحقیق برماس (۱۳۸۳)، با عنوان مقایسه عزت نفس و سبک‌های اسنادی در دو گروه از نوجوانان معتاد و غیر معتاد، مشخص شد که گروه غیر معتاد عزت نفس بالاتری داشتند. دومین عامل الکلیسم وجود مقادیر زیادی تحریک، تکانش‌گری و ملال‌است (گلمن<sup>۵</sup>، ۱۳۸۲) و در پژوهش بنجامین و ولفورت<sup>۶</sup> (۲۰۰۳) مشخص شد زنان دارای یکی از رفتارهای اعتیادآمیز (الکل) درجه بالایی از تکانش‌گری را داشتند.

در پژوهش سموعی و همکاران (۱۳۷۹)، با عنوان الگوی مقابله با استرس در معتادان خود معرف، مشخص شد افراد غیرمعتاد در بسیاری از شیوه‌های مقابله با افراد معتاد تفاوت داشتند و در واقع الگوی نادرست رفتاری و برداشت نادرست شناختی، از عوامل خطر برای کاربرد نابجای مواد به عنوان یک روش آرامش‌بخش است. در پژوهش دیگر معلوم شد که با آموزش مهارت‌های مقابله مناسب و تکنیک‌های ضد استرس مجموعه حلقه‌های پیش‌بینی پذیر اعتیاد می‌توانند کم یا حذف شوند و یک ارتباط معنی داری بین افزایش نفرت و بیزاری از اعتیاد و کاهش اشتیاق برای عامل اعتیاد وجود دارد (نایسبرگ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). در پژوهش کاستلانی<sup>۸</sup> و همکاران (۱۹۹۸) مشخص شد که مهارت‌های مقابله داشتن و منابع مؤثر، اثرات منفی فشار روانی - هیجانی ساختار اجتماعی و عود را بر هم تعدیل می‌کند.

- 
1. khantazian
  2. Optimism
  3. Terenidad & Jansun
  4. Multifactor Emotional Intelligence Scale
  5. Golman
  6. Benjamin & volfort
  7. Naisberg
  8. Castellani

نیمرخ موقعیت‌های استرس لامون و الونزو<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) دلالت بر این دارد که ممکن است استرس عامل اعتیاد باشد یا نتیجه آن. در هر حال تکنیک‌های مدیریت استرس باید از اجزاء مهم برنامه توانبخشی اعتیاد باشد.

این پژوهش بر آن است که تفاوت افراد معتاد و غیر معتاد را از نظر هوش هیجانی بررسی کند و همچنین تأثیر برنامه آموزش را بر اساس مؤلفه‌های هوش هیجانی بر افراد معتاد بسنجد.

### فرضیه‌های پژوهش:

دو فرضیه کلی این پژوهش عبارت است از:

۱- نمره کلی هوش هیجانی و هریک از پنج مؤلفه آن در مردان معتاد کمتر از مردان غیر معتاد است.

۲- آموزش مهارت‌ها براساس مؤلفه‌های هوش هیجانی می‌تواند در مردان معتاد مؤثر باشد.

### روش پژوهش:

روش پژوهش علی مقایسه‌ای و شبه تجربی بود. جامعه مورد آزمایش در بخش اول همه مردان معتادی بودند که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده و در حال ترک بودند. از نظر تحصیلات از مقطع راهنمایی تا متوسطه (اول متوسطه تا دیپلم)، با دامنه سنی ۲۰-۵۰ سال، و همگی ساکن شهر خرم آباد بودند. روش نمونه‌گیری به شکل خوشه‌ای تصادفی بود یعنی از بین ۱۲ مرکز ترک به طور تصادفی ۸ مرکز را انتخاب کرده و از بین ۸ مرکز (پذیرش هر مرکز به طور متوسط ۳۰ نفر در ماه بود) تعداد ۱۰۰ نفر معتاد (طی ۶ ماه) به شکل تصادفی انتخاب شدند و از آنها خواسته شد که آزمون هوش هیجانی را پاسخ دهند. دلیل اجرای مجدد آزمون به علت وجود فاصله زمانی بین بخش اول و بخش دوم پژوهش بود. گروه ۱۰۰ نفر غیر معتاد با توجه به متغیرهای کنترل (میزان تحصیلات، سن، جنس و محل سکونت) به صورت هدفمند انتخاب شدند و به آزمون پاسخ دادند. نمونه بخش آموزشی پژوهش از گروه ۱۰۰ نفری معتاد انتخاب شدند. به این شکل که ۲ گروه ۸ نفره آزمایش و کنترل از نمونه ۱۰۰ تایی افراد معتاد که به طور تصادفی انتخاب شدند، البته در ابتدا گروه آزمایش ۱۲ نفر بودند، اما ۴ نفر از آنها به

علت مشکلات کاری و مالی مثل داشتن کار شیفیتی یا مشغول شدن به کاری در شهری غیر از شهر خرم آباد و یک مورد عود مجدد نتوانستند (در جلسات دوم و سوم) با پژوهش همکاری کنند. (پس از مقایسه ۴ نفر ریزشی با ۸ نفر باقی مانده از طریق آزمون t مشخص شد که هیچ تفاوت معنی داری با هم نداشتند). شایان ذکر است که انتخاب دو گروه برای تعیین اینکه در گروه آزمایش باشد یا کنترل، بر اساس میزان علاقه‌مندی و داوطلبانه بودن آنها برای شرکت در کلاس و همکاری افراد در پژوهش بود.

با توجه به اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها بیشترین درصد طول مدت اعتیاد در گروه معتاد ۱۰-۶ سال و بیشترین درصد بر حسب دفعات ترک ۵-۱ بار بوده است. ضمناً گروه ۱۰۰ نفر معتاد همگی به مواد مخدر (تریاک و هروئین) اعتیاد داشته‌اند.

### طرح پژوهش:

این پژوهش در دو بخش اجرا شد. در بخش اول بررسی مقایسه‌ای میان افراد معتاد و غیر معتاد در مقیاس وسیع ۲۰۰ نفری از لحاظ مؤلفه‌های هوش هیجانی انجام شد. و در بخش دوم، طرح به صورت شبه تجربی بررسی شد. در این بخش دو گروه آزمایش و کنترل وجود داشت که گروه آزمایش در برنامه آموزش شرکت کردند. اما برنامه آموزشی در میان گروه کنترل اجرا نشد. هر دو گروه قبل و بعد از اجرای آموزش، به آزمون هوش هیجانی پاسخ دادند.

### ابزار پژوهش: آزمون هوش هیجانی بار- آن (۲۰۰۲):

این ابزار ۵۱ گویه دارد و برای سنجش هوش هیجانی افراد ۱۶ سال به بالا، تدوین شده است. مقیاسهای آزمون این موارد را شامل می‌شود: ۱- مهارتهای درون فردی ۲- مهارتهای میان فردی ۳- مدیریت استرس ۴- سازگاری با تغییر ۵- خلق عمومی. بار- آن (۲۰۰۲) میزان روایی<sup>۱</sup> این آزمون از طریق همبستگی آن با آزمون ۱۳۲ گویه‌ای هوش هیجانی بار- آن (۱۹۹۷) ۰/۷۶ گزارش شده است (به نقل از برنک، ۱۳۸۳) در آزمون هوش هیجانی فرم کوتاه ضرایب اعتبار درونی<sup>۲</sup> یا همسانی<sup>۳</sup> با روش آلفای کرنباخ<sup>۱</sup> بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ توسط بار- آن به

1. Reliability
2. Internal Validity
3. Consistently

دست آمده است. در این پژوهش نیز ضریب اعتبار درونی برای نمره کلی هوش هیجانی ۰/۸۹ برآورد شده است.

### شیوه نمره گذاری:

هر گویه دارای پنج گزینه پاسخ درجه بندی لیکرت دارد که بر اساس گزینه‌ای که آزمودنی انتخاب می‌کند، از یک تا پنج نمره گذاری شده است. در گویه‌های مثبت انتخاب گزینه‌های خیلی کم، کم، متوسط و خیلی زیاد به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره گذاری شده است. این نمره گذاری در گویه‌های منفی بر عکس است. داده‌های حاصل از این آزمون، در سطح دقت فاصله‌ای قرار دارند.

### برنامه آموزشی:

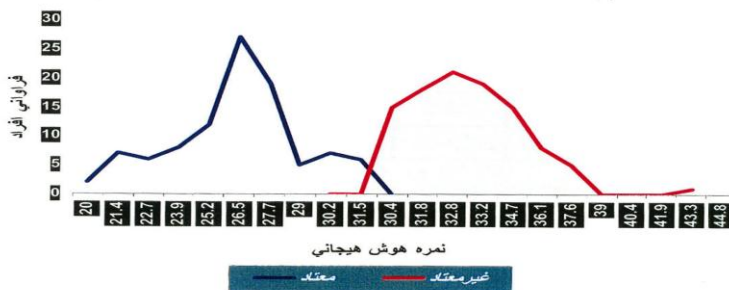
این برنامه با کمک اکبر زاده (با استفاده از تجارب ایشان) و استفاده از منابع کمکی مثل کتابهای آموزشی در این زمینه و با بررسی پژوهش‌های قبلی طراحی و تدوین شد. به علت وجود فاصله بین اجرای بخش اول و بخش دوم پژوهش، لذا قبل از شروع کار هر دو گروه به آزمون هوش هیجانی پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش در برنامه آموزشی شرکت کردند. برنامه موارد زیر را شامل می‌باشد: جلسه اول پس از اجرای هر دو آزمون، در خصوص تعداد و زمان جلسات، چستی و چرایی آموزش مهارتها، درباره وظایف آزمودنی‌ها توضیحاتی ارائه شد. در ادامه خودآگاهی (چستی و اهمیت آن) و روابط درون فردی آموزش داده شد. جلسه دوم پس از مرور مباحث جلسه اول و بررسی تکالیف آن، عزت نفس و اعتماد به نفس، گفتگوی درونی و اثر آن آموزش داده شد. جلسه سوم به آموزش مهارتهای میان فردی (ضرورت و اهمیت آن، انواع ارتباطات اجتماعی، مهارتهای اصلی و...) اختصاص داشت. در ارتباط با چگونگی تغییر روابط در زندگی در اثر مسائلی همچون اعتیاد، همدلی، مهارت نه گفتن و ابراز وجود در جلسه چهارم مطالبی ارائه شد. در جلسه پنجم و ششم مهارت حل مسئله (تعریف، اهمیت و مراحل) با تأکید بر بارش فکری و مهارت تصمیم گیری و بررسی عواقب آن آموزش داده شد. آموزش اصول شناخت درمانی خصوصاً روش درمانی، ایس (اشاره به باورهای غیر منطقی، نحوه معنی سازی، تأثیر افکار در زندگی، مراحل پنج گانه درمان عاطفی - منطقی ایس، معرفی



شیوه‌های باورهای غلط، تهیه فهرستی از این باورها وارائه روش‌هایی برای مقابله با این افکار) با زبانی ساده در جلسه هفتم ارائه شد. در جلسه هشتم و نهم مدیریت استرس (تعریف استرس و انواع آن، معرفی عوامل فشار زا، بحث در خصوص ارزیابی‌های شناختی اولیه و ثانویه، تعریف مقابله با تأکید بر نوع اجتنابی آن خصوصاً در افراد معتاد و...) آموزش داده شد و در جلسه پایانی (دهم) مطالبی در خصوص بهبود خلق، آرام سازی، اهمیت ورزش و تغذیه، پاداش دادن به خود، استفاده از مکانیسم‌های دفاعی سالم، امیدواری و خوش بینی و... ارائه شد. در پایان دوره آموزشی مجدداً آزمون هوش هیجانی در هر دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا شد.

### نتایج:

داده‌های مورد نیاز پس از جمع آوری با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. آزمونهای آماری به کار گرفته برای تحلیل داده‌ها، آزمون T-Test مستقل (در بخش اول پژوهش) و روش تفاضلی نمره‌های پیش آزمون- پس آزمون گروههای آزمایش و کنترل (در بخش دوم پژوهش) بود.



شکل ۱: نمودار توزیع فراوانی نمره کلی هوش هیجانی افراد معتاد و غیرمعتاد

توزیع این نمودار نشان می‌دهد هوش هیجانی در افراد معتاد از ۲۰ تا ۳۰/۴ و در افراد غیرمعتاد از ۳۰/۲ تا ۴۴/۸ است.

فرضیه ۱: نمره کلی هوش هیجانی و هریک از مؤلفه‌های آن در مردان معتاد پایین‌تر از مردان غیر معتاد است.

جدول ۱: بررسی تفاوت میانگین نمره‌های کلی هوش هیجانی و هر یک از پنج مؤلفه آن میان مردان معنادار و غیر معنادار با استفاده از آزمون t مستقل

عوامل	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	df	t
هوش هیجانی کلی	غیر معنادار	۳۳/۹۹	۳/۰۰	۰/۳۰	۱۸۱	۱۱/۳۳
	معنادار	۲۸/۲۱	۴/۱۰	۰/۴۱		
مهارت روابط درون فردی	غیر معنادار	۳۶/۶۸	۴/۶۹	۰/۴۶	۱۷۹	۵/۱۷
	معنادار	۳۲/۰۶	۶/۵۸	۰/۶۵		
مهارت روابط بین فردی	غیر معنادار	۳۹/۵۵	۴/۶۹	۰/۴۵	۱۹۸	۵/۸۱
	معنادار	۳۵/۳۰	۵/۶۷	۰/۵۶		
مدیریت استرس	غیر معنادار	۲۹/۶۳	۵/۰۹	۰/۵۰	۱۹۸	۸/۹۰
	معنادار	۲۲/۵۸	۶/۰۶	۰/۶۰		
سازگاری با تغییر	غیر معنادار	۲۶/۵۴	۳/۷۵	۰/۳۷	۱۸۴	۹/۰۲
	معنادار	۲۰/۸۹	۴/۹۹	۰/۴۹		
خلق عمومی	غیر معنادار	۳۷/۳۹	۴/۴۸	۰/۴۴	۱۸۴	۸/۹۶
	معنادار	۳۰/۲۶	۶/۵۶	۰/۶۵		

$$p < 0/0001 \quad n_1 = n_2 = 100$$

در جدول ۱ نتایج آزمون t مستقل بین میانگین‌های نمره کلی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه معنادار و غیر معنادار ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول t محاسبه شده نمره کلی هوش هیجانی (۱۱/۳۳)، مهارت روابط درون فردی (۵/۱۷)، مهارت روابط میان فردی (۵/۸۱)، مدیریت استرس (۸/۹۰)، سازگاری با تغییر (۹/۰۲)، خلق عمومی (۸/۹۶)، می‌باشد و در تمامی موارد فوق مقدار t محاسبه شده با درجه آزادی مربوطه، از t جدول (۱/۹۸) بزرگتر بوده، پس فرض صفر رد و با اطمینان ۹۵٪ مشخص شد که بین میانگین‌های نمره کلی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه معنادار و غیر معنادار، تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۲: آزمون t مستقل بین دو گروه آزمایش و کنترل در هوش هیجانی کلی و هر یک از مؤلفه‌های آن (پیش آزمون) (df = ۱۴)

گروه‌ها	عوامل	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	t	سطح معناداری
آزمایش	نمره کلی	۲۶/۶۲	۲/۲۴	۷۹	۰/۹۲	<۰/۳۶
کنترل	هوش هیجانی	۲۵/۴۷	۲/۶۹	۰/۹۵		
آزمایش	مهارت	۲۹	۳/۵۸	۱/۲۶	۰/۹۳	<۰/۳۶
کنترل	روابط درون فردی	۳۷/۲۵	۳/۸۸	۱/۳۷		
آزمایش	مهارت	۳۲/۵۰	۳/۴۲	۱/۲۱	-۰/۲۱	<۰/۸۳
کنترل	روابط بین فردی	۳۲/۸۷	۳/۵۷	۱/۳۲		
آزمایش	مدیریت	۲۱	۱/۳۱	۰/۴۶	۱/۷۸	<۰/۰۹
کنترل	استرس	۱۸/۷۵	۳/۳۲	۱/۱۷		
آزمایش	سازگاری با تغییر	۲۳/۵۰	۴/۴۴	۱/۵۶	۱/۳۸	<۰/۱۸
کنترل		۱۹/۸۷	۲/۹۹	۱/۰۵		
آزمایش	خلق	۲۸/۲	۳/۸۳	۱/۳۵	-۰/۲۳	<۰/۸۱
کنترل	عمومی	۳۸/۶۲	۴/۶۲	۱/۶۳		

$$n_1 = n_2 = ۸$$

در جدول فوق نتایج آزمون t مستقل بین میانگین‌های نمره کلی هوش هیجانی و پنج مؤلفه آن در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول چون قدر مطلق t محاسبه شده در نمره کلی هوش هیجانی و پنج مؤلفه آن (درجه آزادی ۱۴) از مقدار t جدول (۲/۱۴) کوچکتر است. پس با اطمینان ۹۵٪ نتیجه گرفته شد، که بین میانگین‌های نمره کلی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد. این نتیجه نشان داد که شرایط برای هر دو گروه یکسان بوده است. فرضیه ۲: آموزش مهارت‌ها بر اساس مؤلفه‌های هوش هیجانی برنامه می‌تواند در مردان معتاد مؤثر باشد.

جدول ۳. بررسی تفاوت میانگین‌های تفاضل نمره‌های کلی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در پیش آزمون-پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل.

گروه‌ها	عوامل	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	df	t	سطح معناداری
آزمایش کنترل	نمره کلی هوش هیجانی	-۷/۲۰ -۲/۲۰	۳/۳۲ ۲/۳۲	۰/۷۸	۱۴	-۳/۴۷	<۰/۰۰۴
آزمایش کنترل	مهارت روابط درون فردی	-۷/۵۷ -۲/۸۷	۴/۱۵ ۴/۰۸	۱/۵۷ ۰/۷۸	۱۴	-۲/۲۰	<۰/۰۴۶
آزمایش کنترل	مهارت روابط میان فردی	-۸/۸۵ -۱/۱۲	۶/۴۱ ۳/۲۲	۲/۴۲ ۱/۱۴	۱۴	-۳/۰۱	<۰/۰۱۰
آزمایش کنترل	مدیریت استرس	-۴/۷۱ -۲/۳۷	۷/۸۸ ۲/۱۳	۲/۹۸ ۰/۷۵	۷	-۰/۷۶	<۰/۰۴۷
آزمایش کنترل	سازگاری با تغییر	-۶/۴۲ -۲/۸۷	۲/۲۲ ۳/۸۳	۰/۸۴ ۱/۳۵	۱۴	-۲/۱۵	<۰/۰۵۱
آزمایش کنترل	خلق عمومی	-۸/۴۲ -۱/۷۵	۵/۳۸ ۴/۲۰	-۲/۳۰ -۱/۴۸	۱۴	-۲/۶۹	<۰/۰۱

$$n_1 = n_2 = 8$$

در جدول ۳ نتایج آزمون t تفاضلی بین تفاوت تفاضل میانگین‌های نمره‌های کلی هوش هیجانی و همچنین مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول قدر مطلق t محاسبه شده نمره کلی هوش هیجانی (۳/۴۷) با خطای استاندارد میانگین (۰/۷۸)، مهارت روابط درون فردی (۲/۲۰) با خطای استاندارد میانگین (۰/۷۸) و (۱/۵۷)، مهارت روابط میان فردی (۳/۰۱-) با خطای استاندارد میانگین (۱/۱۴ و ۲/۴۲) سازگاری با تغییر (۲/۱۵-) با خطای استاندارد میانگین (۱/۳۵ و ۰/۸۴)، خلق عمومی (۲/۶۹-) با خطای استاندارد میانگین (۱/۴۸- و ۲/۳۰-) با درجات آزادی مربوطه از t جدول (۲/۱۴) بزرگتر است. پس فرض صفر رد و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه گرفته شد که بین میانگین‌های تفاضل

هوش هیجانی و چهار مؤلفه آن در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما محاسبه شده در مؤلفه مدیریت استرس (۰/۷۶-) با خطای استاندارد میانگین (۰/۷۵ و ۲/۹۸) در درجه آزادی مربوطه از جدول (۲/۳۶) کوچک‌تر بود. بنابراین فرض صفر قبول و با اطمینان ۰/۹۵ نتیجه گرفته شد که بین میانگین‌های مؤلفه مدیریت استرس در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش کنونی تفاوت نمره کلی هوش هیجانی و هر یک از مؤلفه‌های آن در مردان معتاد و غیر معتاد بررسی شد و همچنین اینکه آیا ارائه برنامه آموزشی بر اساس مؤلفه‌های هوش هیجانی می‌تواند در مردان معتاد مؤثر باشد. با توجه به نتایج جدول ۱ با اطمینان ۹۵٪ مشخص شد که بین میانگین‌های نمره کلی هوش هیجانی و هر یک از پنج مؤلفه آن در گروه معتاد و غیر معتاد تفاوت معنی‌داری وجود دارد یعنی نمره کلی هوش هیجانی و هر یک از مؤلفه‌ها در مردان معتاد پایین‌تر از مردان غیر معتاد می‌باشد. این نتیجه با پژوهش‌های دان (۲۰۰۴)، ملرو و همکاران (۱۹۹۹)؛ برماس (به نقل از دلاور ورشید، ۱۳۸۳) بنجامین و ولفورت (۲۰۰۳)؛ کلارک و همکاران (۲۰۰۶)؛ سموعی و همکاران (۱۳۷۹)؛ اسمیت و همکاران (۱۹۹۵)، نوور و همکاران (۲۰۰۴)؛ لاسالویا (۱۹۹۳)، توربرگ و لیورس (۲۰۰۵)، استروگ (۱۹۹۹) همسو می‌باشد. افراد معتاد در عزت نفس نمره کلی پایین‌تری دارند (برماس، ۱۳۸۳). انزوا در افراد معتاد بالاست (دان، ۲۰۰۴) در حالی که برقراری روابط میان فردی می‌تواند به عنوان نوعی حمایت اجتماعی فرد را در برابر فشارهای محیطی تا حد زیادی مقاوم کند. همچنین اینکه تکانش‌گری در افراد معتاد بسیار بالاست. در واقع قدرت به تعویق انداختن خواسته‌های آنی در آنها بسیار کم بوده و به همین دلیل نمی‌توانند در مقابل موقعیت‌های فشارزا مقاومت کنند. (گلمن به نقل از پارسا؛ بنجامین و ولفورت، ۲۰۰۳؛ کلارک و همکاران، ۲۰۰۵) همچنین آنها در مدیریت استرس با افراد غیرمعتاد متفاوت هستند یعنی معمولاً سبک‌های غیرانطباقی در مقابله با استرس را به کار می‌گیرند. در این افراد نیز خودکارآمدی-احساس توانایی و اطمینان به خود برای مقابله با محیط بسیار ضعیف می‌باشد. (سموعی و همکاران، ۱۳۷۹) آنها در حوزه مراقبت از خود نیز دچار کمبود هستند و این کمبود به صورت

ناتوانی در تحمل و تلاش روزانه برای حل مسئله بروز می‌کند (لاسالویا، ۱۹۹۳).

و در نهایت آنها سطح بالاتری از اضطراب، استرس و افسردگی و سطح پایین‌تری از تنظیم خلق منفی (توربرگ و لیورس، ۲۰۰۵) دارند و به درماندگی عاطفی بیشتری (اسچن به نقل از پارسا، ۱۳۸۲) دچار می‌شوند و خشم سرکوب شده به همراه این درماندگی در افراد معتاد بالاست (دان، ۲۰۰۴).

فرضیه دوم: آموزش مهارت‌ها بر اساس مؤلفه‌های هوش هیجانی می‌تواند در مردان معتاد مؤثر باشد. با توجه به نتایج جدول ۳ آموزش مهارت‌ها و برنامه آموزشی می‌تواند در نمره کلی هوش هیجانی و چهار مؤلفه آن مؤثر باشد. این نتیجه با پژوهش‌های دلاور و رشید (۱۳۸۳)، ساسمن و دنت (۱۹۹۶) دان (۲۰۰۴) هم‌سو بود. آموزش مهارت‌های اجتماعی همچون ابراز وجود باعث می‌شود که فرد بتواند با ابراز نظرات مخالف، رد کردن خواهش یا دستور همسالان، بیان نظرها و احساس‌های مخالف خود و بدین وسیله با پرهیز از پیروی بی‌چون و چرا، از بسیاری از خطرها (از جمله مصرف سیگار) در امان بماند (دلاور و رشید، ۱۳۸۳). در پژوهش ساسمن و دنت (۱۹۹۶) نیز مشخص شد که آموزش مهارت‌های اجتماعی در تسهیل پیشگیری از اعتیاد بزرگسالان و آموزش مهارت حل مسئله در پیشگیری از مصرف سیگار مؤثر است. فرد یاد می‌گیرد پاسخ‌ها و راه‌حل‌های خود برای حل مسئله‌های مختلف را ارزیابی کند و در صورت مناسب نبودن پاسخ آن را تغییر دهد یا آن پاسخ را بهترین نداند و با افزایش تعداد راه‌حل‌ها در یک موقعیت مشکل‌زای فرضی، احتمال انجام دادن یک پاسخ نادرست مثل سیگار کشیدن کاهش می‌یابد (دلاور و رشید، ۱۳۸۳). به نظر دان (۲۰۰۴) خوش بینی می‌تواند تا حدی آموخته شود. به طور کلی برنامه آموزشی در نمره کلی هوش هیجانی و چهار مؤلفه آن (عامل روابط درون فردی، سازگاری با تغییر، خلق عمومی) تأثیر داشته است؛ یعنی نمره کلی هوش هیجانی و چهار مؤلفه آن در اثر آموزش افزایش یافته است و ارتقاء نمره کلی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در بهزیستی افراد معتاد و در نتیجه نگهداری ترک کمک‌کننده است، اما درباره مؤلفه مدیریت استرس افراد معتاد تأثیرگذار نبوده است. با توجه به اهمیت منابع مقابله (فردی، اجتماعی و اقتصادی) در مبحث مدیریت استرس طبیعی است که این برنامه آموزشی به تنهایی کمک‌کننده نباشد. خصوصاً این که آزمودنی‌ها بر ضعف در این حوزه تأکید داشتند و بیان می‌کردند که برنامه به خوبی بر آنها تأثیر داشته (خصوصاً در زندگی

خانوادگی)، اما زمانی که از کلاس آموزشی خارج و وارد جامعه می‌شدند و جامعه هیچ گونه حمایتی از آنها به خصوص از نظر مالی و شغلی نمی‌کرد و هنوز هم به دید یک معتاد به آنها می‌نگریست و پذیرای آنها نبود. در واقع برنامه آموزشی تا حدودی توانسته است که منابع درون فردی آنها را ارتقاء دهد، لیکن در بخش حمایت‌های اجتماعی این برنامه قدرت و اختیاری ندارد و بدیهی است نتایج نیز از نظر آماری معنی دار نباشد. نکته اساسی اینکه داشتن منابع قوی و حمایت اجتماعی بسیار مهم می‌باشد و جامعه سالم به حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی وسیع ارگانها و سازمانهای آن جامعه نیاز دارد و همچنین یک تئوری به تنهایی نمی‌تواند در خصوص اعتیاد کمک کننده باشد، یعنی باید یک رویکرد کلی نگر به شکل زیستی- روانی- اجتماعی به کار گرفته شود. اگر چه می‌توان از آموزش‌ها خصوصاً آموزش هوش هیجانی برای مسئله اعتیاد و بهزیستی یک فرد معتاد استفاده کرد، لیکن نقش جنبه‌های اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی اعتیاد را نباید فراموش کرد و یک رویکرد همه جانبه در این مورد لازم است.

**پیشنهادها و محدودیت‌های پژوهش:** حمایت سازمانها برای بازتوانی فرد معتاد و ایجاد زمینه مناسب برای برگشت او به جامعه و زندگی سالم، تغییر فضای فرهنگی جامعه برای پذیرش یک فرد معتاد، هشدار به افراد در خصوص ضعف بودن برخی از مؤلفه‌های هوش هیجانی به عنوان زنگ خطر برای اعتیاد (از بعد پیشگیری)، بکاربردن یک رویکرد کلی نگر زیستی- روانی- اجتماعی برای تبیین اعتیاد پیشنهاد می‌شود. مشکلاتی در خصوص ارتباط اولیه با افراد معتاد، مشکلاتی در خصوص برگزاری کلاسهای آموزشی، محدودیت زمان برای اجرا و پیگیریهای بعدی، فقدان همکاری سازمانها و مراکز ترک اعتیاد، داشتن مشکلاتی درباره افراد مورد پژوهش به لحاظ محدود کردن نمونه و گردهم آوردن گروه آزمایش وجود داشت.

## منابع

- اسمیت، ادوارد و همکاران، (۱۳۸۶). *زمینه روان‌شناسی هیلگارد و اتکینسون*، ترجمه سعیدپور نقاش تهرانی، و همکاران، رشت، گپ.
- اشرافی، علی، (۱۳۸۳). *بستر فکری و عوامل ذهنی اعتیاد بررسی در مرکز بازپروری قرچک، فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ستاد مبارزه با مواد مخدر، زمستان.
- آقا بخشی، حبیب، (۱۳۷۹). *اعتیاد و آسیب شناسی خانواده (مصون سازی کودکان در برابر اعتیاد)*، تهران، دانش آفرین.
- اکبر زاده، نسرین، (۱۳۸۳). *هوش هیجانی (دیدگاه سالوی و دیگران)*، تهران، فارابی.
- برماس، حامد، (۱۳۸۳). *مقایسه میزان عزت نفس سبک‌های اسنادی در دو گروه از نوجوانان معتاد و غیر معتاد، فصلنامه مطالعات روانشناختی دانشگاه الزهرا (س)*، دوره ۱، زمستان.
- برندک، معصومه، (۱۳۸۳). *بررسی سودمند یک برنامه آموزش مهارت‌های عاطفی و اجتماعی در افزایش هوش عاطفی آموزگاران دبیرستانی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه الزهرا (س).
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین، (۱۳۷۹). *خلاصه روان پزشکی (ج اول)*، ترجمه نصرت الله پورافکاری، تهران، شهر آب.
- دلاور، علی و خسرو رشید، (۱۳۸۳). *آموزش مهارت‌های مهارت‌های ابراز وجود و حل مسئله در پیشگیری و کاهش مصرف سیگار دانش‌آموزان شهر تهران، فصلنامه مطالعات روانشناختی دانشگاه الزهرا (س)*، دوره ۱، زمستان.
- داجن، چارلزایی و شی، مایکل دبلیو، (۱۳۸۳). *روان شناختی اعتیاد (سنجش و درمان)*، ترجمه بایرامعلی رنجگر، تهران، روان.
- ستوده، هدایت الله، (۱۳۸۱). *آسیب شناسی اجتماعی*، تهران، آوای نور.
- سموعی، راحله؛ امرالله ابراهیمی، سید غفور موسوی، اکبر حسن زاده، سعید رفیعی، (۱۳۷۹). *الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف، فصلنامه اندیشه و رفتار*، شماره ۲ و ۳، پاییز و زمستان.



قمرانی، امیر و حمیدرضا جعفری، (۱۳۸۲). درآمدی بر هوش هیجانی و نابینایی، نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۳۱، تیرماه.  
گلمن، دانیال، (۱۳۸۲). هوش هیجانی، ترجمه نسرين پارسا، تهران، رشد.  
نعمتی، فرشاد، (۱۳۸۱). اعتیاد: راهبردهایی برای پیشگیری و درمان، مقالات اولین همایش آسیب‌های اجتماعی در ایران (ج دوم)، خرداد، تهران، آگاه.

- Benjamin, L & Wulfert, E, (2003).** Dispositional correlates of addictive behaviors in college women : Binge eating and heavy drinking, *Edting Behaviors*, Article in press.
- Castellani, B, Wedgeworth, R, Wootton, E & Ruge , L, (1998).** A bi-directional theory of addiction: Examining coping and the factors related to substance relapse, *Addictive behaviors*, 22, 137-144.
- Clark, L; Robbins, T. W; Ersche, K. D & Sahakian, B. J, (2006).** Reflection Impulsivity in Current and Former Substance Users, *Biological psychiatry*, Article in press.
- Dunn, S, (2004).** Emotional intelligence & Addiction; 10 Key points by Sussan Dunn, The EQ coach, *Journal of substance abuse treatment*, vol: 15, p.p. 129-136.
- Lamon, B.C & Alonzo, A, (1997).** Stress among males recovering from substance abuse, *Addictive behaviors*, Vol 22, p.p 195-205.
- La Salvia, T. A, (1993).** Enhancing addiction treatment through psychoeducational groups, *Journal of substance abuse treatment*, Vol: 10, p.p. 439-444.
- Naisberg, Y, (2002).** Long-term biophysical synchronization for prevention of addiction spectrum for mation in high risk children and adolescents: theory and practice, *Hypnotheses*, Vol 58, p.p 433-438.
- Nower , L & Derevensky, J. L, (2004).** The Relationship of Impulsivity, Sensation Seeking, Coping, and Substance Use in Youth Gamblers, *psychology of Addictive behavior*, Vol 18, p.p 49-55.
- Smith, M & Mcromick, R.A, (1995).** aggression and hostility in substance abusers: the relationship to abuse patterns, coping style, and relapse triggers, *Additive behaviors*, vol 20, P.P 555-562.
- Strowig, A. B, (1999).** Relapse determinants reported by men treated for alcohol addiction: The prominence of depressed mood, <Elsvier science Inc.>
- Sussman, S & Dent , C.W, (1996).** The correlates of addiction concern among adolescents at high risk for drug, *Journal Of Substance Abuse*, Vol 3, P.P 361-370, *Addictive Behavior*, Article In Press
- Thorberg, F. A & Lyvers, M, (2005).** Negative Mood Regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities, <Elsvier science Inc.>