



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

هوش هیجانی و سلامت روان در افراد عادی و بدنسازان مصرف کننده و غیرمصرف کننده مواد نیروزا

صادق رنجبر

کارشناس ارشد روانشناسی ورزش، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تهران
(sranjbar69@ut.ac.ir)

محمدعلی شیبک

کارشناس ارشد روانشناسی ورزش، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تهران
(mali.sheybak@ut.ac.ir)

مهدی شهبازی

دانشیار، گروه رفتار حرکتی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تهران
(shahbazimehdi@ut.ac.ir)

1

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه سلامت روان و هوش هیجانی بدنسازان مصرف کننده و غیرمصرف کننده مواد نیروزا با افراد غیرورزشکار بود. مطالعه حاضر از نوع علی-مقایسه ای است. جامعه آماری پژوهش را بدنسازان مرد و افراد غیرورزشکار شهر کرمانشاه تشکیل دادند. تعداد 120 بدنساز و غیرورزشکار شامل؛ 40 بدنساز مصرف کننده مواد نیروزا و 40 بدنساز غیرمصرف کننده مواد نیروزا به روش نمونه گیری خوشه ای و 40 نفر غیرورزشکار به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه های آماری انتخاب شدند. ابزارهای استفاده شده در تحقیق پرسش نامه اطلاعات دموگرافی و پرسش نامه سلامت روان گلدبرگ و پرسشنامه هوش هیجانی شاته بود. پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون آماری کلموگروف-اسمیرنوف، برای تحلیل داده ها از روش آماری تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد. نتایج تحلیل داده ها نشان داد بین گروه غیرورزشکار و بدنسازان غیرمصرف کننده مواد نیروزا ($P=0/005$)، گروه غیرورزشکار و بدنسازان مصرف کننده مواد نیروزا ($P=0/001$) و دو گروه بدنسازان مصرف کننده و غیرمصرف کننده مواد نیروزا ($P=0/000001$) از لحاظ سلامت روان تفاوت معناداری وجود داشت در حالی که تفاوت هوش هیجانی در سه گروه معنادار نبود. از یافته ها می توان نتیجه گرفت که تمرینات منظم و طولانی مقاومتی احتمالاً بر سلامت روان افراد تأثیر مثبت گذاشته و استفاده از مواد نیروزا هرچند که مجاز باشد؛ ممکن است تأثیر منفی بر سلامت روان داشته باشد.

واژگان کلیدی:

بدنسازان، سلامت روان، مواد نیروزا، ورزش مقاومتی، هوش هیجانی



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

مقدمه

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ سلامتی نه تنها به معنای نبود بیماری، ضعف و ناتوانی^۲ است بلکه حالت کامل بهزیستی^۳ اجتماعی، فیزیکی و ذهنی است. سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را یک حالت بهزیستی تعریف می کند که در آن شخص متوجه توانمندی های خود است و می تواند با استرس های طبیعی زندگی مقابله کند. در این حالت فرد می تواند به صورت مولد^۴ و ثمربخش^۵ کار کند و همچنین توانایی کمک کردن به جامعه خود را دارد. در دهه های اخیر موضوع سلامت روان به دو دلیل مورد توجه ویژه قرار گرفته است یکی اینکه سلامت روان به طور قابل توجهی به عنوان اساس و رکن سلامت جسمانی و کیفیت زندگی در نظر گرفته شده و دیگری اعتراف گسترده ای است که نسبت به افزایش بیماری های روانی در سطح جهان وجود دارد (World Health Organization [WHO], (2005).

از جمله اختلالات روانی مهم می توان افسردگی و اضطراب را نام برد. افسردگی رایج ترین اختلال روانی است به گونه ای که تقریباً 330 میلیون نفر در جهان از آن رنج می برند و سالانه 800 هزار خودکشی ناشی از افسردگی اتفاق می افتد (Koenig et al, 2012). گزارش های معتبر نشان می دهد که تا سال 2020 افسردگی دومین علت ابتلا به بیماری در سراسر جهان خواهد شد (WHO, 2005). اضطراب نیز اختلال روانی است که به طور قابل توجهی عملکرد افراد را کاهش می دهد و تحقیقات شیوع بالای آن را در بین جوانان ایرانی (حدود 21 درصد) گزارش داده اند (Noorbala et al, 2004).

اضطراب و افسردگی به عنوان دو اختلال مهم که سلامت روانی فرد را به مخاطره می اندازد، شناخته شده اند (Somers et al, 2006). همانطور که اشاره شد نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که آمار اختلال های روانی روز به روز در حال افزایش است، بنابراین شناسایی عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی و عوامل مؤثر در پیشگیری و بهبود آن دارای اهمیت بسزایی است.

ورزش و فعالیت های بدنی به عنوان ابزاری کم هزینه و در دسترس از عواملی است که اخیراً بر نقش آن در پیشگیری از اختلال های روانی، درمان این اختلال ها و همچنین ارتقاء سلامت روانی و جسمانی تأکید فراوان شده است (الهی و همکاران، 1391). نتایج بسیاری از مطالعات مقطعی نشان داده است که فعالیت بدنی منظم با علائم اضطراب یا افسردگی ارتباط منفی دارد (Ten Have et al, 2011). گزارش ها حاکی از این است که فعالیت بدنی می تواند علائم افسردگی را در افراد مبتلا به افسردگی شدید^۶، در بزرگسالان سالم، در بیماران مبتلا به دیابت و همچنین در بیمارانی که از دام سرطان رها شده اند کاهش دهد (kim et al, 2012). همچنین مطالعات بسیاری نشان داده است که تقریباً سطوح مختلف از فعالیت بدنی (فعالیت شدید و فعالیت آهسته) می تواند از افسردگی جلوگیری نماید (Mammen & Faulkner, 2013) اما این که افراد دقیقاً با چه میزان و شدتی به فعالیت های بدنی^۷ بپردازند تا سلامت روان آن ها بهبود یابد و حفظ شود هنوز ناشناخته است (kim et al, 2012).

علاوه بر این تحقیقات مختلف نشان داده اند که ورزشکاران نسبت به غیر ورزشکاران از سلامت روان بالاتری برخوردارند (الهی و همکاران، 1391; Bostani & Saiari, 2011). همچنین مطالعات نشان داده است که بین سلامت روان و آمادگی جسمانی رابطه معناداری وجود دارد (الهی و همکاران، 1391). مطالعه موسوی گیلانی و کیان پور (2002) بر روی دانشجویان نشان داد که دانشجویان ورزشکار نسبت به همتایان غیر ورزشکار خود از سلامت روان بالاتری برخوردارند (موسوی گیلانی و کیان پور، 1381). همچنین مطالعه حسینی و همکاران نشان داد که دانشجویان ورزشکار در ابعاد افسردگی و افکار پارانویید نسبت به غیر ورزشکاران به طور معناداری نمره پایین تری کسب کردند (حسینی و همکاران، 1385).

در پژوهش دیگری گزارش ها حاکی از این بود که ورزشکاران نخبه نسبت به افراد عادی نه تنها داری ضربان قلب و سطوح

1- World Health Organization (WHO)

2- Infirmary

3- Well-being

4- Productively

5- Fruitfully

6- Major

7- Dose of physical activity



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

کورتیزول پایین تر هستند بلکه این افراد اضطراب صفتی پایین تری را در پاسخ به استرس‌های روانی-اجتماعی دارا می‌باشند (Rimmele et al, 2009).

یکی از ویژگی‌های بسیار مهم که با سلامت روان مرتبط است و پژوهش‌های متعدد نیز از آن حمایت می‌کند هوش هیجانی است (Martins et al, 2010; Schutte et al, 2007). هریک از الگوهای نظری در مفهوم هوش هیجانی از دو دیدگاه طرح می‌شود: دیدگاه ترکیبی^۱ و دیدگاه توانایی^۲. دیدگاه ترکیبی، هوش هیجانی را ترکیبی از توانایی‌های ذهنی^۳ (مانند خودآگاهی هیجانی^۴، حل مسئله^۵، همدلی^۶ و کنترل تکانه^۷) و ویژگی‌های شخصیتی^۸ (مثل خلق و خو^۹، اصالت^{۱۰} و صمیمیت^{۱۱}) می‌داند. در مقابل دیدگاه توانایی، هوش هیجانی را به طور کامل، برآمده از توانایی‌های ذهنی می‌داند و به صورت توانایی استفاده از اطلاعات کدگذاری شده در هیجانات، به منظور هدایت شناخت و برانگیختن رفتار تعریف می‌کند و از این رو هوش هیجانی را به عنوان هوش خالص می‌نامند (رنجبر، 1394).

در یک تعریف، هوش هیجانی عبارتست از توانایی درک^{۱۲}، فهم^{۱۳}، تنظیم و دسترسی به هیجانات و همچنین تولید آن‌ها جهت کمک کردن به تفکر و به منظور ارتقاء رشد فکری و هیجانی (Bastian et al, 2005). در واقع هوش هیجانی مبین تفاوت‌های فردی در شناسایی، پردازش و تنظیم هیجانات است (Davis & Humphrey, 2012).

در دو مطالعه متا آنالیز در سال 2007 و 2010 نشان داده شد بین هوش هیجانی و ابعاد سلامت ارتباط معنادار وجود دارد. مارتین و همکاران 2010 در پژوهش متاآنالیز خود اظهار داشتند که ارتباط بین ابعاد سلامت با هوش هیجانی، بویژه در مطالعات با رویکرد صفتی هوش هیجانی قوی‌تر است (Martins et al, 2010). در متاآنالیز شاته و همکاران نیز گزارش‌ها حاکی از این بود که هوش هیجانی ارتباط قوی‌تری با سلامت ذهنی^{۱۴} و سلامت روانی-تنی^{۱۵} دارد (Schutte et al, 2007).

همچنین مطالعات بسیاری بر اهمیت هوش هیجانی در زندگی شخصی و حرفه‌ای افراد تأکید کرده‌اند از جمله نشان داده شده است که هوش هیجانی با تعدادی از مهارت‌های زندگی (همچون پیشرفت تحصیلی، رضایت از زندگی، حل مسئله و توانایی مقابله^{۱۶}) مرتبط است (Bastian et al, 2005) و در مردان هوش هیجانی با رفتارهای انحرافی، مصرف الکل، داروهای غیرمجاز و ارتباط ضعیف با دوستان (Brackett et al, 2004) اضطراب، افسردگی (Resurrección et al, 2014) و پرخاشگری (García-Sancho et al, 2014) ارتباط منفی دارد.

با اینکه پژوهش‌های بسیاری در زمینه ارتباط ورزشکار بودن، توانایی‌های هوازی و جسمانی با سلامت روان و ویژگی‌هایی چون هوش هیجانی صورت گرفته، و عنوان شده است که ورزشکاران به لحاظ هوش هیجانی و سلامت روان در وضعیت مطلوب تری قرار دارند

¹ Mixed model

² Ability model

³ Mental abilities

⁴ emotional self-awareness

⁵ problem-solving

⁶ empathy

⁷ Impulse control

⁸ Self-reported personality characteristics

⁹ mood

¹⁰ genuineness

¹¹ warmth

¹² perceive

¹³ understanding

¹⁴ Mental health

¹⁵ Psychosomatic health

¹⁶ Coping ability



دومین همایش بین‌المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

(رنجبر، 1394؛ الهی و همکاران، 1391) ولی کمتر پژوهشی به بررسی متغیرهای مذکور در ورزش‌های قدرتی و بی‌هوازی پرداخته است. از طرفی پژوهش‌های متعددی (Aliabadi & Hesami, 2014؛ Nilsson et al 2001؛ Pallesen et al, 2006) خبر از شیوع مصرف مواد نیروزا در بین نوجوانان و جوانان و ورزشکاران رقابتی را می‌دهند. به طور کلی مصرف‌کنندگان مواد نیروزا برای کسب بدنی بهتر، قدرتمند کردن خود^۱ و افزایش بهزیستی^۲ به دنبال داروهایی می‌روند که ادعای کاهش وزن، شاد کردن خلق و خو^۳، اصلاح رفتار اجتماعی و جنسی، تغییر رنگ پوست، افزایش عملکرد شناختی و ساخت عضله را دارند (Evans-Brown et al, 2012).

بسیاری از فروشندگان این داروها، با استراتژی‌های بازاریابی و دلایل ظاهراً قانع‌کننده به مصرف هرچه بیش‌تر این مواد دامن می‌زنند. حتی بسیاری از موادی که تحت عنوان رژیم غذایی^۴، غذا^۵، گیاهی^۶ و مکمل^۷ به فروش می‌رسند حاوی انواعی از استروئیدهای آنابولیک‌اند (Evans-Brown et al, 2014؛ Evans-Brown et al, 2012). استروئیدهای آنابولیک مواد مصنوعی هورمون ماندنی هستند که در دهه 1930 میلادی برای درمان کم کاری غده‌های جنسی مردان ساخته شدند. این داروها در ساختن بافت عضلانی (اثر آنابولیک) و ایجاد ویژگی‌های مردانه (اثر آندروژنیک) نقش بسزایی دارند (جلیلیان و همکاران، 1391). پژوهش‌های بسیاری علاوه بر عوارض بد جسمانی این مواد (Pallesen et al, 2006; Peters & Phelps, 2001; Karila, 2003) گزارش‌هایی را پیرامون اختلالات رفتاری و بروز رفتارهای خشن ناشی از مصرف این مواد ارائه داده‌اند که شایان توجه است (Christiansen, 2001; Kristiansen et al, 2005; Miller et al, 2002; Mulcahey et al, 2010; Nilsson et al, 2001).

4

گزارش‌هایی از کمیته بین‌المللی المپیک نشان می‌دهد که استروئیدها فراوان‌ترین ماده تشخیص داده‌شده از کل نمونه‌های مثبت دوپینگ هستند (جلیلیان و همکاران، 1391). بسیاری از اختلالات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی با مصرف طولانی استروئیدهای آنابولیک ثابت شده است، به طوری که مصرف حاد استروئیدهای آنابولیک با اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی و جنون همراه است (Rylkova et al, 2006).

با توجه به نتایج متناقض ذکرشده در بالا و مزایای روان‌شناختی ورزش (Ferdowsi et al, 2010; Mostafai, 2012; wood et al, 2004) و اثرات سوء مواد نیروزا به ویژه استروئیدها در نمونه‌های انسانی و حیوانی (Martínez et al, 1992; karila et al, 2004; Nilsson et al 2001) همچنین با توجه به اهمیت متغیرهایی همچون هوش هیجانی در ارتباط با سلامت روان و با عنایت به پژوهش‌های بسیار کمی که در این مورد بر روی مصرف‌کنندگان مواد نیروزا انجام گرفته است، سؤال پژوهش این است که آیا بین ورزشکاران مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده مواد نیروزا و افراد غیر ورزشکار از لحاظ هوش هیجانی و سلامت روان تفاوتی وجود دارد یا خیر؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

مطالعه حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای است. و از نظر هدف یک پژوهش کاربردی به شمار می‌رود. اطلاعات به صورت میدانی و با استفاده از پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. جامعه آماری این تحقیق را بدن‌سازان مرد و افراد غیر ورزشکار شهر کرمانشاه تشکیل دادند. که به روش تصادفی خوشه‌ای به سه ناحیه در شهر، مراجعه و از هر ناحیه سه باشگاه به صورت تصادفی انتخاب گردید

¹-Empower themselves

²-Well-being

³-Brighten their mood

⁴-Dietary

⁵-Food

⁶-Herbal

⁷-Supplements



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

نواحی شامل مرکز، شمال و جنوب بود). نحوه جمع آوری داده ها بدین صورت بود که از هر باشگاه 10 نفر به صورت داوطلبانه و با رضایت کامل، پرسش نامه های مربوط را با راهنمایی های پژوهشگر تکمیل کردند. از این 10 نفر، 5 نفر بدن سازهایی بودند که مواد نیروزا را- اعم از مواد مجازی چون پروتئین، کربوپروتئین و کراتین و یا مواد غیرمجازی همانند استروئیدهای آنابولیک (تستوسترون، سوستانون 250، ناندرون، آنادرول 50، وینسترول انسانی)- مصرف می کردند. و 5 نفر هم بدن سازهایی بودند که هیچ نوع ماده ی نیروزایی مصرف نمی کردند. مجموع این افراد پس از حذف پرسشنامه های مخدوش به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول شامل 40 نفر از بدن سازان مصرف کننده مواد نیروزا و گروه دوم شامل 40 نفر از بدن سازان غیر مصرف کننده مواد نیروزا بود. شایان ذکر است که همه بدن سازان مصرف کننده مواد نیروزا طی دو سال اخیر از سابقه ورزشی خود، حداقل یک دوره سابقه استفاده از مواد هورمونی و غیرمجاز را داشتند. در کنار این گروه ها از یک گروه 40 نفره از افراد غیر ورزشکار نیز برای مقایسه استفاده شد. اطلاعات از این گروه به شیوه نمونه گیری در دسترس از طریق مراجعه به پارک ها و مراکز تفریحی و همچنین مراکز دانشگاهی جمع آوری گردید.

ابزار

پرسش نامه GHQ28: در این پژوهش به منظور سنجش سلامت روان از پرسش نامه GHQ28 استفاده شد. پرسش نامه GHQ به اعتراف بسیاری از پژوهشگران مانند هندرسون (1990) شناخته شده ترین ابزار غربالگری تاکنون در دنیای روان پزشکی، علوم رفتاری و روان شناسی است که تأثیر شگرف بر پیشرفت پژوهش ها داشته است. این پرسش نامه به صورت مقیاس های 12، 28، 30 و 60 سؤالی است. که مقیاس 28 سؤالی از جمله مقیاس های پرکاربرد در ایران و جهان است. که در این پژوهش از مقیاس سلامت روان 28 سؤالی استفاده شده است. این پرسش نامه مشتمل بر 28 سؤال و 4 خرده مقیاس نشانه های جسمانی¹، اضطراب²، اختلال در عملکرد اجتماعی³ و افسردگی⁴ است. هر یک از این خرده مقیاس ها دربرگیرنده 7 سؤال است که نمره گذاری به شیوه لیکرت ساده (0 تا 3) انجام گردید. نتایج پژوهش ملکوتی و همکاران برای نسخه ایرانی مقیاس سلامت روانی حاکی از ضریب پایایی آلفای کرونباخ 0/94، تصنیف 0/87 و آزمون - باز آزمون 0/60 بود (Fathi-Ashtiani, 2012).

پرسش نامه دموگرافی: در این پژوهش به منظور یافتن اطلاعات کلی در مورد سن، سابقه ورزشی، نوع مکمل مصرفی، سابقه بیماری و سابقه مصرف مکمل ها و داروهای ورزشی از پرسش نامه دموگرافی استفاده شد.

پرسش نامه هوش هیجان

در این پژوهش به منظور سنجش هوش هیجانی از آزمون خودگزارش دهی هوش هیجانی⁵ (SREIT) استفاده شد این آزمون در سال 1998 توسط شوت⁶، مالوف، هال، هاگرتی، کوپر و گلدن براساس نظریه هوش هیجانی سالوی و مایر (1990) ساخته شد. آزمون در ابتدا دارای 62 سؤال بود که توانایی نظارت و تمایز هیجانات و استفاده از هیجانات برای هدایت تفکر و عمل را براساس طیف پنج گزینه ای لیکرت می سنجید. در تحلیل عاملی تعداد سؤال های آزمون از 62 سؤال به 33 سؤال با سه خرده مقیاس ارزیابی و بیان هیجان⁷، تنظیم هیجان¹ و به کارگیری هیجان² کاهش یافت. پایایی این آزمون در تحقیقات انجام گرفته بالای

¹- Somatic symptom

²-anxiety

³-Social withdrawal

⁴-Depression

⁵ Self-Report EI Test

⁶ Schutte et al

⁷ Appraisal and expression of emotion



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

0/90 بوده است. این آزمون توسط خسرو جاوید در سال 1381 به فارسی ترجمه شد. اعتبار آزمون در تمام خرده مقیاس‌ها بالای 0/70 و سازگاری درونی فرم فارسی بالای 0/75 گزارش شد (همایون‌نیا و همکاران، 1393).

یافته‌ها

در این پژوهش از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد و از آمار استنباطی تحلیل واریانس یکراهه جهت مقایسه متغیرهای وابسته بین گروه‌ها استفاده گردید (قابل ذکر است که مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برقرار نبود). برای تعیین محل تفاوت سلامت روان و هوش هیجانی در بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. شایان ذکر است تمامی آزمون‌های آماری در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 21 و در سطح معناداری برابر با 0/05 انجام شده است. در تحلیل داده‌ها آزمون k-s نشان‌دهنده طبیعی (نرمال) بودن توزیع داده‌ها بود ($P > 0/05$). جدول 1 میانگین سن، مدت زمان تمرین در هفته و سابقه ورزشی را نشان می‌دهد.

داده‌های جمع‌آوری شده نشان داد که 60 درصد از بدن‌سازان مصرف‌کننده مواد نیروزا گزارش دادند که فقط از مواد نیروزای مجاز استفاده می‌کردند این در حالی بود که همه این افراد سابقه استفاده از مواد نیروزای غیرمجاز را طی دو سال اخیر از فعالیت ورزشی خود داشتند. این نکته نیز قابل ذکر است که همه بدن‌سازان دست کم هفته‌ای 3 جلسه به تمرین می‌پرداختند.

6

جدول 1- داده‌های توصیفی آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها	سن	سابقه ورزشی (سال)	مدت زمان تمرین در هفته
افراد غیر ورزشکار 40 نفر	23/5750 2/81832	-	-
بدن‌سازان غیر مصرف‌کننده مواد نیروزا 40 نفر	26/35 7/06944	8/00 8/5545	8/6500 7/46805
بدن‌سازان مصرف‌کننده مواد نیروزا 40 نفر	24/100 3/84174	4/7500 2/93301	10/6000 4/68385

جدول 2 مربوط به داده‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرها و همچنین نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف متغیرهای وابسته در سه گروه افراد عادی، بدن‌سازان غیر مصرف‌کننده مواد نیروزا و بدن‌سازان مصرف‌کننده مواد نیروزا

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	k-s	
				مقدار	سطح معناداری
	افراد عادی	0/6997	0/36191	0/127	0/105

¹ Regulation of emotion

² Utilisation of emotion



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

0/093	0/129	0/23647	0/4705	بدن سازان غیر مصرف کننده	سلامت روان
0/200	0/115	0/33659	0/9570	بدن سازان مصرف کننده	
0/2000	0/087	0/40501	3/5815	افراد عادی	هوش هیجانی
0/200	0/106	0/18251	3/6431	بدن سازان غیر مصرف کننده	
0/200	0/099	0/38117	3/5804	بدن سازان مصرف کننده	

همچنین جدول 3 نشان دهنده وجود تفاوت سلامت روان در بین سه گروه است

جدول 3- نتایج مربوط به مقایسه سلامت روان

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مربع مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	4/738	2	2/369	23/676	0/000001
درون گروهی	11/707	117	0/100		
کل	16/446	119			

همچنین جدول 4 نشان دهنده عدم تفاوت هوش هیجانی در بین سه گروه است

جدول 4- نتایج مربوط به مقایسه هوش هیجانی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مربع مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	0/103	2	0/052	0/452	0/637
درون گروهی	13/363	117	0/114		
کل	13/466	119			

همانطور که در جدول 3 اشاره شد سلامت روان در سه گروه به طور معناداری متفاوت بود که برای تعیین محل تفاوت میانگین نمرات از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول 5- نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت تعیین تفاوت میانگین نمرات سلامت روان بین دو گروه

متغیرها	گروه 1- گروه 2	خطای استاندارد میانگین	اختلاف میانگین ها	سطح معناداری
سلامت روان	غیر ورزشکار - غیر مصرف کننده	0/07073	-0/22914	0/004
	غیر ورزشکار - مصرف کننده	0/07073	-0/25732	0/001
	مصرف کننده - غیر مصرف کننده	0/07073	0/48646	0/000001

دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

نتایج آزمون تعقیبی توکی (جدول 5) نشان داد بین سلامت روان افراد گروه عادی و بدن سازان غیر مصرف کننده مواد نیروزا تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/004$). بین سلامت روان افراد گروه عادی و بدن سازان مصرف کننده مواد نیروزا تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/001$) و همچنین تفاوت سلامت روان دو گروه بدن سازان مصرف کننده و غیر مصرف کننده مواد نیروزا معنادار است ($P=0/000001$).

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی وضعیت سلامت روان و هوش هیجانی در ورزشکاران مصرف کننده و غیر مصرف کننده مواد نیروزا و افراد غیر ورزشکار بود. بدین منظور بین سه گروه بدن سازان مصرف کننده مواد نیروزا و بدن سازان غیر مصرف کننده مواد نیروزا و افراد غیر ورزشکار پرسش نامه های دموگرافی، هوش هیجانی و GHQ28 توزیع شد.

نتایج نشان داد که افراد ورزشکار غیر مصرف کننده مواد نیروزا نسبت به افراد غیر ورزشکار و سالم (بدون سابقه بیماری) از لحاظ سلامت روانی در وضعیت مناسب تری قرار داشتند که این یافته با پژوهش واعظ موسوی 2001، رایملی و همکاران، 2009 و همچنین مطالعه مورگان (1985) و واعظ موسوی (1998) مبنی بر برتری سلامت روان ورزشکاران نسبت به غیر ورزشکاران همسو است (Vaez Mousavi, 2013).

در تبیین کسب نمرات مطلوب تر سلامت روان در افراد بدن ساز غیر مصرف کننده نسبت به افراد عادی می توان به تغییرات مثبت فیزیولوژیکی اشاره کرد که نتیجه پرداختن به فعالیت بدنی است. از جمله این تغییرات مثبت که نتیجه فعالیت بدنی و ورزش کردن است، می توان به افزایش جریان خون به مغز، کاهش سطح کورتیزول (هورمون مرتبط با استرس) و تغییر در غلظت مولکول های فعال بیولوژیکی از جمله پپتیدهای اپیویدی، سیتوکین، آدرنوکورتیکوتروپیک هورمون و کاتکولامین ها اشاره کرد که مطالعات متعدد نشان داده که هر کدام از این تغییرات فیزیولوژیکی که در بدن فرد از طریق ورزش و فعالیت ایجاد می شود به طور کلی باعث بهبود سلامت روان می شود (Noorbakhsh & Alijani, 2014).

نکته قابل توجه از این نتایج این است که افراد مصرف کننده مواد نیروزا از لحاظ سلامت روانی به طور معناداری حتی پایین تر از افراد غیر ورزشکار قرار گرفتند (نمودار 1).

که در تبیین آن می توان به چند مورد اشاره کرد یکی اینکه افرادی که مواد نیروزا و دارو مصرف می کنند از مهارت های اجتماعی ضعیفی برخوردار هستند (جلیلیان و همکاران، 1391). یافته ها نشان داده که افراد مصرف کننده داروهای هورمونی همواره سطح اضطرابشان زیاد است (Koenig et al, 2012) و وجود علائم افسردگی نیز در این افراد گزارش شده است (Garak Yaragh, 2006).

مطالعات بر روی این افراد نشان داده که این افراد غالباً دارای اختلال در شخصیت می باشند (جلیلیان و همکاران، 2012؛ نیرمانی، احدی، بلبلی و قدیمی، 2013) -البته این که مصرف مواد نیروزا یا دارو باعث اختلال شخصیت در آنها شده یا اینکه آنها چون از قبل دارای اختلال شخصیت بوده اند و به خاطر همین به مصرف دارو می پردازند قابل بحث است- بنابراین کسب نمرات بالاتر (نامطلوب) در سلامت روان در این گروه قابل تبیین است.

همچنین مورد دیگر که می توان به آن اشاره کرد تأثیر مستقیم مواد نیروزا به ویژه استروئیدها بر هورمون های بدن است که مطالعات بر روی نمونه های انسانی و حیوانی نشان داده مصرف این مواد به طور کلی بر سلامت جسمانی و روان شناختی آثار سوء دارد (Wood et al, 2004 ; al, 2001 ; Karila et al, 2004 ; Karila, 2003 ; Martínez et al, 1992 ; Mulcahey et al, 2010 ; Pallesen et al, 2006 ; nilsson et ; Wood et al, 2004 ; al, 2001).

نتیجه دیگر پژوهش حاضر حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار هوش هیجانی بین سه گروه مصرف کننده و غیر مصرف کننده مواد نیروزا و افراد غیر ورزشکار بود. این یافته با نتایج پژوهش های سهرابی و همکاران (2011)، ساسانی مقدم و بحر العلوم (1388)

دومین همایش بین‌المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

همسو و با پژوهش‌های کان و دمتروویکس^۱ (2010)، مهری و همکاران (1390)، تابش (1385)، ناهمسو بود. از علل ناهمسویی یافته‌ی پژوهش حاضر با پژوهش‌های اشاره شده می‌توان به جامعه پژوهش اشاره کرد. مطالعات عمدتاً بر بالاتر بودن هوش هیجانی ورزشکاران نسبت به غیر ورزشکاران اشاره دارند؛ با این حال در این تحقیق این یافته تکرار نشد. ورزشکاران پژوهش حاضر را بدنسازان تشکیل می‌دادند؛ تحقیقات مختلف در زمینه ویژگی‌های روانشناختی بدنسازان مؤید وجود اختلالات شخصیت و عدم سلامت این دسته از ورزشکاران بوده است. مطالعه نربمانی و همکاران (1392) بر روی بدنسازان شهر کرمانشاه (مشابه جامعه تحقیق حاضر) نشان داد که بدنسازان در اختلالات شخصیت نمایشی، خودشیفته، پرخاشگر و افکار پارانویید نمرات بالایی را کسب کردند؛ با توجه به اینکه سلامت روان از پیش‌بین‌های مهم هوش هیجانی می‌باشد، پس احتمالاً هوش هیجانی بدنسازان نسبت به دیگر ورزشکاران پایین‌تر است، از این رو هوش هیجانی بین بدنسازان و غیرورزشکاران تفاوت نداشته است.

در راستای تبیین نتایج تحقیق حاضر به علل دیگری از جمله گروه غیرورزشکار می‌توان اشاره کرد. در تحقیق حاضر پس از تحلیل داده‌ها، ویژگی‌های دموگرافیک گروه غیرورزشکار بررسی شد، و معلوم شد که عمده افراد این گروه از سطح تحصیلات بالاتر و همچنین میانگین سن بالاتری نسبت به دو گروه بدنساز برخوردار بوده‌اند. تحقیقات مؤید ارتباط مثبت سطح تحصیلات با هوش هیجانی هستند (Sergio et al, 2011). با توجه به اینکه افراد تحصیل‌کرده‌ی مسن احتمالاً در موقعیت‌های اجتماعی بیشتری نسبت به هم‌تایان با سطح تحصیلات کمتر خود قرار گرفته‌اند، پس فرصت بیشتری جهت رشد و توسعه هوش هیجانی داشته‌اند؛ با این حال بدنسازان نسبت به غیرورزشکاران در محیط ورزشی فرصت رشد هوش هیجانی را داشته‌اند و تحقیقات هم بالاتر بودن هوش هیجانی ورزشکاران نسبت به غیرورزشکاران را نشان داده است (مهری و همکاران، 1390 ; Kun & Demetrovics, 2010).

از این رو منطقی به نظر می‌رسد که این دسته از افراد غیرورزشکار (تحصیل‌کرده‌تر) نسبت به ورزشکاران (بدنسازان) تفاوتی در هوش هیجانی نداشته‌اند. در تحقیق حاضر بین بدنسازان مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده مواد نیروزا نیز تفاوت معناداری در هوش هیجانی مشاهده نشد. در تبیین این نتیجه به حجم نمونه تحقیق بایست اشاره کرد. میانگین نمرات هوش هیجانی گروه غیرمصرف‌کننده مواد نیروزا نسبت به گروه مصرف‌کننده بالاتر بوده، ولی این تفاوت معنادار نبوده است، احتمالاً در یک حجم نمونه بزرگ‌تر بتوان این تفاوت را نشان داد.

از مجموع یافته‌ها چنین به نظر می‌آید که تمرینات منظم مقاومتی احتمالاً بر سلامت روان افراد تأثیر مثبت می‌گذارد و استفاده از مواد نیروزا -هرچند مجاز باشد- اگرچه همراه با تمرینات منظم و طولانی‌تر باشد (جدول 1) ممکن است تأثیر منفی بر سلامت روان بگذارد. اما این که این تأثیرات را بتوان به خود مواد نیروزا یا ویژگی‌های شخصیتی افراد مصرف‌کننده نسبت داد باید با احتیاط رفتار کرد. نتایج این تحقیق پیشنهاد می‌کند که بدنسازان می‌بایست در مصرف مکمل‌های ورزشی غیرمجاز و حتی مجاز جانب احتیاط را رعایت کنند؛ زیرا ممکن است سلامت روان این افراد دست‌خوش اثرات منفی این مکمل‌ها قرار بگیرد.

منابع

الهی، طاهره. فتحی آشتیانی، علی. بیگدلی، الیاس. (1391). "رابطه آمادگی جسمانی و سلامت روانی درکارکنان یک دانشگاه نظامی". مجله طب‌نظامی، 14(3)، ص: 192-199.

تابش، سعید (1385). مقایسه هوش هیجانی در بین زنان ورزشکار (با مهارت باز و بسته) و غیر ورزشکار. نشریه حرکت. شماره 29. صص 33-42

¹. Kun & Demetrovics



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

- جلیلیان، فرزاد. وردی پور، حمیداله. معینی، بابک. براتی، مجید. مقیم بیگی، عباس. حاتم زاده، ناصر. (1391). "ارتباط مصرف استروئیدهای آنابولیک در ورزشکاران بدنساز با خودکارآمدی و کنترل رفتار درک شده". مجله دانشگاه علوم پزشکی همدان، 19(1)، ص: 45-52
- حسینی، حمزه. کاظمی، شقایق. شهبازنژاد، لیلا. (1385). "بررسی رابطه ورزش با سلامت روان دانشجویان". مجله علوم پزشکی مازندران، 53 (15)، ص: 97-104.
- رنجبر، صادق (1394). مقایسه ویژگی های روانشناختی کاراته کاهای موفق و ناموفق سوپرلیگ کاراته مردان ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تهران
- ساسانی مقدم، شیوا؛ بحر العلوم، حسن (1388). مقایسه هوش هیجانی دانشجویان دختر ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه صنعتی شاهرود. پژوهش در علوم ورزشی، 23: 47-60
- موسوی گیلانی، سیدرضا. کیان پور، محسن. (1381). "مقایسه سلامت روانی دانشجویان پسر ورزشکار و غیر ورزشکار". مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، 4 (1)، ص: 39-45.
- مهری، علی؛ ملکی، بهنام؛ صدقی کوهساره، سعید (1390). بررسی رابطه سلامت روانی و هوش هیجانی در دانشجویان پسر ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه پیام نور مرکز اردبیل. سلامت و بهداشت اردبیل، 2(4): 78-68
- نریمانی، محمد. احدی، بتول. بلبلی، لطفعلی. قدیمی، احسان. (1392). "مقایسه اختلال شخصیت در ورزشکاران مصرف کننده و غیرمصرف کننده استروئیدهای آنابولیک و افراد غیرورزشکار". فصلنامه شخصیت و تفاوت های فردی. سال دوم (3)، ص: 34-51.
- همایون نیا، مرتضی. همایونی، علیرضا. شیخ، محمود. نظری، سعید. (1393). "ارتباط بین هوش هیجانی و تابآوری روانشناختی در بین کشتی گیران لیگ برتر ایران". رشد و یادگیری حرکتی، 6(1)، ص: 23-36

- Aliabadi, S., & Hesami, S. (2014). "The relation between awareness, attitude and the amount of doping substances and illegal supplements in body builders of Sanandaj, Iran". *Arabian Journal of Business and Management Review (Oman Chapter)*, 4(3), pp: 73.
- Bastian, V. A., Burns, N. R., & Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and individual differences*, 39(6), 1135-1145.
- Bostani, M., & Saiari, A. (2011). Comparison emotional intelligence and mental health between athletic and non-athletic students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 2259-2263.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual differences*, 36(6), 1387-1402.
- Christiansen, K. (2001). "Behavioural effects of androgen in men and women". *Journal of Endocrinology*, 170 (1), pp:39-48.
- Davis, S. K., & Humphrey, N. (2012). Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. *Personality and Individual Differences*, 52(2), 144-149.
- Evans-Brown, M., Kimergård, A., McVeigh, J., Chandler, M., & Brandt, S. D. (2014). "Is the breast cancer drug tamoxifen being sold as a bodybuilding dietary supplement?" *journal of BMJ*, pp:348.
- Evans-Brown, M., McVeigh, J., Perkins, C., & Bellis, M. (2012). "Human enhancement drugs: the emerging challenges to public health". *Liverpool: North West Public Health Observatory*.
- Fathi-Ashtiani, A. (2012). "Psychological tests personality and mental health" (I. Khoda-Fard Ed. 8 ed .Vol. 1). Tehran: besat. pp : 309-314(in persian).
- Ferdowsi, M., Marashian, F., & Marashian, S. (2010). "The effects of 12-Week aerobic exercises on rate of mental health in male students of Ahvaz Payam Noor University". *Human Movement*, 11 (2), pp: 167-171 .



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

- GarakYaragh, M. (2006). "Doping with anabolic steroids illusion or reality?" (M. GarakYaragh Ed. 2 ed. Vol. 1). Tehran: Ghazal. pp: 62-100. (in persian).
- García-Sancho, E., Salguero, J. M., & Fernández-Berrocal, P. (2014). Relationship between emotional intelligence and aggression: a systematic review. *Aggression and violent behavior*, 19(5), 584-591.
- Karila, T. (2003). Adverse effects of anabolic androgenic steroids on the cardiovascular, metabolic and reproductive systems of anabolic substance abusers (Doctoral dissertation, University of Helsinki).
- Karila, T., Hovatta, O., & Seppälä, T. (2004). Concomitant abuse of anabolic androgenic steroids and human chorionic gonadotrophin impairs spermatogenesis in power athletes. *International journal of sports medicine*, 25(04), 257-263.
- Kim, Y. S., Park, Y. S., Allegrante, J. P., Marks, R., Ok, H., Cho, K. O., & Garber, C. E. (2012). Relationship between physical activity and general mental health. *Preventive medicine*, 55(5), 458-463.
- Koenig, H., King, D & ,Carson, V. B. (2012). "Handbook of religion and health: Oxford university press". pp: 99-197
- Kristiansen, M., Levy-Milne, R., Barr, S., & Flint, A. (2005). "Dietary supplement use by varsity athletes at a Canadian university". *Int J Sport Nutr Exerc Metab*, 15(2), pp: 195-210.
- Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Substance use & misuse*, 45(7-8), 1131-1160.
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and individual differences*, 49(6), 554-564.
- Mammen, George, and Guy Faulkner. (2013). "Physical Activity and the Prevention of Depression". *American Journal of Preventive Medicine* 45 (5). Elsevier: 649-57. doi:10.1016/j.amepre.2013.08.001.
- Martínez, J., Aguerralde, A., Camarero, A., Garde, A., Goñi, E., López Sr, M., & Ramos, C. (1992). "Esteroides anabolizantes (II): Efecto de la toma continuada y simultánea sobre los niveles séricos del eje hipofiso gonadal". *FEMED [Internet]*, 10(35), pp: 287-296.
<http://iau-tmuj.ir/article-1-530-fa.html>.
- Miller, K. E., Barnes, G. M., Sabo, D. F., Melnick, M. J., & Farrell, M. P. (2002). "Anabolic-androgenic steroid use and other adolescent problem behaviors: Rethinking the male athlete assumption". *Sociological Perspectives*, 45(4), pp: 467-489.
- Mostafai, A. (2012). "The comparison between athlete women and non athlete women regarding to mental health and happiness". *Annals of Biological research*, 3(5), pp: 2144-2147.
- Mulcahey, M. K., Schiller, J. R., & Hulstyn, M. J. (2010). "Anabolic steroid use in adolescents: identification of those at risk and strategies for prevention". *Physician and Sportsmedicine*, 38(3), pp: 105-113.
- Nilsson, S., Baigi, A., Marklund, B., & Fridlund, B. (2001). "The prevalence of the use of androgenic anabolic steroids by adolescents in a county of Sweden". *The European Journal of Public Health*, 11(2), pp: 195-197.
- Noorbakhsh, M., & Alijani, E. (2014). "The Effect of 10-Week Aerobic Exercises on Mental Health of Middle-Aged Non- Athlete Universities Female Staff" 6655: 177-82.
- Noorbala, A., Yazdi, S. B., Yasamy, M., & Mohammad, K. (2004). "Mental health survey of the adult population in Iran". *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), pp:70-73.
- Pallesen, S., Jøsendal, O., Johnsen, B.-H., Larsen, S., & Molde, H. (2006). "Anabolic steroid use in high school students". *Substance use & misuse*, 41(13), pp: 1705-1717.
- Peters, M. A., & Phelps, L. (2001). "Body image dissatisfaction and distortion, steroid use, and sex differences in college age bodybuilders". *Psychology in the Schools*, 38(3), pp:283-289.
- Resurrección, D. M., Salguero, J. M., & Ruiz-Aranda, D. (2014). Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: A systematic review. *Journal of adolescence*, 37(4), 461-472.
- Rimmele, U., Seiler, R., Marti, B., Wirtz, P. H., Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2009). "The level of physical activity affects adrenal and cardiovascular reactivity to psychosocial stress". *Psychoneuroendocrinology*, 34(2), 190-198. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.08.023>
- Rylkova, D., Bruijnzeel, A. W., & Gold, M. S. (2006). "Anabolic Steroid Abuse: Neurobiological Substrates and Psychiatric Comorbidity". *Journal of Addictive Diseases*, 25(S1), pp:33-45
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933.



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

- Sergio, R. P., Dungca, A. L., & Ormita, L. A. G. (2015). The demographic variables and emotional intelligence as correlates of work values: A Cross-Cultural examination towards organizational change. *Journal of Economics, Business and Management*, 3(4), 167-175.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). "Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature". *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), pp: 100.
- Ten Have, M., de Graaf, R., & Monshouwer, K. (2011). "Physical exercise in adults and mental health status. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)". *Journal of Psychosomatic Research*, 71(5), 342-348. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.04.001>
- VaezMousavi, s. M., Fatollah. (2013). "sport psychology" (J. Yazdani Ed. 5 ed. Vol. 1). Tehran: Samt. pp:35-82. (in persian).
- Wood, R. I., Johnson, L. R., Chu, L., Schad, C., & Self, D. W. (2004). "Testosterone reinforcement: intravenous and intracerebroventricular self-administration in male rats and hamsters". *Psychopharmacology*, 171(3), pp:298-305.
- World Health Organization [WHO]. (2005). "Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice." Report of WHO Department of Mental and Substance Abuse, 1-288. (in persian). http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf.