

مقایسه عملکرد خانواده و هوش هیجانی در معتادان مراکز کاهش آسیب اعتیاد و افراد سالم

۱. مژگان رضازاده: کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه علوم تحقیقات تهران. معاونت پیشگیری و امور فرهنگی اداره کل بهزیستی استان البرز.

۲. زهرا غم انگیز: کارشناسی روانشناسی و کارشناس دفتر اعتیاد اداره کل بهزیستی استان البرز

۳. رقیه عابدی: کارشناسی مددکاری اجتماعی و کارشناس دفتر اعتیاد اداره کل بهزیستی استان البرز

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه عملکرد خانواده و هوش هیجانی در افراد معتاد و سالم می باشد. در این راستا ۵۰ نفر معتاد و ۵۰ نفر سالم بر اساس روش نمونه گیری در دسترس در استان البرز انتخاب گردیدند. داده ها با کمک پرسشنامه های ویژگیهای دموگرافیک، کارکرد خانواده و مقیاس هوش هیجانی گردآوری گردید. داده ها به کمک نرم افزار SPSS ۲۰ مورد تحلیل قرار گرفتند. برای تحلیل دادهها از روش تحلیل t مستقل استفاده گردید. نتایج نشان داد که افراد معتاد نسبت به افراد سالم از هوش هیجانی پایین تری برخوردارند. همچنین نتایج در مورد متغیر کارکرد خانواده نشان داد که از بین مولفه های کارکرد خانواده، بین افراد معتاد و سالم در مولفه- های عملکرد کلی، حل مشکل، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که نتایج حاکی از ناکارایی خانواده در افراد معتاد می باشد.

کلید واژه : عملکرد خانواده، هوش هیجانی، اعتیاد، مراکز کاهش آسیب

مقدمه:

اعتیاد، سوءمصرف مواد و وابستگی به مواد و داروها مانند هر اختلال دیگری هرگز نمی تواند یک علت مشخص و واحد داشته باشد؛ بلکه پدیده ای است چند عاملی و مجموعه ای از عوامل سبب آن می شوند. در حیطه ی سبب شناسی اعتیاد یکی از حوزه های مورد توجه و صاحب نفوذ رویکرد روانشناختی است (علیزاده، ۱۳۹۱). یکی از مهم ترین عوامل موثر در سوءمصرف و هم چنین پرهیز از مواد مخدر، خانواده و نحوه عملکرد آن می باشد. پژوهش ها نشان داده اند که مشکلات در عملکرد خانواده با رفتار ضداجتماعی، پرخاشگری و اعتیاد ارتباط دارد (آقا، زیان و ایرفان، ۲۰۰۸). خانواده مهمترین نهاد تربیتی جامعه و نخستین پرورشگاه فرد محسوب می شود. بیان هر سخنی درباره تربیت افراد جامعه، بدون توجه به نقش حیاتی خانواده ناقص است. عملکرد خانواده به زمینه هایی مانند: توانایی خانواده در هماهنگی با تغییرات، حل تضادها و تعارضات، همبستگی بین اعضا، موفقیت در اعمال الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای مقررات و اصول بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم خانواده بستگی دارد. از نظر عملکرد می توان خانواده ها را در دو دسته عملکردی و غیر عملکردی تقسیم کرد. خانواده عملکردی، مشکلات خود را به درجات و در زمان بندی هایی متفاوت حل می کنند. در واقع، خانواده منظمه ای باز است که اعضا به طور عاطفی به هم پیوسته اند، البته برای گسترش هویت فردی خود نیز تشویق می شوند. فضای چنین خانواده هایی مملو از عشق و پذیرش بدون قید و شرط است. در نتیجه تعارض را تحمل می کنند و با میل و رغبت، درخواست کمک یکدیگر را اجابت می کنند. خانواده ی غیر عملکردی حالت بسته دارد و اعضا از لحاظ عاطفی به حال خود رها شده و جدا از هم هستند. مرزهای بین اعضا سخت و حتی مبهم است. عشق مشروط بوده و اعضا خانواده برای گسترش هویت فردی، تشویق نمی شوند. خانواده از قبول مشکل یا درخواست کمک خودداری نموده و به نظر می رسد، مشکلات ادامه می یابند و شکل های دیگر بروز می کنند (کاندون، ۲۰۱۳). از سو ی دیگر از ویژگیهای

مهم افراد که نقش برجسته در زندگی آنان دارد میتوان به عواطف اشاره کرد. عواطفی که تاثیر چشمگیر بر رفتار دارد و داشتن عملکرد موفق و موثر به میوان زیاد متاثر از آن می باشد (اکبرزاده، ۱۳۹۰). نقش تعیین کننده عواطف در سلامت و سازگاری با خانواده و اجتماع در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (انیماسن و همکاران، ۲۰۱۰). بیان عواطف، استفاده صحیح از عواطف، فهم و درک عواطف، مدیریت و تنظیم عواطف در خانواده هر کدام نقش اساسی خود را ایفا میکند تایک فرد بتواند با شرایط و مقتضیات زندگی کنار آید (بیکندام، ۲۰۱۰). مایر و همکاران (۱۹۹۷) در تعریف خود، هوش هیجانی را به صورت توانایی، تشخیص معنای عواطف و ارتباط میان آنها، و نیز توانایی استدلال و حل مسئله بر اساس آن تعریف کرده اند. پژوهش های متعددی نشان داده اند که هوش هیجانی پایین می تواند افراد را مستعد مصرف مواد نماید و نداشتن آگاهی کافی از هیجانات و ناتوانی در کنترل آنها می تواند از جمله عوامل خطر در شروع و تداوم رفتارهای اعتیادی باشد (خانجانی، ۱۳۹۰). افرادی که به مراکز کاهش آسیب مراجعه می کنند معتادان متجاهری هستند که از جانب خانواده طرد شده اند و به نظر می رسد که عملکرد پایین خانواده می تواند هم علت و هم معلول وضعیت آنان باشد لذا در پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش هستیم که آیا عملکرد خانواده و هوش هیجانی در افراد مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب با افراد عادی تفاوتی دارد؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نوع طرح های غیرآزمایشی یا توصیفی و به طور دقیق تر طرح همبستگی است. در این پژوهش جامعه آماری افراد مراجعه کننده به مراکز کاهش آسیب استان البرز است که ۵۰ نفر آنان به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و ۵۰ نفر هم افراد عادی سالم به روش تصادفی انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش:

آزمون سنجش خانواده : I-FDA پرسشنامه سنجش کارکرد خانواده که بر اساس الگوی مک مستر تدوین شده است ۶۰ سوال دارد. این پرسشنامه در ایران در پژوهش های زیادی به کار گرفته شده و از روایی و اعتبار نسبتا بالایی برخوردار است. این مقیاس هفت بعد کارکرد را می سنجد. این هفت بعد عبارتند از نقش ها، ارتباطات، پاسخگویی عاطفی، همراهی عاطفی، کنترل رفتار، حل مسأله و کارکرد کلی خانواده. نمره پایین نشان دهنده کارکرد بیشتر و رابطه بهتر و نمرات بالاتر از میانگین نشان دهنده کارکرد کمتر و ناسالمتر است. سالاری در پژوهش خویش اعتبار باز آزمایی آن را ۰/۴۲ تا ۷۸/۰ و همبستگی مقیاسهای آن را با یکدیگر بین ۴۱/۰ تا ۷۱/۰ گزارش نموده است.

پرسش نامه هوش عاطفی: برای اندازه گیری هوش عاطفی از پرسشنامه هوش عاطفی پترایدز و فارنهایم استفاده خواهد شد. این پرسش نامه در سال ۲۰۰۱ توسط پترایدز و فارنهایم ساخته شده است و یک مقیاس خودسنجی می باشد. فرم اصلی و اولیه آن دارای ۱۴۴ سوال و ۱۵ زیر مقیاس بوده است (صفری، ۱۳۸۶). این پرسش نامه درای یک فرم کوتاه ۳۰ سوالی می باشد و در تحقیق حاضر از آن استفاده شده است. در این فرم برای نمره گذاری هر عبارت درجه ای بین ۱ (کاملا مخالفم) تا ۷ (کاملا موافقم) به هر آزمودنی تعلق میگیرد و با جمع کردن نمرات به دست آمده از هر بعد، نمره کل پرسش نامه به دست می آید. در تحقیق صفری، ۱۳۸۶ روایی پرسش نامه از طریق تحلیل عوامل مورد بررسی قرار گرفته و منجر به استخراج ۴ عامل درک عواطف، کنترل عواطف، مهارتهای اجتماعی و خوش بینی شد. صفری (۱۳۸۶) پایایی این پرسش نامه را به روش آلفای کرونباخ ۸۸/۰ و ارغندی و همکاران (۱۳۸۵) ۸۵/۰ گزارش کرده اند.

روش تحلیل داده ها

برای تحلیل داده های این پژوهش در آمار توصیفی از شاخصهای گرایش مرکزی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و در آمار استنباطی از روش t مستقل استفاده شد.

یافته ها:

جدول یک میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای عملکرد خانواده و هوش هیجانی را در دو گروه افراد معتاد و عادی نشان می دهد:

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای عملکرد خانواده و هوش هیجانی به تفکیک گروه ها

متغیرها	خرده مقیاس ها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد کلی	عملکرد کلی	عادی	۱۷/۲۴	۶۳/۴
		معتاد	۸۲/۲۷	۱۴/۵
حل مشکل	حل مشکل	عادی	۱۵/۱۲	۹۰/۱
		معتاد	۸۱/۱۶	۱۵/۳
ارتباط	ارتباط	عادی	۵۷/۱۶	۵۸/۲
		معتاد	۸۲/۱۶	۷۳/۲
نقش ها	نقش ها	عادی	۵۰/۱۸	۹۷/۱
		معتاد	۰۸/۱۹	۶۳/۲
همراهی عاطفی	همراهی عاطفی	عادی	۱۶/۱۴	۶۴/۲
		معتاد	۴۰/۱۵	۵۷/۲
آمیزش عاطفی	آمیزش عاطفی	عادی	۱۲/۱۹	۰۸/۳

۵۹/۲	۹۸/۲۱	معتاد	کنترل رفتاری	هوش هیجانی
۴۳/۲	۸۸/۱۹	عادی		
۵۷/۳	۶۴/۲۱	معتاد		
۷۹/۱۳	۶۱/۹۹	عادی	هوش عاطفی	
۶۱/۱۵	۶۱/۸۵	معتاد		
۰۸/۵	۹۰/۳۱	عادی	درک عواطف	
۱۱/۵	۲۹/۲۱	معتاد		
۷۲/۴	۲۹/۲۱	عادی	کنترل عواطف	
۹۵/۴	۹۹/۱۸	معتاد		
۸۲/۳	۱۶/۱۸	عادی	مهارت‌های اجتماعی	
۱۹/۴	۸۱/۱۶	معتاد		
۸۳/۵	۲۴/۲۴	عادی	خوش بینی	
۰۳/۶	۹۲/۲۱	معتاد		

جدول ۲: نتایج آزمون t تست مستقل به منظور مقایسه عملکرد خانواده در افراد عادی و معتاد

p	df	t	SD	M	N	گروه	متغیرها
۰۵/۰	۹۸	۵۴/۲	۶۳/۴	۱۷/۲۴	۵۰	عادی	عملکرد
۰۵/۰	۹۸		۱۴/۵	۸۲/۲۷	۵۰	معتاد	کلی
۰۵/۰	۹۸	۶۱/۲	۹۰/۱	۱۵/۱۲	۵۰	عادی	حل مشکل

۰.۵/۰	۹۸		۱۵/۳	۸۱/۱۶	۵۰	معتاد	
۰.۵/۰	۹۸	۸۶/۰	۵۸/۲	۵۷/۱۶	۵۰	عادی	ارتباط
۰.۵/۰	۹۸		۷۳/۲	۸۲/۱۶	۵۰	معتاد	
۰.۵/۰	۹۸	۹۹/۰	۹۷/۱	۵۰/۱۸	۵۰	عادی	نقش ها
۰.۵/۰	۹۸		۶۳/۲	۰۸/۱۹	۵۰	معتاد	
۰.۵/۰	۹۸	۱۴/۲	۶۴/۲	۱۶/۱۴	۵۰	عادی	همراهی
۰.۵/۰	۹۸		۵۷/۲	۴۰/۱۵	۵۰	معتاد	عاطفی
۰.۵/۰	۹۸	۴۵/۳	۰۸/۳	۱۲/۱۹	۵۰	عادی	آمیزش
۰.۵/۰	۹۸		۵۹/۲	۹۸/۲۱	۵۰	معتاد	عاطفی
۰.۵/۰	۹۸	۷۵/۳	۴۳/۲	۸۸/۱۹	۵۰	عادی	کنترل
۰.۵/۰	۹۸		۵۷/۳	۶۴/۲۱	۵۰	معتاد	رفتاری

همانطور که در جدول مشاهده می شود بین میانگین نمرات افراد معتاد و عادی در خرده مقیاس های

عملکرد کلی، حل مشکل، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتاری تفاوت وجود دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون t تست مستقل به منظور مقایسه هوش هیجانی در افراد عادی و معتاد

p	df	t	SD	M	N	گروه	متغیرها
۰.۵/۰	۹۸	۰.۲/۳	۷۹/۱۳	۶۱/۹۹	۵۰	عادی	هوش
۰.۵/۰	۹۸		۶۱/۱۵	۶۱/۸۵	۵۰	معتاد	عاطفی
۰.۵/۰	۹۸	۰.۳/۲	۰۸/۵	۹۰/۳۱	۵۰	عادی	درک

۰۵/۰	۹۸		۱۱/۵	۲۹/۲۱	۵۰	معتاد	عواطف
۰۵/۰	۹۸	۲۹/۳	۷۲/۴	۲۹/۲۱	۵۰	عادی	کنترل
۰۵/۰	۹۸		۹۵/۴	۹۹/۱۸	۵۰	معتاد	عواطف
۰۵/۰	۹۸	۴۳/۲	۸۲/۳	۱۶/۱۸	۵۰	عادی	مهارت‌های
۰۵/۰	۹۸		۱۹/۴	۸۱/۱۶	۵۰	معتاد	اجتماعی
۰۵/۰	۹۸	۰۲/۲	۸۳/۵	۲۴/۲۴	۵۰	عادی	خوش بینی

همانطور که در جدول مشاهده می شود بین میانگین نمرات افراد معتاد و عادی در نمره کلی هوش عاطفی و ابعاد آن تفاوت وجود دارد. به نظر می رسد افراد معتاد در همه ابعاد هوش عاطفی نمرات پایین تر به دست می آورند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که بین افراد معتاد و سالم از نظر متغیرهای عملکرد کلی، حل مشکل، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد که این نتایج حاکی از این است که افراد معتاد نسبت به افراد سالم ناکارایی خانواده بیشتری دارند. این یافته با یافته های انجام یافته در این زمینه همچون سیارایت و همکاران (۱۹۹۱)، آفا و همکاران (۲۰۰۸)، میلر و همکاران (۲۰۰۴) همسو می باشد. سیارایت و همکاران (۱۹۹۱) محدودیت در ابراز افکار و احساسات، احترام کمتر به مرزهای شخصی و اعتماد کمتر به دیگران، ایجاد فضای منفی بیشتر در خانواده، و انتقادی بودن و فاصله هیجانی را در خانواده های معتاد بیش از خانواده های غیر معتاد گزارش کردند. آفا و همکاران (۲۰۰۸) مشکلات روان

شناختی و عملکرد خانواده را به عنوان عوامل خطر زای اعتیاد مطالعه کردند. نتیجه پژوهش آنها نشان داد که تفاوت معناداری در مشکلات روان شناختی و عملکرد خانواده افراد معتاد و غیر معتاد وجود دارد. خانواده محرک هایی برای فرزندان فراهم می کند که اغلب رشد جسمانی و روانی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. در پژوهشی که خانواده های معتادان را از لحاظ کارکرد خانواده حل مشکل ارتباطی، نقشها، پاسخدهی عاطفی، مشارکت اجتماعی، کنترل رفتار و کارآیی عمومی مورد بررسی قرار داده بود؛ مشخص شد ناکارآمدی و وجود مشکل در کارکرد خانواده معتادان وجود دارد (منشی و همکاران، ۱۳۸۷). در تحقیقی، استفاده از هروئین، مواد دیگر و رفتار مشکل دار در رابطه با زندگی خانوادگی بررسی شد. چهار گروه نمونه برای این مطالعه انتخاب شدند: معتادان به هروئین، استفاده کنندگان تفریحی، افراد در معرض خطر استفاده از هروئین و افرادی که در معرض خطر بودند و تا کنون هیچ ماده ی مخدري استفاده نکرده اند. دیده شد که رابطه ی تنش زای با والد غیر هم جنس معتاد، بیشترین تاثیر را روی معتادان به هروئین دارد (موسوی، ۱۳۸۲). عملکرد مناسب خانواده برای سلامتی فرد، خانواده و جامعه ضروری است. خانواده دارای عملکرد مناسب قادر است نیازهای عاطفی، روانی و جسمی اعضای خود را برآورده کند. اما خانواده با کارکرد نامناسب از برآورده کردن نیازهای اعضای خود عاجز است. برآورده نشدن نیازهای اعضای خانواده در زمینه های مختلف می تواند سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی آنها را تحت تاثیر قرار دهد. تحقیقات نشان داده است در خانواده هایی که ارتباط میان اعضا و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است همه اعضا علیه فشارهای زندگی نسبتاً مقاوم و مصون هستند. اعتیاد موضوعی نیست که به مقطعی و بدون شرایط و عوامل زمینه ساز ایجاد شده باشد. یافته های جدید بالینی نشان می دهد که در شکل گیری اعتیاد زمینه های رشدی ناسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد نقش اساسی ایفا میکنند (زینالی و همکاران، ۱۳۸۶).

خانواده مهم ترین زمینه رشدی است که می تواند استعداد و آمادگی اعتیاد را در اعضای خود ایجاد کند .

در خانواده هایی که تحقیر، تهدید و سرزنش وجود دارد، ارتباط مناسب و توأم با اعتماد در بین اعضا وجود ندارد، مرزهای بین اعضای خانواده روشن و واضح نیست، نقشها و وظایف اعضا متناسب با سطح رشدی آنها نیست، حل مسأله و مشکل به طور مناسب اتفاق نمی افتد، همراهی عاطفی وجود ندارد، تعارضها به طور مناسب حل و فصل نمی شود و اینها همگی می توانند بستر مناسبی برای ابتلا به اعتیاد باشند.

همچنین نتایج آزمون تی تست مستقل نشان داد که بین میانگنی نمرات افراد معتاد و عادی در نمره کلی هوش عاطفی و ابعاد آن تفاوت وجود دارد . به نظر می رسد افراد معتاد در همه ابعاد هوش عاطفی نمرات پایینتر به دست می آورند. ای نتایج با مطالعات داگلاس (۲۰۱۱) و هانت (۲۰۰۴) همسو می باشد . در تبیین ای یافته ها می توان گفت هوش عاطفی توانایی مدیریت هیجان ها را در اختیار فرد می گذارد . به عبارت دیگر به فرد این امکان را می دهد که بتواند از هیجانات خود و دیگران آگاهی پیدا کند و همزمان بتواند آن را مدیریت نماید . به گونه ای که افراد معتاد درک عواطف پایین تر دارند و یا شاید توانایی تحمل عاطفی پایین تر دارند . آنان ممکن است عاطفی تر باشند و بیشتر تحت تاثیر هیجانات قرار بگیرند اما توانایی مدیریت این هیجانات را ندارند . بنابراین از روش های ناکارآمد برای تحمل پریشانی ها استفاده می کنند.

منابع

اکبر زاده، نسرین (۱۳۹۰). هوش هیجانی دیدگاه مایر و سالوو و دیگران . تهران : انتشارات فارابی.

خانجانی، زینب؛ فخرایی، نفیسه و بدر ، رحیم (۱۳۹۰). بررسی هیجان خواهی در افراد معتاد و عادی با توجه به جنسیت . تحقیقات علوم رفتاری ، دوره ۹، شماره ۴.

زینالی، علی؛ وحدت، رقیه؛ حامدنی، صفر (۱۳۸۶). بررسی زمینه های پیش اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیر معتاد. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی، ۱۴۹، ۳۳-۱۶۸.

علیزاده گورادل، جابر (۱۳۹۱). پیش بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس نشانه های نقص توجه/ بیش فعالی در بزرگسالان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز.

موسوی، اشرف السادات (۱۳۸۲) بررسی کیفی / کمی عملکرد خانواده معتادان جوان. مطالعات زنان، ۱،

(۳): ۸۲-۸۸

Agha, S., Zia, H., Irfan, S., (۲۰۰۸). Psychological problems and family functioning as risk factors in addiction, J Ayub Med Coll Abbottabad, ۲۰(۳): ۲۸-۳۸.

Animasahun, R.; Beverley, A., Kir, N.S., Schutte, D. (۲۰۱۰). Intelligence quotient, emotional intelligence and spiritual intelligence as correlates of prison adjustment among in mates in Nigeria prison. Journal of Social Sciences, ۲۲ (۲): ۱۲۱-۱۲۸.

Bekendam, C. (۲۰۱۰). Family And Dimension of Emotional Intelligence. Dissertation Abstracts International, Vol ۵۸(۴). ۲۱۰۹-۲۱۲۲.

Bizzarri J., Rucci P., Vallotta A., Gilrelli M., Scandolari A., Zerbetto, E. , (۲۰۰۵). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. Substance Use Misuse, ۴ (۲), ۱۷۶۵-۷۶.

Condon, J., Corkindale, C., Boyce, P., & Gamble, E. (۲۰۱۳). A longitudinal study of father-to-infant attachment: antecedents and correlates. Journal of Reproductive and Infant Psychology, ۳۱(۱): ۱۵-۳۰.

Hunt, N. & Evans, D. (۲۰۰۴). Predicting traumatic stress using emotional intelligence. Behavior Research and Therapy, ۴۲, ۷۹۱-۷۹۸.

Miller, I. W., McDermut, W., Coop Gordon, K., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Norman, W. (۲۰۰۲). Personality and family functioning in families of depressed patients. Department of psychiatry and Human Behavior, Brown University, USA.

1st

scientific conference of applied research in science and technology of Iran

اولین کنفرانس علمی پژوهشی

تحقیقات کاربردی در علوم و تکنولوژی ایران

Searight, H. R., Manley, C. M., Binder, A. F., Krohn, E., Rogers, B. J., Russo, J. R. (۱۹۹۱). The families of origin of adolescent drug abusers: Perceived autonomy and intimacy. *Contemporary Family Therapy*, ۱۳, ۷۱-۸۱.

Archive of SID