بررسی وضعیت هوش هیجانی در افراد وابسته به مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

علی‌اصغر رنجبر توتوئی[1]، نرگس خانجانی[2*]، محمدرضا میرزا بیگی[3]

• دریافت مقاله: ۹۴/۷/۲۷ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۴ /۱۰/۲۶ • پذیرش مقاله: ۹۴/۱۱/۳۰

چکیده

مقدمه: هوش هیجانی از عوامل تعیین کننده واکنش‌های انسان در مواجهه با رویدادهای روزمره زندگی می‌باشد. در این مطالعه وضعیت هوش هیجانی در معتادان مراجعه کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۲مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و شیوه مقطعی بود. ۱۲۲ نفر مددجو (معتاد) و ۱۱۹ نفر به عنوان شاهد انتخاب شدند. معتادان از بین مراجعه‌کنندگان به ۶ مرکز درمان سوء مصرف مواد که تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بودند، انتخاب شدند. پرسشنامه هوش هیجانی BAR-ON که شامل ۹۰ سؤال کلی و چند زیر مقیاس حل مسئله، خودآگاهی هیجانی، روابط بین فردی و مسئولیت‌پذیری بود، توسط افراد مورد بررسی تکمیل گردید. از تست‌های آمار تحلیلی t-test مستقل و ANOVA استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ صورت پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که در خصوص هوش هیجانی کلی و زیر مقیاس‌های خودآگاهی هیجانی، روابط بین فردی و مسئولیت‌پذیری در بین دو گروه مددجو (معتادان) و گروه شاهد اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$)، اما در حل مسئله، بین دو گروه اختلاف معنی‌داری دیده نشد ($P=۰/۰۷۴$). متغیرهای دموگرافیک شامل سن، جنسیت، تأهل و تحصیلات اثری بر هوش هیجانی و ابعاد آن نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: احتمالاً با افزایش هوش هیجانی افراد، امکان ابتلای آن‌ها به اعتیاد مواد مخدر کاهش یابد و افرادی که خودآگاهی هیجانی بالاتر، روابط بین فردی بهتر و مسئولیت‌پذیری بالاتری دارند، کمتر به مواد مخدر اعتیاد پیدا می‌کنند.

واژگان کلیدی: هوش هیجانی، اعتیاد، مواد مخدر، مراکز سوء مصرف مواد مخدر

•**ارجاع:** رنجبر توتوئی علی‌اصغر، خانجانی نرگس، میرزابیگی محمدرضا. بررسی وضعیت هوش هیجانی در افراد وابسته به مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۴؛ ۱(۳): ۱۸۷-۱۷۷.

۱. دانشجوی MPH، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲. دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۳. استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

***نویسنده مسؤول:** کرمان، ابتدای بزرگراه هفت باغ علوی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده بهداشت، گروه آمار و اپیدمیولوژی.

تلفن و فاکس: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۱۰۲ **Email:** n_khanjani@kmu.ac.ir

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

مقدمه

امروزه اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات مهم و اساسی در جوامع و به خصوص کشور ما می‌باشد که هم به شخص و هم به خانواده و جامعه ضرر می‌رساند (۱) و اثرات آن ماندگار و در بیشتر موارد غیر قابل برگشت می‌باشد. اعتیاد، زیان‌های مادی و معنوی و خسارات جانی فراوانی در پی دارد (۲). امروزه اعتیاد یک بیماری زیستی، روانی و اجتماعی قلمداد می‌شود و عوامل متعددی در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر مؤثر هستند. این عوامل در تعامل با یکدیگر منجر به سوء مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن می‌گردند، زیرا به صورت شبکه‌ای در هم پیچیده در پیدایش اعتیاد مؤثرند (۱).

در زمینه عوامل فردی اعتیاد به ارتباط بین مشکلات شناختی از قبیل ناتوانی در برنامه‌ریزی، استدلال انتزاعی، بصیرت، قضاوت و نظارت بر خود و کنترل تمایل به مصرف مواد اشاره شده است. از طرفی یکی دیگر از مسایل مطرح در این ارتباط، بحث هوش هیجانی EQ (Emotional Quotient) است که با توجه به مطالعات انجام شده قابل افزایش می‌باشد و نقش آن از بهره هوشی IQ (Intelligence Quotient) نیز بیشتر می‌باشد، لذا ممکن است یک راهکار باشد (۳).

هوش هیجانی، چگونگی تعامل با محیط و اجتماع است. هوش هیجانی را چگونگی برخورد با مسایل روزمره زندگی و حل مسئله تعریف کرده و از آن به عنوان قدرت موفقیت زندگی تعبیر می‌کنند. هوش هیجانی از عوامل تعیین کننده در بسیاری از واکنش های انسان نسبت به محیط اجتماعی و از جنبه‌های مؤثر در مواجهه با رویدادهای روزمره زندگی می باشد (٤). تشخیص اهمیت مهارت‌های اجتماعی و توان کنار آمدن مؤثر با دیگر افراد، موجبات علاقمندی روزافزون به هوش هیجانی را فراهم آورده است. Goleman مفهوم هوش هیجانی را بدین گونه بیان می‌کند «هوش هیجانی شامل توانایی‌های شناخت هیجانات خود، درک احساسات دیگران، مهار کردن هیجانات و مدیریت روابط، با نرمش و مدارا می‌باشد» (۵). در سال‌های اخیر، مسئله کاربرد هوش هیجانی در زندگی روزمره و شخصی گسترش زیادی پیدا کرده است. به نظر بعضی محققین، هوش هیجانی توان بیشتری جهت پیش‌بینی عملکرد فردی نسبت به هوش عمومی دارد (۲). هوش هیجانی مجموعه‌ای از استعدادهای فرد جهت برقراری ارتباط مؤثر و ایجاد موفقیت در زندگی است. از طرفی Trinidad و همکاران، در مطالعه خود به بررسی هوش هیجانی و مصرف سیگار پرداخته و بیان کرد که افراد سیگاری دارای هوش هیجانی پایین‌تری نسبت به افراد غیر سیگاری هستند (٦). یکی از موضوعات اساسی در ارتباط با سلامت جوانان مصرف مواد مخدر است (۷). میزان مصرف این مواد در نوجوانان و جوانان، روز به روز افزایش می‌یابد و برای کنترل این امر لازم است در برنامه‌های پیشگیری و درمان از راهکارهای جدید بهره گرفته شود (۸،۹). از طرفی نوجوانانی که تنوع طلب و تحریک‌جو هستند بیشتر به دنبال مواد مخدر می‌روند (۱۰).

شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد، هوش هیجانی با موفقیت و یا عدم موفقیت فرد در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (۱۱،۱۲). با این حال پژوهش‌های اندکی به بررسی ارتباط هوش هیجانی با سوء مصرف مواد پرداخته‌اند.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه سطح هوش افراد وابسته به مواد نیز نشان داده است که

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

عملکرد شناختی و سطح هوش اغلب این افراد پایین‌تر از میانگین است (۱۳،۱٤). عادت‌های سوء مصرف مواد به متغیرهای روان‌شناختی از جمله ویژگی‌های شخصیتی و سطح هوشی فرد نیز بستگی دارد (۱۵،۱٦).

سطح پایین هوش هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها است، در شروع مصرف مواد مخدر نقش دارد (۵). هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی همسالان تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هوش هیجانی به عنوان یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی خطر مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی و مدیریت هیجان‌ها باعث می شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالا است از راهبردهای مقابله‌ای استفاده نماید. افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند (۱۷). جامعه و اطرافیان متقابلاً در افزایش مصرف مواد نقش دارند. در برخی از گروه‌های اجتماعی، مصرف مواد مخدر شرط پذیرفته شدن از سوی دیگران است. این نکته براساس پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند پیشنهاد مصرف از سوی دوستان باعث افزایش مصرف مواد می‌شود، تأیید شده است (۱۸). کسانی که هوش هیجانی پایینی دارند برای مقابله با هیجان‌های منفی خود عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۱۹).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی‌های احساسی خود را مهار کنند، به احتمال زیاد مصرف کننده دایمی مواد مخدر می‌شوند (۲۰). بُعد ناگویی خلقی (Alexithymia) که شامل تخریب سه حوزه بازشناسی، پردازش و ابراز احساسات است، یکی از نزدیکترین مفاهیم به هوش هیجانی است (۲۲، ۲۱).

این یافته‌ها نشان می‌دهند که دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری عاطفی با دیگران که مشخصه اصلی ناگویی خلقی هستند، منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شوند (۲۳). مروری بر یافته‌های موجود در زمینه هوش هیجانی و ناگویی خلقی نشان می‌دهد که احتمالاً یکی از دلایل اصلی گرایش افراد به مصرف مواد، مشکلات و کاستی‌های وسیع در حوزه هیجان‌ها است (۲۵، ۲٤)، بنابراین بررسی رابطه ابعاد مختلف و متنوع هوش هیجانی می‌تواند در درمان اختلالات سوء مصرف مواد نقش مؤثری داشته باشد. لذا با توجه به مسائل یاد شده محقق برآن شد تا به بررسی هوش هیجانی در افراد معتاد به مواد مخدر بپردازد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی، تحلیلی بود که به شیوه مقطعی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز درمان سوء مصرف مواد تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بودند. تعداد کل مراکز تحت پوشش دانشگاه ۱۵ مرکز بود. از بین آن‌ها، ٦ مرکز که در مکان‌های مختلف شهر پراکنده بودند به صورت خوشه‌ای انتخاب گردیدند.

در این مراکز، افرادی انتخاب شدند که حداقل یک‌سال معتاد به تریاک، هروئین و یا شیره بودند و از نظر مقدار مصرف نیز حداقل یک مثقال تریاک یا نیم مثقال شیره و یا به هر اندازه هروئین مصرف می‌کردند. تعداد این افراد با توجه به میزان شیوع و مطالعات قبلی (۱) بر اساس فرمول حجم نمونه با خطای نوع اول ۰/۰۵ و خطای نوع دوم ۰/۱ و به

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

فرض این که میانگین و انحراف معیار در گروه اول و دوم بـه ترتیـب ۲۲/۰۵±۱۳۶/۶۶ و ۱۹/۸۱±۱۴۶/۱۳، ۱۰۳ نفر به دست آمد که جهت اطمینان بیشتر و برای بالا بردن دقت،۱۲۲ نفر انتخاب شدند. برای این افـراد گـروه شـاهد نیـز بـه تعـداد ۱۱۹نفـر کـه در زمینـه متغیرهای سن، جنسیت، تحصیلات و محـیط زنـدگی همسان‌سازی شده بودند، از بـین افـراد خـانواده و یـا فامیل انتخاب گردید.

افراد زیر ۱۸ سـال بـر اسـاس دسـتورالعمل کشـوری نمی‌توانند از درمان نگهدارنده متادون اسـتفاده نماینـد و بنابراین از مطالعه حذف شدند. بـرای انجـام طـرح، نیاز به افرادی بـود کـه قـبلاً داروی متـادون مصـرف نکرده باشند. بعضی از افراد معتاد، مـواد مخـدر را بـا سایر مواد از قبیل داروهای روان‌گردان از قبیل شیشـه استـفاده می‌کردند که ایـن افراد نیز از مـطالعه حـذف شدند. در این مطالعه از پرسشنامه ۹۰ سـؤالی BAR-ON که روایی و پایایی آن مورد تأیید اسـت اسـتفاده شد. سؤالات زیـر مقیـاس‌هـای مختلـف بـه صـورت تصادفی به صورت سؤالاتی با بـار مثبـت و منفـی در پاسخنامه قرار گرفتند و موارد براساس مقیاس لیکرت ۵ تایی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم در نظر گرفتـه شد. سیستم امتیازدهی در سؤالات مثبـت نظیـر کـاملاً مـوافقم (۵ امتیـاز) و کـاملاً مخـالفم (۱ امتیـاز) و در سؤالات منفی نظیر کاملاً مخـالفم (۵ امتیـاز) و کـاملاً موافقم (۱ امتیاز) در نظر گرفتـه شـد. ایـن پرسشـنامه اولین پرسشنامه فرا فرهنگـی جهـت ارزیـابی هـوش هیجانی است. حداقل امتیاز کل این پرسشـنامه ۹۰ و حداکثر آن ۴۵۰ است. زیر مقیاس‌های مـورد اسـتفاده در این مطالعه و امتیـاز هـر کـدام در جـدول ۱ آمـده است (۲۶).

جدول ۱: معرفی سؤالات مربوط به هر یک از خرده مقیاس‌ها

خرده مقیاس‌ها	شماره سؤالات مربوطه	حداقل امتیاز پرسشنامه	حداکثر امتیاز پرسشنامه
حل مسئله	۱، ۱۶، ۳۱، ۴۶، ۶۱*، ۷۶	۶	۳۰
خودآگاهی هیجانی	۶، ۲۱*، ۳۶*، ۵۱، ۶۶، ۸۱*	۶	۳۰
روابط بین فردی	۸، ۲۳، ۳۸، ۵۳، ۶۸، ۸۳	۶	۳۰
مسئولیت‌پذیری	۱۳، ۲۸، ۴۳، ۵۸*، ۷۳، ۸۸	۶	۳۰
هوش هیجانی کلی	از سؤال ۱ تا ۹۰	۹۰	۴۵۰

*سؤالات ستاره‌دار منفی می‌باشند

پرسشنامه‌ها توسط روان‌شناسان مراکز که قبلاً آموزش دیده بودند به مددجویان و گروه شاهد جهت تکمیـل ارائه شـدند. پرسشـنامه‌هـا در گـروه معتـادان قبـل از شروع درمان و در ابتدای پـذیرش تکمیـل گردیـد. از تسـت‌هـای آمـار تحلیلـی نظیـر t-test مسـتقل و ANOVA استفاده شد. تحلیل داده‌هـا بـا اسـتفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ صورت پذیرفت.

یافته‌ها

از تعداد ۱۲۲نفر مددجو (گروه مورد) تعـداد ۱۵ نفـر (۱۲/۳٪)، زن و تعداد ۱۰۷ نفر (۸۷/۷٪) مرد و گـروه شاهد شـامل ۱۵ نفـر زن (۱۲/۶٪) و تعـداد ۱۰۴ نفـر (۸۷/۴٪) مـرد و در مجمـوع ۱۱۹ نفـر بودنـد. در خصوص متغیر سـن مقـدار میـانگین گـروه مـددجو ۸/۹۲±۳۵/۳۴ سال و کم سـن‌تـرین فـرد مـددجو ۱۸ سال و مسن‌ترین فرد ۵۶ سال داشت. میـانگین سـنی گـروه شـاهد برابـر ۱۰/۴۰± ۳۵/۶۳ سـال بـود. کـم سن‌ترین فرد گروه شاهد ۱۹ سال و مسن‌ترین فرد در

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

گروه شاهد ٦٥ سال سن داشت. میانگین مصرف مواد مخدر در مددجویان از نظر طول مدت زمان برابر ۹/۷۲ سال یعنی حدود ١١٦/٦٤ ماه بود که کمترین مدت مصرف ۱ سال و بیشترین مدت مصرف ۲۸ سال بود. بقیه خصوصیات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان مورد بررسی

زیر مقیاس	آماره توصیفی	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	P -value
حل مسئله	مورد	۲۱/۵۷	۲/۶۴	۱۰	۲۶	۰/۰۷۴
	شاهد	۲۲/۱۹	۲/۷۱	۱۳	۲۷	
خودآگاهی	مورد	۱۷/۸۷	۲/۹۳	۱۰	۲۶	<۰/۰۰۱
	شاهد	۲۱/۹۴	۳/۰۷	۱۶	۲۹	
مسئولیت پذیری	مورد	۲۴/۴۴	۳/۲۲	۱۳	۳۰	<۰/۰۰۱
	شاهد	۲۶/۷۵	۲/۵۳	۲۰	۳۰	
روابط بین فردی	مورد	۲۲/۴۷	۳/۷	۱۳	۳۰	<۰/۰۰۱
	شاهد	۲۴/۸۲	۲/۸۶	۱۷	۳۰	
هوش هیجانی	مورد	۲۸۶/۴۷	۲/۵	۲۱۶	۳۴۱	<۰/۰۰۱
	شاهد	۳۳۷/۹۴	۲/۶۶	۲۴۷	۴۱۳	

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۳ در تمام مؤلفه‌ها، گروه مورد از گروه شاهد امتیاز بالاتری داشت و این اختلاف از نظر آماری معنی‌داری بود، به جزء مؤلفه حل مسئله که اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

جدول۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار هوش هیجانی و ابعاد آن در گروه مورد و شاهد

ویژگی‌های دموگرافیک	گروه مورد بررسی	گروه مددجو (مورد)		گروه شاهد		کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۵	۱۲/۳	۱۵	۱۲/۶	۳۰	۱۲/۴
	مرد	۱۰۷	۸۷/۷	۱۰۴	۸۷/۴	۲۱۱	۸۷/۶
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰۰	۸۲	۹۷	۹۱/۵	۱۹۷	۸۱/۷
	مجرد	۲۲	۱۸	۲۲	۱۸/۵	۴۴	۱۸/۳
وضعیت تحصیلی	دبستان	۲۷	۲۲/۱	۲۴	۲۰/۲	۵۱	۲۱/۱
	راهنمایی	۳۵	۲۸/۷	۳۴	۲۸/۶	۶۹	۲۸/۷
	دبیرستان	۳۹	۳۲	۴۰	۳۳/۶	۷۹	۳۲/۸
	دانشگاه	۲۱	۱۷/۲	۲۱	۱۷/۶	۴۲	۱۷/۴

تفاوت آماری معنی‌داری بین زنان و مردان یا افراد مجرد و متأهل از نظر مؤلفه‌های حل مسئله، خودآگاهی هیجانی، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری و هوش هیجانی وجود نداشت (جدول ۵ و ٤).

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

جدول ٤: مقایسه میانگین و انحراف معیار هوش هیجانی و ابعاد آن بر حسب جنسیت

زیر مقیاس / آماره توصیفی		میانگین	انحراف معیار	P- value
حل مسئله	زن	۲۱/۹	۳/۳۱	۰/۰۶۶
	مرد	۲۱/۸۷	۲/۶	
خودآگاهی	زن	۱۹/۱	۴/۴۹	۰/۲۰۴
	مرد	۲۰	۳/۴۸	
مسئولیت پذیری	زن	۲۵/۵	۲/۷۶	۰/۸۷۴
	مرد	۲۵/۵۹	۳/۱۷	
روابط بین فردی	زن	۲۳/۱۳	۳/۳۷	۰/۹۶۸
	مرد	۲۳/۷۰	۳/۵۳	
هوش هیجانی	زن	۲۹۹/۲	۳۸/۴۶	۰/۸۶۶
	مرد	۳۱۳/۶۹	۳۸/۰۱	

جدول ٥: مقایسه میانگین و انحراف هوش هیجانی و زیر مقیاس‌های آن بر حسب تأهل

زیر مقیاس‌ها	وضعیت تأهل	میانگین	انحراف معیار	P- value
حل مسئله	مجرد	۲۱/۴۵	۲/۳۸	۰/۴۶۸
	متأهل	۲۱/۹۷	۲/۷۶	
خوداگاهی هیجانی	مجرد	۱۹/۹۱	۳/۷۲	۰/۸۴۷
	متأهل	۱۹/۸۸	۳/۶۲	
روابط بین فردی	مجرد	۲۴/۳۴	۲/۹۲	۰/۰۷۳
	متأهل	۲۳/۴۸	۳/۶۲	
مسئولیت پذیری	مجرد	۲۵/۲۳	۲/۷۴	۰/۲۰۹
	متأهل	۲۵/۶۶	۳/۲۰	
هوش هیجانی	مجرد	۳۱۳/۰۵	۳۵/۹۱	۰/۴۶۸
	متأهل	۳۱۱/۶۳	۳۸/۸۹	

طبق بررسی که توسط آزمون ANOVA انجام شد، براساس سطح مقطع تحصیلی هم هیچ گونه تفاوت معنی‌داری در هوش هیجانی و زیر مقیاس‌های آن نظیر، حل مسئله (P=۰/۵۱)، خودآگاهی هیجانی (P=۰/۹۶۹)، روابط بین فردی (P=۰/٦۰٦)، مسئولیت‌پذیری (P=۰/۸٦۸)، هوش هیجانی (P=۰/۲۳۱) مشاهده نشد.

با توجه به انجام آزمون همبستگی پیرسون بین هوش هیجانی و خودآگاهی هیجانی و همچنین روابط بین فردی با طول مدت مصرف مواد مخدر همبستگی معنی‌دار وجود داشت. به این معنی که هرچه طول مدت مصرف بیشتر بود، هوش هیجانی و خودآگاهی هیجانی و روابط بین فردی کمتر می‌شد. بین مسئولیت‌پذیری و حل مسئله همبستگی معنی‌داری وجود نداشت (جدول ٦).

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

جدول ٦ : ضریب همبستگی پیرسون بین مدت مصرف افراد معتاد؛ با هوش هیجانی و خرده مؤلفه‌های آن

ضریب پیرسون	سطح معنی‌داری	ضریب همستگی
حل مسئله	۰/۱۸۰	- ۰/۱۲۲
خودآگاهی هیجانی	۰/۰۴۲	- ۰/۱۸۴
روابط بین فردی	۰/۰۴۰	- ۰/۱۸۶
مسئولیت پذیری	۰/۵۳۵	- ۰/۰۵۷
هوش هیجانی کلی	۰/۰۴۲	- ۰/۱۸۴

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش، میانگین‌های هوش هیجانی و زیر مقیاس‌های هوش هیجانی شامل خودآگاهی هیجانی، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری افراد مددجو و افراد شاهد تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت و فقط در زیر مقیاس حل مسئله، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت که می‌تواند ناشی از این باشد که گروه مددجو از بین افراد معتادی که برای درمان اعتیاد به مراکز مراجعه کرده‌اند، انتخاب شده‌اند و این گروه برای حل مسئله خود اقدام نموده و شاید میانگین نمره آن‌ها در این خصوص نمایانگر میانگین نمره افراد معتاد نباشد که این موضوع نیاز به مطالعه و بررسی بیشتر دارد.

در این مطالعه متغیرهای سن، جنسیت و تحصیلات، تأثیری در هوش هیجانی و ابعاد آن نداشت. البته احتمال می‌رود که این افراد شاید به دلیل اعتیاد، ادامه تحصیل نداده‌اند و یا این که بعد از آخرین مقطع تحصیلی خود معتاد شده‌اند که نیاز به بررسی جداگانه و دقیق‌تری دارد.

بین هوش هیجانی و خودآگاهی هیجانی و همچنین روابط بین فردی با طول مدت مصرف مواد مخدر همبستگی وجود داشت یعنی هرچه طول مدت مصرف مواد مخدر بیشتر بود، هوش هیجانی و خودآگاهی هیجانی و روابط بین فردی کمتر بود ولی بین مسئولیت‌پذیری و حل مسئله همبستگی معنی‌دار وجود نداشت. احتمال می‌رود به دلیل مسئولیت‌پذیری این افراد و اقدام برای حل مسئله این گروه باشد که به مراکز درمان سوء مصرف درمان مراجعه نموده‌اند.

در مطالعه مشابه که در مرکز درمان و بازتوانی دولتی و غیردولتی شهر رشت انجام شد، میزان هوش هیجانی در معتادان به مواد مخدر پایین‌تر از افراد عادی بود که مطالعه حاضر هم این مورد را تأیید می‌کرد و بین هوش هیجانی و سلامت روان معتادان و افراد عادی رابطه معنی‌دار وجود داشت. همچنین در این مطالعه عنوان شده است که نتایج پژوهش‌های مختلف رابطه منفی هوش هیجانی با مصرف الکل و رابطه مثبت آن با گستردگی کیفیت و روابط اجتماعی و رابطه سازش یافتگی اجتماعی موفقیت‌آمیز با ادراک دقیق‌تر خلق دیگران در زمینه عملکرد تحصیلی و رفتار سازگار در مدرسه را نشان داده است. اما آزمون هوش هیجانی در این مطالعه، آزمون هیجانی پترایدز و فارنهام بوده است. همچنین ضریب همبستگی پیرسون در این مطالعه میزان رابطه هوش هیجانی با سلامت روان را در نمونه معتادان وافراد عادی به ترتیب ۰/٤٤٥- و ۰/٤۰۳- نشان داد (۱).

یافته‌های موجود در مطالعات دیگر رابطه هوش هیجانی را با 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. در یک مطالعه نشان داده شده است که امتیاز هوش هیجانی بالا در ۲۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی با پذیرش کمتر مصرف الکل و سیگار همراه بوده است

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

(۲۷). در مطالعه حاضر نیز افراد معتاد هوش هیجانی پایین‌تری نسبت به گروه سالم داشتند.

در یک مطالعه دیگر که بر روی دانشجویان دانشگاه تهران اجرا شد، نتایج نشان دادند که بین نمره‌های کل هوش هیجانی، زیر مقیاس ادراک هیجانی و پذیرش اعتیاد رابطه منفی معنادار وجود داشت. در این مطالعه با کنترل اثر هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن بین مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته و پذیرش اعتیاد رابطه منفی و بین مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و پذیرش اعتیاد رابطه مثبت وجود داشت و با کنترل اثر مکانیزم‌های دفاعی، هوش هیجانی، مؤلفه‌های ادراک هیجانی و پذیرش اعتیاد رابطه منفی داشتند. بنابراین نتیجه‌گیری شد که هوش هیجانی می‌تواند نقش متغیر میانجی نیرومند بین ویژگی‌های هیجانی و پذیرش اعتیاد داشته باشد (۲۸).

بر طبق نظر Zohar و Marshall، هوش معنوی لزوماً بنیان عملکرد کاراتر هوش عقلانی و هوش هیجانی است (۲۹)، لذا نتایج حاصل از یک مطالعه دیگر، که توسط معلمی و همکاران در زاهدان انجام شد. قابل تأمل است. در این مطالعه، نتایج نشان داد بین نمره‌های هوش معنوی و سلامت روان معتادان و غیرمعتادان تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد. به طوری که معتادان به مواد مخدر از هوش معنوی و سلامت روانی پایین‌تری نسبت به گروه عادی برخوردار بودند. همچنین در هر دو گروه بین هوش معنوی و سلامت روان همبستگی معنی‌داری مشاهده شد (۳۰).

از آنجایی که به استناد مطالعات متعدد، ارتباط بین هوش هیجانی پایین و اثرگذاری آن در زمینه‌های معضلات اجتماعی مشخص گردیده است و افراد با هوش هیجانی بالا میزان موفقیت بالاتری در برنامه‌های متعدد زندگی، پیشرفت کار و حل مشکلات دارند، ارتباط هوش هیجانی با سایر بیماری‌های روانی تا حدود زیادی مشخص شده است که آن موارد هم به نوبه خود اثر تقویت کننده به صورت مثبت در موارد هوش هیجانی بالا و اثر تضعیف کننده در موارد هوش هیجانی پایین دارند. از طرفی زمینه اولیه این موارد از زمان کودکی شروع می‌شود و ارتباط معنی‌دار خرده مقیاس‌های هوش هیجانی با اعتیاد، بیانگر این می‌باشد که برای درمان ریشه‌ای اعتیاد و پیشگیری اولیه باید از همان زمان طفولیت به فکر بود. زیرا هوش هیجانی افراد بر خلاف ضریب هوشی و هوش بهر (IQ) قابل افزایش بوده و در خرده مقیاس‌ها نیز بسته به نوع به تفکیک قابل شناسایی و به نوبه خود قابل افزایش می‌باشند (۳) و لذا پرداختن به این مقوله و راه‌های افزایش هوش هیجانی را بیشتر می‌طلبد.

در حال حاضر، مطالعات هوش هیجانی کم می‌باشد، ولی به طور قابل توجهی در حال انجام و رو به افزایش می‌باشد و جای فعالیت زیادی دارد. زیرا بر روی نگرش، رفتار و عملکرد افراد می‌تواند تأثیرگذار باشد.

پیشنهادها

احتمال می‌رود که افزایش هوش هیجانی افراد در زمینه کاهش آسیب و پیشگیری‌های سطح اول و دوم در حل معضل اعتیاد کمک کننده باشد. لذا پیشنهاد می‌شود که تحقیقات بیشتری در زمینه افزایش EQ جوانان جهت پیشگیری از اعتیاد به عمل آید.

سپاسگزاری

از مراکز درمان سوء مصرف مواد تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که در انجام این کار تحقیقاتی با ما همکاری کردند، سپاس و قدردانی به عمل می‌آید.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

References

1. Khosravi Kabir Z, Mousavi SV, AghaYousefi AR. Comparison of emotional intelligence and mental health in addicted and normal individuals. J Guilan Univ Med Sci. 2009;18(70):9-16. Persian.
2. Golshiri A, Shabani Z, Mokhtaree MR, Sayadi AR, Faezi H. Effect of opium smoking cessation on the nasopharyngeal microbial flora. Saudi Med J. 2010;31(1):25-8.
3. Agha Delavarpoor M, Soltani M, Hosseinchari M. Prediction of recovery or relapse from substance abuse, based on the emotional intelligence and religious coping. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.2008;14(3):307-15. Persian.
4. Extremera N, Duran N, Rey L. Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolscents. Personality and Individual Differences. 2007;42(6):1069-79.
5. Goleman D. Emotional intelligence. 1th ed. Tehran: Roshd; 2010.
6. Trinidad DR, Unger JB, Chou CP, Azen SP, Johnson CA. Emotional intelligence and smoking risk factors in adolescents: interactions on smoking intentions. J Adolesc Health. 2004;34(1):46-55.
7. Grekin ER, Sher KJ. Alcohol dependence symptoms among college freshmen: prevalence, stability, and person-environment interactions. Exp Clin Psychopharmacol. 2006;14(3):329-38.
8. Huang B, Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Saha TD, et al. Race-ethnicity and the prevalence and co-occurrence of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, alcohol and drug use disorders and Axis I and II disorders: United States, 2001 to 2002. Compr Psychiatry. 2006;47(4):252-7.
9. Isralowitz R, Rawson R. Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. Addict Behav. 2006;31(2):355-8.
10. Wills TA, Vaccaro D, McNamara G. Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. J Subst Abuse. 1994;6(1):1-20.
11. Jain Ajay K, SinhaArvind K. General health in organizations: relative relevance of emotional intelligence, trust, and organizational support. International Journal of Stress Management. 2005;12(3):257-73.
12. Jacobs M, Snow J, Geraci M, Vythilingam M, Blair RJR, Charney DS, Pine DS, et al. Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social Phobia. J Anxiety Disord. 2008;22(8):1487-95.
13. Whalley LJ, Fox HC, Deary IJ, Starr JM. Childhood IQ, smoking, and cognitive change from age 11 to 64 years. Addict Behav. 2005;30(1):77-88.
14. Finn PR, Hall J. Cognitive ability and risk for alcoholism: short-term memory capacity and intelligence moderate personality risk for alcohol problems. J Abnorm Psychol. 2004;113(4):569-81.
15. Hampson SE, Andrews JA, Barckley M, Lichtenstein E, Lee ME. Personality traits, perceived risk, and risk-reduction behaviors: a further study of smoking and radon. Health Psychol. 2006;25(4):530-6.
16. Harakeh Z, Scholte RH, de Vries H, Engels RC. Association between personality and adolescent smoking. Addict Behav. 2006;31(2):232-45.
17. Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. Personality and Individual Differences. 2002; 32(1):95-105.
18. Conrad KM, Flay BR, Hill D. Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. Br J Addict. 1992;87(12):1711-24.
19. Trinidad DR, Unger JB, Chou CP, Johnson CA. The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. Personality and Individual Differences. 2004;36(4): 945-54.
20. Doran N, McChargue D, Cohen L. Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. Addict Behav. 2007;32(1):90-8.
21. Goleman D R, Bar-On R, Parker JD. The handbook of emotional intelligence. 1th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
22. Besharat MA. Assessing reliability and validity of the Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale in a sample of substance-using patients. Psychol Rep. 2008;102(1):259-70.
23. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. Personality and Individual Differences. 2001; 30(1): 107-15.
24. Davidson KW, MacGregor MW, Johnson EA, Woody EZ, Chaplin WF.The relation between defense use and adaptive behavior. Journal of Research in Personality. 2004;38(2):105-29.
25. Spielberger CD, Reheiser EC. Psychological defense mechanisms, motivation and the use of tobacco. Personality and Individual Differences. 2006;41(6):1033-43.
26. Samoei R. Emotional Intelligence Test- The translation and standardization. 1th ed. Tehran: RavanTajhiz, Savalan; 2001.
27. Cherniss C, Extein M, Goleman D, Weissberg RP. Emotional Intelligence: What does the Research really indicate? Educational Psychologist. 2006; 41(4):239-45.
28. Akberi Zardkhaneh S, Rostami R, Zarean M. Releationship between emotional intelligence, defence mechanisms and addiction. Journal of Developmental Psychology Iranian Psychologist. 2008;4(15):293-303. Persian.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

29. Zohar D, Marshall I. SQ, connecting with our spiritual intelligence. 1th ed. NewYork: Bloomsbury; 2000.
30. Moallemi S, Raghibi M, SalariDargi Z. Comparison of spiritual intelligence and mental health in addicts and normal individuals. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2010;18(3): 234-42. Persian.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

Evaluating EQ in Opium Addicts Visiting the Rehabilitation Centers of Rafsanjan University of Medical Sciences

Ranjbar Totoei Aliasghar[1], Khanjani Narges[2], Mirzabeigi MohammadReza[3]*

• Received: 19. 10. 2015 • Revised: 16. 01. 2016 • Accepted: 19. 02. 2016

Abstract

Introduction: EQ is one of the determinants of human reaction to life events. In this study, the EQ of addicts visiting the rehabilitation centers of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2013 was evaluated.

Method: This descriptive-analytical cross-sectional study was carried out on 122 addicts and 119 healthy people as controls. Addict subjects were chosen from the addicts visiting six rehabilitation centers of Rafsanjan Medical University. Participants were evaluated by BAR-ON questionnaire including 90 questions in four sub-categories of problem solving, emotional self- awareness, inter personal relationship and responsibility. Independent t-test and ANOVA wereused for analysis through SPSS19.

Results: The two groups of addicts and controls showed significant differencein regard to EQ and the sub-categories of emotional self-awareness, interpersonal relationships and responsibility (P<0.001), but no difference in problem solving sub-category (P=0.074). Demographic variables such as age, gender, marital status or educational level did not affect EQ or its sub-categories.

Conclusion: It can be assumed that higher EQ decreases the tendency toward addiction and the probability of addiction is less in people who have a higher emotional self-awareness, better interpersonal relations and accept more responsibility.

Key words: EQ, Emotional intelligence, Opium addicts, Rafsanjan

•**Citation:** Ranjbar Totoei AA, Khanjani N, Mirzabeigi MR. Evaluating EQ in Opium Addicts Visiting the Rehabilitation Centers of Rafsanjan University of Medical Sciences. Journal of Health Based Research 2016; 1(3): 177-187.

1. MPH Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
2. Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
3. Assistant Professor of Psychology, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.
****Correspondence:** Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.*
***Tel:** 034-31325102* ***Email:** n_khanjani@kmu.ac.ir*

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]