

تأثیر آموزش بر هوش هیجانی و کیفیت زندگی افراد تحت درمان نگره دارنده با متادون

*دکتر ربابه سلیمانی (MD)^۱ - دکتر الهه مرادخانی (MD)^۲ - دکتر حسن فرهی (PhD)^۳

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات علوم رفتاری شناختی و اعتیاد کاوش، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: soleimani.dr@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۰۵/۲۱ تاریخ ارسال: ۹۵/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۳

چکیده

مقدمه: با توجه به اینکه افراد معتاد هوش هیجانی پایین تری نسبت به جامعه دارند، هدف این مطالعه تعیین اثر آموزش بر هوش هیجانی و کیفیت زندگی آنها می باشد.

هدف: تعیین تأثیر آموزش بر هوش هیجانی و کیفیت زندگی افراد تحت درمان نگره دارنده با متادون.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت شبه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد انجام شد. ۶۰ مرد از افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون مرکز آموزشی درمانی شفا رشت انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. نیمی از شرکت کنندگان در برنامه آموزشی مؤلفه های هوش هیجانی که توسط دستیار روانپزشکی برگزار می شد شرکت کردند. برای بقیه شرکت کنندگان مداخله ای صورت نگرفت. برنامه آموزشی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بود که طی ۸ هفته ارائه شد. متغیر هوش هیجانی و کیفیت زندگی افراد مذکور با گروه شاهد مقایسه گردید. برای سنجش متغیرهای مذکور به ترتیب از پرسشنامه Bar-on SF-36 استفاده شد. داده های حاصله با استفاده از آزمون های کای دو، student t و مزدوج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و آماره کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج: میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه مداخله و شاهد به ترتیب $33/1 \pm 6/5$ و $36/3 \pm 6/3$ سال بود ($P > 0/05$). برنامه آموزشی مؤلفه های هوش هیجانی توانست به طور معنی داری نمره هوش هیجانی و نمره کیفیت زندگی افراد گروه مداخله را نسبت به قبل از مداخله و نسبت به گروه شاهد بهبود دهد (به ترتیب $P < 0/0001$ و $P < 0/0001$). همچنین ۳ ماه بعد از مداخله آموزشی نمره هوش هیجانی و کیفیت زندگی در گروه مورد نسبت به قبل از مداخله بالاتر بود (به ترتیب $P < 0/0001$ و $P < 0/0001$).

نتیجه گیری: اگر چه مطالعه مذکور نشان دهنده تأثیر آموزش بر روی ارتقای هوش هیجانی و کیفیت زندگی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون می باشد، ولی با توجه به مذکور بودن شرکت کنندگان، نتایج حاصله را باید با احتیاط تفسیر کرده و مطالعات بیشتری توصیه می شود.

کلید واژه ها: اعتیاد / متادون / هوش هیجانی / کیفیت زندگی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و شش، شماره ۱۰۱، صفحات: ۷۴-۸۲

مقدمه

امروزه اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک مشکل بزرگ جوامع انسانی در نظر گرفته می شود. براساس گزارشات سازمان بهداشت جهانی تعداد زیادی از افراد سالانه زندگی خود را به علت اعتیاد از دست می دهند و هزینه های شگرفی بر جوامع وارد می شود (۱). عوامل محیطی، اجتماعی و روان شناختی از جمله دلایل تأثیرگذار بر جهت گیری افراد نسبت به مواد مخدر می باشند. از این عوامل می توان به تلاش برای بالغ نشان دادن خود و پذیرفته شدن از سوی گروه های اجتماعی و دوستان (۲) اختلال در روابط اجتماعی (۳) اختلال در قدرت حل مشکلات و مدیریت استرس ها و پیشگیری از رفتارهای تکانه ای (۴)، اعتماد به نفس پایین و ناتوانی در بیان احساسات

و فقدان مهارت های ارتباطی (۵) اشاره کرد. از منظر روان شناختی یکی از دلایل عمده سوء مصرف مواد اختلال در مدیریت احساسات است (۶) و بی شک یکی از مهم ترین چالش هایی که پزشکان در درمان بیماران مذکور با آن روبرو می شوند، تنظیم مسایل هیجانی در آنها است. واکنش پذیری بالا منجر به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان منفی شده و در نتیجه استفاده از مواد مخدر را افزایش می دهد. افرادی که نمی توانند برانگیختگی های خود را کنترل کنند احتمالاً در معرض خطر سوء مصرف مواد بیشتری هستند (۶).

Tubman و همکاران در مطالعه ای دریافتند که رفتارهای هیجانی منفی در اواسط دوران کودکی، بر مصرف مواد در سال های اولیه بزرگسالی موثر هستند (۷). همچنین در مطالعه

۱. مرکز تحقیقات علوم رفتاری شناختی و اعتیاد کاوش، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. مرکز تحقیقات علوم رفتاری شناختی و اعتیاد کاوش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

با وجود این که مطالعات قبلی مشکل تنظیم هیجان را در افراد سوء مصرف کننده مواد نشان داده‌اند و اثر برنامه‌های آموزشی خاص در مهارت‌های هیجانی نشان داده شده‌است (۲۰-۱۸)، تاکنون اهمیت آموزش مؤلفه‌های هیجانی در بیمارانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند بررسی نشده است. هدف پژوهش ما مقایسه آموزش مؤلفه‌های هیجانی بر متغیر هوش هیجانی و کیفیت زندگی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و سنجش پایداری اثر آموزشی مذکور، سه ماه بعد از پایان آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه شبه تجربی در درمانگاه اعتیاد بیمارستان شفا رشت طی سال ۹۳-۹۲ صورت گرفت. با توجه به مطالعه‌ای که آریا صدر و همکاران (۲۱) انجام دادند و با در نظر گرفتن خطای اول ۰/۰۵ و خطای دوم ۰/۲۰ حجم نمونه کلی ۶۰ نفر برآورد شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱) سن ۱۸ تا ۵۰ سال (۲) نداشتن عقب افتادگی ذهنی (۳) نداشتن دلیریوم (۴) وجود نداشتن فاز حاد سایکوز براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR در مصاحبه با بیمار (۵) نداشتن حداقل تحصیلات دیپلم. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ۱) خروج از درمان نگهدارنده با متادون (۲) مایل نبودن به همکاری و شرکت در جلسات آموزشی. پس از توضیح اهداف مطالعه برای داوطلبین، از آنها رضایت نامه آگاهانه دریافت و شرکت کنندگان به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. نیمی از شرکت کنندگان در برنامه آموزشی مؤلفه‌های هوش هیجانی که توسط دستیار روانپزشکی برگزار می‌شد شرکت کردند. برای بقیه شرکت کنندگان مداخله‌ای صورت نگرفت.

برنامه آموزشی مؤلفه‌های هوش هیجانی توسط دستیار روانپزشکی به مدت هشت هفته، هر هفته یک جلسه‌ی گروهی (در گروه‌های ۱۰ نفره) ۹۰ دقیقه‌ای برای شرکت کنندگان برگزار شد (جدول ۱). این برنامه با استفاده از تجارب محققین (سلیمانی، فرهی) و بررسی پژوهش‌های قبلی (۲۱) و (۲۲) طراحی و تدوین شد.

Chassin و همکاران و Blackson و همکاران مشاهده شد که واکنش پذیری هیجانی برای شروع مصرف مواد در آینده عاملی خطر ساز محسوب می‌شود (۸ و ۹). تنظیم هیجان انگیزه اساسی و مهم برای مصرف مواد است. در واقع مصرف کنندگان مواد، اغلب مصرف خود را به مسکن بودن مواد نسبت می‌دهند (۱۰). هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت موثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف مواد را کاهش می‌دهد (۱۱). همچنین تنظیم هیجانی با توانایی ذهنی بیشتر برای پردازش اطلاعات اجتماعی همراه است. این توانمندی می‌تواند به افراد کمک کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و زیان بار مصرف مواد داشته باشند و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف مواد موفق‌تر عمل کنند (۱۲).

پژوهش‌های زیادی نشان داده است که درمان‌های دارویی از جمله متادون و غیردارویی مانند درمان‌های شناختی رفتاری در تنظیم هیجان فرد موثر بوده و در پیشگیری از عود در افراد سوء مصرف کننده مواد مفید می‌باشند. از جمله آموزش مهارت‌های هیجانی در خصوص اعتیاد، آموزش هوش هیجانی است (۱۳). هوش هیجانی یکسری توانایی‌ها در درک و مدیریت عواطف خود و دیگران و کمک به بهبودی آن‌ها، مدیریت احساسات و استرس‌ها است، به نحوی که موجب هدایت فرد در مدیریت درست تفکر گردد. مهارت‌های کلیدی الگوی هوش هیجانی شامل مهارت‌های درون فردی، مهارت‌های میان فردی، مدیریت استرس، تطابق و خلق عمومی می‌باشد (۱۴).

از سویی دیگر در جمعیت‌های مختلف مشاهده شده‌است که بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار مثبت وجود دارد. Vizintin و همکاران در مطالعه‌ای بر ۳۲۴ داوطلب سالم نشان دادند که هوش هیجانی رابطه قابل توجهی با شاخص کیفیت زندگی دارد. بطوری که ۲۶ درصد واریانس کلی کیفیت زندگی و ۱۹ درصد واریانس کیفیت زندگی مربوط به سلامت را پیش‌بینی می‌کند (۱۷-۱۵).

جدول ۱. محتوای برنامه آموزشی ارائه شده در هر جلسه

| | |
|------------|--|
| جلسه اول | کلیات، معرفی طرح، چستی و چرائی آموزش مهارت، خودآگاهی (چستی و اهمیت آن) روابط درون فردی |
| جلسه دوم | مرور مباحث جلسه اول و بررسی تکالیف آن، آموزش عزت نفس و اعتماد به نفس، گفتگوی درونی و اثر آن |
| جلسه سوم | آموزش مهارت های میان فردی (ضرورت و اهمیت آن، انواع ارتباطات اجتماعی، مهارت های اصلی و ...) |
| جلسه چهارم | چگونگی تغییر روابط در زندگی در اثر مسائلی همچون اعتیاد، همدلی، مهارت نه گفتن و ابراز وجود |
| جلسه پنجم | آموزش مهارت حل مسئله (تعریف و اهمیت و مراحل) با تأکید بر بارش فکری و مهارت تصمیم گیری و بررسی عواقب آن |
| جلسه ششم | آموزش اصول شناخت درمانی (اشاره به باورهای غیرمنطقی، نحوه معنی سازی، تأثیر افکار در زندگی، مراحل پنج گانه درمان عاطفی - منطقی، معرفی شیوه های باورهای غلط، تهیه فهرستی از این باورها و ارائه روش هایی برای مقابله با این افکار) |
| جلسه هفتم | آموزش مدیریت استرس (تعریف استرس و انواع آن، معرفی عوامل فشارزا، بحث در خصوص ارزیابی های شناختی اولیه و ثانویه، تعریف مقابله با تأکید بر نوع اجتناب آن خصوصاً در افراد معناد) |
| جلسه هشتم | ارائه مطالبی در مورد بهبود خلق، آرام سازی، اهمیت ورزش و تغذیه، پاداش به فرد، استفاده از مکانیسم های دفاعی سالم، امیدواری، خوش بینی |

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: ابزار مناسبی برای ادراک سلامتی افراد است. این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال است که به ارزیابی دو دسته مقیاس می پردازد. دسته اول، مقیاس سلامت جسمانی شامل چهار خرده مقیاس عملکرد جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی و ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی است و دسته دوم، مقیاس سلامت روانی شامل چهار خرده مقیاس نشاط، ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، ایفای نقش اجتماعی و سلامت روانی می باشد که در مجموع هشت حیطه را مورد بررسی قرار می دهد. نمره هر مقیاس با جمع زیرمقیاس های آن مشخص می شود. هر مقیاس از صفر تا صد متغیر است. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و اعتبار آن با استفاده از آزمون روایی همگرایی بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ متغیر بوده است (۲۴).

پس از جمع آوری داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون *chi-square test* و *independent t test* به ترتیب متغیرهای کیفی و کمی بین دو گروه مقایسه شدند. برای مقایسه مقادیر کمی قبل و بعد از مداخله از آزمون *t* مزدوج استفاده شد.

نتایج

در ابتدای مطالعه ۶۳ نفر شرکت داشتند ولی در طی مطالعه ۳ نفر به علت ترک درمان نگره دارنده با متادون از مطالعه خارج

مصاحبه‌ی تشخیصی: برای ایجاد رابطه‌ی درمانی اولیه، تشخیص، توجیه افراد و مشارکت آنها برای شرکت در جلسات گروهی، ابتدا مصاحبه‌ی تشخیصی براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR انجام شد و پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک شامل: سن، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی، دوز متادون، سطح تحصیلات و محل سکونت تکمیل گردید. پرسشنامه هوش هیجانی Bar on: پرسشنامه اصلی دارای ۱۱۷ سوال و ۱۵ مقیاس می باشد که توسط Bar on طراحی شد (۱۴). این پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده و تعداد عبارت‌های آن به ۹۰ عبارت کاهش یافته است. در بررسی کیفیت روان‌سنجی، این پرسشنامه از پایایی و روایی خوبی برخوردار بوده است و میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۹۳ درصد گزارش شده است. با ترکیب خرده مقیاس‌های هوش هیجانی، این پرسشنامه ۵ بعد هوش اجتماعی هیجانی را می‌سنجد: ۱) مهارت‌های درون فردی ۲) مهارت‌های میان فردی ۳) مدیریت استرس ۴) سازگاری با تغییر و ۵) خلق عمومی. هر سوال دارای پنج گزینه پاسخ با درجه بندی لیکرت است که براساس گزینه‌ای که آزمودنی انتخاب می‌کند از یک تا پنج نمره گذاری می‌شود. در هنجاریابی این آزمون در دانشجویان ایرانی میانگین و انحراف استاندارد کل آزمون ۳۷/۱ ± ۳۱۳/۶ گزارش شده است (۲۳).

و بقیه بالاتر از دیپلم داشتند. همچنین ۶۱/۶۶ درصد سوء مصرف کنندگان مواد در شهر و مابقی در روستا ساکن بودند. ۳۸/۳۳٪ افراد شاغل بودند. میانگین دوز نگهدارنده با متادون در کل جمعیت مورد مطالعه 12 ± 76 میلی گرم در روز بود (جدول ۲). تفاوت آماری معنی داری در دو گروه مشاهده نشد.

شدند (امورد در گروه مداخله و ۲ مورد در گروه شاهد). در نتیجه تجزیه و تحلیل آماری بر روی داده‌های ۶۰ سوء مصرف کننده مواد که تحت درمان نگه دارنده با متادون بودند انجام شد. ویژگی‌های دموگرافی جمعیت مورد مطالعه بدین شرح است: میانگین سن کل شرکت کنندگان $34/7 \pm 6/4$ ساله بود و ۳۶/۶۶٪ آنها متأهل بودند. ۵۸/۳۳٪ تحصیلات در حد دیپلم

جدول ۲. ویژگی‌های دموگرافیک و میانگین هوش هیجانی و کیفیت زندگی در گروه‌های مورد مطالعه

| متغیر | گروه آموزش (n=۳۰) | گروه شاهد (n=۳۰) | P-value* |
|--------------------------|-------------------|------------------|----------|
| سن (سال) Mean±SD | ۳۳/۱۳ ± ۶/۵۲ | ۳۶/۳ ± ۶/۲۸ | ۰/۰۶۱ |
| وضعیت تاهل | ۱۰ (٪۳۳/۳) | ۱۲ (٪۴۰) | ۰/۷۸ |
| متاهل | ۲۰ (٪۶۶/۷) | ۱۸ (٪۶۰) | |
| مجرد | | | |
| میزان تحصیلات | | | |
| دیپلم | ۱۹ (٪۶۳/۳) | ۱۶ (٪۵۳/۳) | ۰/۴۳ |
| بالاتر از دیپلم | ۱۱ (٪۳۶/۷) | ۱۴ (٪۴۶/۷) | |
| محل سکونت | | | |
| شهر | ۱۳ (٪۴۳/۳) | ۱۰ (٪۳۳/۳) | ۰/۴۲ |
| روستا | ۱۷ (٪۵۶/۷) | ۲۰ (٪۶۶/۷) | |
| وضعیت شغلی | | | |
| بیکار | ۱۹ (٪۶۳/۳) | ۱۸ (٪۶۰/۰) | ۰/۷۹ |
| شاغل | ۱۱ (٪۳۶/۷) | ۱۲ (٪۴۰/۰) | |
| دوز متادون Mean±SD (mg) | ۶۹ ± ۱۲/۰۲ | ۷۴/۱ ± ۱۰/۵۷ | ۰/۰۸۶ |
| نمره هوش هیجانی Mean±SD | ۲۸۹/۸ ± ۳۰/۸ | ۲۹۲/۶ ± ۳۰/۵۹ | ۰/۷۲ |
| نمره کیفیت زندگی Mean±SD | ۵۱/۷ ± ۸/۷۴ | ۴۹/۸ ± ۷/۷۵ | ۰/۳۶ |

* آزمون آماری برای وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، محل سکونت و وضعیت شغلی χ^2 و برای بقیه متغیرها t test بوده است.

هوش هیجانی Bar-on و کیفیت زندگی SF-36 قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری در گروه مداخله و شاهد نداشت (به ترتیب $P=0/72$ و $P=0/36$) (جدول ۳). همبستگی بارزی در هر دو گروه مداخله و شاهد بین نمره هوش هیجانی و کیفیت زندگی مشاهده شد (به ترتیب $r=0/86$ و $P<0/0001$ ، $r=0/65$ و $P<0/0001$) و لسی رابطه‌ای بین هیچکدام از این دو متغیر با سایر مشخصات دموگرافی دیده نشد ($P>0/05$).

در شروع مطالعه شرکت کنندگان پرسشنامه هوش هیجانی Bar-on و پرسش نامه کیفیت زندگی SF-36 را تکمیل نمودند. دامنه نمرات قابل اکتساب برای نمرات هوش هیجانی بین صفر تا ۴۵۰ بود، کمترین نمره هوش هیجانی کسب شده در کل افراد مورد مطالعه برابر ۲۱۰ و بالاترین نمره کسب شده نیز ۳۴۰ نمره بوده است. دامنه نمرات قابل اکتساب برای نمرات کیفیت زندگی بین صفر تا ۱۰۰ بود که کمترین نمره کیفیت زندگی کسب شده در کل افراد مورد مطالعه ۳۵ و بالاترین نمره کسب شده نیز ۶۴ بوده است. میانگین نمره

جدول ۳. میانگین نمره هوش هیجانی و کیفیت زندگی شرکت کنندگان قبل و بعد از مداخله

| متغیر | گروه | پایه | بعد از آموزش | P-value* |
|--------------------------|--------|---------------|---------------|----------|
| نمره هوش هیجانی Mean±SD | مداخله | ۲۸۹/۸ ± ۳۰/۸۳ | ۳۱۰/۲ ± ۲۸/۰۳ | ۰/۰۰۰۱ |
| | شاهد | ۲۹۲/۶ ± ۳۰/۵۹ | ۲۹۱/۹ ± ۳۰/۲۹ | ۰/۵۳ |
| نمره کیفیت زندگی Mean±SD | مداخله | ۵۱/۷۶ ± ۸/۷۴ | ۶۹/۳۳ ± ۷/۶۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| | شاهد | ۴۹/۸۱ ± ۷/۷۵ | ۵۰/۷ ± ۷/۴۷ | ۰/۰۸۶ |

* با استفاده از آزمون paired t test

نتایج آزمون t تفاضلی بین تفاوت تفاضل میانگین‌های نمره هوش هیجانی و کیفیت زندگی در گروه مداخله و شاهد نشان دهنده اختلاف آماری بارزی در تغییر نمره هوش هیجانی و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه بود (آزمون آماری t test، به ترتیب P کمتر از ۰/۰۲ و ۰/۰۰۰۱).

برای ارزیابی میزان پایایی و تداوم اثر آموزش، سه ماه بعد از اتمام آن نیز گروه مداخله مجدداً تحت سنجش با پرسشنامه هوش هیجانی Bar-on و کیفیت زندگی SF-36 قرار گرفتند. میانگین نمره هوش هیجانی Bar-on سه ماه بعد از پایان آموزش ۱۴/۱ واحد نسبت به میانگین نمره هوش هیجانی پایه‌ی این افراد بالاتر بود (P < ۰/۰۰۰۱). همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی SF-36 سه ماه بعد از پایان آموزش ۱۳/۹ واحد نسبت به میانگین نمره هوش هیجانی پایه‌ی این افراد بالاتر بود (P < ۰/۰۰۰۱) (جدول ۴).

سپس افراد گروه مداخله به مدت ۸ هفته، هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند. در پایان دوره‌ی آموزش افراد گروه مداخله و شاهد مجدداً پرسش‌نامه هوش هیجانی Bar-on و کیفیت زندگی SF-36 را تکمیل نمودند که نتایج آن بدین شرح است:

میانگین نمره هوش هیجانی Bar-on بلافاصله بعد از اتمام جلسات آموزشی در گروه مداخله ۲۰/۳ واحد افزایش یافت در حالی که در گروه شاهد ۰/۸ واحد کاهش یافت. این اختلاف در گروه مداخله از لحاظ آماری معنی‌دار بود (paired t test, P < ۰/۰۰۱). در مورد تغییر کیفیت زندگی، نمره حاصله بلافاصله بعد از اتمام جلسات آموزشی در گروه مداخله ۱۷/۶ واحد افزایش یافت در حالی که در گروه شاهد ۰/۸ واحد کاهش یافت. این اختلاف نیز تنها در گروه مداخله از لحاظ آماری معنی‌دار بود (paired t test, P < ۰/۰۰۱).

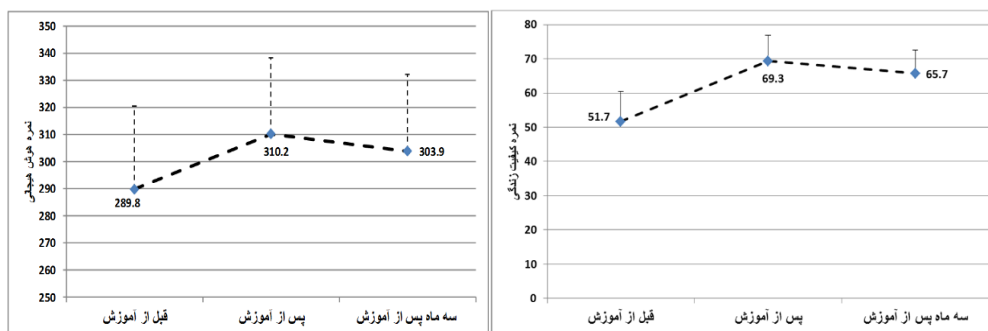
جدول ۴. میانگین نمره هوش هیجانی و کیفیت زندگی گروه مداخله قبل و سه ماه بعد از اتمام آموزش

| متغیر | پایه | سه ماه پس از اتمام آموزش | P-value* |
|--------------------------|---------------|--------------------------|----------|
| نمره هوش هیجانی Mean±SD | ۲۸۹/۸ ± ۳۰/۸۳ | ۳۰۳/۹ ± ۲۸/۳۱ | P=۰/۰۰۰۱ |
| نمره کیفیت زندگی Mean±SD | ۵۱/۷۶ ± ۸/۷۴ | ۶۵/۷ ± ۶/۸۸ | P=۰/۰۰۰۱ |

* با استفاده از آزمون paired t test

معنی‌داری در روند تغییر میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه مداخله در سه مقطع زمانی قبل و بعد از آموزش و سه ماه پس از اتمام آموزش دیده می‌شود (P < ۰/۰۰۰۱) و (F=۲۲۶/۳) (نمودار ۱).

با استفاده از Repeated measurement نیز مشخص گردید که تفاوت آماری معنی‌داری در سیر تغییرات میانگین نمرات هوش هیجانی در گروه مداخله در سه مقطع زمانی قبل و بعد از آموزش و سه ماه پس از اتمام آموزش دیده می‌شود (P < ۰/۰۰۰۱ و F=۸۶/۲) و همچنین تفاوت آماری



نمودار ۱- میانگین نمرات هوش هیجانی (سمت چپ) و کیفیت زندگی (سمت راست) در گروه مداخله، قبل و بعد از آموزش و سه ماه پس از اتمام آموزش

بحث و نتیجه گیری

شرکت کننده در مطالعه، سنجیده شده با پرسش نامه هوش هیجانی Bar-on، و نرخ عود اعتیاد به دنبال ترک مواد مخدر رابطه‌ی معکوس معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر هر چه هوش هیجانی فرد معتاد کمتر باشد احتمال عود اعتیاد و استفاده مجدد از مواد اعتیادآور در وی بیشتر است. محقق بیان داشته است که ارتقای هوش هیجانی احتمالاً موجب می‌شود تا فرد بتواند نظر مخالف خود را ابراز نماید و از انفعال خارج شود و با رد کردن و مقاومت نمودن در برابر یک پیشنهاد، مبتنی بر امتحان نمودن یک ماده مخدر، احتمال عود مجدد اعتیاد در وی بویژه در دوران بعد از ترک، کاهش یابد و می‌توان در کنار درمان‌های دارویی نگهدارنده جهت ترک اعتیاد (از قبیل متادون، بوپره نورفین و غیره) از روش‌های آموزشی ارتقای هوش هیجانی استفاده نمود تا ظرفیت فرد معتاد برای مقاومت در برابر وسوسه‌های استفاده مجدد مواد مخدر افزایش یابد و نرخ عود اعتیاد کاهش یابد.

همچنین در مطالعه‌ی RuiGuo و همکاران (۲۶) سال ۲۰۱۰ در شهر Wuhan، کشور چین، بر ۷۹۸ دانش‌آموز مقطع دبیرستان نتیجه مشابهی به دست آمد. در این مطالعه محققین نشان دادند که برنامه‌ی آموزشی CMER (که شامل محورهای شناخت مواد اعتیاد آور [cognition]، انگیزه [motivation]، هوش هیجانی [emotional intelligence] و مهارت‌های مقابله [resistance skill] می‌باشد) در ۶ جلسه‌ی آموزشی ۴۰ دقیقه‌ای به گروه مداخله (۴۰۷ نفر) سبب می‌شود که شرکت کنندگان در گروه مداخله بلافاصله بعد از اتمام آموزش نمره‌ی بالاتری در مقوله‌های شناخت مواد اعتیادآور، انگیزه و مهارت‌های مقابله نسبت به گروه کنترل (۳۹۱ نفر) داشته باشند ($P < 0/05$). همچنین ۳ ماه بعد از

در این مطالعه نشان داده شد که آموزش هوش هیجانی، در قالب ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۸ هفته، می‌تواند موجب بهبود هوش هیجانی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون شود. با توجه به اینکه هوش هیجانی نوعی هوش اجتماعی است که طی آن فرد قادر خواهد بود بر احساسات خود مدیریت داشته باشد و بواسطه‌ی آن تفکر و عملکرد بهتری ارائه دهد، ارتقای آن در افراد معتاد از یک سو سبب می‌شود که به نحو مؤثری بر احساسات و استرس‌های دوران ترک و بعد از ترک مواد مخدر مدیریت داشته باشند و از طرفی نقش مثبت و بارزی در خانواده خود و جامعه ایفا نمایند. در نتیجه همانطور که انتظار می‌رفت اثر مستقیم هوش هیجانی بر کیفیت زندگی افراد و بهبود نمره کیفیت زندگی این بیماران مشاهده شد. نتایج این مطالعه با سایر مطالعاتی که در ادامه به آنها اشاره می‌شود و بوسیله‌ی جلسات آموزش موجب ارتقای هوش هیجانی و کیفیت زندگی افراد شده‌اند مطابقت دارد.

مطالعه‌ی آریا صدر و همکاران بر ۱۶ فرد معتاد در شهرستان خرم آباد، نشان داد که آموزش هوش هیجانی طی ۱۰ جلسه به گروه مداخله (۸ نفر) نسبت به گروه کنترل (۸ نفر) به طور معنی داری موجب افزایش هوش هیجانی می‌شود ($P < 0/004$) (۲۱). اما در این مطالعه پایداری اثر آموزش بر ارتقای هوش هیجانی ارزیابی نگردید و همچنین اثر آموزش هوش هیجانی بر کیفیت زندگی بیماران بررسی نشد.

در مطالعه‌ی مقطعی رئیس جویان و همکاران (۲۵) که طی سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۱۲ در مرکز بازتوانی معتادین به مواد مخدر در مشهد بر روی ۱۱۶ فرد معتاد با میانگین سنی ۳۶/۷ سال انجام شد، نشان داده شد که بین هوش هیجانی افراد

نمونه بالاتر و بصورت چند مرکزی در گروه‌های مختلف سنی و جنسی و با پایش طولانی‌تر انجام گردد. در نهایت این که مطالعه کنونی نشان داد که رابطه بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی از جمله مسائلی است که در پیشگیری از سوء مصرف افراد باید در نظر گرفته شود. چون توانایی درک صحیح، پردازش درست و مدیریت هیجان سبب خواهد شد که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالا است تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیحی از خود نشان دهد و در نتیجه اساس امنیت بیشتری کرده که تاثیر آن را در کیفیت زندگی آنها می‌توان مشاهده کرد. از این رو آموزش مهارت‌ها براساس مؤلفه‌های هوش هیجانی موجب بهزیستی سوء مصرف کنندگان مواد شده و در نتیجه نگهداری ترک موثر است. از آنجایی که دارو درمانی هر چند گاهی به تنهایی سبب بهبودی در افراد معتاد می‌شود ولی ناپایدار است، گهگاه با عوارضی همراه است و احتمال عود اعتیاد بالایی دارد، می‌توان در کنار درمان دارویی نگهدارنده از روش آموزش هوش هیجانی استفاده نمود.

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

اتمام جلسات آموزشی، گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، نرخ کمتری از استفاده از مواد اعتیادآور داشتند ($P < 0/05$) و این فرضیه را مطرح کردند که می‌تواند موجب پیشگیری اولیه از استفاده از مواد مخدر نیز بشود.

همسو با یافته‌های مطالعه ما، در مطالعه‌ی قاسمی و همکاران (۲۷) در سال ۲۰۱۳ در مرکز درمان سوء استفاده از مواد، مشاهده شد که مداخله‌ی آموزشی در ۹ جلسه به گروه مداخله (۹۵ نفر) می‌تواند نمره کیفیت زندگی افراد (براساس پرسش نامه کیفیت زندگی SF-36) را نسبت به گروه کنترل (۹۵ نفر) و نسبت به قبل از مداخله به طور معنی‌داری افزایش دهد ($P < 0/001$). ولی در این مطالعه محققین پایداری اثر آموزش را در ارتقاء کیفیت زندگی بررسی نکردند.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به تک مرکزی بودن مطالعه، تک جنسیتی بودن جامعه‌ی مورد مطالعه، نبود گروه‌های سنی مختلف، نبود گروه‌های مختلف معتادین به مواد مخدر گوناگون و مدت تقریباً کوتاه پایش افراد اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای گسترده‌تر و با حجم

منابع

- Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*. 2013;78:70-7.
- Conrad KM, Flay BR, Hill D. Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. *Br J Addict*. 1992 Dec;87(12):1711-24.
- Zamani E, Kheradmand A, Cheshmi M, Abedi A, Hedayati N. Comparing the social skills of students addicted to computer games with normal students. *Addict Health*. 2010;2(3-4):59-65.
- Badiani A, Spagnolo PA. Role of environmental factors in cocaine addiction. *Curr Pharm Des*. 2013;19(40):6996-7008.
- Khanmohammadi A, Homayouni A, Mosavi Amiri SJ, Nikpour GA. Low emotional intelligence as a predictor of tendency to addiction. *European Psychiatry*. 2009; 24(1): S431
- Abolqasemi A, Allah Quli Lu K, Narimani D. Emotion regulation strategies in drug abusers with high and low reactivity. *J Guilan Univ Med Sci*. 2010;77:15-22. [Text in Persian]
- Tubman JG, Vicary JR, von Eye A, Lerner JV. Longitudinal substance use and adult adjustment. *J Subst Abuse*. 1990;2(3):317-34.
- Chassin L, Pillow DR, Curran PJ, Molina BS, Barrera M Jr. Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: a test of three mediating mechanisms. *J Abnorm Psychol*. 1993;102(1):3-19.
- Blackson TC, Tarter RE, Martin CS, Moss HB. Temperament mediates the effects of family history of substance abuse on externalizing and internalizing child behavior. *The American Journal on Addictions*. 1994;3(1): 58-66.
- Frith CD. Smoking behaviour and its relation to the smoker's immediate experience. *Br J Soc Clin Psychol*. 1971 Feb;10(1):73-8.
- 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.
- Romero-Ayuso D, Mayoral-Gontán Y, Triviño-Juárez JM. Emotional intelligence, risk perception in abstinent cocaine dependent individuals. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44(2):72-8.
- Dunn S. Emotional intelligence and addiction. *J Subst Abuse* 2003; 5(1): 129-136
- Bar-On R. The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual. Toronto; Multi-Health Systems, Inc, 1997.

15. Vižintin DS, Buško V. Emotional intelligence and quality of life. III International Congress of Emotional Intelligence, 2011.
16. Douaihy A, Singh N. Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *The AIDS reader*. 2001;11(9):450-4, 60-1, 75.
17. Livingstone HA, Day AL. Comparing the construct and criterion-related validity of ability-based and mixed-model measures of emotional intelligence. *Educational and Psychological Measurement*. 2005;65(5):757-79.
18. Lopes P, Salvey P. Toward a broader education: social, emotional, and practical skills. *In: Zins JE, Weissberg RP, Wang MC, Walberg HJ (Eds). Building school success on social and emotional learning*. 2004. New York; Teachers College Press, 79-93.
19. Maurer M, Brackett MA. Emotional literacy in the middle school. A 6-step program to promote social, emotional and academic learning. New York; ED. Dude, 2004.
20. Fernandez-Berrocal P, Ramos N. *Desarrolla tu Inteligencia Emocional* [Develop your emotional intelligence]. 2004. Barcelona: Kairos.
21. Aryasadr Z, Akbarzade N, Yazdi SM. The comparison of emotional intelligence components in addicted and non addicted men; the effect of cognitive therapy and training program of emotional intelligence components on addicted men referred to withdrawal centers in Khoramabad. *Quarterly Journal of Psychological studies*. 2010;6(3):73-90.
22. Weissberg RP, O'Brien MU. What Works in School-Based Social and Emotional Learning Programs for Positive Youth Development. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*. 2004;591:86-97.
23. Dehshiri GH. Normalizing the Bar-On's E Q-I Questionnaire among students of University of Tehran and examination of its functional structure, MA Thesis, Allameh Tabataba'i University. 2004.
24. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005 Apr;14(3):875-82.
25. Raisjouyan Z, Talebi M, Ghasimi Shahgaldi F, Abdollahian E. Investigating the Effect of Emotional Intelligence on the Addiction Relapse after Quitting. *Asia Pacific Journal of Medical Toxicology*. 2014;3(1):27-30.
26. Guo R, HeQ, Shi J, Gong J, Wang H, Wang Z. Short-term impact of cognition-motivation-emotional intelligence-resistance skills program on drug use prevention for school students in Wuhan, China. *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences]*. 2010;30:720-5.
27. Ghasemi A, Estebsari F, Bastaminia A, Jamshidi E, Dastoorpoor M. Effects of Educational Intervention on Health-Promoting Lifestyle and Health-Related Life quality of Methamphetamine Users and Their Families: a Randomized Clinical Trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(11):e20024.

The Impact of Education on Emotional Intelligence and Quality of Life of the Patients Undergoing Methadone Maintenance Therapy

*Soleimani R (MD)¹- Morad Khani E (MD)² – Farahi H (PhD)³

*Corresponding Address: Kavosh Cognitive Behaviour Sciences and Addiction Research Center, Psychiatry Department, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Email: soleimani.dr@gmail.com

Received: 12/Aug/2015 Revised: 31/Jan/2017 Accepted: 11/Feb/2017

Abstract

Introduction: With respect to low emotional intelligence in opiate addicts rather than general population, we conducted this study to determine the effect of education on their emotional intelligence and quality of life.

Objective: To Determent the Impact of Education on Emotional Intelligence and Quality of Life of the Patients Undergoing Methadone Maintenance Therapy

Materials and Methods: This study was performed as a pre-test post-test quasi-experimental study with control group. Sixty men with methadone maintenance therapy were selected from center of addiction of Shafa Hospital, Rasht. Thirty drug abusers randomly participated in educationalsessionswhich were held by a psychiatry resident. The training program consists of eight 90-minute sessions that were presented during the 8 weeks. Emotional Intelligence and quality of life of these individuals were compared with the control group. To measure these variables, we used Bar- on and SF-36 questionnaire, respectively. The resulting data were analyzed with using chi-square, student t and paired t tests. A significant statistic less than 0.05 were considered significant.

Result: The mean age of participants in intervention and control groups were 33.1±6.5 and 36.3±6.3 years (P>0.05). Educational intervention were significantly improved emotional intelligence of participants and their quality of life compared totheir scores inpre-intervention (P< 0.0001 and P<0.0001, respectively). Also 3 months after intervention, intervention group had greater emotional intelligence and quality of life scores rather than pre-intervention and control group (P< 0.0001 and P< 0.0001, respectively).

Conclusion: This study showed impact of education on the improvement of emotional intelligence and quality of life of the patients with methadone maintenance therapy. However, all participants were male and the results of this study were interpreted cautiously. We recommend further studies about this issue.

Conflict of interest: none declared.

Key words: Addiction\ Methadone\ Emotional Intelligence \ Quality Of Life

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No101, Pages: 74-82

Please cite this article as: Soleimani R, Morad Khani E, Farahi H. The impact of education on emotional intelligence and quality of life of the patients undergoing methadone maintenance therapy J of Guilan Univ of Med Sci 2017; 26(101):74-82. [Text in Persian]

1. Kavosh Cognitive Behaviour Sciences and Addiction Research Center, Psychiatry Department, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

2. Kavosh Cognitive Behaviour Sciences and Addiction Research Center, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

3. Psychiatry Department, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.