

## پیش‌بینی بهبودی یا بازگشت به سوءمصرف مواد مخدر بر پایه هوش هیجانی و رویارویی مذهبی

محمد آقا دلاورپور<sup>۱</sup>، مرضیه سلطانی<sup>۲</sup>، دکتر مسعود حسین‌چاری<sup>۳</sup>

### Prediction of Recovery or Relapse from Substance Abuse, Based on the Emotional Intelligence and Religious Coping

Mohammad Agha Delavarpoor<sup>a</sup>, Marzieh Soltani<sup>b</sup>, Masoud Hosseinchari<sup>\*c</sup>

#### Abstract

**Objectives:** The aim of this research was to investigate the predictive role of emotional intelligence and religious coping in relapse or recovery from substance abuse.

**Method:** 62 male subjects who had presented to two addiction detoxification centers in the city of Nafajabad, Iran, and who were selected using convenience sampling, were divided into an abstinent (31 individuals with a history of at least one year abstinence) and relapsed (31 individuals with an abstinence history less than one year) groups. Data were gathered using Religious Coping Scale and Trait Emotional Intelligence Questionnaire and were analyzed using discriminate analysis test and independent t-test. **Results:** The relapsed and non-relapsed individuals were significantly different in Internal/Private Religious Coping ( $p < 0.001$ ), External/Social Religious Coping ( $p < 0.05$ ), and Emotional Intelligence (0.001). Also, discriminate analysis test showed that 79% of relapsed and non-relapsed individuals can be distinguished based on internal/private coping and emotional intelligence. **Conclusion:** Internal private religious coping is the most important factor in distinguishing and categorizing the individuals presenting to addiction abstinence centers into abstinent and relapsed groups.

**Key words:** substance abuse; addiction; relapse; religious coping; emotional intelligence

[Received: 27 December 2007; Accepted: 30 June 2008]

#### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی هوش هیجانی و رویارویی مذهبی در بهبودی یا بازگشت به سوءمصرف مواد بود. **روش:** در یک بررسی ۶۲ مرد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد «تولد دوباره» و «امید» شهرستان نجف‌آباد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند در دو گروه پاک (۳۱ نفر با سابقه پاکی دست کم یک سال) و بازگشتی (۳۱ نفر با سابقه پاکی کمتر از یک سال) به کمک مقیاس شیوه‌های رویارویی مذهبی و پرسش‌نامه هوش هیجانی-صفتی، گردآوری شدند داده‌ها با بهره‌گیری از روش آماری تحلیل ممیز و آزمون t برای گروه‌های مستقل تحلیل شدند. **یافته‌ها:** افراد پاک و بازگشتی تفاوت معنی‌دار در سه متغیر رویارویی مذهبی درونی/شخصی ( $p < 0.001$ )، رویارویی مذهبی بیرونی/اجتماعی ( $p < 0.05$ ) و هوش هیجانی ( $p < 0.001$ ) داشتند. آزمون تحلیل ممیز نیز نشان داد که بر پایه دو متغیر رویارویی مذهبی درونی/شخصی و هوش هیجانی، می‌توان ۷۹٪ از افراد بهبودیافته و بازگشتی را از یکدیگر متمایز نمود. **نتیجه‌گیری:** رویارویی مذهبی درونی/شخصی مهمترین عامل تمایز گروهی برای طبقه‌بندی مراجعان به مراکز ترک اعتیاد در دو گروه پاک یا بازگشتی است.

**کلیدواژه‌ها:** سوءمصرف مواد؛ اعتیاد؛ عود؛ رویارویی مذهبی؛ هوش هیجانی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۰/۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۴/۱۰]

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی؛ <sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد تهران؛ <sup>۳</sup> دکترای تخصصی روانشناسی تربیتی، استادیار دانشگاه شیراز. شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، بخش روانشناسی تربیتی. دورنگار: ۰۷۱۱-۶۲۸۶۴۴۱ (نویسنده مسئول). E-mail: hchari@shirazu.ac.ir

\* Corresponding author: PhD. in Educational Psychology, Assistant Prof. of Shiraz University. Department of Educational Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran, IR. Fax: +98711-6286441. Email: hchari@shirazu.ac.ir. <sup>a</sup> MA. in Educational Psychology; <sup>b</sup> MA. student in Clinical Psychology.

## مقدمه

می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند. شاخص‌های مذهبی (برای نمونه عضویت در یک فرقه مذهبی و شرکت در آیین‌های مذهبی) با مصرف داروهای اعتیادآور و الکل رابطه معکوس دارد (میلر<sup>۳۳</sup>، دیویس<sup>۲۴</sup> و گرین والد<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۰). یافته‌های پژوهشی تأثیرات بازدارنده مذهب بر سوء مصرف مواد را آشکار ساخته‌اند (براون<sup>۲۶</sup>، پارکس<sup>۲۷</sup>، زیمرمن<sup>۲۸</sup> و فیلیس<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۱؛ میلر و همکاران، ۲۰۰۰؛ والاس<sup>۳۰</sup> و فورمن<sup>۳۱</sup>، ۱۹۹۸). نونماکر<sup>۳۲</sup>، مک‌نیل<sup>۳۳</sup> و بلام<sup>۳۴</sup> (۲۰۰۳) با متمایز کردن دیانت عمومی (حضور در انجمن‌های مذهبی، شرکت در امور خیریه) از دیانت خصوصی (نماز خواندن و عبادت، میزان اهمیت فرد به مذهب)، نشان دادند که این دو شکل از مذهب در برابر مصرف سیگار، الکل و ماری‌جوآنا حفاظت‌کننده هستند. بر پایه یافته‌های یادشده دیانت خصوصی عامل نگهدارنده مطمئن‌تری - حتی در برابر مصرف تفتنی - است، در حالی که دیانت عمومی تنها با مصرف پیوسته مواد رابطه منفی داشت. بهره‌گیری از باورهای معنوی که هسته اصلی مذهب می‌باشد، عامل بسیار مهمی در کاهش گرایش به مصرف مواد می‌باشد (جورج<sup>۳۵</sup>، لارسون<sup>۳۶</sup>، کوئینگ<sup>۳۷</sup> و مک‌کالوف<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۰؛ مارک استروم<sup>۳۸</sup>، ۱۹۹۹). پژوهش‌های کمی (برای نمونه پارذینی<sup>۳۹</sup>، پلانته<sup>۴۰</sup>، شرم<sup>۴۱</sup> و استامپ<sup>۴۲</sup>، ۲۰۰۰) نیز نقش مذهب را به‌عنوان عاملی با اهمیت در بهبودی و ترک سوء مصرف مواد، گزارش نموده‌اند. به‌طور کلی، بررسی‌ها نشان داده‌اند که داشتن باورهای مذهبی نیرومند با مصرف کمتر مواد همراه است (آمی<sup>۴۳</sup>، آلبرشت<sup>۴۴</sup> و میلر، ۱۹۹۶؛ والاس و فورمن، ۱۹۹۸؛ میلر و همکاران، ۲۰۰۰؛ چترز<sup>۴۵</sup>، ۲۰۰۰).

وابستگی به مواد مخدر یک مسأله و آسیب اجتماعی مهم سال‌های اخیر در بیشتر جوامع دانسته شده است. وابستگی به مواد یک اختلال مزمن و بازگشت‌کننده است که هزینه‌های سنگینی را بر افراد، خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند. با وجود این هنوز شیوه درمان قطعی برای آن یافت نشده است. حتی پس از آن که فرد وابسته، مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع نماید، نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد.

عوامل بی‌شماری از جمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه و بازگشت پس از درمان این اختلال مؤثرند (پورشهباز، شاملو، جزایری و قاضی طباطبایی، ۱۳۸۴؛ دباغی، اصغر نژاد فرید، عاطف و حید و بوالهروی، ۱۳۸۶؛ امینی، امینی، افشارمقدم و آذر، ۱۳۸۲؛ بک، رایت، نیومن و لیس، ۱۳۸۰). یافته‌های بالینی گویای آن هستند که در شکل‌گیری وابستگی به مواد مخدر ویژگی‌های شخصیتی، شیوه زندگی، روابط اجتماعی، نگرش، باورها، احساسات، دلبستگی‌ها، عواطف و رفتارهایی که در طی رشد فرد شکل گرفته‌اند، نقش اساسی ایفا می‌کنند (بشارت، میرزمانی بافقی و پورحسین، ۱۳۸۰؛ سیگل<sup>۱</sup> و سنا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). در این میان به نظر می‌رسد که نقش مذهب به لحاظ احاطه داشتن بر همه شئون زندگی انسان، تعیین‌کننده باشد.

از سوی دیگر، یکی از جنبه‌های درون‌فردی در امر سلامت روانی، باورهای دینی است که با تجلی در کردار و سبک زندگی می‌تواند، زمینه ارتقاء سلامت روانی فرد را فراهم آورد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که پایبندی به مذهب با سلامت بدنی و روانی ارتباط دارد (تاکی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ بال<sup>۴</sup>، آرمیستد<sup>۵</sup> و آوستین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ و ماسلکو<sup>۷</sup> و کابزانسکی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). باورها و آیین‌های مذهبی بر رضایت از زندگی، بهکامی روان‌شناختی<sup>۹</sup> و سبک زندگی، تأثیرات مثبتی دارد (الیسون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۱؛ دوسی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۰). کوئینگ<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۵) بر این باور است که باورهای دینی قوی‌تر، اثرات روانی مثبتی بر جای می‌گذارند که در ارتقاء بهداشت روانی و پایداری عاطفی افراد مؤثر است. در این راستا، پژوهش‌ها (گارتنر<sup>۱۳</sup>، لارسون<sup>۱۴</sup> و آلن<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۱؛ فلاویو<sup>۱۶</sup>، کولیس<sup>۱۷</sup>، نیری<sup>۱۸</sup>، پارسایی<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۵) نشان داده‌اند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیش‌گیری از رفتارهای پرخطر چون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر همراه است. ویلز<sup>۲۰</sup>، یاگر<sup>۲۱</sup> و سندی<sup>۲۲</sup> (۲۰۰۳) نشان دادند که دینداری، از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد

1- Siegle	2- Senna
3- Takyi	4- Ball
5- Armistead	6- Austin
7- Maselko	8- Kubzansky
9- psychological well-being	10- Ellison
11- Dossey	12- Koeing
13- Gartner	14- Larson
15- Allen	16- Flavio
17- Kulis	18- Nieri
19- Parsai	20- Wills
21- Yaeger	22- Sandy
23- Miller	24- Davies
25- Greenwald	26- Brown
27- Parks	28- Zimmerman
29- Phillips	30- Wallace
31- Forman	32- Nonnemaker
33- McNeely	34- Blum
35- George	36- Larson
37- McCullough	38- Markstrom
39- Pardini	40- Plante
41- Sherman	42- Stump
43- Amey	44- Albrecht
45- Chatters	

باشند در دو گروه عوامل درون فردی و بیرون فردی قابل بررسی هستند. باورهای دینی در رویارویی با رویدادهای تهدیدکننده سلامت اجتماعی و روانی به عنوان تکیه گاهی نیرومند، مورد تأکید دست‌اندرکاران بوده است. از سوی دیگر، سلامت روان نیازمند مهارت‌هایی است که مؤید توانمندی فرد در عملکردهای اجتماعی است و این همان ضرورتی است که نظریه‌پردازان هوش هیجانی پیوسته آن را یادآور شده‌اند. بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهشی مبنی بر تأثیر مذهب (ویلز و همکاران، ۲۰۰۳) و هوش هیجانی (شاهقلیان، جان‌نثار شرق، عبدالمهی، ۱۳۸۶؛ گلشن، ۱۳۸۳؛ سالکوفسک<sup>۹</sup>، اوستین<sup>۳</sup>، گالوی<sup>۳۱</sup> و دیویدسون<sup>۳۲</sup>، ۲۰۰۷) به عنوان دو توانمندی درون فردی و میان فردی برای رویارویی با شرایط اضطراب، تنیدگی و موقعیت‌های بحرانی و تهدیدکننده سلامت روانی، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش این دو سازه در پیش‌گیری از بازگشت دوباره به سوء مصرف مواد انجام شده است.

### روش

آزمودنی‌های پژوهش حاضر که از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد «تولد دوباره» و «امید» شهرستان نجف‌آباد، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، ۶۲ مرد بودند که در دو گروه پاک (۳۱ نفر با سابقه پاکی دست کم یک سال) و بازگشتی (۳۱ نفر با سابقه پاکی کمتر از یک سال) جای داده شده بودند. از آن‌جا که مراجعان برای پی‌گیری روند درمان خود به صورت هفتگی به مراکز مربوطه مراجعه می‌کردند و سوابق درمانی آنان نیز در این مراکز موجود بود، بنابراین معیار انتخاب گروه‌های مورد پژوهش (پاک و بازگشتی)، سوابق درمانی و گزارش درمانگران بوده است. پس از جلب رضایت افراد برای مشارکت در پژوهش، به آنان از نظر محرمانه‌بودن اطلاعات گردآوری شده و این که

از دیدگاه میان‌فردی، توانمندی در زمینه عملکرد اجتماعی، به‌ویژه در برقراری روابط با دیگران، و نیز تعامل سازنده با اطرافیان می‌تواند به شیوه‌های گوناگون به ارتقاء سلامت روانی افراد کمک نماید. بروز مفهوم هوش هیجانی (عاطفی) و نظریه‌های گوناگون پیرامون آن و تلاش‌های گسترده برای ساخت ابزار سنجش آن، بیانگر توجه به تأثیر روابط میان‌فردی در سلامت روانی است. به هر روی به‌نظر می‌رسد، هوش هیجانی از عوامل تعیین‌کننده در بسیاری از واکنش‌های انسان نسبت به محیط اجتماعی باشد (سالوی<sup>۱</sup> و مایر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰، به‌نقل از گانون<sup>۳</sup> و رانزیج<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). این مفهوم جدا از هوش شناختی و دربرگیرنده شناخت احساسات و به‌کارگیری درست آنها، تصمیم‌گیری مناسب هیجانی، توانایی مدیریت مطلوب خلقی، کنترل تکانه‌ها و مهارت‌های اجتماعی مطلوب می‌باشد (اسجورگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ کاجوب<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ بویاتکزیس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰؛ محمدی و غرابی، ۱۳۸۶). هوش هیجانی می‌تواند یکی از جنبه‌های مهم به‌کامی در رویارویی با رخداد‌های روزمره زندگی باشد (اکستریما<sup>۸</sup> و بروکال<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هوش هیجانی با سلامت عمومی (زارعان، اسداله‌پور، بخشی‌پور رودسری، ۱۳۸۶؛ اوستین<sup>۱۰</sup>، سالکوفسک<sup>۱۱</sup> و ایگان<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵)، خوش‌بینی، کاهش استرس، رضایت از زندگی زناشویی (تیرگری، اصغرنژادفرید، بیان‌زاده و عابدین، ۱۳۸۵؛ مهانیان خامنه، برجعلی و سلیمی‌زاده، ۱۳۸۵؛ اکستریما و دوران<sup>۱۳</sup> و ری<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷)، سازگاری اجتماعی (انگلببرگ<sup>۱۵</sup> و اسجورگ، ۲۰۰۴)، کنترل خشم و خودمهاری<sup>۱۶</sup> (رمضانی و عبدالمهی، ۱۳۸۵؛ کیوبمن<sup>۱۷</sup> و روزل<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۲)، خودکارآمدی (چان<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۴) و حل مسایل جدید (اسجورگ، ۲۰۰۱) رابطه دارد. گلشن (۱۳۸۳) هوش هیجانی پایین را با مسایلی مانند خشونت، افسردگی، جرم و اعتیاد مرتبط می‌داند، زیرا همه این مسایل ناتوانی ما را در کنارآمدن با هیجان، نشان می‌دهد.

هم‌چنان‌که پیشتر اشاره شد، مصرف دوباره مواد و بازگشت این بیماری از مسایل مهم درمان سوء مصرف مواد است. پژوهش‌های اندک انجام‌شده در زمینه رابطه کارکرد هوش هیجانی و سوء مصرف مواد نشان داده‌اند که هوش هیجانی پایین با مصرف الکل، تنباکو و سیگار (ترینیداد<sup>۲۰</sup> و جانسون<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۲؛ ترینیداد، آنگر<sup>۲۲</sup>، کو<sup>۲۳</sup>، آزن<sup>۲۴</sup> و جانسون، ۲۰۰۴) و سوء مصرف مواد (رایلی<sup>۲۵</sup> و شوت<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۳؛ براکت<sup>۲۷</sup>، مه‌یر و وارنر<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۴) رابطه منفی دارد.

به‌نظر می‌رسد مجموعه عواملی که در زمینه ابتلا به سوء مصرف و بازگشت پس از درمان می‌توانند نقش داشته

- |               |                      |
|---------------|----------------------|
| 1- Salovey    | 2- Mayer             |
| 3- Gannon     | 4- Ranzij            |
| 5- Sjoberg    | 6- Kaschube          |
| 7- Boyatxzis  | 8- Extremera         |
| 9- Berrocal   | 10- Austin           |
| 11- Saklofske | 12- Egan             |
| 13- Dura      | 14- Rey              |
| 15- Engelberg | 16- self-controlling |
| 17- Qubbeman  | 18- Rozell           |
| 19- Chan      | 20- Trinidad         |
| 21- Johnson   | 22- Unger            |
| 23- Chou      | 24- Azen             |
| 25- Riley     | 26- Schutte          |
| 27- Brackett  | 28- Warner           |
| 29- Saklofske | 30- Austin           |
| 31- Galloway  | 32- Davidson         |

داده‌ها به صورت گروهی و گمنام مورد تحلیل قرار می‌گیرند، اطمینان داده شد. هم‌چنین پس از اجرای پرسش‌نامه‌ها، آزمودنی‌ها از هدف پژوهش آگاه شدند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۹ تا ۵۶ سال (میانگین ۳۰/۷۱ سال، انحراف معیار ۷/۹۴) بود. ۴۶/۸٪ آزمودنی‌ها مجرد و ۵۳/۲٪ متأهل بودند. ۷۷/۴٪ آنها بی‌سواد و کم‌سواد، و ۲۲/۶٪ دارای مدرک دیپلم و بالاتر بودند. هم‌چنین ۶۹/۴٪ افراد شاغل و ۳۰/۶٪ بیکار بودند و همه آنها سابقه مصرف تریاک و هرویین داشتند.

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌های زیر بهره گرفته شد:

**پرسش‌نامه هوش هیجانی صفتی<sup>۱</sup>** (پترایدز<sup>۲</sup> و فارنهام<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱): این پرسش‌نامه دارای ۳۰ گویه است. برای نمره‌گذاری هر گویه، نمره‌ای بین یک تا هفت به آزمودنی داده می‌شود. هم‌چنین دارای یک نمره کلی برای هوش هیجانی و چهار مقیاس فرعی مهارت‌های اجتماعی، کنترل عواطف، درک عواطف خود و دیگران و خوش‌بینی می‌باشد. پترایدز و فارنهام (همان‌جا) همسانی درونی این پرسش‌نامه را برابر با ۰/۸۶ گزارش کردند. هم‌چنین وجود همبستگی مثبت و معنی‌دار بین این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه نیم‌رخ شخصیتی آیزنک گویای روایی هم‌زمان مطلوب این پرسش‌نامه است. ضریب آلفای کرونباخ برای محاسبه پایایی این پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۹ گزارش شده است. در ایران روایی و پایایی این پرسش‌نامه از سوی پژوهشگران (مارانی، ۱۳۸۲؛ احمدی ازغندی، فراست معمار، تقوی و ابوالحسنی، ۱۳۸۵) مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر به روش دونیمه‌سازی ضریب پایایی کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۷۸ به دست آمد.

**مقیاس شیوه‌های رویارویی مذهبی<sup>۴</sup>** (بودرئوکس<sup>۵</sup>، کتز<sup>۶</sup>، رایان<sup>۷</sup>، آمارال-ملیندز<sup>۸</sup> و برانتلی<sup>۹</sup>، ۱۹۹۵): برای سنجش

میزان بهره‌گیری افراد از راهبردهای رویارویی مذهبی در موقعیت‌های فشارزای زندگی، ساخته شده است. مقیاس یادشده یک ابزار خودسنجی است، دارای ۴۰ گویه است و دو راهبرد رویارویی درونی/شخصی (ارتباط فرد با خدا) و بیرونی/اجتماعی (طلب حمایت اجتماعی از اعضای جامعه مذهبی) را بر روی یک طیف پنج‌گزینه‌ای از هرگز (۰) تا همیشه (۴) می‌سنجد. بودرئوکس و همکاران (۱۹۹۵) در بررسی روایی این مقیاس به روش تحلیل عاملی، دو راهبرد یادشده را استخراج کردند. آنان پایایی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۵ و برای مقیاس‌های فرعی رویارویی درونی/شخصی و بیرونی/اجتماعی به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۳ گزارش کردند. در ایران، قربانی (۱۳۸۴) روایی این مقیاس را به روش بررسی همبستگی هر گویه با نمره کل مطلوب گزارش نمود و پایایی آن را به روش بررسی ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای رویارویی درونی و بیرونی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۶۳ گزارش نمود. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای رویارویی درونی و بیرونی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۳ به دست آمد.

### یافته‌ها

آزمون آماری t برای بررسی تفاوت میان دو گروه آزمودنی‌های پژوهش (پاک و بازگشتی) در متغیرهای هوش هیجانی و رویارویی مذهبی (درونی و بیرونی) به کار برده شد. میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در متغیرهای یادشده و نتایج آزمون t در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌گونه که در این جدول آمده، در هر سه متغیر رویارویی مذهبی درونی، رویارویی مذهبی بیرونی و هوش هیجانی تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار است.

جدول ۱- نتایج مقایسه میانگین نمرات آزمودنی‌های بازگشتی (n=۳۱) و پاک (n=۳۱) در متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار	نمره t	سطح معنی‌داری
رویارویی مذهبی درونی / شخصی	پاک	۲۰/۱۶	۱۱/۵۵	۴/۰۵	۰/۰۰۱
	بازگشتی	۱۵/۴۸	۵/۳۱		
رویارویی مذهبی بیرونی / اجتماعی	پاک	۵۹/۶۴	۷/۴۵	۲/۰۴	۰/۰۵
	بازگشتی	۴۸/۶۴	۱۳/۱۵		
هوش هیجانی	پاک	۱۳۳/۴۵	۱۸/۰۸	۳/۶۴	۰/۰۰۱
	بازگشتی	۱۱۵/۳۸	۲۰/۸۸		

- 1- Trait Emotional Intelligence Questionnaire
- 2- Petrides
- 3- Furnham
- 4- Ways of Religious Coping Scale
- 5- Boudreaux
- 6- Catz
- 7- Ryan
- 8- Amaral-Melendez
- 9- Brantley

## جدول ۲- ضریب‌های متغیرهای پژوهش در تابع متعارف و ماتریس ساختار به همراه نمره مرکز ثقل داده‌ها در رابطه با دو گروه

متغیرها	ضریب‌های تابع ممیز متعارف		ماتریس ساختار		مرکز ثقل داده‌ها
	استاندارد شده	غیراستاندارد	ضرایب	ترتیب اهمیت	
رویاری مذهب‌ی درونی	۰/۷۶	۰/۰۷	۰/۷۶	۱	گروه پاک = ۰/۶۸۹
هوش هیجانی	۰/۶۲	۰/۰۳	۰/۶۹	۲	گروه بازگشتی = -۰/۶۸۹
مقدار ثابت	—	-۷/۶۱	—	—	

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، با توجه به ضریب‌های هنجاریابی شده، نخست متغیر رویاری مذهب‌ی درونی و در مرتبه دوم هوش هیجانی مهم‌ترین عوامل تمایز دو گروه می‌باشند. نمره مرکز ثقل داده‌ها، نشان می‌دهد که میانگین مقدار تابع ممیز برای گروه پاک مثبت و برای گروه بازگشتی منفی می‌باشد.

در مجموع، تابع ممیز به‌دست آمده، عضویت گروهی ۷۹٪ از موارد را به‌طور موفقیت‌آمیزی پیش‌بینی می‌کند. به بیان دیگر در مورد افراد گروه پاک، در ۸۰/۶٪ از موارد تشخیص معادله با واقعیت هماهنگی دارد. این معادله در ۷۷/۴٪ موارد، افرادی را که مصرف مجدد مواد را از سرگرفته‌اند به درستی تشخیص داده است و ۲۲/۶٪ از موارد این تشخیص نادرست بوده است (جدول ۳).

## بحث

پژوهش حاضر به مقایسه هوش هیجانی و شیوه‌های رویاری مذهب‌ی دو گروه بازگشتی و بهبودیافته از بند سوء مصرف مواد پرداخت. یافته‌ها گویای معنی‌داری تفاوت میان گروه‌ها در زمینه متغیرهای مورد بررسی بود. به بیان دیگر افراد گروه بهبودیافته در مقایسه با گروه بازگشتی، بیشتر از شیوه‌های رویاری مذهب‌ی (درونی و بیرونی) بهره می‌گیرند، این یافته، با یافته‌های پارذینی و همکاران (۲۰۰۰)، آمی و همکاران (۱۹۹۶)، والاس و فورمن (۱۹۹۸)، مایلر و همکاران (۲۰۰۰)، چترز (۲۰۰۰) و براون و همکاران (۲۰۰۱) هم‌سو است که نشان داده‌اند، سطح دینداری با میزان مصرف مواد ارتباط دارد. این یافته می‌تواند گویای آن باشد که مذهب می‌تواند با در اختیار قرار دادن رفتار و سبک زندگی ویژه‌ای، مانند یک سپر دفاعی افراد را در برابر عوامل زیان‌بار و تنش‌زای محیطی

به‌منظور پیگیری یافته‌های به‌دست آمده و دست‌یابی به اطلاعات دقیق‌تر برای تعیین میزان پیش‌بینی‌پذیری معادله از متغیرهای وابسته در تمایز میان گروه‌ها، آزمون تحلیل ممیز<sup>۱</sup> به کار برده شد. با این هدف، نخست هر سه متغیری که در آزمون t تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان دادند، انتخاب و پس از بررسی پیش‌فرض‌های مورد نیاز، تحلیل‌های لازم روی آنها انجام شد. معنی‌دار نبودن آزمون ام‌باکس و F تقریبی<sup>۲</sup> برابر با پنج مؤید برقراری مفروضه طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش بود. معنی‌داری آزمون خی‌دو (۲۳/۳ =  $\chi^2$ , df=۳, p<۰/۰۰۰۱) نیز مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس را تأیید نمود.

یافته‌های به‌دست آمده از اجرای تحلیل ممیز، نشان‌دهنده یک تابع متعارف برای متغیرهای پژوهش بودند که با دو سطح از متغیر ملاک به‌دست آمدند. مقدار ویژه<sup>۳</sup> برابر با ۰/۴۹ و لامبدای ویلکز برابر با ۰/۶۷ و معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۰۱). این یافته گویای توان نسبی تابع ممیز متعارف<sup>۴</sup> به‌دست آمده برای جداکردن دو گروه (بازگشتی و پاک) است. هم‌چنین همبستگی میان نمره‌های ممیز و سطوح متغیر وابسته با عنوان همبستگی متعارف<sup>۵</sup> ۰/۵۷۳ به‌دست آمد. گفتنی است که، تحلیل‌های آماری انجام‌شده، دو متغیر رویاری مذهب‌ی درونی و هوش هیجانی را در تابع ممیز متعارف یادشده، قرار داد. جدول ۲، ضریب‌های این متغیرها را در تابع ممیز متعارف نشان می‌دهد.

## جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل ممیز در تمیز بین گروه‌ها

متغیرهای گروه‌بندی	عضویت گروهی		کل
	پیش‌بینی شده	پاک	
نمره پاک	۲۵	۶	۳۱
نمره بازگشتی	۷	۲۴	۳۱
پاک	۸۰/۶	۱۹/۴	۱۰۰
بازگشتی	۲۲/۶	۷۷/۴	۱۰۰

- 1- discriminate analysis      2- approximate F  
3- eigen value  
4- canonical discriminant function  
5- canonical correlation      6- centroaids

راسل<sup>۱۸</sup>، اسکینر<sup>۱۹</sup> و ویندل<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۲؛ سینها، ۲۰۰۱). از آن‌جا که مذهبی بودن و هوش هیجانی هر دو با کاهش مشکلات یادشده همراه هستند (اکستریما و همکاران، ۲۰۰۷)، بنابراین به نظر می‌رسد که در پژوهش حاضر، افراد بهبودیافته به واسطه جایگزین کردن منابع مقابله‌ای مناسب (مذهب و هوش هیجانی) با منابع مقابله‌ای نامناسب پیشین (مصرف مواد)، در رهایی از سوء‌مصرف مواد، موفق‌تر بوده‌اند. توجه به ویژگی‌های مشترک مذهب و هوش هیجانی (مانند خودمهاری، خودنظم‌دهی، خودکارآمدی، خوش‌بینی و شادکامی، رضایت از زندگی و سلامت عمومی) و وجود رابطه معنی‌دار میان مذهب و هوش هیجانی (بیک<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۶؛ رستمی، ۱۳۸۳) می‌تواند کارکرد این دو منبع رویارویی را نمایان‌تر سازد.

نتایج آزمون تحلیل ممیز نشان داد که شیوه رویارویی مذهبی درونی، مهم‌ترین عامل تمایز افراد در دو گروه بازگشتی و بهبودیافته است. به بیان دیگر افرادی که رویارویی مذهبی درونی را بیشتر به کار می‌گیرند و در عین حال از هوش هیجانی بالاتری برخوردارند، کمتر در خطر بازگشت قرار می‌گیرند. گفتنی است که نمرات پایین گروه بازگشت در پرسش‌نامه‌های هوش هیجانی و رویارویی مذهبی، می‌تواند ناشی از تداوم مصرف مواد باشد و نه ترک آن.

از این رو به نظر می‌رسد که یاری‌گرفتن از نیروهای درونی و شخصی (بودرئوکس و همکاران، ۱۹۹۵) عامل مهمی برای برخورد با وسوسه مصرف دوباره مواد باشد که توانمندسازی هوش هیجانی افراد تحت درمان، می‌تواند اثربخشی آن را بیشتر کند (دان<sup>۲۲</sup>، مارتین<sup>۲۳</sup>، پانگان<sup>۲۴</sup> و هیث<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۷؛ جورج و همکاران، ۲۰۰۰). زندگی همراه با دینداری و معنویت، می‌تواند با تحول «توان خود<sup>۲۶</sup>» (مارک استروم، ۱۹۹۹)، تاب‌آوری<sup>۲۷</sup> افراد را در طول دوره بهبودی

حفاظت کند (کوئینگ، ۱۹۹۵). والاس<sup>۱</sup> و ویلیامز<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) بر این باورند که حمایت اجتماعی، هویت گروهی، ارایه رهنمود بر پایه یک نظام ارزشی یک‌پارچه و رفتارهای مرتبط با سلامتی، از جمله عواملی هستند که افراد را برای رویارویی با رویدادهای تنش‌زای زندگی، توانمند می‌سازد.

هم‌چنین یافته‌ها نشان دادند که میزان هوش هیجانی افراد گروه بهبودیافته بالاتر از میزان هوش هیجانی افراد گروه بازگشتی است. این یافته هم‌سو با فرضیه‌های گلنمن (۱۳۸۳) مبنی بر «پایین بودن هوش هیجانی افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد» می‌باشد. یافته یادشده هم‌چنین هم‌سو با پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند، هوش هیجانی با مصرف مواد (رایلی<sup>۳</sup> و شوت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳؛ براکت<sup>۵</sup>، مایر<sup>۶</sup> و وارنر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴)، الکلی، تنباکو و سیگار (ترینداد و جانسون، ۲۰۰۲؛ ترینداد و همکاران، ۲۰۰۴) رابطه منفی دارد. رشد عاطفی نابسند، دشواری در سامان‌دهی رفتار و هیجان (دیویس<sup>۸</sup>، کلارک<sup>۹</sup> و مووس<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۹) و داشتن هیجان‌های منفی (سیگل و سنا، ۱۹۹۷) از ویژگی‌های افرادی است که وابستگی دارویی دارند. به نظر می‌رسد که مؤلفه‌های هوش هیجانی مانند مدیریت هیجانی، توان تصمیم‌گیری، کنترل عواطف خود و دیگران و مهارت‌های اجتماعی، توانایی مضاعفی برای از میان برداشتن کمبودهای یادشده و خودداری از مصرف دوباره مواد در افراد پدید می‌آورند. به بیان دیگر هوش هیجانی بالاتر می‌تواند به کنترل وسوسه مصرف دوباره که نوعی کشمکش گرایش-پرهیز است، کمک کند. افزون بر آن، هوش هیجانی بالاتر با توانایی ذهنی بیشتر برای پردازش اطلاعات اجتماعی همراه است (مه‌یر و سالوی، ۱۹۹۷). این توانمندی می‌تواند به افراد کمک کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و زیان‌بار مصرف مواد داشته باشند و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف مواد موفق‌تر عمل کنند.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیشتر افراد سوء‌مصرف‌کننده، دچار برخی مشکلات روان‌شناختی مانند استرس، اضطراب و افسردگی هستند (گارتنر و همکاران، ۱۹۹۱؛ آبراهام<sup>۱۱</sup> و فاوا<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۹؛ فلاویو و همکاران، ۲۰۰۵). این افراد به این دلیل مواد مصرف می‌کنند تا از حالت‌های هیجانی آزاردهنده و توان‌فرسا آسوده شوند (هرمن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰؛ سینها، ۲۰۰۱). به بیان دیگر مصرف مواد را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، منفی و ناکارآمد برای کاهش مشکلات خود، به کار می‌گیرند (کارور<sup>۱۴</sup>، شییر<sup>۱۵</sup> و وینتراب<sup>۱۶</sup>، ۱۹۸۹؛ کوپر<sup>۱۷</sup>،

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| 1- Wallace     | 2- Williams      |
| 3- Riley       | 4- Schutte       |
| 5- Brackett    | 6- Mayer         |
| 7- Warner      | 8- Dawes         |
| 9- Clark       | 10- Moss         |
| 11- Abraham    | 12- Fava         |
| 13- Herman     | 14- Carver       |
| 15- Scheier    | 16- Weintraub    |
| 17- Cooper     | 18- Russell      |
| 19- Skinner    | 20- Windle       |
| 21- Paek       | 22- Dunne        |
| 23- Martin     | 24- Pangan       |
| 25- Heath      | 26- ego strength |
| 27- resiliency |                  |

تیرگری، عبدالحکیم؛ اصغرزادفرید، علی اصغر؛ بیانزاده، سیداکبر؛ عابدین، علی رضا (۱۳۸۵). مقایسه سطوح هوش هیجانی و رضامندی زناشویی و رابطه ساختاری آنها در زوجین سازگار و ناسازگار شهرستان ساری در سال ۱۳۸۳. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، سال شانزدهم، شماره ۵۵، ۸۶-۷۹.

دباغی، پرویز؛ اصغرزادفرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ بوالهری، جعفر (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم، شماره ۴، ۳۷۵-۳۶۶.

رستمی، نادیا (۱۳۸۳). بررسی رابطه وضعیت مذهبی با هوش هیجانی در دانش‌آموزان مقطع پیش‌دانشگاهی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۴-۸۳. *فصلنامه نوآوری‌های آموزشی*، سال سوم، شماره ۱۰، ۱۲۸-۱۱۶.

رضضانی، ولی‌الله؛ عبدالهی، محمدحسین (۱۳۸۵). بررسی ارتباط هوش هیجانی با بروز و مهار خشم در دانشجویان. *مجله روانشناسی*، سال دهم، شماره ۱، ۸۳-۶۶.

زارغان، مصطفی؛ اسداله‌پور، امین؛ بخشی‌پور رودسری، عباس (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی و سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم، شماره ۲، ۱۷۲-۱۶۶.

شاهقلیان، مهناز؛ جان‌نثار شرق، راحله؛ عبدالهی، محمدحسین (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله با استرس با الگوهای ارتباطی میان زوجین. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، سال ششم، شماره ۲۲، ۸۸-۷۳.

قربانی، طاهره (۱۳۸۴). *بررسی رابطه رویارویی مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شیراز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز.

گلشن، دانیل (۱۳۸۳). *هوش هیجانی: خودآگاهی هیجانی، خویشتنداری، همدلی و یاری به دیگران*. ترجمه نسرن پارسا. تهران: انتشارات رشد.

مارانی، مرضیه (۱۳۸۲). *هنجارگزینی فهرست ویژگی‌های هوش هیجانی پترایدز و فارنهام در بین دانش‌آموزان شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه اصفهان.

محمدی، سید داود؛ غرایب، بنفشه (۱۳۸۶). ارتباط اختلالات رفتاری با هوش هیجانی در دانش‌آموزان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، سال چهاردهم، شماره ۴، ۲۹۹-۲۸۹.

مهانیان خامنه، مهتری؛ برجعلی، احمد؛ سلیمی‌زاده، محمد کاظم (۱۳۸۵). بررسی رابطه هوش هیجانی و رضایت زناشویی. *مجله روانشناسی*، سال دهم، شماره ۳، ۳۲۰-۳۰۸.

Abraham, H. D., & Fava, M. (1999). Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 44-50.

Amey, C. H., Albrecht, S. L., & Miller, M. K. (1996). Racial differences in adolescent drug use: The impact of religion. *Substance Use and Misuse*, 31, 1311-1332.

Austin, E. J., Saklofske, D. H., & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of traits emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.

افزایش دهد (فلاویو و همکاران، ۲۰۰۵). یافته‌های پژوهش حاضر به حمایت از شیوه‌های درمانی و پیش‌گیرانه، مانند گروه‌های گمنام و درمان‌هایی می‌پردازد که در آنها تقویت بُعد مذهبی و اجتماعی انسان در چیرگی بر سوء مصرف مواد، مورد توجه قرار می‌گیرد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش سنجش تنها یک جنبه از مذهب در ارتباط با سوء مصرف مواد بود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده جنبه‌های دیگری از مذهب مانند باورها، نگرش‌ها و انگیزه‌های مذهبی نیز مورد پژوهش قرار گیرد. با توجه به این که مذهب تا اندازه‌ای وابسته به فرهنگ است، پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده ابزارهایی برای سنجش رویارویی مذهبی به کار گرفته شوند که برخاسته از فرهنگ ایرانی-اسلامی باشند. شمار کم آزمودنی‌ها، از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده با گستره و تنوع جمعیتی بیشتری انجام شوند.

## سپاسگزاری

از کارکنان محترم مراکز ترک اعتیاد «تولد دوباره» و «امید» شهرستان نجف‌آباد به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای پژوهش و هم‌چنین از مشاوره‌های علمی آقای دکتر سیامک سامانی قدردانی می‌شود.

## منابع

احمدی ازغندی، علی؛ فراست معمار، فرزاد؛ تقوی، حسن؛ ابوالحسنی، آزاده (۱۳۸۵). روایی و اعتبار پرسش‌نامه رگه هوش هیجانی پترایدز و فارنهام.

*فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، سال سوم، شماره ۱۰، ۱۶۸-۱۵۷.

امینی، کورش؛ امینی، داریوش؛ افشارمقدم، فاطمه؛ آذر، ماهیار (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد

افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، سال یازدهم، شماره ۴۵، ۴۷-۴۱.

بشارت، محمدعلی؛ میرزمانی بافقی، سید محمود؛ پورحسین، رضا (۱۳۸۰). نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلال کاربرد نابه‌جای مواد.

*فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۳، ۵۲-۴۶.

بک، آرون، تی؛ رایت، فرد دی؛ نیومن، کوریوف؛ لیس، بروس اس. (۱۳۸۰).

*درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر*. ترجمه محمدعلی گودرزی. شیراز: راهگشا.

پورشهباز، عباس؛ شاملو، سعید؛ جزایری، علی‌رضا؛ قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روان‌شناختی خطرزا و حفاظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۱۹، ۵۴-۳۱.

- Ball, J., Armistead, L., & Austin, B. J. (2003). The relationship between religiosity and adjustment among African-American female, urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 431-446.
- Boudreaux, E., Catz, S., Ryan, L., Amaral-Melendez, M., & Brantley, P. J. (1995). The ways of Religious Coping Scale: Reliability, validity, and scale development. *Assessment*, 2, 233-244.
- Boyatzis, E. (2000). *Developing emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402.
- Brown, T. L., Parks, G. S., Zimmerman, R. S., & Phillips, C. M. (2001). The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 696-705.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chan, D. W. (2004). Perceived emotional intelligence and self-efficacy among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *Personality and Individual Differences*, 36, 1781-1795.
- Chatters, L. M. (2000). Religion and health: Public health research and practice. *Annual Review of Public Health*, 21, 335-367.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., & Windle, M. (1992). Development and validation of a three-dimensional measure of drinking motives. *Psychological Assessment*, 4, 123-132.
- Dawes, M., Clark, D., & Moss, H. (1999). Family and peer correlates of behavioral self-regulation in boys at risk for substance use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 219-237.
- Dossey, L. (2000). Prayer and medical science. *Archives of Internal Medicine*, 160, 135-138.
- Dunne, M. P., Martin, N. G., Pangan, T., & Heath, A. C. (1997). Personality and change in the frequency of religious observance. *Personality and Individual Differences*, 23, 527-530.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.
- Engelberg, E., & Sjoberg, L. (2004). Emotional intelligence, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences*, 37, 533-542.
- Extremera, N., & Berrocal, P. F. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948.
- Extremera, N., Dura, N. A., & Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42, 1069-1079.
- Flavio F. M., Kulis, S., Nieri, T., & Parsai, M. (2005). God forbid!: Substance use among religious and nonreligious youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 585-598.
- Gannon, N., & Ranzij, R. (2005). Does emotional intelligence predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*, 38, 1353-1364.
- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-25.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G., & McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 102-116.
- Herman, M. (2000). Psychotherapy with substance abusers: Integration of psychodynamic and cognitive-behavioral approaches. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 574-580.
- Kaschube, M. (2002). Defining emotional intelligence in music education. *Arts Education Policy Review*, 103, 9-15.
- Koenig, H. G. (1995). Religion and older man in prison. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 219-230.
- Markstrom, C. A. (1999). Religious involvement and adolescent psychosocial development. *Journal of Adolescence*, 22, 205-221.
- Maselko, J., & Kubzansky, L. D. (2006). Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social Science & Medicine*, 62, 2848-2860.



- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York: Basic Books.
- Miller, L., Davies, M., & Greenwald, S. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1190-1197.
- Nonnemaker, J. M., McNeely, C. A., & Blum, R. W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: Evidence from the national longitudinal study of adolescent health. *Social Science & Medicine*, 57, 2049-2054.
- Paek, E. (2006). Religiosity and perceived emotional intelligence among Christians. *Personality and Individual Differences*, 41, 479-490.
- Pardini, D., Plante, T., Sherman, A., & Stump, J. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 347-354.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-488.
- Qubbeman, J., & Rozell, E. (2002). Emotional intelligence and dispositional affectivity. *Human Resource Management Review*, 12, 125-143.
- Riley, H., & Schutte, N. S. (2003). Low emotional intelligence a predictors of substance use. *Journal of Drug Education*, 33, 391-398.
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Galloway, J., & Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42, 491-502.
- Siegle, L. J., & Senna, J. J. (1997). *Juvenile delinquency: Theory, practice and law*. (6th. ed.). Paol Alto: West Publishing Company.
- Sinha, D. (2001). How does increase risk of drug abuse and relapse?. *Psychopharmacology*, 158, 343-359.
- Sjoberg, L. (2001). *Emotional intelligence and life adjustment: A validation study*. Available on: [http://ideas.repec.org/p/hhb/hastba/2001\\_008.html](http://ideas.repec.org/p/hhb/hastba/2001_008.html)
- Tayyi, K. B. (2003). Religion and women's health in Ghana: Insights into HIV/AIDs preventive and protective behavior. *Social Science & Medicine*, 56, 1221-1234.
- Trinidad, D. R., Unger, J., Chou, C., & Johnson, A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36, 945-954.
- Trinidad, D. R., Unger, J., Chou, C., Azen, A., & Johnson, A. (2004). Emotional Intelligence and smoking risk factors in adolescents: Interactions on smoking intentions. *Journal of Adolescent Health*, 34, 46-55.
- Trinidad, D. R., & Johnson, C.A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95-105.
- Wallace, J. M., & Forman, T. A. (1998). Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Education and Behavior*, 25, 721-741.
- Wallace, J. M., & Williams, D. R. (1997). *Religion and adolescent health-compromising behavior*. In J. Schulenberg, J. L. Maggs, & K. Hurrelmann (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 444-469). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wills, T. A., Yaeger, A. M., & Sandy, J. M. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 24-31.