فعالية برنامج تدريبي للذكاء الإنفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير

*مريم عواد الزيادات، موسى عبدالخالق جبريل**

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى فحص فعالية برنامج تدريبي للذكاء الإنفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير، تألفت عينة الدراسة من (30) شخصاً من مسيئي استخدام العقاقير من الحاصلين على الدرجات المنخفضة على مقياس الرضا عن الحياة، تم توزيع أفراد الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، حيث خضعت المجموعة التجريبية إلى البرنامج التدريبي المكون من (17) جلسة على مدار ثلاثة شهور، بينما لم تخضع المجموعة الضابطة لأي برنامج إرشادي. وقد أعتبر في هذه الدراسة البرنامج التدريبي متغيراً مستقلاً، بينما كان أداء أفراد الدراسة على مقياس الرضا عن الحياة متغيراً تابعاً.

ولتحقيق هدف الدراسة، تم بناء برنامج تدريبي للذكاء الإنفعالي، ومقياس الرضا عن الحياة الذي تم تطبيقه كمقياس قبلي، وبعدي، ومتابعة. وللإجابة عن اسئلة الدراسة، استخدم تحليل التباين الأحادي المشترك (تحليل التغاير). أشارت النتائج إلى أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى (α= 0.05)، في مستوى الرضا عن الحياة بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية. وتظهر النتيجة أن البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي كان فعالاً في تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير.

الكلمات الدالة: اساءة استخدام العقاقير، الرضا عن الحياة، الذكاء الإنفعالي.

المقدمة

تُعد إساءة استخدام العقاقير كالكحول، والماريجوانا، والكبتاجون، والمهدئات مثل: الفاليوم، والبرازين التي يتعاطاها البعض نمط حياة قهرياً ذا تكلفة عالية على الفرد، وأسرته، والمجتمع بصورة عامة، ويمكن اعتبارها أيضاً نموذجاً غير تكيفي للتعامل مع متطلبات الحياة وضغوطاتها (Butcher, Minka and Hooley, 2013).

وترتبط إساءة استخدام العقاقير مع عوامل خطورة واسعة على جميع الأصعدة مثل: التسرب من المدرسة، وتصدع العلاقات الأسرية، وإنخفاض مستوى الدخل، وكذلك الإنحراف، والأمراض النفسية، والمشكلات الصحية (Schafer and lecturer, 2011; Sturrock, 2012). ولقد اتفقت الأبحاث على أن من المحددات القوية لإساءة استخدام العقاقير وجود صديق يتعاطى الكحول أو العقاقير الأخرى؛ ووجد كاندل Kandel بدراساته الطولية عام 1985 أن الأصدقاء مهمون بشكل خاص في بداية تعاطي العقاقير كالماريجوانا وتأثيرهم يمتد إلى نوع العقار المستخدم، وطريقة استعماله (Mitchell, Morioka, Reisinger, Peterson, Kelly, et al., 2011). وتؤكد ذلك أيضاً نتائج دراسة المقارنة التي أجراها جوننغ وسوسمان وروهرباك وكنيازيف وراديك (Gunning, Sussman, Rohrbach, Kniazev and Radik, 2009) على متعاطي الكحول والدخان في روسيا والولايات المتحدة، وذلك لمدة ثلاثين يوماً والتي أشارت نتائجها إلى أن أكثر عاملين ينبئان بتعاطي الكحول والدخان في البلدين هما: وجود صديق متعاطي، وسلوكات البحث عن المتعة.

وتشير معدلات إنتشار اساءة استخدام العقاقير العالية– حسب الإحصاءات العالمية والمحلية– إلى شدة الخطورة أيضاً (Hughes, La Greca and Conoley, 2001; Luty and Arokiadass, 2008) فعلى سبيل المثال؛ وجدت الإحصاءات التي أجراها المسح الوطني لاستخدام العقاقير والصحة في أمريكا National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) عام 2010 أن حوالي (22.6) مليون أمريكي بعمر (12) سنة فما فوق يستخدمون العقاقير غير القانونية. وهذا يمثل ما نسبته (8.9%) من عدد السكان. وتزيد هذه

* كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، عمان. تاريخ استلام البحث 2013/9/10، وتاريخ قبوله 2014/1/21.

©2015 عمادة البحث العلمي/ الجامعة الأردنية. جميع الحقوق محفوظة.

النسبة عمّا وصلت إليه في عام 2008 حيث بلغت (8%) من عدد السكان (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011).

وفي الأردن، بلغ عدد القضايا المضبوطة في عام 2008 حوالي (2752) قضية من الإتجار والتعاطي (المجلس الوطني لمكافحة المخدرات، 2009). وفي عام 2010 وصل العدد إلى (3420) قضية (إدارة مكافحة المخدرات، 2010)، بينما بلغ عدد المتعاطين في عام 2008 ما يقارب (3800) متعاطي (المجلس الوطني لمكافحة المخدرات، 2009)، ووصل العدد في عام 2012 إلى (5008) متعاطي (إدارة مكافحة المخدرات، 2012). مما يشير إلى تزايد ملحوظ في أعداد قضايا الإتجار وتعاطي العقاقير في الأردن.

أما أعداد المتعالجين في مركز علاج وتوقيف المدمنين/ الأمن العام فقد بلغت في عام 2008 (247) حالة معالجة، وقاربت في المركز الوطني لتأهيل المدمنين/ وزارة الصحة في العام نفسه من (372) حالة معالجة (المجلس الوطني لمكافحة المخدرات، 2009)، وفي عام 2012 زاد الإقبال على العلاج وارتفع العدد ليصل إلى (431) حالة معالجة في مركز علاج وتوقيف المدمنين/ الأمن العام (إدارة مكافحة المخدرات، 2012)، كما وبلغ عدد المتعالجين في مركز مستشفى الرشيد للطب النفسي والإدمان – يُمثّل القطاع الخاص– في عام 2011 (218) حالة معالجة. وارتفع العدد في عام 2012 ليصل إلى (312) حالة معالجة (مركز مستشفى الرشيد للطب النفسي والإدمان، 2012).

وفيما يتعلق بعلاج المدمنين يشير المجلس الوطني لمكافحة المخدرات (2009) إلى حقيقة تتعلق بضعف فعالية برامج علاج وإعادة تأهيل المدمنين أو مسيئي استخدام العقاقير، وبالتالي كان من المحاور الهامة التي وضعتها الإستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات هو التطوير المستمر لبرامج علاج المدمنين، وأن تضم البرامج العلاجية إضافة إلى التدخلات الطبية التدخلات النفسية والاجتماعية؛ مما سيكون له الأثر الإيجابي في طالبي العلاج من مسيئي استخدام العقاقير (Fagan, 1999).

لقد أهملت البرامج العلاجية المقدمة للأشخاص مسيئي استخدام العقاقير جوانب تتعلق بالإنفعالات التي تجنبها الشخص المتعاطي أو تعامل معها بشكل غير تكيفي عن طريق إساءة استخدام العقاقير (Lightsey and Boyraz, 2011; Seraji, Momeni and Salehi, 2009)، وقد يرجع ذلك إلى حداثة التركيز على الجوانب الإنفعالية والنظر إليها بإعتبارها مهمة وتؤثر في السلوك (Clarke, 2012; Lewis,Huebner, Malone and Valois, 2011).

إن الجوانب الإنفعالية كالذكاء الإنفعالي – الطريقة التي يفهم بها الفرد إنفعالاته، ويضبطها، وبالتالي يختار ما يريد قوله وفعله لإحداث النتائج المرغوبة (Goleman, 2007) – والرضا عن الحياة – التقيم المعرفي للنوعية الكلية لحياة الفرد اعتماداً على معاييره الخاصة (Lewis, et al., 2011)– تُعد مؤشرات مهمة على التكيف السليم (Gilligan and Huebner, 2007; Paupcrio, Corte-Real, Dias and Fonseca, 2012)، كما تُعد عناصر اساسية في معظم الإضطرابات العيادية كالإكتئاب، وإساءة استخدام العقاقير؛ إذ يقوم البعض بالتعاطي لتحسين نوعية خبراته الإنفعالية، ومن هنا دُعيت بالعقاقير المُنشَطة نفسياً لكونها تؤثر في المزاج أو السلوك أو الأثنين معاً (Clarke, 2012)

وتشير الأبحاث إلى أن دماغ مسيئي استخدام العقاقير يختلف عنه لدى الناس العاديين؛ إذ أن لديهم عجزاً في التنظيم الطبيعي للإنفعالات والمزاج؛ فقد تبين أن الإستهلاك الشديد للكحول والعقاقير على إختلافها يؤثر سلباً في المعالجة الإنفعالية، وطريقة تعامل الدماغ مع المعلومات الواصلة إليه؛ إذ تجبر بعض العقاقير الدماغ على إنتاج كميات غير طبيعية من الناقلات العصبية، وهذا بدوره يؤدي إلى ارباك الخلايا العصبية في الدماغ، وتكثيف عمله لإنتاج المتعة الإضافية مما قد يُحدث خللاً في آلية عمل الدماغ (Feltham and Horton, 2000; Jung, 2001)

وتُعد القدرة على التنظيم الإنفعالي (إحدى قدرات الذكاء الإنفعالي) عاملاً مهماً وقوياً في التقليل من اللجوء إلى العقاقير (Clarke, 2012; Nolen- Hoeksema, 2012)، وقد تبين أيضاً أن الأفراد الذين لديهم ذكاء إنفعالي مرتفع يظهرون قدرات أعلى على مواجهة الضغوط وبالتالي يمكن القول أن إساءة استخدام العقاقير ترتبط سلبياً بالذكاء الإنفعالي (Gorostiaga, Balluerka, Aritzeta, Haranburu and Alonso-biol, 2011).

كما ودلت الدراسات إلى أن إنخفاض مستوى الرضا عن الحياة يعُد مؤشراً وعامل خطورة يتنبأ بنتائج غير تكيفية موجهة للخارج مثل: التخريب، وإيذاء الآخرين وأخرى موجهة للداخل كتعاطي العقاقير كما لوحظ أن لدى مسيئي إستخدام العقاقير مستويات منخفضة من الحياة الهانئة، والرضا عن الحياة (Comasco, Berglund, Oreland and Nilsson, 2010).

ومع ذلك مازالت الأسئلة مطروحة حول علاقة إساءة استخدام العقاقير بالجوانب الإنفعالية (Kun and Demetrovics, 2010)؛ فالقليل من الدراسات قد أجريت – معظمها أُجري في الدول الأوروبية وأمريكا– في هذا المجال (Clarke, 2012).

وهذا ما تؤكد عليه سكوتي وزملائها Schutte and Colleges بعد مراجعة (35) دراسة نُشرت قبل عام 2007 تتناول علاقة الذكاء الإنفعالي بالسلوكات الصحية. حيث أشارت نتائج المراجعة إلى وجود (6) دراسات فقط تعاملت مع مشكلة إساءة استخدام العقاقير (Kun and Demetrovics, 2010).

وأخذت الأبحاث تتناول أيضاً علاقة الذكاء الإنفعالي بالرضا عن الحياة والتي كشفت عن وجود علاقات إيجابية ذات دلالة بينهما، كما وأعتبر الذكاء الإنفعالي متنبئاً مهماً وقوياً للرضا عن الحياة (Killian, 2012; Lightsey, McGhee, Ervin, Gharibian, Rarey, et al., 2012)، ووجد بروير ورك وبوسكور (Proyer, Ruch and Buschor, 2013) أيضاً أن الرضا عن الحياة يرتبط مع الإمتنان والمزاح وهي من الكفاءات المهمة في الذكاء الإنفعالي. فالرضا عن الحياة والذكاء الإنفعالي عناصر مهمة في حياة الفرد ويؤثران في بعضهما بعضاً؛ وربما يُفسر ذلك انطلاقاً من كون الذكاء الإنفعالي يشير إلى القدرة على معالجة المعلومات الإنفعالية أي يركز على التفاعل بين المعرفة والإنفعال، واستخدام المشاعر بطريقة تؤثر في الأداء مما يساعد بدوره في تحسين نوعية الحياة والرضا عن الحياة. ويقترح الأدب النظري إجراء المزيد من الدراسات لفحص العلاقة بين الذكاء الإنفعالي والرضا عن الحياة خاصة الدراسات التجريبية لأنها لم تلق الإهتمام الكافي للآن (Dulko, 2007; Roberts , Zeidner and Matthews, 2001).

مشكلة الدراسة واسئلتها

إنه ومع ارتفاع النسب سنوياً في إساءة استخدام العقاقير بين أفراد المجتمع الأردني إذ تبين الاحصاءات المحلية زيادة عدد المتعاطين في السنوات الأخيرة حتى وصل العدد عام 2012 إلى (5008) متعاطي (إدارة مكافحة المخدرات، 2012)، وبنفس الوقت زيادة نسب الإقبال على المعالجة في مراكز معالجة المدمنين إضافة إلى ما يشير إليه الأدب النظري بأن الأفراد الذين يتعاطون العقاقير يتسمون بإنخفاض مستوى الذكاء الإنفعالي (Claros, 2010; Hill and Maggi, 2011)، وكذلك إنخفاض مستوى الرضا عن الحياة (Grant,Wardle and Steptoe , 2009; Swain,Gibb, Horwood and Ferqusson et al., 2012)، هذا إضافة إلى وجود علاقات إيجابية ذات دلالة بين الذكاء الإنفعالي والرضا عن الحياة (Bhullar, Schutte and Malouff, 2012; Liu, Wang and Lu, 2013). الا أنه مازال هناك حاجة لبيان مدى ارتباط انخفاض الرضا عن الحياة بمشكلة تعاطي العقاقير، وفيما إذا كان تحسين الرضا عن الحياة يسهم في الحد من المشكلة. كما أنه مازال هناك حاجة الى تحري دور الذكاء الانفعالي في مواجهة مشكلة تعاطي العقاقير وبالتالي فيما إذا كان تحسين الذكاء الإنفعالي من خلال البرامج التدريبية يسهم في الحد من المشكلة. ومن هنا تأتي الدراسة الحالية للإسهام في معالجة مشكلة إساءة استخدام العقاقير، إذ هدفت إلى معرفة فعالية البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير. وتتلخص مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيس الآتي:

ما فعالية برنامج تدريبي للذكاء الإنفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير؟

اسئلة الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى الإجابة عن السؤالين الآتيين:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الرضا عن الحياة (البعدي) تُعزى للبرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة البعدي والمتابعة تُعزى للبرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي؟

أهمية الدراسة

تنبع اهمية الدراسة الحالية من بعدين: نظري وتطبيقي إذ هدفت إلى تطوير مقياس الرضا عن الحياة بحيث يناسب مسيئي استخدام العقاقير.

وتكمن الأهمية النظرية في أن الدراسة تنطلق من علم النفس الايجابي الذي يركز على مجالات القوة وليس المرض سواء تعلق الأمر في الإطار النظري الذي استندت إليه الدراسة في تطوير المقياس أو في تفسير النتائج ومناقشتها.

أما فيما يتعلق بالبعد التطبيقي فتعد الدراسة الحالية من الدراسات النادرة في البيئة العربية والتي تناولت فعالية برنامج تدريبي للذكاء الإنفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير (في حدود ما توصل إليه الباحثان). وهذا يوفر برنامجا تدريبياً وارشادياً يمكن الإستفادة منه في تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير وبالتالي مساعدتهم في العلاج النفسي المقدم لهم.

مصطلحات الدراسة

الذكاء الإنفعالي: هو نسق من القدرات غير المعرفية

والكفاءات، والمهارات الإنفعالية والاجتماعية المتداخلة التي تحدد كيف يفهم الأفراد ويعبرون عن أنفسهم بشكل فعال ويفهمون الآخرين ويرتبطون معهم، وأيضاً كيف يتكيفون مع المتطلبات اليومية، والتحديات والضغوط (Bar-On, 2010)

الرضا عن الحياة: هو عملية الحكم التي يُقدَر من خلالها الشخص نوعية حياته على اساس مجموعة المعايير المتفردة الخاصة به. (Gilman, Huebner and Furlong, 2009)

ويُعرف **اجرائياً:** بأنه الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس الرضا عن الحياة المُعد لأغراض الدراسة الحالية.

البرنامج التدريبي: هو مجموعة الجلسات التدريبية التي قام الباحثان بإعدادها بعد مراجعة الأدب السابق والإستناد إلى نماذج الذكاء الإنفعالي بهدف تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير حيث يضم (17) جلسة تدريبية تتضمن كفاءات ومهارات الذكاء الإنفعالي وتشتمل كل جلسة على إجراءات وأنشطة وواجب منزلي وأهداف.

إساءة استخدام العقاقير: الاستخدام المتطرف للعقاقير والذي يسبب الحوادث، واستمرار التعاطي رغم المخاطر الصحية، والوظيفية، والنفسية (Butcher, Mineka and Hooley, 2013).

حدود الدراسة

1. الحدود المكانية : حيث تحدد الإطار المكاني للبحث في مركز علاج وتوقيف المدمنين.
2. الحدود الزمنية : ارتبطت الحدود الزمنية بفترة تطبيق البحث لمدة ثلاثة شهور منذ شهر تشرين الثاني/ 2012.

محددات الدراسة

1. تتحدد نتائج هذه الدراسة بالمقياس المستخدم والخصائص السيكومترية لهذا المقياس كذلك البرنامج التدريبي المستخدم الذي تم تطبيقه في هذه الدراسة.
2. تتحدد النتائج بأفراد الدراسة الذين تم اختيارهم من مركز علاج وتوقيف المدمنين/ الأمن العام.

الدراسات السابقة

وبعد مراجعة الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة تم تقسيمها إلى أربعة أجزاء على السياق الآتي:

أولاً: الدراسات التي تناولت العلاقة بين الرضا عن الحياة وإساءة استخدام العقاقير

أجرت باول وجروبوغ وفرويه وكرستوفر وكارلز واجيدي ليونارد (Paul,Grubaugh, Frueh, Christopher, Charles and Egede Leonard, 2011) دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين شرب الكحول والمتغيرات المرتبطة بالصحة مثل؛ الرضا عن الحياة. تألفت عينة الدراسة من (344.793) راشداً في أمريكا. ولتحديد المتغيرات المرتبطة بالصحة والشرب القليل والشديد للكحول تم استخدام مسح العوامل السلوكية الخطرة. أشارت النتائج إلى ارتباط شرب الكحول القليل والشديد بإنخفاض الرضا عن الحياة.

وأجرت جرانت وواردل وستبتوي (Grant,Wardle and Steptoe, 2009) دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين الرضا عن الحياة، والسلوكات الصحية عند الشباب. تألفت عينة الدراسة من (17.246) فرداً تراوحت أعمارهم بين (17–30) سنة من (21) دولة ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق استبانات للرضا عن الحياة، والتدخين، واستهلاك الكحول، وسلوكات صحية أخرى كممارسة التمارين الرياضية. أشارت نتائج الدراسة إلى ارتباط الرضا عن الحياة بشكل إيجابي مع سلوك عدم التدخين، إلا أنه لم يرتبط مع استهلاك الكحول.

ثانياً: الدراسات التي تناولت العلاقة بين الذكاء الإنفعالي وإساءة استخدام العقاقير

أجرى كن وديمتروفيكس (Kun and Demetrovics, 2010) مراجعة لِـ (51) دراسة بموضوع الذكاء الإنفعالي وعلاقته بالإدمان من الفترة الواقعة بين عام 1990 ومنتصف عام 2009. أشارت نتائج المراجعة إلى وجود ارتباط بين المستويات المنخفضة من الذكاء الإنفعالي مع التدخين الشديد واستهلاك الكحول واستخدام العقاقير غير القانونية.

وقام كلاروس (Claros, 2010) بإجراء دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين الذكاء الإنفعالي واستخدام الكحول، والماريجوانا، والدخان. تألفت عينة الدراسة من (199) طالباً جامعياً تراوحت أعمارهم ما بين (18–20) عاماً. وتم تطبيق اختبار تحديد اضطرابات استخدام الكحول، إضافة إلى تطبيق أدوات لتحديد استخدام التدخين والماريجوانا، وقائمة التقرير الذاتي للذكاء الإنفعالي المصممة لقياس المهارات والقدرات المقترحة من قبل ماير وسالوفي. أشارت نتائج الدراسة إلى أن إنخفاض الذكاء الإنفعالي يعد متنبئاً مهماً لاستخدام الكحول والماريجوانا الا أن نتائج الدراسة لم تدعم وجود علاقة ذات دلالة بين التدخين والذكاء الإنفعالي.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت علاقة الذكاء الإنفعالي بالرضا عن الحياة

أجرى ليو ورفاقه (Liu, et al., 2013) دراسة هدفت إلى

تحديد طبيعة العلاقة بين الذكاء الإنفعالي والرضا عن الحياة، وإلى أي مدى تتوسط مهارة التعافي النفسي هذه العلاقة. تألفت عينة الدراسة من (263) من طلبة الجامعة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام التقرير الذاتي لقياس الذكاء الإنفعالي ومهارة التعافي النفسي، والوجدان الإيجابي والسلبي. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط إيجابي ذي دلالة بين الذكاء الإنفعالي والرضا عن الحياة، كما أن تأثير الذكاء الإنفعالي في الرضا عن الحياة يزداد بوجود مهارة التعافي النفسي.

وأجرى غوربانشيرودي وكالاتباري وساليهي وباهاري ومجتابا (Ghorbanshiroudi ,Khalatbari, Salehi, Bahari and Mojtaba et al, 2011) دراسة هدفت إلى تحديد العلاقة بين الذكاء الإنفعالي والرضا عن الحياة. وتكونت عينة الدراسة من جميع طلبة جامعة إسلام أزاد فرع سراب في العام الجامعي 2008/ 2009 والذي بلغ عددهم (320) طالباً. ولتحقيق هدف الدراسة تم تطبيق مقياس بار– أون للذكاء الإنفعالي، ومقياس الرضا عن الحياة لدينر. أشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة بين الذكاء الإنفعالي والرضا عن الحياة .

رابعاً: الدراسات التي تناولت فعالية التدريب على الذكاء الإنفعالي في تحسين الرضا عن الحياة

أجرى ستيفن (Stevenson, 2008) دراسة هدفت إلى معرفة أثر التدريب على الذكاء الإنفعالي في الرضا عن الحياة. تألفت عينة الدراسة من (155) فرداً بمرحلة المراهقة المبكرة والمتأخرة تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضمت المجموعة التجريبية (84) طالباً وضمت المجموعة الضابطة (71) طالباً. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس الذكاء الإنفعالي ومقياس الرضا عن الحياة. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات المجموعتين في القياس القبلي والبعدي وذلك لصالح القياس البعدي، كما أشارت إلى أن تنمية الذكاء الإنفعالي تُشعر الفرد بالرضا عن حياته وتزيد من قدرته على التواصل لتحقيق الأهداف.

وأجرى ليفنسون والدوين ويانكيورا (Levenson, Aldwin and Yancura, 2006) دراسة هدفت إلى التعرف على أثر برنامج للذكاء الإنفعالي في تحسين متغيرات مثل: التسامح والروحانية والرضا عن الحياة. تألفت عينة الدراسة من (142) فرداً وزعوا إلى: مجموعة تجريبية ضمت (99) فرداً، ومجموعة ضابطة ضمت (47) فرداً. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام استبيان كشف الصحة وذلك للتأكد من خلو العينة من الأمراض النفسية ومن عدم تعاطي العقاقير في وقت إجراء الدراسة، إضافة إلى مقياس الوجدان السلبي والحياة الهانئة. وتم إجراء قياس بمرحلة الخط القاعدي، وبعد أسبوع، وبعد ثلاثة شهور، وبعد سنة. أظهرت نتائج الدراسة إنخفاض شديد بالوجدان السلبي، وتحسن في الذكاء الإنفعالي والتعاطف، والرضا عن الحياة، والتسامح، والخبرات الروحانية. وقد استمر أثر البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي على المجموعة التجريبية على مدار سنة وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة.

نلاحظ من خلال استعراض الدراسات السابقة ارتباط الذكاء الإنفعالي بشكل دال مع اساءة استخدام العقاقير وهذا يبرز أهمية التدريب على الذكاء الإنفعالي مما ينعكس ايجابياً في السلوكات الصحية والجوانب المختلفة في الحياة. كما نلاحظ وجود علاقة دالة بين اساءة استخدام العقاقير والمستويات المنخفضة من الرضا عن الحياة .أيضا وجود ارتباط دال بين الرضا عن الحياة والذكاء الإنفعالي ومن هنا نستشف امكانية استخدام برامج تدريبية مقننة من أحد المتغيرات للتأثير على المتغير الآخر بصورة ايجابية.

وتتناول الدراسة الحالية المتغيرات التي تناولتها الدراسات السابقة المتوفرة في أدب الموضوع بشكل ترابطي وأيضاً أجريت على مسيئي استخدام العقاقير وهذا كان من النادر توفره في أدب الموضوع – في حدود ما توصل إليه الباحثان–.

الطريقة والاجراءات

أفراد الدراسة: تم اختيار أفراد الدراسة بطريقة العينة القصدية إذ إقتصرت على الأفراد مسيئي استخدام العقاقير الذكور في مركز علاج وتوقيف المدمنين/ الأمن العام كون المركز الذي شملته الدراسة غير مختلط. وبلغ عدد الذين تم اختيارهم (30) فرداً من مسيئي استخدام العقاقير في 2012/11/19 والبالغ عددهم حينذاك (40) فرداً. وقد تم إختيار الأفراد وفقاً للمحكات الآتية:

1. الحصول على درجة تشير إلى إنخفاض مستوى الرضا عن الحياة على مقياس الرضا عن الحياة الذي أعدته الباحثة وهي الدرجة (150) فما دون.
2. عدم مشاركة مسيئ استخدام العقاقير في برنامج تدريبي آخر يتعلق بشكل خاص بالذكاء الإنفعالي.
3. رغبة مسيئ استخدام العقاقير وموافقته للمشاركة في البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي.

وتم توزيع أفراد الدراسة عشوائياً باستخدام اسلوب الأرقام العشوائية إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. ضمت المجموعة التجريبية (15) شخصاً تم اشراكهم في برنامج تدريبي للذكاء الإنفعالي مكون من (17) جلسة تدريبية، وطُبق البرنامج على مدار ثلاثة شهور، وتم تطبيق اختبار قبلي – قبل تطبيق

البرنامج- وآخر بعدي على هذه المجموعة، ومن ثم كانت هناك متابعة لمقياس الرضا عن الحياة لهذه المجموعة. أما المجموعة الضابطة فقد ضمت (15) شخصاً، ولم تخضع لأي برنامج تدريبي أثناء فترة إجراء الدراسة، إنما تم تطبيق اختبار قبلي وآخر بعدي لمقياس الرضا عن الحياة لهذه المجموعة.

أداة الدراسة

مقياس الرضا عن الحياة

قام الباحثان بتطوير أداة الدراسة لقياس الرضا عن الحياة وتمت صياغة فقرات الأداة استناداً إلى مايلي:

1. الأدب النظري المتعلق بالموضوع.

2. الرجوع إلى عدد من المقاييس التي تتعلق بأبعاد الرضا عن الحياة. وتم الإستفادة من مقاييس مختلفة للرضا عن الحياة مثل: مقياس الرضا عن الحياة للطلبة لهوبينر (Huebner, 1991) ومقياس الرضا عن الحياة المختصر متعدد الأبعاد للطلبة لهوبينر (Hubner, 1997) وفهرس مقياس الرضا عن الحياة متعدد الأبعاد للطلبة (Huebner, 2001). إضافة إلى الإطلاع والإستفادة من مراجع أخرى تتضمن مقاييس للرضا عن الحياة، والآتي هو بعضها: دراسة دينر ووايرتز وتوف وتم بريتو وكوي ورفاقهم (Diener, Wirttz, Tov, Tim-Prieto, Choi et al., 2010)، ودراسة كرابو مينكي وكرامر وفرايدمان وفودا (Krapu,Meinke, Kramer, Friedman and Voda, 2006) ودراسة سوليفان (Sullivan, 2011). ودراستي بافوت وداينر (Pavot and Diener, 2009, 1993). وتم التوصل من خلال مراجعة أدب الموضوع إلى أبعاد الرضا عن الحياة الآتية: الرعاية الذاتية، والتواصل مع الأصدقاء والبعد الأسري والبعد المادي والصحة الجسمية والبعد المهني وبعد البيئة المعيشية وبعد الصحة النفسية والحياة الجنسية. وبعد ذلك تم صياغة (8) فقرات لكل بعد من الأبعاد الفرعية التسعة، وبذلك تكون المقياس في صورته الأولية من (72) فقرة، كان من ضمنها (36) فقرة سلبية و(36) فقرة إيجابية ثم استخراجت الخصائص السيكومترية لمقياس الرضا عن الحياة ولفقراته والآتي هو توضيح لذلك:

الخصائص السيكومترية لمقياس الرضا عن الحياة

أولاً: دلالات الصدق

1- صدق المحتوى

جرى عرض المقياس الذي يتكون من (9) أبعاد و(72) فقرة على (10) محكمين من أساتذة في الإرشاد النفسي، وعلم النفس، والقياس النفسي، وعلم النفس التربوي في الجامعة الأردنية وجامعة البلقاء التطبيقية، وعلى اختصاصيين في الطب النفسي في مراكز علاج المدنين (الأمن العام ووزارة الصحة)، ومستشفى المركز الوطني للصحة النفسية؛ لمعرفة آرائهم وأحكامهم في مدى ملائمة الفقرات لما وضعت لقياسه، ومدى إنتمائها للبعد، ودرجة وضوحها، ومن ثم إقتراح التعديلات المناسبة، إذ تم إعتماد معيار إتفاق (8) محكمين لبيان صلاحية الفقرة. وبناءً على آراء المحكمين تم تعديل اسم البعد التاسع إضافة إلى تعديل بعض الفقرات من ناحية الصياغة لزيادة وضوحها، وتم حذف (12) فقرة إما بسبب تشابها مع فقرات أخرى أو لعدم ملاءمة بعضها. وبالنتيجة أصبح المقياس بصورته النهائية يتألف من (60) فقرة موزعة على (9) أبعاد هي: الرعاية الذاتية، والتواصل مع الأصدقاء، والبعد الأسري، والصحة الجسمية، والبعد المادي، والبعد المهني، والبيئة المعيشية، والصحة النفسية، والعلاقة مع الجنس الآخر.

دلالات التمييز للفقرات

تم استخراج دلالات ارتباط الفقرة مع العلامة الكلية للمقياس عن طريق تطبيق المقياس على (400) فرداً من العاديين (غير المسيئين لاستخدام العقاقير)، وقد تراوح معامل ارتباط الفقرة مع العلامة الكلية بين (045, إلى 590,) وهي دالة احصائياً.

2- صدق البناء

الصدق التمييزي

تم استخراج دلالة الصدق التمييزي للمقياس من خلال مقارنة الأداء بين مجموعتين متطرفتين في الخصائص هما: مجموعة مسيئي استخدام العقاقير وضمت (30) فرداً من مركز علاج وتأهيل المدمنين/ وزارة الصحة، ومجموعة العاديين ضمت (29) فرداً. وبعد تطبيق المقياس على المجموعتين تم مقارنة الأداء على مقياس الرضا عن الحياة باستخدام اختبار (ت). وتبين أن مقياس الرضا عن الحياة قادر على التمييز بين المجموعتين حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (5.08) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05)، كذلك بلغت متوسطات أداء مجموعة العاديين (234.2) وهي أعلى منها لمجموعة مسيئي استخدام العقاقير التي بلغت (197.1)؛ وهذا يدل على تمتع المقياس بالصدق التمييزي. فالفروق كانت دالة بين المجموعتين على الدرجة الكلية للمقياس.

معامل الارتباط بين الأبعاد المكونة للمقياس

كمؤشر على صدق البناء تم استخراج دلالات الارتباط بين الأبعاد المكونة للمقياس حيث كانت قيم معاملات الارتباط

جميعها موجبة ومرتفعة وذات دلالة إحصائية عند (α= 0.05)، وتراوحت ما بين (198, – 625,) حيث كان معامل الارتباط الأعلى بين البعد الأول (الرعاية الذاتية) والبعد الثامن (الصحة النفسية)، أما أدنى معامل ارتباط فكان بين البعد السابع (الصحة النفسية) والبعد التاسع (العلاقة مع الجنس الآخر)، وهذا يعد مؤشراً إضافياً على أن الأبعاد الفرعية تنسجم مع ما يقيسه المقياس ككل.

ثانياً: دلالات الثبات

1- دلالات الإتساق الداخلي

تم تطبيق المقياس على عينة تكونت من (400) فرداً من العاديين، وتم حساب دلالة الإتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد المقياس وللمقياس ككل باستخدام معادلة كرونباخ الفا، وتراوح معامل الإتساق الداخلي لأبعاد المقياس ما بين (402,-799,) حيث كان أدنى معامل ثبات من نصيب البعد الأول وهو الرعاية الذاتية، وكان أعلى معامل ثبات من نصيب البعد الثالث وهو البعد الأسري، بينما بلغ معامل الثبات الكلي (917,) وهذا يدل على مستوى مقبول من الإتساق الداخلي.

2- الثبات عن طريق الإعادة

تم تطبيق المقياس على عينة من مسيئي استخدام العقاقير المؤلفة من (30) فرداً لديهم خصائص مشابهة لعينة الدراسة من حيث إساءة استخدام العقاقير، ووجودهم في مراكز علاج المدمنين، ثم أُعيد تطبيقه بعد اسبوعين على نفس العينة. بلغ معامل الإستقرار (985,) وهو مقبول لأغراض هذه الدراسة.

3- الثبات عن طريق التجزئة النصفية

تم استخراج دلالات الثبات للمقياس بطريقة التجزئة النصفية وذلك بعد تطبيق المقياس على عينة مكونة من (400) شخص من الناس العاديين والجدول رقم (1) يوضح ذلك:

الجدول (1)

معاملات الثبات لعدة اختبارات (ن= 400 من العاديين)

كرونباخ الفا (الجزء الأول)	كرونباخ الفا (الجزء الثاني)	عدد الفقرات لكل جزء	معامل الارتباط بين النصفين	معامل ارتباط سبيرمان براون المصحح
,866	,838	30	,776	,874

يُلاحظ من الجدول (1) أن مقياس الرضا عن الحياة يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

وبناء على ما تم استعراضه حول مقياس الرضا عن الحياة المطور لأغراض الدراسة الحالية يبدو أنه يتمتع بدرجة مناسبة ومقبولة من الصدق والثبات.

وصف المقياس وتصحيحه

تألف مقياس الرضا عن الحياة المُعدَ لأغراض الدراسة الحالية من (60) فقرة منها (29) فقرة سلبية و(31) فقرة إيجابية ويقيس (9) أبعاد وفقاً للتوزيع الآتي: بعد الرعاية الذاتية وتمثله الفقرات: 1،9،13،14،16،60، وبعد التواصل مع الأصدقاء وتمثله الفقرات: 23،26،37،45،49،12، والبعد الأسري وتمثله الفقرات: 2،10،15،22،27،47،52، والبعد المادي وتمثله الفقرات: 3،17،20،24،29،59 وبعد الصحة الجسمية وتمثله الفقرات: 5،18،21،31،36،54 والبعد المهني وتمثله الفقرات: 8،33،35،39،41،50،53،58 وبعد البيئة المعيشية وتمثله الفقرات: 32،43،48،56،7،19 وبعد الصحة النفسية وتمثله الفقرات: 6،25،28،34،40،42،46،51 وبعد العلاقة مع الجنس الآخر وتمثله الفقرات: 57 ،55، 44، 38 ، 4،11،30. ويضم المقياس الفقرات السلبية التالية: (3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 14، 21، 22، 24، 25، 27،28، 30، 32، 34، 39، 41، 49، 51، 52، 53، 55، 57،59). والفقرات الإيجابية التالية: (1، 2، 13، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 23، 26، 29، 31، 33، 35، 36، 37، 38، 40، 42، 43، 44، 45، 46، 47 ،48، 50 ،54 ، 56، 58 ، 60).

وتكون الإجابة بوضع إشارة (×) في المربع الذي ينتمي إلى درجة انطباق الفقرة على المفحوص مثل: دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً. وصححت الإجابات على هذا المقياس استناداً إلى سلم إجابة مكون من خمس فئات وهي: دائماً وتُعطى (5) درجات، وغالباً وتُعطى (4) درجات وأحياناً وتُعطى (3) درجات ونادراً وتعطى (2) درجة وأبداً وتعطى (1) درجة. وتعكس الدرجات للفقرات السلبية. وتم عكس الفقرات السلبية عند التصحيح. ولأغراض البحث فقد تم احتساب الدرجة الكلية على المقياس حيث تراوحت ما بين (60-300) درجة، مع ملاحظة أنه تم اعتبار الدرجة (150) فما دون كعلامة

على إنخفاض الرضا عن الحياة.

البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي

يتضمن البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة الحالية تدريباً على الذكاء الإنفعالي استناداً إلى عدة نماذج وهي: نموذج ماير وسالوفي، ونموذج بار أون، ونموذج جولمان، كما وتم الإستفادة من بعض التمارين والأنشطة الموجودة في المراجع الآتية: كتاب الذكاء الإنفعالي لوايلدنغ (Wilding, 2007)، وكتاب إرفع ذكاءك الإنفعالي لبهارواني (Bharwaney, 2009). وتم عرض البرنامج التدريبي على خمسة أعضاء هيئة تدريس في الجامعة الأردنية ممن يحملون درجة الدكتوراة في الإرشاد النفسي، وفي التربية الخاصة، وفي علم النفس وبناءً على ملاحظاتهم خرج البرنامج التدريبي في صورته الحالية.

يحتوي البرنامج على (17) جلسة تدريبية تتضمن أنشطة مختلفة توظف خبرات أفراد الدراسة اليومية المعاشة مع إساءة استخدام العاقير، وأيضاً يتضمن وجود واجب منزلي يُطرح بنهاية كل جلسة تدريبية ويقوم به المشاركون في الفترة ما بين الجلسات التدريبية في مركز اقامتهم الحالي. والآتي هو توضيح موجز لجلسات البرنامج التدريبي:

الجلسة الأولى: تهدف إلى بناء الألفة بين المشاركين والباحثين كمجموعة تدريبية، ووضع الخطوط العريضة للجلسات التدريبية. وتتضمن التعارف والإتفاق على معايير ضبط السلوك للمشاركين في البرنامج التدريبي، ومناقشة توقعاتهم وتقديم توضيح موجز للبرنامج التدريبي وأهم ميزاته.

الجلسة الثانية: تهدف إلى توضيح مفهوم الذكاء الإنفعالي وأهم المهارات التي يتضمنها وأيضاً كيفية التفريق بين الذكاء الإنفعالي والذكاء العقلي (المعرفي) وذلك بالإستعانة بطرق وأنشطة ومبادرات المشاركين أنفسهم، هذا إضافة إلى الحصول على تغذية راجعة من المشاركين حول مشاركتهم في البرنامج التدريبي كونها خبرة جديدة بالنسبة لهم.

الجلسة الثالثة: تُعنى بتوضيح دور الإنفعالات في حياتنا وكذلك توضيح آلية عمل اللوزة (الأميجدالا) بإعتبارها مرتبطة بالجانب الإنفعالي.

الجلستان الرابعة والخامسة: تهتم بتوضيح أول مهارة في الذكاء الإنفعالي وهي مهارة الوعي الذاتي وهنا يتم توضيح معنى المهارة وكيفية تطويرها وأيضاً الإشارة إلى جوانب القوة والضعف لدى كل فرد مشارك من وجهة نظره الخاصة.

الجلسة السادسة: تهدف إلى تقديم مهارة استخدام الإنفعالات وذلك بتوضيح كيفية تأثير الإنفعال على التفكير مع إعطاء أمثلة ومناقشة خبراتهم السابقة بهذا المجال.

الجلسة السابعة: تهدف إلى توضيح وتدريب المشاركين على مهارة فهم وتحليل الإنفعالات وكيف يتطور ويتصاعد الإنفعال من الدرجة البسيطة إلى الشديدة مع إعطاء أمثلة من واقع خبراتهم المعاشة في إساءة استخدام العقاقير.

الجلستان الثامنة والتاسعة: تهدف إلى تقديم مهارة إدارة الإنفعالات وتدريبهم عليها، مع توضيح أنواع التفكير وكيفية التحكم بالأفكار غير المنطقية التي تقود إلى سلوك إساءة استخدام العقاقير والسلوكات غير التكيفية.

الجلسة العاشرة: تهتم بتوضيح تقدير الذات ككفاية مهمة في الذكاء الإنفعالي، وكيفية تحسينه لزيادة مستوى الذكاء الإنفعالي لدى كل فرد مشارك في البرنامج التدريبي.

الجلسة الحادية عشرة: تهدف إلى تدريب المشاركين على مهارة الإسترخاء عن طريق تمرين التأمل والوعي الجسمي، وبعد ذلك مناقشة خبراتهم فيه.

الجلسة الثانية عشرة: تهدف إلى تقديم مهارة الإمتنان والتي تختصر بجملة "على الأقل لدي..."، ويتم تدريبهم عليها خلال الجلسة التدريبية مع المشاركة بالتغذية الراجعة.

الجلسة الثالثة عشرة: تهتم بتقديم وتوضيح مهارة التعاطف مع الآخرين وتدريبهم عليها خلال الجلسة وتبادل التغذية الراجعة على ذلك.

الجلسة الرابعة عشرة: تهدف إلى توضيح مهارة الشجاعة أي القيام بعمل يعتقد الفرد أنه لا يمكنه القيام به في السابق مثل: ترك التدخين أو مصالحة زميله بالمركز أو خارجه وهذا يعتبر مهارة تحتاج الى تطوير خاصة لدى مسيئي استخدام العقاقير.

الجلسة الخامسة عشرة: تهدف إلى توضيح مهارة التعافي النفسي أي الوقوف بثبات في مواجهة التحديات، ويتم أيضاً مناقشة خبراتهم الناجحة السابقة في هذا المجال.

الجلسة السادسة عشرة: تهدف إلى تقديم وتوضيح مهارة التكامل أي أن يتمتع الفرد بالأصالة بمعنى أن يكون لديه قيم ويلتزم بها ويكون مصدر ثقة بين الآخرين، كما وتتم مناقشة كيفية تطويرها.

الجلسة السابعة عشرة: تهدف إلى استعراض موجز لما دار خلال البرنامج التدريبي ومناقشة خبرات المشاركين فيه ومدى إنعكاس تطبيق مهارات الذكاء الإنفعالي على حياتهم من جوانبها المختلفة.

متغيرات الدراسة

- **المتغير المستقل:** هو البرنامج التدريبي.
- **المتغير التابع:** هو الدرجة الكلية على مقياس الرضا عن الحياة.

تصميم الدراسة والتحليل الإحصائي

استخدم المنهج شبه التجريبي في الدراسة الحالية بهدف إستقصاء فعالية البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي من خلال المقارنة بين المجموعتين: التجريبية والضابطة.

وللإجابة عن اسئلة الدراسة تم الآتي:

1. إيجاد المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأداء المجموعتين: التجريبية والضابطة على الإختبارات (القبلية والبعدية) وكذلك على اختبار المتابعة للمجموعة التجريبية.
2. تحليل التباين المشترك (One Way ANCOVA) للكشف عن فعالية البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي في تحسين الرضا عن الحياة.
3. إجراء اختبار (ت) للعينات المترابطة للكشف عن مدى إحتفاظ المجموعة التجريبية بإستمرارية تحسن الرضا عن الحياة.

نتائج الدراسة

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

السؤال الأول

"**هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الرضا عن الحياة (البعدي) تُعزى للبرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي؟**"

وللإجابة عن سؤال الدراسة الأول؛ تم حساب المتوسطات الحسابية، والإنحرافات المعيارية لأداء المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الرضا عن الحياة (البعدي) كما هو مبين بالجدول (2):

الجدول (2)

المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الرضا عن الحياة

المجموعة	القبلي			البعدي	
	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
تجريبية	15	136.33	15.69	168.20	14.66
ضابطة	15	131.67	18.89	117.80	27.94
الكلي	30	134.00	17.34	143.00	33.73

يتبين من الجدول (2) وجود فروق ظاهرية بين متوسطي أداء المجموعتين: التجريبية والضابطة على مقياس الرضا عن الحياة (البعدي). حيث بلغ متوسط أداء المجموعة التجريبية على الإختبار البعدي (168.20) في حين بلغ متوسط أداء المجموعة الضابطة (117.80) وهذا يشير إلى فرق بين المتوسطين.

ولمعرفة فيما إذا كان الفرق بين المتوسطين ذا دلالة إحصائية؛ أجري تحليل التباين الأحادي المشترك (One Way-ANCOVA) للكشف عن فعالية البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي لدى مسيئي استخدام العقاقير، حيث تم ضبط تأثير الإختبار القبلي من خلال المعالجة الإحصائية، كما هو مبين في الجدول (3):

الجدول (3)

نتائج تحليل التباين الأحادي المشترك لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الرضا عن الحياة

مصدر التباين	متوسط المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
المجموعة	15696.58	1	15696.58	61.013	*0.000
القبلي	6992.58	1	6992.58	27.180	0.000
الخطأ	6946.22	27	257.27		
الكلي	32990.00	29			

* دالة احصائياً P<,05.

يُلاحظ من الجدول (3) أن نتائج تحليل التباين المشترك للأداء البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الرضا عن الحياة، تشير إلى أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى (α=0.05) بين متوسطي المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الرضا عن الحياة إذ بلغت قيمة ف (61.013) بدرجة حرية (29).

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية المُعدَلة في الجدول (4) فإن هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية إذ بلغ متوسط الرضا عن الحياة لدى المجموعة التجريبية (166.09) وهذا يشير إلى فعالية البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي في تحسين الرضا عن الحياة.

الجدول (4)

المتوسطات البعدية المُعدَلة والخطأ المعياري لدرجة الرضا عن الحياة

المجموعة	المتوسط الحسابي البعدي المعدل	الخطأ المعياري
المجموعة التجريبية	166.09	4.16
المجموعة الضابطة	119.91	4.16
الكلي	143.00	2.93

نتائج السؤال الثاني:

"**هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة البعدي والمتابعة تُعزى للبرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي؟**".

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأداء المجموعة التجريبية على الإختبار البعدي واختبار المتابعة، وأجري اختبار (ت) للعينات المترابطة وذلك للكشف عن فعالية البرنامج في المحافظة على الأداء لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما هو مبين في الجدول (5):

الجدول (5)

نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة لفحص الفرق بين أداء المجموعة التجريبية على الاختبارين البعدي والمتابعة

القياس	المتوسط الحسابي	االعدد	الانحراف المعياري	ت	درجات الحرية	مستوى الدلالة
البعدي	168.20	15	14.664	4.324	14	*001,
المتابعة	194.33	15	26.152			

يتبين من الجدول رقم (5) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط أداء المجموعة التجريبية على الإختبارين: القبلي والمتابعة حيث بلغت قيمة ت (4.324). وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α=0.05). وهذا يشير إلى فعالية البرنامج التدريبي في المحافظة على إستمرار تأثيره في تحسين الرضا عن الحياة.

مناقشة النتائج

فيما يتعلق بالسؤال الأول الذي ينص على "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الرضا عن الحياة (البعدي) تُعزى للبرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي؟" تم استخدام تحليل التغاير (تحليل التباين الأحادي المشترك) وتبين أن البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي كان فعَالاً في تحسين الرضا عن الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المعالجة مباشرة، وكانت درجات التحسن في الدرجة الكلية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α= 0.05) إذ بلغت قيمة ف (61.13)، وكان متوسط أداء المجموعة التجريبية (168.20) في حين كان متوسط أداء المجموعة الضابطة (117.80).

وفيما يتعلق بالسؤال الثاني والذي ينص على "هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α= 0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة البعدي والمتابعة تُعزى للبرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي؟" فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لأداء المجموعة التجريبية على الإختبار

البعدي وإختبار المتابعة. وأجري اختبار (ت) للعينات المترابطة وذلك للكشف عن فعالية البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي في المحافظة على التحسن في الرضا عن الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

بينت النتائج أن البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي كان فعّالاً من حيث إستمرار أثره بعد الإنتهاء من التدريب بشهر في تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية. حيث وجد فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسط أداء المجموعة التجريبية على الإختبارين (البعدي والمتابعة) إذ بلغت قيمة ت (4.324) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (α = 0.05).

تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة ليفنسون ورفاقه Levenson, et al. (2006) التي أشارت إلى فعالية البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي في تحسين مستوى الرضا عن الحياة لمدة عام بعد إنتهاء التدريب لدى أفراد المجموعة التجريبية. كذلك مع نتائج دراسة ستيفنسون (Stevenson, 2008) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس القبلي والبعدي وذلك لصالح المجموعة التجريبية، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن تنمية الذكاء الإنفعالي تُشعر الفرد بالرضا عن حياته، وتزيد من قدرته على التواصل مع الآخرين.

مما سبق نجد أن الاستنتاج العام يؤكد على أن التدريب على الذكاء الإنفعالي فعّال في تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد الدراسة الذين يخضعون له.

وربما تعود فعالية البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى عينة الدراسة الحالية إلى أن المهارات المستخدمة في البرنامج التدريبي شاملة نوعاً ما وتغطي جوانب قصور مختلفة لدى مسيئي استخدام العقاقير إذ أن التدرب عليها يُمكّن الفرد من تمييز مشاعره ومشاعر الآخرين وضبطها بالطريقة التي تُسهّل إمكانية الوصول إلى أهدافه وتفريغ إنفعالاته السلبية والمؤلمة بطرق تكيفية، أيضاً يسهم في تحسين تقدير مسيئ استخدام العقاقير لذاته والتعبير عن الإمتنان للآخرين وتنمية مهارة التعاطف مع الآخرين، وأن يكون شجاعاً في الإنخراط والإلتزام بسلوكات تكيفية، ويمتلك شخصية أصيلة متكاملة وهذا بدوره ينعكس إيجابياً على تفاعلاته مع الآخرين ويُحسّن مستوى الرضا عن الحياة لديه.

كما أن للواجبات المنزلية (بين الجلسات التدريبية في مركز علاج المدمنين) التي طُرحت في نهاية كل جلسة تدريبية والتي كانت تُوظّف المهارات التي يتعلمها مسيئي استخدام العقاقير في حياتهم وتفاعلاتهم اليومية دوراً فاعلاً في جعل أفراد الدراسة على وعي بجوانب القوة والضعف لديهم وخاصة ما تعلق بتمارين مراقبة الذات وممارسة ما تعلموه خلال الجلسات التدريبية وتطبيقه بالواقع المُعاش وملاحظة نتائج ذلك وإنعكاسه على تفاعلاتهم مع الآخرين ورغبتهم بتكرار التعاطي.

إضافة إلى أن البرنامج المستخدم يعتمد على التدريب الجماعي في جو ودي آمن يحترم خصوصية الأفراد المشاركين من مسيئي استخدام العقاقير؛ مما يُسهّل بدوره فرصة ملاحظة وتمييز مشاعر الفرد ومشاعر الآخرين في المجموعة، وأيضاً ملاحظة كيف تتطور وتتصاعد مشاعرهم في مواقف التفاعلات الاجتماعية في الجماعة خلال الجلسات التدريبية وبعد إنتهاء الجلسات من خلال تفاعلهم مع بعض ومع أهاليهم الزائرين في مركز العلاج وخارج مبنى المركز أيضاً.

ويمكن تفسير النتائج أيضاً إنطلاقاً من أن الذكاء الإنفعالي والرضا عن الحياة هما مفهومان اساسيان ومترابطان في علم النفس الإيجابي الذي يركز على جوانب القوة لدى الفرد (Park, Park and Peterson, 2010) حيث يركزان على التفاعل بين المعرفة والإنفعال (Salami, 2011)، كما يؤكدان على الأبعاد الإنفعالية والاجتماعية للبقاء والعيش بشكل منتج وفاعل في الحياة (Veenhoven, 2008)، ويهتمان أيضاً بالتكيف مع الظروف المحيطة ليكون الفرد أكثر فاعلية في التعامل مع متطلباتها.

كما أن الذكاء الإنفعالي يتضمن أبعاداً مثل: العلاقات بين الشخصية والشخصية الداخلية (الدوافع وتقدير الذات)، وأيضا إدارة الضغوط والمزاج العام (Bar On and Handley, 2002) وهي أبعاد رئيسة في الرضا عن الحياة.

وعليه فإن التدريب على الذكاء الإنفعالي يعتبر عامل وقاية وحماية للسلوكات الصحية ولتحسين مستوى الأداء والرضا عن الحياة (Levenson, et al., 2006).

التوصيات

- إجراء دراسات تهدف إلى بيان تأثير برامج قائمة على الذكاء الإنفعالي في تحسين متغيرات أخرى مثل: الحياة الهانئة والفعالية الذاتية لدى مسيئي استخدام العقاقير.
- تدريب الأشخاص الذين يتعاملون مع مسيئي استخدام العقاقير في مراكز العلاج على برامج تدريبية تهتم بالجانب الإنفعالي للفرد مثل البرامج القائمة على الذكاء الإنفعالي.
- إجراء المزيد من الدراسات التجريبية التي تتناول التدريب على الذكاء الإنفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير.

- تقصي فعالية برامج قائمة على الذكاء الانفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى فئات خاصة أخرى.

التوصيات

- إجراء دراسات أخرى على عينات جديدة ومتغيرات أخرى.
- إجراء دراسات أخرى تأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات النمائية الشاملة (طيف التوحد).
- ضرورة إنشاء مراكز خاصة لمتابعة احتياجات أولياء أمور الأطفال ذوو اضطراب التوحد.
- توفير النشرات، والكتب المتخصصة، والتي تزود الأهالي بكيفية العمل معأطفالهم من ذوي اضطراب التوحد.
- عمل لقاءات مستمرة مع أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد لمناقشة اهم احتياجاتهم المتعلقة بتطور ابنهم وانتقاله من مرحلة إلى أخرى ومساعدتهم على تقديم الحلول المناسبة.
- ضرورة وجود أندية أو جمعيات لأولياء أمور الأطفال من ذوي اضطراب التوحد.
- وجود برامج إرشادية يعدها متخصصون موجهة لأولياء أمور الأطفال من ذوي اضطراب التوحد.
- ضرورة توفير الاحتياجات الخاصة بالأطفال من ذوي اضطراب التوحد مثل العلاج، والرعاية الطبية، والتأهيلية، والخدمات المساندة.
- تقديم الدعم المادي من الدولة لأسر أطفال التوحد غير القادرين على تأمين المبالغ المادية لتعليم وتدريب أطفالهم.

المصادر والمراجع

إدارة مكافحة المخدرات، 2012، إحصاءات داخلية غير منشورة، عمان، الأردن.

إدارة مكافحة المخدرات، 2010، برامج إدارة مكافحة المخدرات، عمان، الأردن.

المجلس الوطني لمكافحة المخدرات، 2009، الإستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات، عمان، الأردن.

مركز مستشفى الرشيد للطب النفسي والإدمان، 2012، إحصاءات داخلية غير منشورة، عمان، الأردن.

Bar-On, Reuven. 2010. EmotionalIntelligence: AnIntegralPart of Positive Psychoogy, Psychological Society of South Africa, 40(1): 54-62.

Bar-On, Reuven and Handley, Rich. 2002. BarOn Emotional Quotient-360 (BarOn EQ-360™). MHS. Retrieved from http://www.mhs. com/ product.aspx? gr =cliandprod= eq360andid= resources.

Bharwaney, G. 2009, Icrease Your Emotional Intelligence: Strategies For Emotionally Intelligent Living, RevisedEdition, UK: Jaico Publishing House.

Bhullar, N. Schutte, N. and Malouff, J. 2012. Trait Emotional Intelligenceasa Moderatorof the Relationship between Psychological Distress and Satisfaction with Life, *Individual Differences Research*, 10 (1): 19-26.

Butcher, J. Mineka, S. and H. 2013. Abnormal Psychology, (15thed.), USA: Person Education, Inc.

Clarke, P. 2012. The Relationship Between Wellness, *Emotion Regulation and Relapse in Adult Out Patient Substance Abuse Clients*, Published Doctoral Dissertation, The University of North Carolina, Greensboro.

Claros, E. 2010. The Relationship Between Emotional Intelligence and Abuseof Alcohol, Marijuana and Tobacco Among College Students, Published Doctoral Dissertation, Walden University.

Comasco, E. Berglund, Kenneth. Oreland, Larsand Nilsson, Kent. 2010. Why Do Adolescents Drink? Motivational Patterns Related to Alcohol Consumptionand Alcohol - Related Problems, Subestance Use and Misuse, 45, 1589 - 1604.

Diener, E., Derrick. T., William. Kim - Prieto, Chu. Choi, Dong- Won.Oishi, Shigehiroand Biswas - Diener, Robert. 2010. New Well - Being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings, Soc Indic Res, 97, 143-156.

Dulko, J.P. 2007. Application of the Emotional Intelligence Constructto College Student Binge Drinking, Published Doctoral Dissertation, West Virginia Durand, V. Mark and Barlow, David, H. 2010. Eessentials of Abnorma Psychology, (5thed.).Wadsworth, Cengage Learning, University, Morgantown.

Fagan, R. 1999. The Use of Required Treatment for Substance Abusers, Substance Abuse, 20 (4): 249-261.

Killian, K. 2012. Development and Validation of the Emotional Self - Awareness Questionnaire: A Measure of Emotional Intelligence, *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(3): 502–514.

Krapu, T. Meinke, L. Kramer, L. Friedman, R. and Voda, J. 2006. The Life Satisfaction Survey (LSS): Development of The Instrument, In: Bennett, J. L and Campone, F. (Eds), Proceeding of the Fourth International Coach Federation Coaching Research Symposium. P. 67-83, International Coach Federation.

Kun, B. and Demetrovics, Z. 2010. Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. Substance Use and Misuse, 45: 1131-1160.

Levenson, M. R. Aldwin, C. M and Yancura, L. 2006. Positive Emotional Change: Mediating Effects of Forgiveness and Spirituality. ElsevierInc, 2 (6).

Lewis, A. D. Huebner, S. E. Malone, Patrick. S. and Valois, R.F. 2011. Life Satisfaction and Student Engagementin Adolescents. J Youth Adolescence, 40, 249-262.

Lightsey, O. McGhee, R. Ervin, A. Gharibian, G. Rarey, E. Daigle, R. Wright, K. Constantin, D. and Powell, K. 2012. Self -Efficacy for Affect Regulationasa Predictor of Future Life Satisfaction and Moderator of the Negative Affect-Life Satisfaction Relationship. J Happiness Stud.

Lightsey, O. Richard and B. 2011. Do Positive Thinking and Meaning Mediate the Positive Affect- Life Satisfaction Relationship? Canadian Journal of Behavioral Science, 43(3): 203-213.

Liu, Y. W. and Zh and Lu, W. 2013. Resilience and Affect Balanceas Mediators between Trait Emotional Intelligence and life Satisfaction: Original Research Article. Personality and Individual Differences, 54 (7): 850-855.

Luty, J. and Arokiadass, S. 2008. Satisfaction with Life and Opioid Dependence, Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, 3(2): 1-4.

Mitchell, Sh. Gwin, M., Rika. R., Heather. S. Peterson, J. A. Kelly, Sharon. M. Agar, M. H, Brown, Barry. S. O'Grady, Kevin. E. and Schwartz, Robert, P. 2011. Redefining Retention: Recovery from the Patient's Perspective, *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(2): 99-107.

Nolen-Hoeksema, S. 2012. Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender, Annu. Rev. Clin. Psychol, 8: 161–87.

Park, N. Park, M. and Peterson, C. 2010. When Isthe Search for Meaning Related to Life Satisfaction? Applied Psychology:

Ghorbanshiroudi, S. Khalatbari, J. Salehi, M. Bahari, S. 2011. The Relationship between Emotional Intelligence and Life Satisfaction and Determing Their Communication Skill Test Effectiveness, *Indian Journal of Science and Technology*, 4 (11): 1560-1564.

Gilligan, T. D. and Huebner, S. 2007. Initial Development and Validation the Multidimensional Students'Life Satisfaction Scale -Adolescent Version, *Applied Research in Quality of Life*, 2: 1-16.

Gilman, R. Huebner, S. E. and Furlong, M. J. 2009. Handbook of Positive Psychology in Schools, New York: Tylor and Francis.

Goleman, D. 2007. Emotional Intelligence, USA: Christine Wilding, Mc.

Gorostiaga, A., Balluerka, N. Aritzeta, A. Haranburu, M. and Alonso A., I. 2011. Measuring Preceived EmotionalIntelligencein Adolescent Population: Validationof the Short Trait Meta - Mood Scale (TMMS-23), *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3): 523-537.

Grant, N. Wardle, J. and Steptoe, A. 2009. The Relationship between Life Satisfaction and Health Behavior: A Cross-Cultural Analysis of Young Adults, Int. J. Behav. Med, 16, 259-268.

Gunning, M. Sussman, S. Rohrbach, L., V and Radik, Masagutov. 2009. ConcurrentPredictors of Cigarette and Alcohol Use Among U.S. and Russian Adolescents. J. Drug Education, 39 (4): 385-400.

Hill, E. and Maggi, S. 2011. Emotional Intelligence and Smoking: Protective and Risk Factors among Canadian Young Adults, *Personality and Individual Differences*, 51, 45–50.

Hughes, J. N. La Greca. Annette and Conoley, J. 2001. Handbook of Psychological Services for Children and Adolescents, Oxford University Press.

Huebner, S. 1997. Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale. University of South Carolina, Department of Psychology Columbia, Retrieved 2005 from http:// artsandsciences. sc.edu / PSYC/ facadocs/ hu.

Huebner, S. 1991. Initial Development of the Students' Life Satisfaction Scale, School Psychology International, 12, 231-243.

Huebner, S. 2001. Manual for the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale, University of South Carolina. Retrieved 2005 from http:// artsandsciences.sc.edu/ PSYC/ facadocs/ hu.

Health and Well-Being, 2 (1), 1- 13.

Paul, L. A. Grubaugh, A. L. Frueh, B. Christopher. E., C. and Egede L. E. 2011. Associations between Binge and Heavy Drinking and Health Behaviorsina Nationally Representative Sample, Addictive Behaviors, 36, 1240-1245.

Paupcrio, T. Dias, C. and Fonseca, A. 2012. Sport, Substance Use and Satisfaction with Life: What Relationship? *European Journal of Sport Science*,2 (1).

Pavot, W. and Diener, E. 2009. Review of the Satisfaction with Life Scale. Social Indicators Research Series, Springer Science+ Business Media, 101- 117.

Pavot, W. and Diener, E. 1993. Review of the Satisfaction Scale. Psychological Assessment, 15 (2): 164-172.

Proyer, R. T. Ruch, W. and Buschor, C. 2013. Testing Strengths -Based Interventions: A Preliminary Study on the Effectiveness of a Program Targeting Curiosity, Gratitude, Hope, Humor, and Zest for Enhancing Life Satisfaction. J Happiness Stud, 14 (1): 275-292.

Roberts, R. Zeidner, M. and Matthews, G. 2001. Does Emotional Intelligence Meet Traditional Standards foran Intelligence? Some New Data and Conclusions.Emotion, 1(3): 196- 231.

Salami, S. 2011. Personality and Psychological Well- Being of Adolescents: The Moderating Role of Emotional Intelligence, *Social Behavior and Personality*, 39 (6): 785-794.

Schafer, G. and Lecturer, S. 2011. Family Functioning in Families with Alcohol and Other Drug Addiction. Social Policy Journal of Newzeland, 37, 135-151.

Seraji, A. Momeni, H. and Salehi, A. 2009. The Investigation of Factors Affecting Dependence on Narcotics and Reappearance of Drug Usagein Narcotics Anonymous Populationin Khomein. Arak Medical University Journal (AMUJ), 13 (3): 68-75.

Stevenson, J. 2008. An Assessment of the Neurobiological and Behavioral Changes that Occur During Abstinence Following Chronic Alcohol Drinking. Published Doctoral Dissertation, University of North Carolina, Chapel Hill.

Sturrock, A. 2012. Assessing the Risk of Aggression and Violence among Service Users. Mental Health Practice, 15(5).

Substance Abuse and Mental Health Services Adminstration. 2011. Results from the 2010 National Surveyon Drug Use and Health: Summary of National Findings, Retrieved from http:// store.samhsa.gov/ home.

Sullivan, G. 2011. The Relationship between Hope, Eustress, Self- Efficacy, and Life Satisfaction Among Undergraduates. Soc Indic Res,101, 155–172.

Swain, N. Gibb, S. Horwood, L. and Ferqusson, D. 2012. Alcohol and Cannabis Abuse/ Dependence Symptoms and Life Satisfaction in Young Adulthood, Drug Alcohol Rev, 31(3): 327-333.

Veenhoven, R. 2008. What We Know about Happiness. Dansk Psykologisk Verlag, 14-50. Retrieved from www2.eur.nl/ fsw/ research/.

Wilding, C. 2007. Teach your self Emotional Intelligence, U.S.A: McGrawhill, INC.

The Efficacy of A Training Program Based On Emotional Intelligence in Improving Life Satisfaction among Substance Abusers

*Maryam Al-Zyadat, Musa A. Jebreel**

ABSTRACT

This Study aimed at investigating the effectiveness of a Training Program based on emotional intelligence in improving life satisfaction among substance abusers. The sample of the study consisted of (30) substance abusers who have low grades on life satisfaction scale. The subjects of the study were randomly distributed into tow groups (experemental, control). The experemental group was subjected to a training program for (17) sessions during a three mounths period of time, while the control group did'nt receive any type of training. The training program was an independent variable, while the performance of the subjects of the study on life satisfaction scale was a dependent variable.

To achieve the aim of the study a training program based on emotional intelligence and life satisfaction scale was constructed . The scale was administerd as a pre, Post and follow- up scale. On the bases of using One - Way analysis of Co- Variance in this study, results showed that there was satistically significant difference (α= 0.05) in the level of life satisfaction between tow groubs in favor of the subjects of the experimental groub. This shows that the training program based on emotional intelligence was effective in improving life satisfaction among substance abusers.

Keywords: Substance Abuse, Life Satisfaction, Emotional Intelligence.

* Faculty of Educational Sciences, The University of Jordan. Received on 10/9/2013 and Accepted for Publication on 21/1/2014.