





دانشگاه شهید چمران اهواز  
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

**عنوان:**

اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر آمادگی اعتیاد و ناگویی عاطفی در دانشجویان پسر دانشگاه  
شهید چمران اهواز

**استاد راهنما:**

دکتر یدالله زرگر

**استاد مشاور:**

پروفسور مهناز مهربانی زاده هنرمند

**نگارنده:**

بهنام کرمی راد

آبان ۱۳۹۲

## سپاسگزاری

بنام خداوند و جان خرد کزین برتر اندیشه بر نگذرد

ستایش مخصوص خداوند بی همتاست و بس.

اکنون که این رساله به یاری خدای بزرگ و مهربان به اتمام رسیده است، بر خود لازم می‌دانم تا از راهنمایی‌ها و محبت‌های بی دریغ استاد ارجمندم جناب آقای دکتر یدالله زرگر که به عنوان استاد راهنما، بنده حقیر را در این پژوهش یاری نموده‌اند از صمیم قلب تشکر نمایم. همچنین، از مشاوره‌ها و راهنمایی‌های ارزشمند استاد گرانقدر، سرکار خانم پروفسور مهناز مهربانی زاده هنرمند که به عنوان استاد مشاور در این پژوهش به بنده کمک‌های شایانی کرده‌اند بی نهایت سپاسگزارم. علاوه بر این، لازم می‌دانم که از تمامی اساتید گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز که در رشد و پیشرفت بنده نقش به‌سزایی داشته‌اند تشکر و قدردانی نمایم. همچنین، جا دارد که از سرکار خانم دکتر سودابه بساک نژاد و جناب آقای دکتر فرازمنند کلانتری که زحمات داوری را بر عهده داشتند و نیز از سرکار خانم دکتر ایران داوودی که زحمت نظارت بر جلسه را تقبل نموده‌اند نیز تشکر و قدردانی نمایم. در پایان، بر خود فرض می‌دانم که از پدر و مادر ارجمندم و تمامی کسانی که به نوعی در زندگی بنده کوچکترین نقش مثبت را ایفا کرده‌اند صمیمانه مراتب تشکر و سپاسگزاری را اعلام نمایم.

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: زمینه و موضوع پژوهش
۲	مقدمه
۴	بیان مسأله
۸	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۱	هدف پژوهش
۱۱	سوال پژوهش
۱۲	فرضیه های پژوهش
۱۲	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
۱۲	۱- آموزش هوش هیجانی
۱۲	۲- آمادگی اعتیاد
۱۳	۳- ناگویی عاطفی

## فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۱۴	مقدمه
۱۵	اعتیاد
۱۶	ملاک های تشخیصی DSM-IV-R برای اعتیاد (وابستگی به مواد)
۱۷	همه گیرشناسی اعتیاد

- آمادگی اعتیاد..... ۱۸
- مدل های مربوط به عوامل خطرزا در مصرف و سوء مصرف مواد..... ۱۹
- ۱- مدل مربوط به گذرهای تحولی برای مصرف مواد..... ۱۹
- ۲- فشار روانی مزمن و آسیب پذیری به اعتیاد..... ۲۱
- ۲-۱- فشار روانی و رشد رفتارهای اعتیاد آور..... ۲۱
- ۲-۲- رنج و مشقت مزمن و افزایش آسیب پذیری به مصرف مواد..... ۲۱
- ۳- اختلالات روانی و آسیب پذیری به مواد..... ۲۴
- ۳-۱- افسردگی و سوء مصرف مواد..... ۲۴
- ۳-۲- اختلال فشار روانی پس از آسیب و سوء مصرف مواد..... ۲۵
- ۳-۳- طیف اختلال بیش فعالی و کمبود توجه و اختلالات مصرف مواد..... ۲۶
- ۳-۴- اسکیزوفرنیا و اختلالات مصرف مواد..... ۳۰
- مدل های مربوط به عوامل خطرزا و محافظت کننده مصرف مواد..... ۳۴
- ۱- رویکرد اجتماعی- فرهنگی، بین فردی و فردی..... ۳۴
- ۲- الگوی ساختار علی مصرف مواد..... ۳۷
- ۳- مدل زیستی-روانشناختی- اجتماعی مصرف مواد..... ۳۸
- هوش هیجانی و آمادگی اعتیاد..... ۴۱
- نظریه ها و الگوهای متفاوت هوش هیجانی..... ۴۲
- پژوهش های مربوط به ارتباط هوش هیجانی و آمادگی اعتیاد..... ۴۹
- نتیجه گیری..... ۵۳

۵۳	..... ناگویی عاطفی
۵۳	..... تاریخچه
۵۶	..... تعاریف ناگویی عاطفی
۵۷	..... همه گیر شناسی ناگویی عاطفی
۵۹	..... سبب شناسی ناگویی عاطفی
۶۰	..... ۱- عوامل اجتماعی
۶۰	..... ۱-۱- فرزند پروری و ناگویی عاطفی
۶۲	..... ۱-۲- حمایت اجتماعی و ناگویی عاطفی
۶۳	..... ۲- عوامل ژنتیکی
۶۴	..... ۳- عوامل عصبی- زیستی
۶۶	..... ۴- نظریه های آگاهی هیجانی
۶۹	..... ۵- رشد زبان و ناگویی عاطفی
۷۱	..... سبک های شناختی هیجانی
۷۲	..... پژوهش های مربوط به ارتباط هوش هیجانی با ناگویی عاطفی
۷۴	..... نتیجه گیری

### فصل سوم: روش پژوهش

۷۶	..... روش پژوهش
۷۷	..... جامعه آماری

۷۷	..... نمونه و روش نمونه گیری
۷۸	..... اطلاعات مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی افراد نمونه اولیه
۷۹	..... ابزار پژوهش
۷۹	..... ۱- مقیاس آمادگی اعتیاد
۸۰	..... پایایی
۸۱	..... اعتبار
۸۲	..... ۲- مقیاس ناگویی عاطفی تورنتو
۸۳	..... پایایی
۸۴	..... اعتبار
۸۵	..... شرح جلسات آموزش
۹۲	..... روش اجرا
۹۳	..... روش های تجزیه و تحلیل داده ها

#### فصل چهارم: یافته های پژوهش

۹۵	..... یافته های توصیفی
۹۸	..... یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش

#### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۰۷	..... الف) بحث و نتیجه گیری مربوط به فرضیه های پژوهش
-----	--

۱۱۳..... محدودیت های پژوهش (ب)

۱۱۴..... پیشنهاد های پژوهش (ج)

### منابع

۱۱۷..... منابع فارسی

۱۲۴..... منابع انگلیسی



## فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۳۸	نمودار ۲-۱. ساختار علی عوامل مصرف مواد.....
۴۶	نمودار ۲-۲. مدل هوش هیجانی بار-آن.....
۹۷	نمودار ۴-۱. میانگین نمره های آمادگی اعتیاد دانشجویان گروه آزمایش و گروه گواه در دو مرحله.....
۹۸	نمودار ۴-۲. میانگین نمره های ناگویی عاطفی دانشجویان گروه آزمایش و گروه گواه در دو مرحله.....

## فهرست جدول ها

- جدول ۱-۳. طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه ..... ۷۶
- جدول ۲-۳. فراوانی و درصد فراوانی نمونه اولیه، بر اساس دانشکده ..... ۷۸
- جدول ۳-۳. فراوانی و درصد فراوانی نمونه‌ی اولیه، بر اساس سن ..... ۷۹
- جدول ۴-۳. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس آمادگی اعتیاد در پژوهش حاضر (۶۰۰ نفر) ..... ۸۱
- جدول ۵-۳. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس ناگویی عاطفی تورنتو (TAS-20) در پژوهش حاضر (۶۰۰ نفر) ..... ۸۴
- جدول ۱-۴. میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های آمادگی اعتیاد و ناگویی عاطفی گروه آزمایش و گروه گواه ..... ۹۶
- جدول ۲-۴. نتایج تحلیل خطی بودن رابطه بین پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای تحقیق ..... ۱۰۰
- جدول ۳-۴. نتایج آزمون همگنی واریانس لوین بین متغیرهای کمکی پژوهش در گروه آزمایش و گروه گواه ..... ۱۰۲
- جدول ۴-۴. نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) ..... ۱۰۳
- جدول ۵-۴. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون ..... ۱۰۴
- جدول ۶-۴. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون آمادگی اعتیاد و ناگویی عاطفی گروه آزمایش و گروه گواه ..... ۱۰۵

نام خانوادگی: کرمی راد		نام: بهنام	ش دانشجویی: ۹۰۲۲۸۱۵
عنوان پایان نامه: اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر آمادگی اعتیاد و ناگویی عاطفی در دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز			
استاد راهنما: دکتر یدالله زرگر			
استاد مشاور: پروفسور مهناز مهربابی زاده هنرمند			
درجه تحصیلی: کارشناسی ارشد		رشته: روانشناسی	گرایش: بالینی
دانشگاه: شهید چمران اهواز		دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی	گروه: روانشناسی بالینی
تاریخ فارغ از تحصیلی: ۹۲/۸/۶		تعداد صفحات: ۱۵۱	
کلید واژه ها: آموزش هوش هیجانی، آمادگی اعتیاد، ناگویی عاطفی			
<p><b>چکیده</b></p> <p>هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش هوش هیجانی بر آمادگی اعتیاد و ناگویی عاطفی در دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان پسر مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۹۲-۹۱ بودند. نمونه اولیه شامل ۶۲۳ نفر پسر بود که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند و سپس ۳۰ دانشجوی پسر که نمره آن‌ها در مقیاس آمادگی اعتیاد و ناگویی عاطفی بالاتر از یک انحراف معیار از میانگین بود و همچنین واجد ملاک‌های ورود به گروه‌ها بودند، گزینش شدند. دانشجویان به طور تصادفی به دو گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) اختصاص داده شدند. ابزار مورد استفاده شامل مقیاس آمادگی اعتیاد و مقیاس ناگویی عاطفی بود. مداخله طی ۸ جلسه آموزشی در مورد گروه آزمایش اعمال شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری مانکوا مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آموزش هوش هیجانی، آمادگی اعتیاد و ناگویی عاطفی افراد گروه آزمایش را در مقایسه با گروه گواه کاهش داده است. این یافته نشان می‌دهد که آموزش هوش هیجانی می‌تواند به عنوان یک روش آموزشی مؤثر، آمادگی اعتیاد و ناگویی عاطفی افراد را کاهش دهد و زمینه‌ی اصلاح و بهبودی آن‌ها را فراهم نماید.</p>			

# فصل اول

زمینه و موضوع پژوهش

در جهان امروز انسان با معضلات زیادی مواجه است؛ یکی از این معضلات بزرگ، بی‌تردید اعتیاد<sup>۱</sup> به مواد مخدر<sup>۲</sup> می‌باشد و اکنون دیگر کمتر کشوری است که با اعتیاد دست و پنجه نرم نکند (بهاری، ۱۳۹۲). وابستگی به مواد مخدر یا به اصطلاح اعتیاد به آن در همهٔ مشاغل، سطوح تحصیلی و طبقات اقتصادی و اجتماعی دیده می‌شود و مختص به افراد و یا اقشار خاصی نمی‌شود (زرگر، نجاریان و نعمی، ۱۳۸۷). اعتیاد یک اختلال عودپذیر مزمن می‌باشد که با جست‌جوی اجبارگونه مواد و از دست دادن کنترل در مصرف آن مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰، به نقل از بلین<sup>۴</sup>، بالادو<sup>۵</sup>، پیازا<sup>۶</sup> و گامونت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). مطالعه‌ی مؤسسه‌های ملی سوءمصرف مواد<sup>۸</sup> و زمینه‌ی یابی ملی مصرف مواد و علفی جات<sup>۹</sup> آمریکا در سال ۲۰۰۴ نشان داد که میزان سوءمصرف مواد بر حسب سن نیز متفاوت بوده است و در سن ۲۱ سالگی به بالاترین حد خود (۲۵/۴ درصد) می‌رسید (سادوک<sup>۱۰</sup> و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۱).

همچنین مطابق نتایج پژوهش‌ها، شیوع اعتیاد در مردان بیشتر از زنان می‌باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۱؛ دهقانی، زارع، دهقانی، صدقی و پور موحد، ۱۳۸۹). این اختلال در برخی گروه‌ها از شیوع بالایی برخوردار است، به عنوان نمونه نشان داده شده است که بخش چشمگیری از دانشجویان (۳/۳۹٪) در طول زندگی دست کم یکی از مواد مخدر را مصرف کرده‌اند (طارمیان، بواله‌ری، پیروی و قاضی طباطبائی، ۱۳۸۶).

1. addiction
2. opiate substance
3. American Psychiatric Association
4. Belin
5. Balado
6. Piazza
7. Gamonet
8. National Institute of Drug Abuse (NIDA)
9. National Survey of Drug Use and Health (NSDUH)
10. Sadock

در کشور ما، اولین کوشش‌ها در راستای عرضه‌ی مواد افیونی بوده و کمتر به کاهش تقاضا توجه شده است. اما امروزه مبارزه فرهنگی با مسأله اعتیاد و پایین آوردن سطح تقاضا در اولویت قرار گرفته است (اورنگ، ۱۳۷۸، به نقل از عشرتی، ۱۳۸۹). فرض بر این است که جلوگیری از مبتلا شدن افراد به سوءمصرف مواد مخدر و پیشگیری از آن، آسان‌تر از درمان این اختلال است (بتوین<sup>۱</sup> و بتوین، ۱۹۹۲، به نقل از عشرتی، ۱۳۸۹). پس با این وجود، شناسایی و کار بر روی افرادی که تمایل به اعتیاد و مهم‌تر از آن، آمادگی اعتیاد دارند شاید بیشتر کارساز باشد. آمادگی اعتیاد<sup>۲</sup> آمادگی فرد برای مصرف مواد مخدر است، به عبارت دیگر افرادی که بیشتر در معرض خطر اعتیاد قرار دارند، آمادگی بالاتری برای اعتیاد دارند (زرگر، ۱۳۸۵).

از سوی دیگر، دلایل متعددی هم برای گرایش افراد به انواع مواد مخدر ذکر شده است. پژوهش‌های بالینی متغیرهای گوناگونی را به عنوان پیش‌بینی‌کننده وابستگی به مواد مخدر شناسایی کرده‌اند که به ۴ دسته تقسیم می‌شوند: (۱) محیط فرهنگی - اجتماعی، (۲) عوامل بین شخصی، (۳) عوامل روانی - رفتاری و (۴) عوامل زیستی - ژنتیکی (نیوکامپ<sup>۳</sup> و ریچاردسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). همین‌طور، در حوزه اعتیاد، مداخلات گوناگونی هم انجام می‌شود. برخی مداخلات به شکل دارو درمانی‌اند (که توسط پزشکان متخصص اعتیاد انجام می‌شود) و برخی مداخلات نیز بصورت روانشناختی انجام می‌شود. بعلاوه، اینکه مداخلات چه زمانی انجام شود هم بستگی به شرایط اقتضا دارد. آیا ما با فرد مبتلا به اعتیاد مواجه هستیم که ملاک‌های اعتیاد را دارد و یا اینکه قصد پیشگیری از اعتیاد را داریم. بطور کلی، اینکه ما کدام یک از مداخلات را انجام دهیم (مداخلات دارو درمانی و یا مداخلات روانشناختی) و چه زمانی مداخلات صورت گیرد

---

1. Botvin  
2. addiction potential  
3. Newcomp  
4. Richardson

## فصل اول: زمینه و موضوع پژوهش

(بصورت پیشگیرانه یا پس رویدادی) بستگی به این دارد که هدف ما چیست و با چه شرایطی مواجه هستیم. مواقعی هم وجود دارد که ما هر دو نوع مداخله را باهم انجام می دهیم و آن زمانی است که با فردی سروکار داریم که هم ملاک‌های اختلال اعتیاد را دارد و مشکلات روانشناختی را توأم با اعتیاد دارد. با این وجود، هنگامی که ما با افرادی مواجهیم که ویژگی‌های خطرناک برای اعتیاد دارند یعنی ویژگی‌های دارند که آن‌ها را به سوی اعتیاد سوق می‌دهند و احتمال خیلی بالایی هم وجود دارد که در دام اعتیاد بیفتند، در اینجا مداخلات پیشگیرانه مطلوب است. یک نوع رایج از مداخلات پیشگیرانه، آموزش دادن مهارت‌ها به افراد است. اینکه ما چه نوع مهارت‌ها را برای آموزش برگزینیم، بستگی به این دارد که افراد مورد نظر ما در چه حوزه‌ای مشکل دارند، اگر مشکلات مربوط به حوزه شناختی رفتاری است، آموزش‌های شناختی-رفتاری داده می‌شود، اگر مشکلات مربوط به حوزه ارتباطات است، آموزش مهارت‌های ارتباطی داده می‌شود و اگر مشکلات مربوط به هیجانات و عواطف است؛ در قالب‌های هیجان خواهی بالا، تنظیم نبودن هیجانات و یا ناگویی عاطفی و غیره، آموزش‌های مربوط تنظیم هیجانات مثلاً آموزش هوش هیجانی داده می‌شود. بنابراین پژوهش حاضر به بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر آمادگی اعتیاد و ناگویی عاطفی دانشجویان پسر پرداخته است.

### بیان مسأله

اعتیاد به مواد مخدر و اعتیادآور، یک بیماری زیستی، روانی و اجتماعی است که متأسفانه لایه‌های مختلف اجتماعی را درگیر خود ساخته است (سراج خرمی، ۱۳۸۲). اعتیاد به معنای وابستگی بیمارگونه به مصرف یک یا چند نوع ماده مخدر است که سبب بروز رفتارهای مواد

# فصل اول: زمینه و موضوع پژوهش

جویانه شده و در صورت عدم مصرف مواد مورد نظر، علائم محرومیت در فرد معتاد بروز می‌کند (بهاری، ۱۳۹۲).

براساس طبقه بندی بین المللی اختلالات<sup>۱</sup>، تشخیص نهایی اعتیاد نیازمند وجود سه تا از ملاک‌های شش‌گانه زیر است: میل شدید به مصرف مواد، وجود مشکلاتی در کنترل مصرف آن، پافشاری در مصرف آن با وجود آگاهی از پیامدهای مضر آن، ترجیح افراطی مصرف مواد نسبت به دیگر فعالیت‌ها و وظایف، وجود تحمل دارویی افزایش یافته و وجود برخی از حالت‌های فیزیکی ترک مواد (سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). موسسه ملی سوءمصرف مواد آمریکا برآورد کرده است که از هر ده نفر آمریکایی با سن بالای ۱۲ سال، یک نفر مشکل سوءمصرف مواد دارد (گریلو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). همینطور بر اساس آخرین گزارشات از سوی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر دفتر برنامه ریزی (۱۳۸۷) در ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد مخدر در ایران، تعداد معتادین کشور در سال ۱۳۸۶ برابر با ۱۲۰۰۰۰۰ نفر تخمین زده شده است.

میزان سوءمصرف مواد بر حسب سن متفاوت است؛ میزان وابستگی یا سوءمصرف در سن ۱۲ سالگی ۱/۳ درصد می‌باشد و این میزان عموماً با افزایش سن، افزایش نشان می‌دهد و در سن ۲۱ سالگی به بالاترین حد خود (۲۵/۴ درصد) می‌رسد. پس از ۲۱ سالگی میزان سوءمصرف و وابستگی با افزایش سن، کاهش می‌یابد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۹۱).

در همین رابطه، میزان شیوع طول عمر سوءمصرف مواد مخدر کلاً از هر نوعش بطور کلی، در دانشجویان دانشگاهی کنیای غربی ۶۹/۸ درصد بود (لوکوی<sup>۴</sup>، پریسکا<sup>۵</sup>، موسس<sup>۶</sup>، کیند<sup>۱</sup> و

1. International Classification of Diseases (ICD-10)
2. World Health Organisation (WHO)
3. Grillo
4. Lukoye
5. Prisca
6. Moses



## فصل اول: زمینه و موضوع پژوهش

اِونز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). همچنین ۴۶/۷۵ درصد دانشجویان پسر دانشگاه‌های مختلف شهر رشت، تجربه استفاده از حداقل یکی از مواد اعتیاد آور را ذکر کردند (سیام، ۱۳۸۵). همینطور ۲۱/۵ درصد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد سابقه سوء مصرف مواد اعتیاد آور را داشتند (دهقانی و همکاران، ۱۳۸۹).

اعتیاد یک بیماری چند بعدی است که در شکل‌گیری آن چندین زمینه پیش‌اعتیادی نقش دارد (زینالی، وحدت و عیسوی، ۱۳۸۷). پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که برای پذیرش و مصرف مواد مخدر، وجود زمینه‌های رشدی ناسالم ضروری است. در واقع معتادین کسانی هستند که مصرف مواد مخدر، به زمینه‌های رشدی ناسالم آن‌ها، اضافه می‌شود، یعنی رشد ناسالم در زمینه‌های مختلف موجب گرایش آن‌ها به مواد مخدر می‌شود و رشد گرایش به مواد مخدر در طی زندگی، تحت عنوان استعداد اعتیاد، مطرح است (کلدی و مهدوی، ۱۳۸۲، به نقل از عشرتی، ۱۳۸۹). در این رابطه، یکی از عواملی که می‌تواند با اعتیاد و آمادگی به آن رابطه داشته باشد هیجانات و بالاخص هوش هیجانی است؛ چرا که رابطه بین هوش هیجانی پایین و رفتارهای اعتیاد برانگیز نشان داده شده است (ترینداد<sup>۳</sup>، آنگر<sup>۴</sup>، چو<sup>۵</sup> و جانسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ پارکر<sup>۷</sup>، تیلور<sup>۸</sup>، استابروک<sup>۹</sup>، شل<sup>۱۰</sup> و وود<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸).

1. Kiende
2. Evans
3. Trinidad
4. Unger
5. Chou
6. Johnson
7. Parker
8. Taylor
9. Eastabrook
10. Schell
11. Wood

هوش هیجانی در واقع هوش غیرشناختی است و از مفهوم هوش اجتماعی<sup>۱</sup> نشأت می‌گیرد که اولین بار توسط ثرندایک<sup>۲</sup> در سال ۱۹۲۰ شناسایی شد (قمرانی و جعفری، ۱۳۸۳). هوش هیجانی، توانایی تشخیص هیجان خود و دیگران و تنظیم هیجان‌ها در موقعیت‌های اجتماعی است (کزوارا<sup>۳</sup> و بلوک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان دادند که کاربرد برخی از برنامه‌های آموزشی در زمینه زمینه افزایش هوش هیجانی می‌تواند به افراد با نگرش مثبت به اعتیاد، کمک کند تا با مدیریت رویدادها و مشکلات بد، تمایل به اعتیاد را در خود کاهش دهند (خانمحمدی، همایونی، موسوی، امیری و نیکپور، ۲۰۰۹). در همین رابطه، سازه ناگویی عاطفی نیز همانند آمادگی اعتیاد، با هوش هیجانی ارتباط دارد و به عبارت دقیق‌تر این رابطه منفی می‌باشد (نقوی<sup>۵</sup>، معروف<sup>۶</sup> و ماریانی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰) و حتی از آن تأثیر هم می‌پذیرد (نیکوگفتار، ۱۳۸۸). پژوهش پارکر، تیلور و باگبی<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) نشان داد که اگرچه این دو سازه از هم مستقل‌اند، اما همپوشی قابل ملاحظه‌ای باهم دارند و شدیداً بهم مربوطند. ناگویی عاطفی سازه‌ای چند وجهی، متشکل از دشواری در شناسایی احساسات و تمیز احساسات از تهییج‌های بدنی مرتبط با انگیزتگی هیجانی؛ دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، قدرت تجسم محدود (فقر در خیال پردازی) و سبک شناختی عینی (غیر تجسمی)، عمل‌گرا و واقعیت‌مدار یا تفکر عینی می‌باشد (تیلور و باگبی ۲۰۰۰، به نقل از بشارت، کریمی، قربانی و رحیمی نژاد، ۱۳۸۸). ناگویی عاطفی شیوع بالایی در جمعیت عمومی و دانشجویان دارد. در فنلاند مطالعه‌ای با اجرای مقیاس ناگویی عاطفی تورنتو<sup>۹</sup> (TAS-20) بر روی

1. social intelligence
2. Thorendike
3. Koczwar
4. Bullock
5. Naghavi
6. Marof
7. Mariani
8. Bagby
9. Toronto Alexithymia Scale

## فصل اول: زمینه و موضوع پژوهش

افراد ۶۴-۱۸ ساله، در کنار گزارش شیوع کلی ۱۳ درصدی برای ناگویی عاطفی، شیوع آن را در مردان (۱۷ درصد) تقریباً دو برابر شیوع آن در زنان (۱۰ درصد) اعلام کرد (سالمینن، ساریجاروی<sup>۱</sup>، آرلا<sup>۲</sup>، توکا<sup>۳</sup> و کوهانن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). ماسن<sup>۵</sup>، تیسون<sup>۶</sup>، جونز<sup>۷</sup> و پوتس<sup>۸</sup> (۲۰۰۵) وقوع و وقوع و همبسته های ناگویی عاطفی را در بین دانشجویان دوره لیسانس بررسی کردند و شیوع آن را دانشجویان فرانسه ۱۷/۱ درصد، در دانشجویان کانادا ۱۸/۸ درصد و در دانشجویان فنلاند ۱۳ درصد گزارش دادند.

از طرف دیگر، با توجه به اینکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند (ترینداد و جانسون، ۲۰۰۲؛ ترینداد و دیگران، ۲۰۰۴) که بکارگیری برخی برنامه‌ها در زمینه افزایش هوش هیجانی می‌تواند به افراد مستعد اعتیاد کمک کند تا این تمایل را کاهش دهند. به علاوه، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ناگویی عاطفی با هوش هیجانی ارتباط منفی دارد و حتی از آن تأثیر می‌پذیرد (نقوی و همکاران، ۲۰۱۰، نیکوگفتار، ۱۳۸۸). همینطور، باتوجه به اینکه تا به حال پژوهشی اثر بخش بودن آموزش هوش هیجانی را بر آمادگی اعتیاد و ناگویی عاطفی به طور همزمان در دانشجویان مورد بررسی قرار نداده است، لذا پژوهش حاضر به دنبال بررسی و پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش هوش هیجانی بر آمادگی اعتیاد و ناگویی عاطفی دانشجویان پسر مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز تأثیر دارد؟

- 
1. Saarijarvi
  2. Aarela
  3. Toikka
  4. Kauhanen
  5. Mason
  6. Tyson
  7. Jones
  8. Potts

## اهمیت و ضرورت پژوهش

در جهان امروز، اعتیاد مسأله خاص یک یا دو کشور نیست و به یک معضل جهانی تبدیل شده است؛ چرا که مطابق آمارهای موجود در سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۵، حدود ۸-۱۰ درصد جمعیت ۱۲ ساله و بالاتر در ایالات متحده، واجد شرایط معیارهای اختلال مصرف الکل یا مواد بوده‌اند (سادوک، سادوک و روئیز،<sup>۱</sup> ۲۰۰۹، به نقل از خزایی، نجفی و علوی فر، ۱۳۹۲). از سوی دیگر، از بین اقشار مختلف جامعه، جوانان و بالاخص دانشجویان از قشرهای آسیب پذیر به مسأله اعتیاد به حساب می‌آیند. مطابق آمارها، حدود ۷۳ درصد جمعیت معتاد کشور، زیر ۴۰ سال هستند و میانگین سنی آن‌ها حدود ۳۵ سال است. همچنین وجود ۲/۵ میلیون معتاد رسمی و حدود ۴ میلیون معتاد تفننی که نهایتاً آنان نیز ممکن است معتاد شوند، لزوم توجه و پیشگیری از این پدیده ناخوشایند را دوچندان می‌کند (مسکنی و جعفر زاده فخار، ۱۳۸۷). همینطور پژوهش‌های داخلی نشان می‌دهند که ۳۹ درصد از دانشجویان مصرف کننده یکی از مواد سبک (سیگار، قلیان و نوشیدنی های الکلی) بوده و ۳/۳ درصد نیز مصرف کننده یکی از مواد سنگین (حشیش، قرص - های اکستازی، تریاک، هروئین، کراک و شیشه) می‌باشند (طارمیان و همکاران، ۱۳۸۶). از سوی دیگر، علاوه بر شیوع و فروانی بالای این مسأله، اعتیاد عوارض و تبعات جانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی جبران ناپذیری برای فرد، خانواده و جامعه دارد. تخمین زده می‌شود که هر فرد ایرانی وابسته به مواد، حداقل حدود یک میلیون تومان در سال به جامعه زیان می‌رساند (رئوفی و رضوی، ۱۳۷۸، به نقل از عشرتی، ۱۳۸۹). این فقط جنبه اقتصادی این مسأله برای کشور است.