

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دانشگاه پیام نور
دانشکده علوم انسانی

گروه روانشناسی
گرایش عمومی

عنوان:

مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی

توسط:

زهرا خسروی کبیر

استاد راهنما:

دکتر سید ولی ا... موسوی

استاد مشاور:

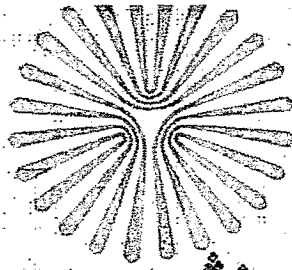
دکتر علیرضا آقا یوسفی

زمستان ۸۶

۱۳۸۷ / ۲ / ۱۴

کتابخانه دانشگاه پیام نور
تهران

۹۶۷۶۹



دانشگاه پیام نور

تصویب نامه

پایان نامه تحت عنوان:

مقایسه هوش هیجانی و سلامت روانی در معتادان بر مواد مخدر و افراد عادی

نمره: ۱۹٫۲۵ درجه: عالی

تاریخ دفاع: ۸۶/۱۱/۲۵

اعضای هیات داوران:

نام و نام خانوادگی

هیات داوران

مرتبۀ علمی

امضاء

۱. جناب آقای دکتر ولی الله موسوی

استاد راهنما

۲. جناب آقای دکتر علیرضا آقاییوسفی

استاد مشاور

۳. جناب آقای دکتر حسین زارع

استاد داور

۴. جناب آقای دکتر حسین زارع

نماینده گروه

رئیس هیات داوران

امضاء

امضاء

امضاء

سپاسگزاری

اینک که به پایان راه رسیده ام خدای مهربان و بزرگ را شاکرم که توفیق انجام این کار را به من عنایت فرموده است. خدای بزرگی که همواره در تنها ترین و سخت ترین ایام یار و مددکارم بوده است. در اینجا بر خود لازم می دانم از زحمات و راهنمایی های اساتید گرانقدر و بزرگوار که بنده را در انجام این رساله یاری نموده اند تشکر و قدر دانی کنم. بیش از همه از استاد عالیقدر آقای دکتر موسوی بخاطر زحمات بی دریغ ایشان و حوصله و عنایت فراوانی که در هدایت و راهنمایی بنده مبذول داشته اند و با دقت نظر خاص خویش در تمامی مراحل کار هدایتم نموده اند کمال تشکر و سپاسگزاری را دارم. از استاد بزرگوارم جناب آقای دکتر آقا یوسفی که به عنوان استاد مشاور، همواره با بردباری و ارائه ی نظرات و راهنمایی های ارزنده شان در کلیه مراحل پژوهش روشنگر راهم بودند بسیار سپاسگزارم. وهم چنین از همکار محترم آقای جعفری در سازمان بهزیستی بخاطر یاری های علمی شان در انجام این راه، وهمکاری صمیمانه معاونت محترم پیشگیری سازمان بهزیستی (آقای دکتر سادات منصوری) و مسولین فنی مراکز درمان و بازتوانی آسایش و حیات نو آقای جهانی و خانم دکتر توکی کمال تشکر و قدر دانی را دارم. و سپاسی ویژه از زحمات و حمایت های بیدریغ همسر بزرگوارم جناب آقای مهندس مسعود قوامی که در طی ایام تحصیل مشوق و دلسوز حقیر بوده است.

توفیق همه ی این عزیزان و دیگر عزیزانی را که در این مختصر مجال بر شمردن نام آنان نیست از خداوند متعال خواهانم.

تو خشنود باشی و ما رستگار

خدایا چنان کن که سر انجام کار

تقديم به:

پدر و مادر مهربانم

همسر صبور و بزرگووارم

و

فرزندان عزيزم (امير حسين و ياسمن)

که دعای خیرشان همواره بدرقه راهم بوده است.

چکیده

مقایسه هوش هیجانی و سلامت روان در معتادان به مواد مخدر و افراد عادی

مجری طرح: زهرا خسروی کبیر

هدف از پژوهش حاضر مقایسه هوش هیجانی و سلامت روانی در معتادین و افراد عادی بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۶۰ آزمودنی (۸۰ نفر معتاد به مواد مخدر و ۸۰ نفر افراد عادی) بود که در دو گروه قرار گرفتند و در مطالعه شرکت داده شدند. آزمودنی های گروه اول (معتادین) به شیوه نمونه گیری در دسترس از مراکز درمان و باز توانی دولتی و غیر دولتی شهر رشت انتخاب شده و آزمودنی های گروه دوم نیز افراد عادی بودند که از لحاظ متغیر های سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، تعداد اعضا و میزان در آمد خانواده با گروه اول همتا سازی شدند. آنگاه آزمودنی ها به پرسشنامه ی هوش هیجانی پترایدز و فارنهام (۲۰۰۲) و فرم ۲۸ ماده ای پرسشنامه ی سلامت عمومی گلد برگ (۱۹۷۹) پاسخ دادند.

تحلیل داده ها با استفاده از آزمون t برای نمونه های جور شده نشان داد که بین نمرات هوش هیجانی و سلامت روان معتادین و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد و معتادین به مواد مخدر از هوش هیجانی و میزان سلامت روان پایین تری نسبت به همتا یان غیر معتاد بر خوردارند. علاوه بر این ضریب هم بستگی پیرسون، میزان رابطه هوش هیجانی و سلامت روان را در دو گروه نمونه (معتادین و افراد عادی) به ترتیب $-۰/۴۴۵$ و $۰/۴۰۳$ - نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت ضریب هم بستگی محاسبه شده در دو گروه معنادار است. همچنین یافته های بدست آمده از آزمون t برای نمونه های جور شده نشان داد میانگین نمرات هوش هیجانی در زیر مولفه های (درک عواطف خود و دیگران، کنترل عواطف و مهارت های اجتماعی) و میانگین نمرات سلامت روان در زیر مولفه های (علایم جسمی، اضطراب و بی خوابی و افسردگی و خیم) در معتادین و افراد عادی تفاوت معناداری با هم دارند.

کلید واژه ها: هوش هیجانی، معتاد به مواد مخدر، سلامت روان.

فهرست :

فهرست مطالب

فهرست جدول ها

فهرست نمودارها

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه	۲
۱-۲- بیان مساله	۵
۱-۳- اهمیت موضوع و ضرورت پژوهش	۱۱
۱-۴- فرضیه های پژوهش	۱۲
۱-۵- اهداف پژوهش	۱۲
۱-۶- متغیر های پژوهش	۱۳
۱-۶-۱- متغیر مستقل	۱۳
۱-۶-۲- متغیر وابسته	۱۳
۱-۶-۳- متغیر تعدیل کننده	۱۳
۲-۶-۳- متغیر کنترل	۱۳
۱-۷- تعریف متغیرهای پژوهش	۱۳
۱-۱-۷- تعاریف ساختاری	۱۳
۲-۱-۷- تعاریف عملیاتی	۱۵

فصل دوم: ادبیات پژوهش

۲-۱- مقدمه	۱۸
۲-۲- ماهیت و تعاریف هوش	۱۸
۲-۳- هوش از دیدگاه دانشمندان مختلف	۲۰
نظریه آلفرد بینه	۲۰
نظریه دو عاملی اسپیرمن	۲۰
نظریه سلسله مراتبی سیریل برت	۲۱
نظریه چند عاملی ترستون	۲۱
نظریه چند عاملی گیلفورد	۲۱
نظریه کتل	۲۱
نظریه استرنبرگ	۲۱
۲-۴- هیجان	۲۲
۲-۵- هیجان از دیدگاه دانشمندان مختلف	۲۶
تئوری تحول هیجان داروین	۲۶
نظریه جمیز-لانگه	۲۶
نظریه کزن-بارد	۲۶
۲-۶- تعاریف هوش هیجانی	۲۷
۲-۷- سیر مطالعه هوش هیجانی	۲۸
۲-۸- رویکردها در هوش هیجانی	۳۱

۳۲.....	۲-۹- هوش هیجانی از دیدگاه دانشمندان مختلف
۳۲.....	مدل هوش هیجانی مایر و سالووی
۳۶.....	مدل هوش هیجانی گلمن
۳۸.....	مدل هوش هیجانی بار-ان
۴۸.....	۲-۱۰- ویژگی های شخصیتی افراد دارای هوش هیجانی بالا
۴۸.....	۲-۱۱- سنجش هوش هیجانی
۵۰.....	۳-۱۱-۱- پرسشنامه هوش هیجانی بار-ان
۵۱.....	۳-۱۱-۲- پرسشنامه هوش هیجانی پترایدز و فارنهام
۵۳.....	۲-۱۲- هوش هیجانی و سازش یافتگی اجتماعی
۵۳.....	۲-۱۳- هوش هیجانی و اختلالات شخصیت
۵۵.....	۲-۱۴- افزایش هوش هیجانی
۵۹.....	۲-۱۵- آیا می توان هوش هیجانی را آموخت و آموزش داد؟
۶۱.....	۲-۱۶- اعتیاد به مواد مخدر
۶۲.....	۲-۱۷- سوء مصرف مواد
۶۲.....	۲-۱۸- عوامل موثر بر اعتیاد
۶۴.....	۲-۱۹- تئوری های روانشناسی در باره سوء مصرف مواد
۶۴.....	تئوری روانکاوی
۶۵.....	تئوری رفتار گرایی
۶۵.....	۲-۲۰- نظریه های مطرح در خصوص سوء مصرف مواد
۶۵.....	نظریه قانونی جرم شناسی
۶۵.....	نظریه اثباتی کجرفتاری
۶۶.....	۲-۲۱- بررسی های همه گیر شناسی مواد
۶۹.....	۲-۲۲- سلامت روان
۷۰.....	۲-۲۳- هوش هیجانی و بیماری های روانی
۷۲.....	۲-۲۴- الکسی تایمی مقابله سازش نا یافته
۷۲.....	۲-۲۵- الکسی تایمی و اختلال های روانپزشکی
۷۴.....	۲-۲۶- یادگیری تنظیم هیجانات برای برخورداری از سلامت بهتر
۷۵.....	۲-۲۷- اختلال روانی و اعتیاد
۷۶.....	۲-۲۸- مروری بر پژوهش های انجام شده در پیرامون موضوع پژوهش
۸۳.....	۲-۲۹- خلاصه و نتیجه گیری

فصل سوم: روش پژوهش

- ۳-۱- تعریف و تعیین جامعه ۸۵
- ۳-۲- نمونه و روش اندازه گیری ۸۵
- ۳-۴- ابزار پژوهش ۸۶
- ۳-۴-۱- پرسشنامه هوش هیجانی ۸۶
- ۳-۴-۲- اعتبار و پایایی ۸۶
- ۳-۴-۳- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) ۸۷
- ۳-۴-۴- اعتبار و پایایی ۸۸
- ۳-۵- پرسشنامه مشخصات فردی ۸۹
- ۳-۶- نحوه اجرا و ارزشیابی ۸۹
- ۳-۷- طرح تحقیق و روش آماری ۹۰

فصل چهارم: تجزیه تحلیل داده ها

- ۴-۱- بررسی و توصیف داده ها ۹۲
- ۴-۲- تحلیل های آماری ۹۹
- ۴-۳- یافته های جانبی ۱۰۴
- ۴-۴- خلاصه و جمع بندی ۱۱۰

فصل پنجم: نتیجه گیری و بحث

- ۵-۱- نتیجه گیری و بحث ۱۱۲
- ۵-۲- محدودیت های پژوهش ۱۲۰
- ۵-۳- پیشنهادات پژوهش ۱۲۱

منابع

- منابع فارسی ۱۲۴
- منابع انگلیسی ۱۲۷

پیوست ها

- فرم مشخصات فردی ۱۳۱
- پرسشنامه هوش هیجانی ۱۳۲
- پرسشنامه سلامت عمومی ۱۳۳

جدول ۱-۲- ظهور هوش هیجانی	۳۰
جدول ۲-۲- چارچوب هوش هیجانی	۳۳
جدول ۲-۳- مرور مدل چهار رشته ای هوش هیجانی با تاکید بر رابطه آن با هوش و شخصیت	۳۵
جدول ۲-۴- مولفه های هوش هیجانی مورد سنجش در پرسشنامه EQ-I	۴۰
جدول ۲-۵- ویژگیهای ساختاری هوش هیجانی	۴۷
جدول ۱-۳- هم بستگی زیر-مقیاس ها و مقیاس کلی پرسشنامه GHQ	۸۸
جدول ۱-۴- توزیع فراوانی میزان هوش هیجانی معتادین و افراد عادی برحسب ویژگی های جمعیت شناختی	۹۳
جدول ۲-۴- توزیع فراوانی میزان سلامت روان معتادین و افراد عادی برحسب ویژگی های جمعیت شناختی	۹۴
جدول ۳-۴- شاخص های توصیفی نمرات هوش هیجانی آزمودنی ها	۹۵
جدول ۴-۴- شاخص های توصیفی اندازه هوش هیجانی در افراد عادی و معتادین بر اساس زیر مولفه ها	۹۶
جدول ۴-۵- شاخص های توصیفی نمرات سلامت روان آزمودنی ها	۹۷
جدول ۴-۶- شاخص های توصیفی اندازه سلامت روان در افراد عادی و معتادین بر اساس زیر مولفه ها	۹۸
جدول ۴-۷- نتایج آزمون آبا دو نمونه جور شده جهت مقایسه نمرات هوش هیجانی آزمودنی ها	۱۰۰
۴-۸- نتایج آزمون جهت مقایسه ی نمرات هوش هیجانی بر اساس شاخص خوش بینی	100
۴-۹- نتایج آزمون جهت مقایسه ی نمرات هوش هیجانی بر اساس شاخص درک عواطف خود و دیگران	۱۰۱
۴-۱۰- نتایج آزمون جهت مقایسه ی نمرات هوش هیجانی بر اساس شاخص کنترل عواطف	۱۰۱
۴-۱۱- نتایج آزمون جهت مقایسه ی نمرات هوش هیجانی بر اساس شاخص مهارتهای اجتماعی	۱۰۲
۴-۱۲- نتایج آزمون آبا دو نمونه جور شده جهت مقایسه نمرات هوش هیجانی معتادین و افراد عادی	۱۰۲
۴-۱۳- نتایج حاصل از مقایسه ی سلامت روان آزمودنی ها بر حسب زیر مولفه ها	۱۰۳
۴-۱۴- هم بستگی بین سلامت روان و هوش هیجانی در افراد عادی	۱۰۳
۴-۱۵- هم بستگی بین سلامت روان و هوش هیجانی در معتادین	۱۰۴
۴-۱۶- بررسی تفاوت میانگین هوش هیجانی افراد عادی و معتادین برحسب میزان درآمد	۱۰۵
۴-۱۷- بررسی تفاوت میانگین هوش هیجانی افراد معتاد و عادی برحسب سن	۱۰۵
۴-۱۸- بررسی تفاوت هوش هیجانی معتادین و افراد عادی باتوجه به سطح تحصیلات آنها	۱۰۶
۴-۱۹- بررسی تفاوت میانگین هوش هیجانی افراد عادی و معتادین برحسب وضعیت تاهل	۱۰۶
۴-۲۰- بررسی تفاوت میانگین هوش هیجانی معتادین و افراد عادی برحسب وضعیت اشتغال	۱۰۷
۴-۲۱- بررسی تفاوت میانگین سلامت روان معتادین و افراد عادی بر حسب سن	۱۰۷
۴-۲۲- بررسی تفاوت میانگین سلامت روان معتادین و افراد عادی باتوجه به سطح تحصیلات	۱۰۸
۴-۲۳- بررسی تفاوت میانگین سلامت روان معتادین و افراد عادی برحسب میزان درآمد	۱۰۸
۴-۲۴- بررسی تفاوت میانگین سلامت روان معتادین و افراد عادی برحسب وضعیت تاهل آنها	۱۰۹
۴-۲۵- بررسی تفاوت میانگین سلامت روان معتادین و افراد عادی برحسب وضعیت اشتغال	۱۰۹

- ۱-۴- نمودار میانگین نمرات هوش هیجانی افراد عادی و معتادین ۹۵
- ۲-۴- نمودار میانگین هوش هیجانی افراد عادی و معتادین بر اساس زیر مولفه ها ۹۶
- ۳-۴- نمودار ستونی میانگین نمرات سلامت روان ۹۷
- ۴-۴- میانگین نمرات سلامت روان افراد عادی و معتادین بر اساس زیر مولفه ها ۹۸

فصل اول :

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

مصرف مواد مخدر از دیرباز در مناطق مختلف جهان (خواه به عنوان بخشی از مراسم سنتی و خواه به عنوان داروی مسکن) رواج داشته است. این گفته‌ی معروف سعدی که «تاتریاق از عراق آورند، مار گزیده مرده باشد» نشان می‌دهد که در آن دوران معجونی از مواد افیونی برای درمان مار گزیدگی به کار می‌رفته است. ابوعلی سینا و فخر رازی هم پیش از سعدی خواص تریاک را می‌دانسته و از آن به عنوان پاد زهر استفاده می‌کرده اند با عوارض سوء مصرف آن نیز آشنایی داشته اند (کلدی و همکاران، ۱۳۸۲).

امروزه ملتها و دولتهای سراسر جهان با مشکل مواد مخدر و اعتیاد روبه رو هستند، خطری که یک نسل پیش با این وسعت و مقیاس تصورناپذیر بود. این پدیده از جنبه‌های بسیار زیادی بر زندگی و سلامت افراد و توسعه‌ی سیاسی و اقتصادی اثر می‌گذارد و حتی پایداری و بقای دولتها را در معرض تهدید قرار می‌دهد. این معضل همچون مانعی در برابر توسعه اجتماعی عمل می‌کند و خسارتهای اجتماعی و اقتصادی ناشی از سوء استفاده از این مواد ضربه شدیدی به زیر ساختارهای اجتماعی کشورها وارد می‌کند (کلدی و همکاران، ۱۳۸۲).

برخی از پدیده‌ها و مسائل اجتماعی و انسانی دارای ماهیت حساس، ساختار نامشخص و کارکرد به ظاهر پنهان هستند، این پدیده‌ها و مسائل، از یک سو، تمایل به پوشیده ماندن دارند و از سوی دیگر، مانند رودخانه، ظاهری آرام و درونی پرخروش و پرکشش و پر قدرت دارند و هر مانعی را از سر راه خود بر می‌دارند و پیش می‌روند. نمونه‌ای از این پدیده‌ها، اعتیاد به مواد مخدر است. بی تردید مصرف مواد مخدر آثار و پیامدهای نامطلوبی در جنبه‌های مختلف جامعه بر جای می‌گذارد (کلدی و همکاران، ۱۳۸۲).

از دیدگاه روانشناسی، دامنه تأثیرات مخرب اعتیاد به مواد مخدر از آن رو حائز اهمیت فراوان است که عواقب وخیم آن تنها فرد معتاد را در بر نمی‌گیرد، بلکه محیط پیرامون و دوستان و افراد خانواده و همکاران وی نیز در معرض آثار ویرانگر آن می‌باشند. در عصر حاضر به علت پیشرفتهای فناوری و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، پرداختن به مسأله سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن اهمیت ویژه‌ای یافته است و تأمین سلامتی افراد جامعه یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی در هر کشوری محسوب می‌گردد. مطالعات علمی وسیعی که در این زمینه صورت می‌گیرد، می‌تواند با شناسایی دقیق‌تر عوامل تهدید کننده‌ی سلامتی و رفع ابهامات و پیچیدگی‌های مربوط به بیماری شناسی،

کیفیت و سبک زندگی و علل آسیب های اجتماعی، راهگشای برنامه های ارتقاء سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی باشد (نیدو^۱، ۲۰۰۰ به نقل از سلیمانی نیا، ۱۳۸۴).

مسئله سلامت (درسطح فردی و جمعی) علاوه برآنکه از مراقبت های بهداشتی تأثیری پذیرد، تحت تأثیر عوامل دیگری چون آرایش ژنتیکی، شرایط اقتصادی - اجتماعی و سبک زندگی و رفتار افراد نیز می باشد (اسمدلی^۲، ۲۰۰۰ به نقل از سلیمانی نیا، ۱۳۸۴).

یکی از عوامل جدی تهدید کننده ی سلامت که درسالهای اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی مورد توجه قرار گرفته، شیوع رفتارهای پرخطر (از جمله مصرف دخانیات، سوء مصرف مواد، خشونت و ایدز) می باشد (اسلوسکی^۳، ۲۰۰۴).

دلایل رفتار خطرجویی متفاوت است. از جمله آنها می توان انگیزه های هیجان خواهی، ترس های بی کفایتی، نیاز به تحکیم هویت مردانه و انگیزه های گروهی (نظیر فشار همسالان) را ذکر کرد. این رفتار ممکن است بازتاب تخیلات همه توانی برخی از نوجوانان نیز باشد که خود را درمقابل صدمات و جراحات، آسیب ناپذیر تصور می کنند (کاپلان^۴، ۲۰۰۳، ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۳).

برخی پژوهشگران معتقدند گرایشات نوجوانان به رفتارهای پرخطرکه روزبه روز نیز درحال افزایش است، انعکاسی از مشکلات هیجانی و روانشناختی آنها است. (آرنوفسکی^۵، ۱۹۷۷ به نقل از سلیمانی نیا، ۱۳۸۴).

صرف نظر از اینکه معتادین به مواد مخدر چه ویژگیهایی دارند، توجه به آمار بالای معتادین و تنوع مواد مصرفی آنها از دیرباز این سوال را به وجود آورده که چرا آدمی معتاد می شود و چگونه می توان از وقوع اعتیاد پیشگیری کرد و آن را در جامعه کاهش داد؟ تلاش ها برای تبیین چرایی و چگونگی این مسأله تاریخچه ای طولانی در زیست شناسی، جامعه شناسی و روانشناسی دارد. اگر چه هرکدام از این رویکردها عوامل خاصی را مورد توجه قرار داده اند اما به علت عدم وجود رابطه ی علی بین ویژگیهای زیست شناختی افراد معتاد و سوء مصرف مواد، وهم چنین با توجه به این مسأله که اعتیاد به عنوان پدیده ای اجتماعی درسطح فردی تجلی یافته و تمامی افراد موجود در یک طبقه با هنجارهای اجتماعی

^۱ - Nadoo, J.

^۲ - Smedley, B.

^۳ - Slusky, R. I.

^۴ - Kaplan

^۵ - Arenofsky.

یکسان مرتکب سوء مصرف نمی شوند، در نتیجه بررسی روانشناختی اعتیاد اهمیت خاص یافته است.

در روانشناسی عملی ارسطویی^۱ (یکی از مکاتب روانشناسی یونان در سالهای ۳۲۲ تا ۳۴۸ قبل از میلاد) هیجان در سرلوحه ی علایم بیماریهای روانی قرار داده شد و بیماری روانی نتیجه ی به هم خوردن تعادل هیجانی در نظر گرفته می شد (میلانی فر، ۱۳۸۲). امروزه نیز این باور وجود دارد که با توجه به ارتباط میان اختلالات روان-تتی^۲ با هیجانات، به نظری رسد که هیجانها در بروز رفتارهای نابهنجاریا اختلالات روانی نقش اساسی ایفا کرده می توانند سلامت ذهنی و روانی افراد را تهدید کنند، از سوی دیگر وجود نابهنجاری در هیجانات، می تواند در روابط تعاملی بین فرد و محیط به شکل بروز پاسخهای هیجانی (از خفیف تا شدید مشکل) ایجاد کند (خدا پناهی، ۱۳۸۱).

پژوهشهای صورت گرفته در زمینه ی هوش هیجانی^۳ (برای مثال سیاروچی^۴ و جن^۵ و یچگر^۶، ۲۰۰۱؛ سیاروچی، دین^۷ و آندرسون^۸، ۲۰۰۲؛ لوپز^۹، سالووی^{۱۰} و استراس^{۱۱}، ۲۰۰۲؛ آستین^{۱۲}، ساکلوفسکی^{۱۳} و اگان^{۱۴}، ۲۰۰۵) نشان داده اند که این نوع از هوش با رضایت مندی حرفه ای، دامنه و کیفیت روابط اجتماعی و شاخصهای سلامتی به صورت مثبت مرتبط بوده است. هوش هیجانی یعنی تواناییهایی مانند اینکه فرد انگیزه ی خود را حفظ نموده و در مقابل نامالایمات پایداری می کند، تکانشهای خود را کنترل و کامیابی را به تعویق بیندازد، بادیگران همدلی^{۱۵} کرده و امیدوار باشد (گلمن، ۱۹۹۵ ترجمه پارسا، ۱۳۸۰). وجود ضعف در این توانایی ها می تواند به تکانشی عمل کردن بی انجا مد و سلامت روانی افراد را مخدوش سازد. گلمن (۱۹۹۵ ترجمه پارسا، ۱۳۸۰) معتقد است مهارتهای هوش هیجانی نه تنها ذاتی نیست بلکه قابل مدیریت و کنترل می باشد. از این رو پژوهش در زمینه ی این

1 -Aristotle empirical psychology

2 -Psycho-somatic

3-Emotional intelligence

4 -Ciarrochi ,J.

5 -Chan , A.

6 -Bajgar , J.

7 -Deane , F.

8 -Anderson , S.

9- Lopes ,T.

10 -Salovay , P.

11- Straus, R.

12 -Austin, E,J.

13-Saklofeske , D.H.

14 -Egan ,V.

15 -empathy

توانمندی به ویژه در میان افرادی که به میزان بیشتری مستعد سوء مصرف مواد بوده و نیز افرادی که دارای سطوح پایین تری از سلامت روان می باشند از اهمیت ویژه ای برخوردار است .

لذا این پژوهش در صدد است تا ضمن بررسی تفاوت بین هوش هیجانی و سلامت روانی در دو گروه عادی و معتاد، ارتباط بین این دو متغیر را نیز مورد ارزیابی قرار دهد. در این راستا پس از انتخاب افراد نمونه پژوهش، پرسشنامه پترایدز^۱ و فارنهام^۲، جهت اندازه گیری هوش هیجانی و فرم ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت عمومی^۳ گلد برگ^۴ (GHQ)، جهت اندازه گیری سلامت روانی آزمودنی ها مورد استفاده قرار گرفته و ضمن کنترل متغیرهای جمعیت شناختی (سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و میزان در آمد ماهانه ی خانواده) گزاره های پژوهش مورد بررسی قرار گرفته اند.

۲-۱- بیان مسأله

در روانشناسی اجتماعی، گرایش‌ها^۵ به دو نوع: شناختی^۶ و غیرشناختی (یا عاطفی)^۷ تقسیم شده است. اولی با متغیرهای فکری (نظیر هوش^۸ و تفکر واگرا^۹) ودومی با ترجیحات^{۱۰} علایق و نیازها مربوط است اما این دو عامل با یکدیگر بی‌ارتباط نیستند. (گتزلز، ۱۹۹۵، ترجمه کریمی، ۱۳۷۸).

امروزه گرایش به مواد مخدر یکی از معضلات اساسی زندگی بشری بشمار می‌رود و نزدیک به یک قرن است که جامعه بشری در سطحی گسترده، مصمم به چاره اندیشی اساسی در مورد این معضل شده است (ستاری، ۱۳۸۱).

در حال حاضر اطلاعاتی در دست است که نشان می دهد مصرف مواد در میان نوجوانان و جوانان افزایش چشمگیری یافته است. زیرا هیجان خواهی بالا در نوجوانان و

1-Petrides ,K.V.

2-Furnhum ,A.

3-General Health Questionnair

4-Goldberg ,D.P.

^۵ -مفهوم گرایش عبارت از «حالتی درونی است که به موجب آن احتمال بروز رفتارهای خاص، بالا بوده یا به آسانی آموخته می‌شود (پورافکاری ، ۱۳۷۶) .

6- cognitive

7 -affective

8 -intelligence

9-divergent thinking

10-perference

جوانان احتمال مصرف اولیه مواد مخدر را افزایش می‌دهد. (کاپستین^۱، ۲۰۰۰؛ ماتیاس^۲، ۱۹۹۵ به نقل از پورشهباز، ۱۳۸۴). در مورد سبب شناسی گرایش به مصرف مواد مخدر فرضیه‌های متعددی بیان شده اما هیچ یک از این فرضیه‌ها به تنهایی نمی‌تواند علت گرایش فرد به مواد مخدر را تبیین کند. زیرا در بیشتر موارد، مجموعه‌ای از عوامل و زمینه‌ها در گرایش به مواد مخدر نقش دارند لیکن در شرایط فرهنگی و اجتماعی مختلف، برخی از عوامل نقش بارزتری را ایفا می‌کنند.

امروزه گفته می‌شود که اعتیاد یک بیماری زیستی - روانی - اجتماعی^۳ است و عوامل متعددی در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر مؤثر هستند. این عوامل در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند زیرا این عوامل بصورت درهم تنیده در پیدایش اعتیاد مؤثرند. (رحیمی موقر، ۱۳۷۶).

سوء مصرف مواد، صرف نظر از اینکه از چه زاویه‌ای به آن نگاه کنیم، پدیده‌ای مزمن است که آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی را به دنبال دارد، بطوری که شخص درگیر را دچار افت جدی در کنش‌های فردی و اجتماعی می‌کند. پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطر ساز و سبب‌شناسی چندگانه اعتیاد متمرکز شده است (گلانتز^۴، ۱۹۹۲؛ نیوکمپ^۵، ۱۹۹۵ به نقل از سرگلزایی، ۱۳۸۲) و اگرچه بر عوامل اجتماعی در گرایش به مواد مخدر تأکید بسیار می‌شود اما سوء مصرف این مواد می‌تواند با فرآیندهای زیستی و روانشناختی نیز ارتباط جدی داشته باشد (سرگلزایی، ۱۳۸۲). پژوهش‌های مرتبط با عوامل زیستی و ژنتیکی نیز به سرعت در حال گسترش است (کادورت^۶، ۱۹۹۵ به نقل از سرگلزایی، ۱۳۸۲). اگرچه شناخت ساز و کار ژنتیکی اعتیاد قطعیت یافته است اما هنوز ژن واحدی که سبب گرایش فرد به مواد باشد، پیدا نشده است. همچنین در زمینه عوامل فردی نیز به ارتباط بین مشکلات در خود نظم جویی و مشکلات شناختی (از قبیل ناتوانی در برنامه‌ریزی، اشکال در توجه، استدلال انتزاعی، بصیرت، قضاوت، نظارت بر خود) و کنترل حرکتی با سوء مصرف مواد توجه شده است (جیان کولا^۷، ۱۹۹۶).

1-kopstein.

2- Mathias.

3 - Bio-psycho-social

4 -Glantz.

5-Newchamp.

6 -Cadoret.

7-Giancola.

یکی از عوامل سنجیده شده در این تحقیق هوش هیجانی می باشد که توسط با ران به این صورت تعریف شده است "یک دسته از مهارتها، استعدادها و توانایی های غیر شناختی که توانایی موفقیت فرد در مقابله با فشارها و اقتضاهای محیطی افزایش می دهد" بنا براین هوش هیجانی یکی از عوامل مهم در تعیین موفقیت فرد در زندگی است و مستقیماً بهداشت روانی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. هوش هیجانی با سایر تعیین کننده مهم توانایی موفقیت فرد در مقابله با اقتضاهای محیط از قبیل آمادگیهای زیست-پزشکی، استعداد هوش شناختی و واقعیت ها و محدودیتهای محیطی در تعامل است.

گلمن^۱ (۱۹۹۵ ترجمه پارسا، ۱۳۸۰) حاصل پژوهش هایی را ارائه داده که بنا بر آنها هر گونه نقصی در هوش هیجانی می تواند تفکر را مقهور سازد و موقعیت حرفه ای و اجتماعی افراد را مختل کند. به عقیده ملتز^۲ و استاف^۳ (۱۹۹۹) هوش هیجانی به مهارتهای عاطفی و اجتماعی و استعداد فرد برای ارتباطات و حساسیت نسبت به خودش و دیگران اشاره دارد. این شاخص با افزایش سن تحول می یابد در نتیجه می توان آنرا با یادگیری و تمرین مهارتهایی که هوش هیجانی را می سازند، پرورش داد و استحکام بخشید. این نوع از هوش، فرد را از نظر هیجانی مورد ارزیابی قرار می دهد و به موجب آن تعیین می شود که فرد به چه میزان از هیجانها، عواطف و احساسات خود آگاهی دارد و چگونه آن را کنترل می کند (گلمن، ۱۹۹۵ ترجمه پارسا، ۱۳۸۰).

پژوهش های انجام شده در مورد هوش هیجانی نشان داده اند که هوش هیجانی عامل مؤثر و تعیین کننده ای در فرآیندهای زندگی واقعی (مانند موفقیت در مدرسه و تحصیل، شغل و روابط بین شخصی و بطور کلی در کنش وری سلامت) می باشد. (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۲؛ سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۴؛ وارویک^۴ و نتل بک^۵، ۲۰۰۴). در همین رابطه مشاهده شده که افراد دارای هوش هیجانی پائین با احتمال کمتری با دیگران همدلی کرده (مایر^۶ و همکاران، ۱۹۹۰ به نقل از لیبیل^۷ و اسنل جر^۸، ۲۰۰۴) و به میزان بیشتری الکل مصرف می کنند (آستین و همکاران، ۲۰۰۵).

1 -Golman,D.

2-.Meltez, B.F.

3 -.Stuff,G.

4 -Warwich , j.

5 -.Nettel beck.

6-.Mayer J.D.

7 -.Leible, T.

8 -.snell. jr , w.

انجل برگ^۱ و اسجو برگ^۲ (۲۰۰۴) این مساله را مطرح ساخته‌اند که سازش یافتگی اجتماعی موفقیت آمیز با ادراک دقیق تر خلق دیگران در ارتباط می باشد. در مطالعه‌ای پژوهشگران گزارش کرده‌اند که نمرات هوش هیجانی بالاتر میان ۲۰۰ دانش آموز دبیرستانی، با پذیرش کمتر سیگار و مصرف الکل مرتبط بوده است (کوپ^۳ و مایر، ۲۰۰۰). پترایدز، فردریکسون^۴ و فارنهام (۲۰۰۴) نقش ویژگیهای هوش هیجانی در عملکرد تحصیلی و رفتارهای نابهنجار در مدرسه را در یک نمونه ۶۵۰ نفری بررسی کرده و دریافته‌اند که ویژگی های هوش هیجانی، ارتباط بین توانایی شناختی و عملکرد تحصیلی را تعدیل می‌کند و دانش آموزانی که نمرات هوش هیجانی آنها بالا بود، غیبت غیرموجه کمتری داشتند و احتمال اخراج آنها از مدرسه کمتر بود. افرادی که احساسات خود را تشخیص داده و معنی ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری تجربه هیجانی خود را تنظیم می‌کنند و در سازش یافتگی با تجربه‌های منفی زندگی موفقیت بیشتری خواهند داشت و در مقایسه با افرادی که از لحاظ قابلیت‌های هیجانی ضعیف عمل می‌کنند (یعنی توانایی درک و بیان حالات هیجانی را ندارند و یا اینکه در تشخیص علت‌های ناراحتی خود با شکست مواجه می شوند) در ادراک درست، فهم و همدلی با هیجان‌ات دیگران مهارت بیشتری دارند و شبکه حمایت اجتماعی قوی تری را برای افراد ایجاد می‌کنند (سالووی و همکاران، ۱۹۹۹).

بطور کلی قابلیت‌های هیجانی در تشخیص پاسخ های هیجانی مناسب، مواجهه با رویدادهای روزمره، گسترش دامنه بینش و ایجاد نگرش مثبت درباره وقایع و هیجان‌ات نقش مؤثری دارد در نتیجه افرادی که توانایی تشخیص، کنترل و استفاده از قابلیت‌های هیجانی را دارند از حمایت اجتماعی، احساس رضایتمندی و سلامت روانی بیشتری برخوردار می‌شوند. افرادی که هوش هیجانی بالا دارند سبک زندگی خود را به گونه‌ای ترتیب می دهند که پیامدهای منفی کمتری را تجربه کنند. آنها در ایجاد و حفظ روابط کیفی بالا مهارت دارند و این ویژگی ها به آنها در فهم و پیش‌بینی جنبه‌های گوناگون زندگی روزمره کمک می‌کند (سیاروچی و همکاران ۲۰۰۲؛ آستین و همکاران، ۲۰۰۴)

در دو دهه اخیر شواهد پژوهشی متعددی در خصوص تأثیر فراگیر و فزاینده هیجان در اکثر جنبه‌های شناختی و رفتاری فراهم شده و مبین این ایده است که هیجان نه تنها در فعالیت های هوشمندانه بلکه در ایجاد زندگی رضایت بخش تأثیر دارد.

1 - Engelberg, E.

2 - sjoberg, L.

3 - Conn, D.

4 - Frederickson, N.