



پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس ناگویی هیجانی با میانجی‌گری ادراک خطر*

فاطمه زارعی^۱

افسانه طاهری^۲

نسترن شریفی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۷

چکیده

استعمال سیگار یکی از تهدیدهای جدی سلامت و از علل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس ناگویی هیجانی با میانجی‌گری ادراک خطر انجام شد. روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کارمندان شهرداری تهران در سال ۱۳۹۹ بود که از بین آن‌ها ۲۱۵ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه گرایش به مصرف سیگار شور بود که رجبی (۲۰۰۶) و پرسشنامه ارزیابی شناختی حوادث پرخطر فروم و پرسشنامه ناگویی هیجانی تیلور و همکاران (۱۹۹۱) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و نرم افزار Amos نسخه ۲۲ و معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند. طبق نتایج، مدل پیشنهادی برای پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس ناگویی هیجانی با میانجی‌گری ادراک خطر از برازش کافی برخوردار بود. ادراک خطر در رابطه ناگویی هیجانی و گرایش به مصرف سیگار نقش میانجی‌گری جزئی داشت. بر اساس نتایج به دست آمده در این مطالعه، می‌توان با کمک به افراد برای غلبه بر ناگویی هیجانی و همچنین افزایش ادراک خطر، گرایش به مصرف سیگار را در آن‌ها کاهش داد.

واژگان کلیدی: ناگویی هیجانی، ادراک خطر، سیگار.

* این مقاله مستخرج از رساله دکتری است.

۱. دانشجوی مقطع دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

Fzareei_1365@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. A2_taheri@yahoo.com

۳. استادیار روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. Nnastaran_shrf@yahoo.co

مقدمه

استعمال سیگار^۱ یکی از علل اصلی مرگ زودرس میلیون‌ها نفر در سراسر جهان است (جمال^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). سیگار یکی از تهدیدهای جدی سلامت است که سالانه حدود ۵ میلیون نفر را در جهان به کام مرگ می‌کشد و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ میزان بیماری‌ها و مرگ‌ومیر ناشی از مصرف دخانیات به رقم هشت میلیون نفر در سال برسد (دینگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). دود سیگار یک عامل خطر برای بیماری‌های قلبی عروقی، آسم، ذات‌الریه، سرطان ریه و سایر سرطان‌ها است (خوجا^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). گرچه به طور کلی، شیوع استعمال سیگار در کشورهای پیشرفته در حال کاهش است، اما این رقم در کشورهای توسعه‌نیافته در حال افزایش است. طبق گزارش‌ها، حدود ۱/۳ میلیارد فرد سیگاری در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند و تخمین زده می‌شود که تعداد مرگ و میر ناشی از مصرف سیگار در این کشورها هر ساله به تدریج افزایش یابد و طی چند دهه آینده به حدود ۱۰ میلیون نفر خواهد برسد (پن^۵ و همکاران، ۲۰۱۹).

از سوی دیگر، مطالعاتی که پیرامون علل گرایش به مصرف سیگار انجام شده است، نشان داده‌اند که بین ناگویی هیجانی^۶ و گرایش به مصرف سیگار رابطه مستقیم وجود دارد (لین^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). ناگویی هیجانی سازه‌ای است چندوجهی، متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و قدرت تجسم محدود است که به صورت دشواری در تمایز بین احساسات و برانگیختگی‌های بدنی ظاهر می‌شود (هوگوبین و گرافمن^۸، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در تسکین خود و تنظیم عواطف به دلیل کمبود آگاهی عاطفی و سوءمدیریت هیجانی با عدم توانایی مواجه‌اند (علی‌مرادی و همکاران، ۲۰۲۱). این افراد ممکن است به دلیل حالتی از برانگیختگی بیش از حد مرتبط با نقص در شناسایی و یا توصیف احساسات خود، یا در واکنش کافی به آن‌ها یا تعدیل آن‌ها، ضعف‌های بسیاری در تنظیم هیجانات نشان دهند و این موجب تشدید عواطف منفی در آن‌ها شود (تیلور و بگی^۹، ۲۰۲۱). که این خود زمینه رو آوردن آن‌ها به رفتارهای پرخطر در جهت کاهش بار این فشار روانی را تسهیل می‌سازد (بردالوو کاروالو^{۱۰}، ۲۰۲۲). در واقع یک رابطه معکوس بین سطوح ناگویی هیجانی و توانایی انعطاف‌پذیری در برابر رویدادهای منفی زندگی وجود دارد (ادواردز و لو^{۱۱}، ۲۰۲۱) و از آنجا که ناگویی هیجانی دسترسی به اطلاعات عاطفی را محدود می‌کند، با شدت بخشیدن به هیجانات منفی، تمایل به رفتارهای ناسازگار از جمله سیگار کشیدن را افزایش می‌دهد (بیولکاتی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱). برخی از محققان بیان می‌کنند که افراد دارای ناگویی هیجانی اساساً در درک حالات درونی و دریافت و درک سیگنال‌های مربوط به حس‌های درون خود

1. Cigar

2. Jamal

3. Ding

4. Khouja

5. Pan

6. Alexithymia

7. Linn

8. Hogeveen and Grafman

9. Taylor and Bagby

10. Bordalo and Carvalho

11. Edwards and Lowe

12. Biolcati

دچار ضعف هستند و همین مورد نه تنها آن‌ها را در شناسایی و درک و ابراز عواطف و هیجانات خود دچار مشکل می‌سازد، بلکه در قدرت درک آن‌ها در شناسایی و تشخیص عوامل تهدیدکننده از جمله عوامل تهدید سلامتی نیز تداخل ایجاد می‌کند (مور^۱ و همکاران، ۲۰۲۱؛ سانکاسینی^۲ و همکاران، ۲۰۲۱؛ وانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۱).

در توجیه این مطلب که چرا در برخی از مناطق، تعداد افراد سیگاری بیش از سایر نواحی است، یافته برخی از مطالعات بر متغیر ادراک خطر^۴ تاکید دارند (کافمن و همکاران، ۲۰۲۰). ادراک خطر به بررسی میزان خطرناک بودن یک موقعیت از دیدگاه شخص می‌پردازد (کافمن و پروسیسکی و همکاران، ۲۰۲۰). ادراک خطر به معنای شناخت و قضاوتی ذهنی در رابطه با ویژگی و شدت یک خطر در سطح فردی است و اگر افراد سلامت خود را در معرض خطر نبینند، این موضوع احتمالاً، ادراک خطر پایین و عدم توجه به نشانه‌های اولیه تهدیدکننده سلامت را در پی خواهد داشت (پاپوا^۵، ۲۰۱۸). طبق نظریه انگیزه حفاظت، تلاش مردم در اتخاذ تدابیر حفاظتی به میزان قابل توجهی ناشی از میزان خطری هست که آن‌ها از انجام رفتاری خاص درک می‌کنند (شین و جانسون^۶، ۲۰۲۱). این نظریه تصور می‌کند که درک عمومی از شدت و آسیب‌پذیری در برابر یک تهدید سلامتی خاص با تأثیر قرار دادن درک خطر فرد از یک موقعیت، تعیین‌کننده میزان تمایل وی برای نزدیکی یا دوری از آن واقعیت است (بهاننداری و همکاران، ۲۰۱۸). تحقیقات نیز نشان داده است که ادراک خطر با میزان سیگار کشیدن در افراد همبستگی دارد و ادراک خطر، شروع سیگار کشیدن در افراد را بین دو تا چهار برابر کاهش می‌دهد (بکالو^۷، ۲۰۲۲). به طور خاص، افرادی که سیگار می‌کشند، ادراک کمتری از خطر، از جمله تخمین کمتر سرطان ریه، خطر مرگ و میر و گرفتار شدن در مشکلات دارند و در مقابل، نسبت به افرادی که هرگز سیگار نکشیده‌اند، مزایای بیشتری را از سیگار کشیدن گزارش می‌کنند (سابو و لاند، ۲۰۲۲).

مصرف سیگار و دخانیات از عوامل خطر اغلب بیماری‌های مزمن از جمله بیماری قلبی عروقی و سرطان‌هاست و سالانه موجب مرگ بسیاری از افراد در سراسر جهان می‌شود (خرم‌داد و همکاران، ۲۰۲۰). این در حالی است که شیوع مصرف سیگار در ایران بالاست و به خصوص شیوع مصرف آن در بین افراد نوجوان و جوان رو به افزایش است و این به معنای بار هزینه سنگینی است که از عواقب آن بر جامعه تحمیل می‌شود (مرادینظر و همکاران، ۲۰۲۰). در راستای شناسایی عوامل و متغیرهای دخیل در پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار، احتمالاً ادراک خطر و ناگویی هیجانی می‌توانند به عنوان دو عامل مؤثر در این رابطه باشند. در واقع به نظر می‌رسد که ادراک خطر می‌تواند رابطه بین ناگویی هیجانی گرایش به مصرف سیگار را میانجی کند، چرا که از یکسو برخی از مطالعات گویای این هستند که در افراد با ناگویی هیجانی، ادراک حس‌های مربوط به تهدیدهای جسمی و سلامتی

¹. Morr

². Sancassiani

³. Wang

⁴. Perception of danger

⁵. Popova

⁶. Shin and Johnson

⁷. Bekalu

پایین است (باجاراسکی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ کریس و بکارا^۲، ۲۰۱۸). و از سوی دیگر، برخی دیگر از مطالعات گویای این هستند که در بین افراد با نمرات پایین در ادراک خطر، احتمال گرایش به رفتارهای پرخطر بیشتر است (هرو فرناندز^۳ و همکاران، ۲۰۱۷ و نوروزی و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس این مطالعه به دنبال آزمون این سؤال است که آیا ادراک خطر در رابطه بین ناگویی هیجانی و گرایش به مصرف سیگار دارای نقش میانجی است؟

روش پژوهش

طرح پژوهشی حاضر از لحاظ هدف تحقیق در زمره تحقیقات بنیادی و از لحاظ روش تحقیق در زمره تحقیقات توصیفی - همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کارمندان شهرداری تهران به تعداد ۴۵۰۰۰ نفر بود که در سال ۱۳۹۹ م. مشغول به فعالیت و خدمت بودند. با توجه به این مسئله که در مدل‌یابی معادلات ساختاری تأکید بر این است که حداقل نمونه نباید از ۲۰۰ نفر کمتر باشد (ویتلی و بال^۴، ۲۰۰۲)، لذا به همین منظور ۲۵۰ نفر از کارکنان شهرداری که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و لینک پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در نهایت داده‌های مربوط به ۲۱۵ نفر وارد تجزیه و تحلیل شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش تصادفی از نوع خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. بدین ترتیب که ابتدا از لحاظ جغرافیایی شهر تهران به ۵ موقعیت شمال، شرق، غرب، جنوب و مرکز تقسیم شد و سپس از بین مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران به تصادف ۵ منطقه انتخاب شد، بدین ترتیب که از شمال تهران، منطقه ۱ ناحیه ۳، از شرق، منطقه ۴ ناحیه ۲، از غرب، منطقه ۵ ناحیه ۵، از جنوب، منطقه ۲۰ ناحیه ۱ و از مرکز، منطقه ۷ ناحیه ۴ انتخاب شدند و در هر ناحیه به صورت تصادفی لینک پرسشنامه‌ها در اختیار کارکنان آن مرکز قرار گرفت. ابزار پژوهش عبارت بودند از:

- پرسشنامه گرایش به مصرف سیگار^۵

این پرسشنامه با هدف ارزیابی نگرش افراد نسبت به سیگار کشیدن از ابعاد مختلف (رابطه با فرد سیگاری، محیط بدون دود و سالم، محدودیت‌ها و قوانین سیگار کشیدن و فروش سیگار) توسط شور و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است (شور^۶ و همکاران، ۲۰۰۰). این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال است و آزمودنی پاسخ‌های خود برای هر گویه را در یک پیوستار (۱ = کاملاً مخالف تا ۵ = کاملاً موافق) رتبه‌بندی می‌کند. نمره این مقیاس از ۱ تا ۸۵ می‌تواند در نوسان باشد و نمره بالا نشان‌دهنده میزان نگرش مثبت‌تر نسبت به سیگار کشیدن است. مؤلفه‌های پرسشنامه گرایش به مصرف سیگار عبارت‌اند از رابطه با فرد سیگاری شامل گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶؛ محیط بدون دود و سالم شامل گویه‌های ۷، ۸ و ۱۰؛ محدودیت‌ها و قوانین سیگار کشیدن شامل گویه‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ و فروش سیگار شامل گویه‌های ۱۵، ۱۶ و ۱۷. شور و همکاران (شور و همکاران، ۲۰۰۰). این ابزار را بر روی دو

1. Bujarski

2. ruise and Becerra

3. Herrero-Fernández

4. Whitley and Ball

5. Attitude Toward Smoking Scale

6. Shore

نمونه از دانشجویان آمریکایی (N=۵۵۸) سیگاری یا غیرسیگاری اجرا کردند و نشان دادند که همسانی درونی این مقیاس در آزمودنی‌های سیگاری ۰/۹۰ و در آزمودنی‌های غیرسیگاری ۰/۸۹ است. همچنین آن‌ها با تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی ساختار چهار بعدی آن را با شاخص‌های برازش مناسب مورد تأیید قرار دادند (شور و همکاران، ۲۰۰۰). رجبی (۲۰۰۶) ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و مقدار ۰/۷۲ برای ضریب دونیمه‌سازی در کل مقیاس گزارش داد و همچنین به کمک تحلیل عاملی نشان داد که این پرسشنامه دارای چهار عامل است (رجبی، ۲۰۰۶).

• پرسشنامه ارزیابی شناختی رفتارهای پرخطر^۱

این پرسشنامه را فروم و همکاران (۱۹۹۷)، برای ارزیابی انتظارات پیامدی بزرگسالان جوان درباره خطرات و مزایای درگیری در فعالیت‌های پرخطر شناخته شده است (فروم^۲ و همکاران، ۱۹۹۷). این پرسشنامه ۳۰ سؤال است که به صورت مقیاس لیکرت ۷ نقطه‌ای ۱ (کاملاً غیر ممکن است) تا ۷ (کاملاً ممکن است) اندازه‌گیری می‌شود و انتظار خطرات و مزایا، احتمال درگیر شدن فرد در طی ۶ ماه آینده در هر فعالیت پرخطر و فراوانی انجام رفتار پرخطر در گذشته را در مورد خطر استفاده از داروهای محرک؛ رفتارهای پرخطرانه و غیرقانونی؛ فعالیت‌های جنسی پرخطر؛ می‌بارگی؛ فعالیت‌های ورزشی پرخطر و رفتارهای پرخطر شغلی و تحصیلی ارزیابی قرار می‌دهد. حداقل نمره کسب شده در این پرسشنامه ۳۰ و حداکثر آن ۲۱۰ است. فروم و همکاران (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۸ گزارش داده‌اند و همچنین نشان داده‌اند که این پرسشنامه دارای قابلیت تفکیک افراد در معرض گرایش به رفتار پرخطر و سایر افراد است (فروم و همکاران، ۱۹۹۷). در مطالعه‌ای بر روی جمعیت ایرانی، به بررسی روایی پرسشنامه ارزیابی شناختی حوادث پرخطر پرداختند و روایی صوری و محتوایی آن را تأیید کردند. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این آزمون را ۰/۷۸ به دست آوردند (بحیرایی و همکاران، ۲۰۱۲).

• مقیاس ناگویی هیجانی^۳

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو که تیلور و همکاران (۱۹۹۱) طراحی کرده‌اند (تیلور و همکاران، ۱۹۹۱)، یک آزمون ۲۰ سؤالی متشکل از سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات شامل سؤالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات شامل سؤالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷ و تفکر عینی شامل سؤالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ است. روش نمره‌گذاری پرسشنامه به شیوه لیکرت است، به پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۵ تعلق می‌گیرد. نمره کل ۱۰۰-۲۰ از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. تیلور و همکاران (۱۹۹۱)، ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید کرده‌اند. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد و پایایی بازآزمایی آن از $r = 0.80$ تا $r = 0.87$ برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های آن تأیید شد. روایی هم‌زمان این مقیاس برحسب همبستگی نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در این مقیاس با هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی معنادار وجود دارد. نتایج

^۱ High Risk Behavior Assessment Questionnaire

^۲ Fromme

^۳ Toronto Alexithymia Scale

تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تأیید کردند (بشارت، ۲۰۰۷).

روند اجرای پژوهش

ابتدا پژوهشگر با مراجعه به شهرداری‌های مناطق ذکر شده شهر تهران، با مدیریت این مراکز پیرامون هدف پژوهش گفتگو کرد و پس از ارائه توضیحاتی توانست نظر مساعد مدیریت آن‌ها را برای همکاری جلب کند. سپس با توضیح هدف پژوهش، لینک پرسشنامه‌های پژوهش جهت تکمیل شدن در اختیار کارکنان قرار گرفت. در مجموع جمع‌آوری داده‌ها حدود ۴ هفته به طول انجامید و اطلاعات جمع‌آوری شده بررسی و تجزیه و تحلیل شد. برای رعایت اخلاق پژوهشی، موافقت و تمایل شخصی برای شرکت در پژوهش رعایت شد و پرسشنامه‌ها به صورت بی‌نام پاسخ داده شدند و به آزمودنی‌ها این اطمینان داده شد که داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش فقط برای بررسی اهداف و فرضیه‌های پژوهش تحلیل و استفاده می‌شود. به منظور تحلیل داده‌ها از معادلات ساختاری و از نرم افزار spss نسخه ۲۵ و نرم افزار Amos نسخه ۲۲ بهره گرفته شد.

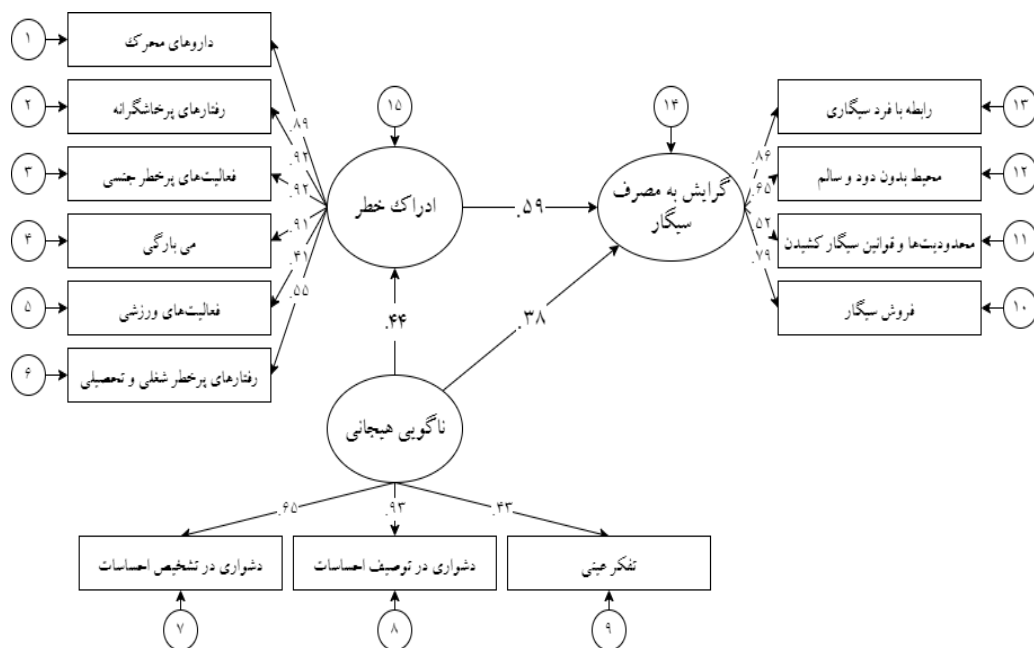
یافته‌ها

۲۱۵ نفر از کارمندان شهرداری تهران در پژوهش حاضر شرکت کردند که ۷۹ نفر (۳۶٪) از آن‌ها زن و ۱۳۶ نفر (۶۳٪) مرد بودند. میزان تحصیلات ۲ نفر (۰/۹٪) از کارمندان دیپلم، ۳ نفر (۱/۴٪) کاردانی، ۱۳۹ نفر (۶۴/۷٪) کارشناسی، ۶۸ نفر (۳۱/۶٪) کارشناسی ارشد و ۳ نفر (۱/۴٪) دکتری بود. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیر گرایش به مصرف سیگار و زیرمقیاس‌های آن، ادراک خطر و زیرمقیاس‌های آن و ناگویی هیجان ارائه شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیر گرایش به مصرف سیگار، ادراک خطر و ناگویی هیجانی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	بیشینه	کمینه
گرایش به مصرف سیگار	۴۵/۶۲	۴/۸۹۷	۵۹	۳۵
رابطه با فرد سیگاری	۱۸/۱۶	۳/۶۰۱	۲۵	۱۲
محیط بدون دود و سالم	۱۳/۲۵	۱/۹۱۰	۱۵	۸
محدودیت‌ها و قوانین سیگار کشیدن	۵/۹۴	۲/۰۹۳	۱۲	۴
فروش سیگار	۸/۲۷	۱/۵۳۸	۱۲	۶
ادراک خطر	۴۴/۸۵	۱۲/۴۱۳	۸۰	۳۰
خطر استفاده از داروهای محرک	۳/۸۷	۱/۸۰۳	۹	۳
رفتارهای پرخطرانه و غیرقانونی	۱۳/۳۵	۴/۳۸۶	۲۶	۹
فعالیت‌های جنسی پرخطر	۸/۲۲	۳/۱۲۹	۱۷	۶
می بارگی	۴/۰۶	۲/۰۰۷	۹	۳
ناگویی هیجانی	۵۵/۱۰	۸/۶۳۵	۷۶	۳۲

برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش (ناگویی هیجانی، ادراک خطر و گرایش به مصرف سیگار) از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد و ضرایب مسیر و سطوح معناداری با استفاده از نرم‌افزار آموس به دست آمد (شکل ۱). برای مشخص کردن خطای استاندارد از روش بوت استرپ با زیر نمونه ۲۰۰ استفاده شده است.



شکل ۱: ضرایب مسیر استاندارد برای مدل پژوهش

شاخص‌های برازش مدل در جدول ۲ بررسی شده است. با ارزیابی تمامی شاخص‌های برازش می‌توان استنباط کرد که شاخص‌های برازش به دست آمده در مجموع نشان از برازش قابل قبول داده‌ها با مدل مفهومی دارد و مدل پژوهش از برازش نسبتاً مناسبی برخوردار است. لذا با توجه به اینکه شاخص‌های برازش مقدار متوسط یا مطلوبی دارند می‌توان برازش مدل را به طور نسبی تأیید کرد.

طبق جدول ۳، با توجه به این که ضریب مسیر مستقیم بین ناگویی هیجانی و گرایش به مصرف سیگار برابر $0/380$ و ضریب مسیر غیرمستقیم بین ناگویی هیجانی و گرایش به مصرف سیگار، از طریق ادراک خطر برابر $0/259$ است. برای اطلاع از میزان نقش میانجی از رابطه شمول واریانس یا VAF استفاده شد که نسبت اثر غیرمستقیم به کل اثر نشان می‌دهد و مقدار آن برابر $0/405$ بود. زمانی که مقدار شمول واریانس، VAF، کم‌تر از 20% باشد می‌توان نتیجه گرفت که میانجی‌گری صورت نگرفته است. در مقابل وقتی مقدار VAF خیلی بزرگ و بالاتر از 80% باشد، می‌توان ادعا کرد میانجی‌گری کامل وجود دارد. وضعیتی که در آن VAF بین 20% تا 80% است، به عنوان میانجی‌گری

جزئی تشریح می‌شود. مقدار VAF برابر ۰/۴۰۵ حاکی از این است که میانجی‌گری جزئی وجود دارد و نتیجه گرفته می‌شود ادراک خطر در رابطه ناگویی هیجانی و گرایش به مصرف سیگار نقش میانجی‌گری جزئی دارد.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

تفسیر	نتیجه	مقدار قابل قبول	شاخص‌ها
برازش مطلوب	۰/۹۴۴	$> ۰/۹۰$	GFI (شاخص نیکویی برازش)
برازش مطلوب	۰/۰۶۱	$< ۰/۰۸$	RMSEA (جذر برآورد واریانس خطای تقریب)
برازش متوسط	۰/۸۸۸	$> ۰/۹۰$	CFI (شاخص برازش تطبیقی)
برازش مطلوب	۰/۹۵۴	$> ۰/۹۰$	NFI (شاخص برازش نرم شده)
برازش متوسط	۰/۸۹۰	$> ۰/۹۰$	IFI (شاخص برازش افزایشی)
برازش مطلوب	۰/۹۰۷	$> ۰/۹۰$	AGFI (شاخص برازندگی تعدیل شده)
برازش مطلوب	۴/۴۱۵	$۵ \leq \text{شاخص} \leq ۱$	Chi-Square /df (نسبت کای اسکوئر بر درجه آزادی)

جدول ۳: نتایج آزمون مدل پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس ناگویی هیجانی با میانجی‌گری ادراک خطر

نتیجه فرضیه	ضریب استاندارد کل	ضریب استاندارد غیرمستقیم	ضریب استاندارد مستقیم	رابطه
تایید	۰/۴۴۰	-	۰/۴۴۰	ناگویی هیجانی ← ادراک خطر
تایید	۰/۵۹۰	-	۰/۵۹۰	ادراک خطر ← گرایش به مصرف سیگار
تایید	۰/۳۸۰	-	۰/۳۸۰	ناگویی هیجانی ← گرایش به مصرف سیگار
تایید	۰/۶۳۹	$۰/۴۴۰ \times (۰/۵۹۰) = ۰/۲۵۹$	۰/۳۸۰	ناگویی هیجانی ← ادراک خطر ← گرایش به مصرف سیگار

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس ناگویی هیجانی با میانجی‌گری ادراک خطر انجام شد. طبق نتایج، ادراک خطر در رابطه ناگویی هیجانی و گرایش به مصرف سیگار نقش میانجی‌گری داشت. به عبارت دیگر، ناگویی هیجانی کمتر با افزایش سطح ادراک خطر می‌تواند به کاهش گرایش به مصرف سیگار در افراد منجر شود. در همین راستا یافته مطالعه پاپاوا و همکاران (۲۰۱۸) نشان دهنده این بود که نشان دادن فیلم‌هایی که در آن به آسیب‌های فردی و اجتماعی ناشی از اعتیاد پرداخته شده است، در نوجوانان می‌تواند با ایجاد ادراک خطر و برانگیختن هیجانات به کاهش گرایش آن‌ها در رو آوردن به اعتیاد و مصرف سیگار و الکل کمک کند. در مطالعه دیگری نیز نشان داده شد که افراد مصرف‌کننده مواد و سیگار در مقایسه با افراد عادی از ادراک خطر کمتری در مواجهه با محرک‌های بالقوه تهدیدکننده خبر می‌دهند (سابو و لاند، ۲۰۲۲). مور و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه تصویربرداری مغزی خود نشان دادند که در افراد با ناگویی هیجان در مقایسه با سایر افراد، نواحی مغزی درگیر در دریافت و پردازش

اطلاعات مربوط به تهدید و آسیب دچار بدعملکردی شده است به طوری که این افراد در برابر این اطلاعات با ترس کمتر ظاهر می‌شوند (لین و همکاران، ۲۰۲۱). در یک مطالعه بر روی افراد با ناگویی هیجان به این نتیجه دست پیدا کردند که این افراد در تنظیم هیجانات با مشکل مواجهه هستند و این با بدتنظیمی هیجانات می‌تواند موجب گرایش بیشتر آن‌ها به انجام رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار شود.

ناگویی هیجانی با دشواری در شناسایی احساسات و حس‌های بدنی، دشواری در توصیف احساسات و هیجان‌ها، ناتوانی در درک و تمایز حس‌های بدنی و سیگنال‌های درون بدنی، دشواری در برقراری ارتباط با دیگران و تفکر متمرکز بر بیرون شناخته می‌شود (لین و همکاران، ۲۰۲۱). حس‌های بدنی و سیگنال‌های احشایی گویای پیام‌های فراوانی از وضعیت درونی بدن هستند. توجه فرد به این حس‌های بدنی و سیگنال‌های احشایی است که وی را از وضعیت جسمانی خود آگاه می‌گرداند و در این حالت است که فرد می‌تواند در جریان چگونگی عملکرد ارگان‌ها و سیستم‌های درون بدنی خود باشد و اقدامات لازم را برای پیشگیری از یک وضعیت خطرناک انجام دهد (مور و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، جنبه کارکردی آگاهی از حس‌های بدنی آن است که انسان از وضعیت درون بدنی خود آگاه باشد و با توجه به عملکرد اجزای سیستم‌ها و ارگان‌های بدن خود، هرگونه بدعملکردی و بدتنظیمی را تشخیص داده و اقدام بهینه را در جهت کاهش آسیب‌های جسمانی و روانی انجام دهد. در همین راستا نشان داده شده است که در حالت ناگویی هیجانی، بین عملکرد ارگان‌های بدنی و اجزای پاسخ هیجانی گسستگی وجود دارد که این با بدعملکردی فیزیولوژیک نسبت به محرک‌های هیجانی همراه است (تیلور و همکاران، ۱۹۹۱). در واقع ناگویی هیجانی از یک سو با بدعملکردی ارگان‌های بدنی و از سوی دیگر با ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها در ارتباط است. به طوری که دشواری در بسط و تنظیم عواطف در حالت ناگویی هیجانی به برانگیختگی مداوم و در نتیجه آسیب به سیستم‌های قلبی عروقی، ایمنی و خودمختار عصبی منجر می‌شود (هاگوبن و گرافمن^۱، ۲۰۲۱). به همین ترتیب می‌توان این‌گونه استدلال کرد که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی تهییج‌های بدنی و علائم فیزیکی را بد تفسیر می‌کنند. شاید بتوان گفت این بیماران قادر به شکل دادن تصویری از هیجان‌ها و شرایط هیجانی خود و فرستادن این تصویر به مغز برای بررسی آن نیستند، در واقع این عقیده عمومی همیشه وجود داشته که مغز بدون تصویری از پدیده‌ها قادر به ساخت و تولید اندیشه و عمل نیست و افراد مبتلا به ناگویی هیجانی با وجود شرایطی که در آن به سر می‌برند مثل تصور خودشان در جهانی از هیجان‌های نامتمایز که در درون خود احساس می‌کنند، ناگزیرند سبک‌شناسی خود را به سمت جهان بیرون، جهانی پر از واقعیت‌های عینی و موضوعات مادی و عینی تغییر دهند. بنابراین، قدرت تخیلات و کاربرد نمادها در این افراد بسیار ضعیف است از آن جهت که افکارشان منشاء بیرونی دارد وقایع را به محرک‌های بیرونی ارجاع می‌دهند نه به نگرش‌ها، خواسته‌ها، احساسات یا ساق‌هایی که درونشان وجود دارد. افراد مبتلا به ناگویی‌های هیجانی تهییج‌های بدن خود را بزرگ می‌کنند نشانه‌های بدنی انگیزتگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه‌های جسمانی هستند و برای آرامش خود افراد با درماندگی عاطفی و هیجانی بیشتر تمایل بیشتری به مصرف سیگار به عنوان تسکین‌دهنده آلام خود دارد.

^۱. Hogeveen and Grafman

ادراک خطر به معنای درک و شناخت فرد از شدت یک خطر احتمالی، وقتی ظاهر می‌شود که فرد سلامت خود را در معرض خطر ببیند و بخش عمده این درک و شناخت درونی از توجه و آگاهی فرد نسبت به نشانه‌های اولیه تهدید کننده سلامت حاصل می‌شود (هرو فرناندز و همکاران، ۲۰۱۶). افراد در حالت طبیعی خود، به واسطه توانایی‌شان در شناسایی علائم آسیب‌زا برای سلامت خود است که از رفتارهای پرخطری همچون مصرف سیگار و الکل و پرخوری دوری می‌کنند یا تلاش می‌کنند شدت آن را کاهش دهند (کافمن و همکاران، ۲۰۲۰). ادراک خطر سلامتی است که فرد را وادار به پرهیز از سیگار کشیدن می‌کند و این از درک و شناسایی علائم تهدیدکننده و آسیب‌زای سلامتی حاصل می‌شود (نوروزی و همکاران، ۲۰۱۷) در عین حال قسمتی از علائم تهدیدکننده و آسیب‌زای سلامتی به صورت درونی و از طریق آگاهی از اطلاعات درون بدنی ناشی می‌شود که در افراد دچار ناگویی هیجان به دلیل ناتوانی در درک و تمایز حس‌های بدنی و سیگنال‌های درون بدنی، این فرایند مختل شده است. از سوی دیگر، ادراک خطر سلامتی ممکن است از طریق شناسایی نشانه‌های تهدیدکننده بیرونی و پیرامونی صورت گیرد و فرد با شناسایی و درک این علائم آسیب‌زا، سلامتی خود را در معرض خطر ببیند و احساس خطر ایجاد شده وی را برای دست کشیدن و دوری از رفتار پرخطری خاص برانگیزد (سابو و لاند، ۲۰۲۲). این در حالی است که در افراد با ناگویی هیجان، فرایند تفکر متمرکز بر محرک‌های بیرونی نیز مختل شده است و این افراد در شناسایی و درک بسیاری از محرک‌های بیرونی نیز دچار مشکل هستند (تیلور و همکاران، ۱۹۹۱). اغلب مشاهده محرک‌های بیرونی تهدید کننده با دادن پیام‌های فراوانی به افراد، می‌توانند بهترین گزینه برای ایجاد انگیزه در آن‌ها برای نرفتن به سمت رفتار پرخطری مانند سیگار کشیدن باشد. دیدن فردی که به خاطر سیگار کشیدن دچار بیماری سرطان ریه شده است، عامل بازدارنده مهمی در کاهش گرایش افراد به سیگار کشیدن است (خرمداد و همکاران، ۲۰۲۰). این در حالی است که در افراد با ناگویی هیجان به دلیل ضعف در شناسایی و درک محرک‌های بیرونی از جمله محرک‌های تهدید کننده سلامتی و تفکر متمرکز بر این عوامل، بسیاری از عوامل بازدارنده بیرونی که نقش مهمی در ایجاد انگیزه در افراد برای دوری از رفتارهای پرخطر دارند، عملاً کارایی خود را از دست داده و این افراد از عوامل بازدارنده بیرونی سودی نمی‌برند.

طبق نتایج به دست آمده، ادراک خطر در رابطه ناگویی هیجانی و گرایش به مصرف سیگار نقش میانجی‌گری داشت. در واقع می‌توان چنین گفت که افراد دارای ناگویی هیجانی دشواری در خود نظم‌دهی هیجانی داشته و دچار ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم‌دهی هیجان‌ها هستند و به همین لحاظ این افراد در توجه به اطلاعات هیجانی و ادراک آن‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند، این دشواری‌ها باعث می‌شود فرد در رویارویی با موقعیت‌های تنیدگی‌زای زندگی، توانایی تحلیل تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست داده و به سوی رفتارهای سازش نایافته و پرخطر کشیده شود. در واقع این افراد چون نمی‌توانند با هیجان‌ات و احساسات دیگران همراهی نمایند، بنابراین، از مسائل کوچک آشفته شده و ادراک خطر بالاتری دارند. در مقابل افرادی که ناگویی هیجانی کمتری دارند آگاهی و درک بیشتری از هیجان‌ات خود دارند و در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند آن‌ها فشارهای ناخواسته هم‌سالان را درک و هیجان‌های خود را مهار می‌کنند و در مسائل واکنش بهتری نشان داده و ادراک خطر کمتری دارند. متخصصان حوزه سلامت می‌توانند از یافته‌های این پژوهش

برای طراحی مداخلات مبتنی بر بهبود ناگویی هیجانی در افراد در معرض خطر استفاده کنند تا میزان گرایش به مصرف سیگار را در آن‌ها کاهش دهند. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن جامعه آماری به کارمندان شهرداری تهران بود و همین‌طور با توجه به عدم کنترل جنسیت در این پژوهش و با توجه به این موضوع که موضوع گرایش به مصرف سیگار تا حدی جنسیت‌محور است. بنابراین، در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید احتیاط کرد. از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر این است که داده‌ها از طریق ابزارهای خود گزارشی و پرسشنامه به دست آمده است که امکان سوگیری در یافته‌ها را محتمل می‌کند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با در نظر گرفتن جامعه آماری بزرگ‌تر که اقشار مختلف جامعه را دربرگیرد و همچنین از روش‌هایی غیر از خود گزارشی در گردآوری داده‌های تحقیق خود استفاده کنند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. نویسندگان این مقاله از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش که با همکاری خود زمینه اجرای این طرح را فراهم ساختند، تشکر و قدردانی می‌کند.

References

- Alimoradi, Z., Majd, N. R., Broström, A., Tsang, H. W., Singh, P., Ohayon, M. M., Lin, C.-Y., and Pakpour, A. H. (2021). Is alexithymia associated with sleep problems? A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.
- Baheiraei, A., Hamzehgardeshi, Z., Mohammadi, M., Nedjat, S. and Mohammadi, E. (2012). Psychometric properties of the Persian version of the youth risk behavior survey questionnaire. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 14(6), 363.
- Bekalu, M. A., Gundersen, D. A. and Viswanath, K. (2022). Beyond Educating the Masses: The Role of Public Health Communication in Addressing Socioeconomic-and Residence-based Disparities in Tobacco Risk Perception. *Health Communication*, 37(2), 214-221.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*, 101(1), 209-220.
- Bhandari, N. R., Day, K. D., Payakachat, N., Franks, A. M., McCain, K. R. and Ragland, D. (2018). Use and risk perception of electronic nicotine delivery systems and tobacco in pregnancy. *Women's Health Issues*, 28(3), 251-257.
- Biolcati, R., Mancini, G., Andrei, F. and Trombini, E. (2021). Trait emotional intelligence and eating problems in adults: associations with alexithymia and substance use. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(2).
- Bordalo, F. and Carvalho, I. P. (2022). The role of alexithymia as a risk factor for self-harm among adolescents in depression—A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 297, 130-144.
- Bujarski, S. J., Klanecky, A. K. and McChargue, D. E. (2010). The relationship between alexithymia and alcohol-related risk perceptions: The moderating effect of general trauma in a college population. *Addictive behaviors*, 35(4), 363-366.
- Cruise, K. E. and Becerra, R. (2018). Alexithymia and problematic alcohol use: a critical update. *Addictive behaviors*, 77, 232-246.
- Ding, N., Sang, Y., Chen, J., Ballew, S. H., Kalbaugh, C. A., Salameh, M. J., Blaha, M. J., Allison, M., Heiss, G. and Selvin, E. (2019). Cigarette smoking, smoking cessation, and long-term risk of 3 major atherosclerotic diseases. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(4), 498-507.

- Edwards, D. J. and Lowe, R. (2021). Associations Between Mental Health, Interoception, Psychological Flexibility, and Self-as-Context, as Predictors for Alexithymia: A Deep Artificial Neural Network Approach. *Frontiers in Psychology*, 12, 932 .
- Fromme, K., Katz, E. C., and Rivet, K. (1997). Outcome expectancies and risk-taking behavior. *Cognitive therapy and research*, 21(4), 421-442 .
- Herrero-Fernández, D., Macía-Guerrero, P., Silvano-Chaparro, L., Merino, L., and Jenchura, E. C. (2016). Risky behavior in young adult pedestrians: Personality determinants, correlates with risk perception, and gender differences. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 36, 14-24 .
- Hogeveen, J. and Grafman, J. (2021). Alexithymia. *Handbook of clinical neurology*, 183, 47-62 .
- Jamal, A., Phillips, E., Gentzke, A. S., Homa, D. M., Babb, S. D., King, B. A., and Neff, L. J. (2018). Current cigarette smoking among adults—United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(2), 53 .
- Kaufman, A. R., Persoskie, A., Twesten, J. and Bromberg, J. (2020). A review of risk perception measurement in tobacco control research. *Tobacco Control*, 29(Suppl 1), s50-s58 .
- Kaufman, A. R., Twesten, J. E., Suls, J., McCaul, K. D., Ostroff, J. S., Ferrer, R. A., Brewer, N. T., Cameron, L. D., Halpern-Felsher, B. and Hay, J. L. (2020). (Measuring cigarette smoking risk perceptions. *Nicotine and Tobacco Research*, 22(11), 1937-1945 .
- Khoramdad, M., Vahedian-azimi, A., Karimi, L., Rahimi-Bashar, F., Amini, H. and Sahebkar, A. (2020). Association between passive Smoking and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *IUBMB life*, 72(4), 677-686 .
- Khouja, J. N., Suddell, S. F., Peters, S. E., Taylor, A. E. and Munafò, M. R. (2021). Is e-cigarette use in non-smoking young adults associated with later Smoking? A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 30(1), 8-15 .
- Linn, B. K., Zhao, J., Bradizza, C. M., Lucke, J. F., Ruszczyc, M. U. and Stasiewicz, P. R. (2021). Alexithymia disrupts emotion regulation processes and is associated with greater negative affect and alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology*, 77(12), 2915-2928 .
- Moradinazar, M., Pasdar, Y., Najafi, F., Shahsavari, S., Shakiba, E., Hamzeh, B. and Fakhri, N. (2020). Association between dyslipidemia and blood lipids concentration with smoking habits in the Kurdish population of Iran. *BMC public health*, 20(1), 1-10 .
- Morr, M., Lieberz, J., Dobbstein, M., Philipsen, A., Hurlemann, R. and Scheele, D. (2021). Insula reactivity mediates subjective isolation stress in alexithymia. *Scientific reports*, 11(1), 1-11 .
- Noroozi, M., Ahounbar, E., Ahmadi, S., Najafi, M., Bazrafshan, A., Shushtari, Z. J., Farhadi, M. H., Higgs, P., Rezaei, F. and Ghiasvand, H. (2017). HIV risk perception and risky behavior among people who inject drugs in Kermanshah, Western Iran. *International journal of behavioral medicine*, 24(4), 613-618 .
- Pan, B., Jin, X., Jun, L., Qiu, S., Zheng, Q. and Pan, M. (2019). The relationship between Smoking and stroke: a meta-analysis. *Medicine*, 98(12) .
- Popova, L., Owusu, D., Weaver, S. R., Kemp, C. B., Mertz, C., Pechacek, T. F., and Slovic, P. (2018). Affect, risk perception, and the use of cigarettes and e-cigarettes: a population study of US adults. *BMC public health*, 18(1), 1-15 .
- Rajabi, G. (2006). Validating the measuring attitude toward smoking scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 12(3), 230-235 .
- Sæbø, G. and Lund, I. (2022). Public support for further regulating Smoking, snus and e-cigarettes in Norway, and its associations with risk perceptions and tobacco use. *International Journal of Drug Policy*, 101, 103559 .
- Sancassiani, F., Montisci, R., Preti, A., Paribello, P., Meloni, L., Romano, F., Nardi, A. E. and Carta, M. G. (2021). Surviving to Acute Myocardial Infarction: The Role of Psychological Factors and Alexithymia in Delayed Time to Searching Care: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 10(17), 3813 .

- Shin, Y. and Johnson, N. L. (2021). Testing effects of awareness of statewide smoke-free air law and risk perception on smoking behaviors. *Health Education* .
- Shore, T. H., Tashchian, A. and Adams, J. S. (2000). Development and validation of a scale measuring attitudes toward Smoking. *The Journal of social psychology*, 140(5), 615-623 .
- Taylor, G. J. and Bagby, R. M. (2021). Examining proposed changes to the conceptualization of the alexithymia construct: the way forward tilts to the past. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(3), 145-155 .
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. and Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164 .
- Wang, Z., Goerlich, K. S., Luo, Y.-j., Xu, P. and Aleman, A. (2021). Social-specific impairment of negative emotion perception in alexithymia. *Social cognitive and affective neuroscience* .
- Whitley, E. and Ball, J. (2002). Statistics review 4: sample size calculations. *Critical care*, 6(4), 1-7 .