

Goldney, R.D. (2004). Diabetes, depression, and quality of life; a population study. *Diabetes care*, 27: 1066 – 70.

Hawley, S. (2005). The impact of psychological intervention in memory and quality of life in adolescence with Alzheimer. *Journal of Canadian Health Psychology*, 56: 271 – 80.

Hockesma, G. (2008). The effectiveness of Self Management Program for diabetes. *Journal of Psychology*, 44: 32 – 6.

Issa, B.A. (2006). Quality of life of patients with diabetes in a Nigerian Teaching Hospital. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 16: 27 – 33.

Lemon, C. (2004). outcomes monitoring of health, behavior, and nutrition intervention in adult with type 2 diabetes. *Diet Assoc*, 104 (12): 1788 – 92.

Levenson, J. (2007). *Essentials of psychosomatic medicine*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Linden, W. (2004). Psychological intervention for patient with coronary artery disease. *Journal of Health Psychology*, 54: 140 – 48.

Mangrulkar, L. (2005). *Life Skills Approach To Child and Adolescent Healthy Human Development*. Education Development Center, Newton.

Sensz, B. (2004). Quality of life assessment of type 2 diabetic patients in general medicine. *Press Med*, 33: 160 – 6.

Wandell, E. (2000). The quality of life of elderly diabetic patients. *Journal of Diabetes and its Complication*, 14: 25 – 30.

Ware, J.E., & Sherburne, C.D. (1992). The MOS 36 – item short form health survey (sf-36). I. conceptual frame work and item selection. *Med Care*, 30 (6): 473 – 83.

Zimmet, p. (2003). The burden of type 2 diabetes. *Diabetes Metabolism*, 29: 69 – 81.

مقایسه تنظیم هیجانی در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری

عبدالله قاسم پور^۱ / رضا ایل بیگی^۲ / شهناز حسن زاده^۳ / ابوذر ناصری^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۲۸ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۸/۱۴ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۸/۲۵

چکیده

هدف این پژوهش حاضر مقایسه تنظیم هیجانی دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری بود که به شیوه علی - مقایسه ای انجام شد و جامعه آماری این پژوهش تمامی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ بودند. نمونه آماری پژوهش ۸۰ دانشجوی سیگاری و ۸۰ دانشجوی غیرسیگاری بودند که داوطلبانه انتخاب شدند و به پرسش نامه تنظیم هیجانی گراس و جان (۲۰۰۳) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل آزمون (t) برای دو گروه مستقل تحلیل شد.

نتایج پژوهش نشان داد که دانشجویان غیرسیگاری از ارزیابی مجدد (به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی مثبت) و دانشجویان سیگاری از فرونشانی (به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی منفی) بیش تر استفاده می کنند. به نظر می رسد که اختلال در تنظیم هیجانی و از عوامل خطرزای مصرف سیگار برای دانشجویان است.

کلیدواژه‌ها: ارزیابی مجدد، تنظیم هیجانی، سیگار، فرونشانی

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد واحد آیت الله آملی، آمل

ایمیل: a_gh_1985@yahoo.com

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

استعمال دخانیات از مهم‌ترین و اجتناب‌پذیرترین علل مرگ و میر زودرس در سراسر جهان به شمار می‌رود (فاگرستم،^۱ ۲۰۰۲). مصرف تنباکو به صورت سیگار بیش تر از اشکال دیگر آن رواج دارد (گریس،^۲ ۱۹۹۲). ۷۰ تا ۸۰ درصد سیگاری‌ها به عنوان افراد وابسته به سیگار طبقه‌بندی می‌شوند (هارمسن، بایسکوف، بروکز، هوهاگن و رامپف،^۳ ۲۰۰۶). با وجود گزارش‌های متعدد درباره خطرات ناشی از استعمال سیگار، امروزه گرایش افراد جامعه به ویژه نوجوانان و جوانان به سیگار کشیدن رو به افزایش و سن شروع مصرف سیگار رو به کاهش است (افراسیابی‌فر، درخشان، صادقی و رجایی‌فر، ۱۳۷۹) طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت شیوع مصرف سیگار بین جوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله در ایران ۱۰/۵٪ در پسران و ۷٪ در دختران ذکر شده است (مجاهد و بخشانی، ۱۳۸۳). برای استعمال دخانیات و گرایش به آن دلایل مختلفی ذکر شده است؛ برخی افراد برای پذیرفته شدن از سوی جامعه سیگار می‌کشند و برخی دیگر با این راه خود را رشدیافته‌تر و بزرگ‌تر جلوه می‌دهند و برخی برای تسکین خود به سیگار پناه می‌برند (جیسور،^۴ ۱۹۸۴). از عوامل روان‌شناختی که ممکن است بر مصرف مواد، به ویژه سیگار تأثیر داشته باشد، تنظیم هیجانی^۵ است. تنظیم هیجان به راهبردهایی اطلاق می‌شود که به از آن‌ها برای کاهش، افزایش یا نگه‌داری تجارب هیجانی استفاده می‌شود (گراس،^۶ ۲۰۰۱). تنظیم هیجان وجه ذاتی گرایش‌های مربوط به پاسخ‌های هیجانی است. در واقع، تنظیم هیجان اعمالی است که برای تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. در مدل فرایند تنظیم هیجانی (گراس، ۲۰۰۱)، استراتژی‌های تنظیم هیجانی طبق شرایطی طبقه‌بندی می‌شوند که آن‌ها بر این فرایند در

¹ Fagerstrom, K.O.

² Grise, V.N.

³ Harmsen, H., Bischof, G., Brooks, A., Hohagen, F., & Rumpf, F.

⁴ Jessor, F.

⁵ emotional regulation

⁶ Gross, J.J.

طول ارزیابی موقعیت‌های بالقوه یا در طول تعدیل تمایلات پاسخ‌ها تأثیر می‌گذارند. ارزیابی مجدد شناختی^۱ و فرونشانی^۲ دو راهبرد تنظیم هیجانی هستند که بر اساس زمان اتفاق افتادن، قبل یا بعد از گرایش‌های پاسخی هیجان که پاسخ دهی فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربه‌ای را تغییر می‌دهند، از هم متمایز می‌شوند (گراس، ۱۹۹۸، ۲۰۰۱). ارزیابی مجدد شناختی یک استراتژی است که طی آن شخص درباره‌ی موقعیتی فکر می‌کند تا اثر هیجانی آن را تغییر دهد، در مقابل، فرونشانی به بازداری رفتار که بیانگر هیجان است، اشاره دارد (گراس، ۱۹۹۸). برخلاف ارزیابی مجدد شناختی، فرونشانی بر تعدیل گرایش‌های پاسخی هیجان که از قبل موجود بوده‌اند، اثر می‌گذارد (گراس، ۱۹۹۸). راهبردهای تنظیم هیجان در تحول هیجانی، شناختی و اجتماعی ریشه دارد. در این راهبردها پدیدآیی بدکارکردی نقش مؤثری در ایجاد و نگهداشت اختلال‌های هیجانی دارد. درحقیقت، مفهوم تنظیم هیجان خیلی گسترده و فراگیر است و طیف وسیعی از فرایندهای هشیار و ناهشیار فیزیولوژیکی، رفتاری و روان‌شناختی را در برمی‌گیرد (گراس، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده سازگاری مثبت است گارنفسکی، تیردز، کرایج، لیجستی و کامر، (۲۰۰۴)^۳ و ارزیابی مجدد راهبرد تنظیم هیجان است که با بهزیستی و سلامت روانی بالا مرتبط است (گراس، ۱۹۹۸). تا امروز درباره نقش تنظیم هیجانی در مصرف سیگار پژوهش‌های تخصصی اندکی انجام شده است. کلینند، مگرا، فوت، روزنبلوم و کوسانکی (۲۰۰۵)^۴ دریافتند که دشواری بیان احساسات برای دیگران، فقر خیال‌پردازی، ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها با سوء مصرف مواد ارتباط دارد، به طوری که این عوامل باعث تداوم و افزایش مصرف مواد از سوی معتادان می‌شود. پارکر،

¹ cognitive reappraisal

² suppression

³ Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Van-Den-Kommer, T.

⁴ Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A., & Kosanke, N.

تیلور، استابروک، شلی و وود (۲۰۰۸)^۱ نشان دادند که دشواری بازشناسی هیجان‌ها و ناتوانی در برقراری رابطه‌ی عاطفی با دیگران منجر به سوء مصرف مواد می‌شود. کابر، کراس، مایکل، هارت و اوکسنر (۲۰۰۹)^۲ در مطالعه‌ای روی گروهی از سیگاری‌ها نشان دادند که تفاوت بین افراد سیگاری و غیرسیگاری در مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مثبت مجدد و...) معنادار است. فاکیتو، جولینو و تال (۲۰۱۰)^۳ پژوهشی درباره‌ی ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی افراد سیگاری دریافتند که ارزیابی مجدد شناختی با دوره‌های کوتاه مصرف سیگار، خلق مثبت بیش تر، احساسات ناخوشایند و نشانه‌های افسردگی کم تر در ارتباط است، در مقابل فرونشانی با دوره‌های طولانی مصرف سیگار و سوگیری توجه نسبت به مصرف سیگار مرتبط بود. کان و دمتروویکس (۲۰۱۰)^۴ در پژوهشی مروری که طی آن ارتباط هوش هیجانی و اعتیاد به مواد مخدر را بررسی کردند، به این نتیجه دست یافتند که سطوح پایین تر هوش هیجانی با میزان مصرف بیش تر سیگار، سوء مصرف الکل و دیگر مواد قاجاق در ارتباط است، علاوه بر این آن‌ها دریافتند که شناسایی و تمایز هیجان‌ات و تنظیم هیجان به عنوان دو مؤلفه از هوش هیجانی نقش اساسی در سوء مصرف مواد دارند. قلعه بان و بشارت (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای ناگویی هیجانی و خودتنظیمی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد عادی را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بیش تر از افراد عادی است و خودتنظیمی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد ضعیف تر از افراد عادی است. با توجه به نتایج پژوهش‌هایی که برشمردیم، تنظیم هیجانی در مصرف سیگار نقش اساسی دارد، اما به دلیل پراکنده بودن مطالعات خارجی و نبود پژوهش‌هایی در مورد نقش این متغیر روان‌شناختی در مصرف سیگار دانشجویان، به ویژه دانشجویان ایرانی، نتایج این

^۱ Parker, J.D., Taylor, R.N., Eastabrook, J.M. Schell, S.L., & Wood, L.M.

^۲ Kober, H., Kross, E., Mischel, W., Hart, L., & Ochsner, K.N.

^۳ Fucito, L., Juliano, L., & Toll, B.

^۴ Kun, B., & Demetrovics, Z.

پژوهش از بُعد افزایشی می‌تواند باعث تقویت علم روان‌شناسی شود. بنابراین هدف پژوهش مقایسه تنظیم هیجانی در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری بود.

روش

این پژوهش، علی - مقایسه‌ای و از نوع مورد - شاهدی است. که در آن، سیگاری و غیرسیگاری بودن دانشجویان به عنوان متغیر مستقل، و تنظیم هیجانی (ارزیابی مجدد و فرونشانی) متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش، تمامی دانشجویان پسر دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ بودند که از این میان، ۸۰ نفر دانشجوی سیگاری داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. از میان دانشجویان غیرسیگاری نیز ۸۰ نفر داوطلبانه به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. با توجه به این که پیشنهاد شده است در پژوهش‌های مقایسه‌ای تعداد آزمودنی‌ها دست کم ۱۵ نفر باشد (دلاور، ۱۳۸۵)، و به ازای هر متغیر می‌باید ۳۰ آزمودنی وجود داشته باشند، به خاطر افزایش اعتبار بیرونی پژوهش در هر گروه ۸۰ آزمودنی قرار داده شد. سیگاری نبودن این دانشجویان با توجه به اظهارات خود شخص، نظر دوستان و مشاهده پژوهش گر، تأیید شد. منظور از سیگاری، افرادی بودند که از یک سال پیش از انجام پژوهش، دست کم روزانه سه نخ سیگار مصرف می‌کردند و همچنان به مصرف ادامه می‌دادند و به این میزان مصرف در روز احساس نیاز می‌کردند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تنظیم هیجانی استفاده شد که این مقیاس را گراس و جان (۲۰۰۳)^۱ تهیه کرده‌اند. این مقیاس از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) دارد. پاسخ‌ها براساس مقیاس لیکرت (هفت درجه‌ای)، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) است. ضریب آلفای کرونباخ برای

^۱ John, O.P.

ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده (گراس و جان، ۲۰۰۳). ضریب همسانی درونی این مقیاس در مورد کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ای بین ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است. ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت (۰/۲۴) و عواطف منفی (۰/۱۴-) و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵-) و عواطف منفی (۰/۰۴) گزارش شده است (بالزوریتی،^۱ جان و گراس، ۲۰۱۰).

شیوه گردآوری داده‌ها به این صورت بود که پژوهش‌گر به میان دانشجویان می‌رفت و با توجه به مشاهده خود (پژوهش‌گر)، گزارش‌های خود شخص و دوستانش آنان، پرسش‌نامه پژوهش را در اختیار دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری که رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کرده بودند، قرار می‌داد. برای رعایت اخلاق پژوهشی و جلب همکاری آزمودنی‌ها، پس از توضیحات کافی درباره اهداف کلی پژوهش، از آنان خواسته شد که بدون ذکر نام به سؤالات پرسش‌نامه پاسخ دهند. گفتنی است که پژوهش‌گر پرسش‌نامه را در اختیار کسانی قرار می‌داد که تمایل کامل به شرکت در پژوهش داشتند و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند و نتایج به صورت گروهی و آماری منتشر خواهد شد. داده‌های توصیفی به روش آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، و تفاوت میانگین متغیرها در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری با استفاده از آزمون آماری (t) مستقل تحلیل شد. این تحلیل‌های آماری با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گرفت.

¹ Balzarotti, S.

یافته‌ها

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت تأهل و تحصیلات در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری

متغیر	دانشجویان سیگاری		دانشجویان غیرسیگاری		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	متاهل	۴	۵	۶	۷/۵	۱۰
	مجرد	۷۶	۹۵	۷۴	۹۲/۵	۱۵۰
مقطع تحصیلی	کاردانی	۳	۳/۸	-	-	۳
	کارشناسی	۴۶	۵۷/۵	۴۵	۵۶/۲	۹۱
	کارشناسی ارشد	۳۱	۳۸/۸	۳۵	۴۳/۸	۶۶

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های سیگاری ۲۳/۲۲ و ۳/۴۷، میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های غیرسیگاری ۲۳/۹۷ و ۵/۳۲ سال و میانگین و انحراف معیار کل آزمودنی‌ها ۲۳/۶۰ و ۴/۶۰ سال بود. میانگین و انحراف معیار مدت مصرف سیگار در گروه سیگاری ۲/۰۲ و ۱/۰۱ سال بود. در میان دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری، تعداد دانشجویان متأهل کمتر از دانشجویان مجرد و تعداد دانشجویان کاردانی و کارشناسی ارشد کمتر از دانشجویان کارشناسی بود (جدول ۱). قبل از استفاده از آزمون پارامتریک (t) مستقل، پیش فرض همگنی واریانس با آزمون لوین بررسی شد. براساس نتایج، پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای تنظیم هیجانی، ارزیابی مجدد و فرونشانی در دو گروه تأیید شد. این آزمون برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبود. در نتیجه، استفاده از آزمون پارامتریک (t) بلا مانع شناخته شد.

جدول ۲: مقایسه میانگین ارزیابی مجدد و فرونشانی در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	df	t	P
ارزیابی مجدد	سیگاری	۲۹/۱۶	۷/۷۶	۱۵۸	-۳/۵۰	۰/۰۰۱
	غیرسیگاری	۳۲/۷۷	۴/۹۳			
فرونشانی	سیگاری	۱۵/۵۶	۴/۹۷	۱۵۸	۶/۱۴	۰/۰۰۱
	غیرسیگاری	۱۱/۰۷	۴/۲۲			

میانگین ارزیابی مجدد در دو گروه دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری تفاوت معناداری با هم دارد ($df=158, t=-3/50, p<0/001$)، به این معنی که میانگین ارزیابی مجدد در دانشجویان غیرسیگاری بیش تر از دانشجویان سیگاری بود. همچنین، میانگین فرونشانی در دو گروه دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری تفاوت معناداری با هم دارد ($df=158, t=6/14, p<0/001$)، به این معنی که میانگین فرونشانی در دانشجویان سیگاری بیش تر از دانشجویان غیرسیگاری بود (جدول ۲).

بحث

نتایج نشان داد که میانگین ارزیابی مجدد به عنوان راهبردی مثبت و سازنده از تنظیم هیجان در گروه دانشجویان سیگاری تفاوت معناداری با گروه دانشجویان غیرسیگاری داشت، بدین معنی که میانگین ارزیابی مجدد در دانشجویان غیرسیگاری بیش تر از دانشجویان سیگاری بود. این نتیجه در راستای نتایج پژوهش‌های کابر و همکاران (۲۰۰۹)، کان و دمتروکویس (۲۰۱۰) و فاکیتو و همکاران (۲۰۱۰) بوده است، در این مطالعات به نقش هوش هیجانی، تنظیم هیجانی و ارزیابی مجدد در سیگار کشیدن و تنظیم، مدیریت و هوش هیجانی بیش تر افراد غیرسیگاری نسبت به افراد سیگاری، اشاره شده است. تنظیم هیجان، انگیزه ای اساسی و مهم برای مصرف سیگار است و در واقع، مصرف‌کنندگان

سیگار، دلیل مصرف را، مسکن بودن آن ذکر می‌کنند (فاکیتو و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین مطالعات کان و دمتروکویس (۲۰۱۰) بیانگر این مطلب است که مصرف دخانیات زمانی بیش تر می‌شود که افراد عصبانی، مضطرب، غمگین یا پریشان‌تر می‌شوند. سوء مصرف مواد ناشی از سطح پایین راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت همچون ارزیابی مجدد و ناتوانی در مقابله مؤثر و صحیح با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها، به ویژه در شروع مصرف مواد است. هنگامی که فرد در برابر مصرف مواد مخدر در فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها از خطر سوء مصرف مواد می‌کاهد (کان و دمتروکویس، ۲۰۱۰). توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیش تری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه، در برابر مصرف مواد مقاومت بیش تری نشان می‌دهند. در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به مصرف مواد روی می‌آورند (کابر و همکاران، ۲۰۰۹). آن چنان که پژوهش‌ها (ویلز، واکارو و مکنامارا^۱، ۱۹۹۴) نشان داده‌اند نوجوانان و جوانانی که تنوع طلب و تحریک‌پذیر هستند، بیش تر به دنبال مواد می‌روند. رشد عاطفی ناپسند، دشواری در ساماندهی رفتار و هیجان و داشتن هیجان‌های منفی از ویژگی‌های افرادی است که وابستگی دارویی دارند (داوز، کلارک و موس^۲، ۱۹۹۹). به علاوه، تنظیم هیجانی با توانایی ذهنی بیش تر برای پردازش اطلاعات اجتماعی همراه است. این توانمندی می‌تواند به افراد کمک کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و زیان‌بار مصرف مواد داشته باشند. بنابراین، در برابر فشارهای روانی و اجتماعی بنامی از مصرف مواد موفق‌تر عمل کنند (کان و دمتروکویس، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد که راهبردهای مثبت تنظیم هیجان چون

¹ Wills, T.A., Vaccaro, D., & Mcnamara, G.

² Dawes, M., Clark, D., & Moss, H.

مدیریت هیجانی، تصمیم‌گیری، کنترل عواطف خود و دیگران، ارزیابی مجدد و بازاریابی مثبت، برای از میان برداشتن کمبودهای یادشده (از قبیل رشد عاطفی نابسند، دشواری در ساماندهی رفتار و هیجان و داشتن هیجان‌های منفی) و پرهیز از مصرف دوباره مواد توانایی مضاعفی در افراد پدید می‌آورند.

بر اساس نتایج، میانگین فرونشانی به عنوان یک راهبرد منفی و ناکارآمد تنظیم هیجان در دانشجویان سیگاری تفاوت معناداری در دانشجویان غیرسیگاری دارد، بدین معنی که میانگین فرونشانی در دانشجویان سیگاری بیش تر از دانشجویان غیرسیگاری بود. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های کلینند و همکاران (۲۰۰۵)، پارکر و همکاران (۲۰۰۸) و قلعه‌بان و بشارت (۱۳۸۹) بوده است. این پژوهش‌گران نشان دادند که نارسایی در تنظیم هیجانی عاملی مهم و مؤثر در مصرف و تداوم سوء مصرف مواد از سوی افراد است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که راهبردهای تنظیم هیجانی منفی باعث می‌شوند برخی افراد برای وابستگی به موادی مثل سیگار آمادگی داشته باشند. مواد اعتیادآور برای دوری از هیجان‌های منفی مصرف می‌شوند و فرد از این طریق سعی می‌کند تا از هیجان‌های منفی فاصله بگیرد. بر همین اساس، کوک^۱ (۱۹۹۱)، به نقل از قلعه‌بان و بشارت، (۱۳۸۹) معتقد است تجربه‌هایی که فرد را از موقعیت‌های هیجانی منفی دور می‌کنند، جزء تجربه‌های قدرتمند تقویت‌کننده در اعتیاد به شمار می‌آید. در همین راستا جیمت^۲ (۱۹۹۴)، به نقل از قلعه‌بان و بشارت، (۱۳۸۹) نشان داد که داروی روان‌گردان، مانند خوددرمانی، با هدف کاهش اضطراب و افسردگی مصرف می‌شود. در مجموع، این یافته با فرضیه خود-درمانی خانتزیان^۳ همسو است. خانتزیان بر این باور است که اختلال در تنظیم هیجانی در افراد وابسته به سیگار و تحمل پایین (ناتوانایی در کسب تجربه و تحمل موقعیت‌ها و هیجان‌ها

¹ Koooc.

² Jemit.

³ Khantzian, E.J.

روان‌شناختی منفی) از علل روی آوری به اعتیاد است. به نظر می‌رسد که افراد سیگاری به دلیل نارسایی در تنظیم هیجانی و تحمل پایین مجبور می‌شوند تا برای خلاصی از هیجان‌ها راهی فوری بیابند (به نقل از سوه، روفینز، رابینز، آلبانس^۱ و خانتزیان، ۲۰۰۸). تنظیم هیجانی ضعیف‌تر و راهبردهای تنظیم هیجان منفی بالاتر ممکن است مانع کنترل و سوسه مصرف، دوباره به عنوان نوعی کشمکش گرایش - پرهیز، باشد (پارکر و همکاران، ۲۰۰۸). از سوی دیگر نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که راهبردهای منفی تنظیم هیجان در افرادی با سوء مصرف مواد ناشی از فقدان کفایت هیجانی، مهارت‌های هیجانی نامناسب و توانایی کمتر برای حل تعارضات است (کلینند و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین با توجه به نتایج حاصل می‌توان بیان کرد که فرونشانی بالا در افراد سیگاری، بیش تر ناشی از نارسایی‌های شناختی، نشخوار ذهنی و رشد عاطفی نابسند است که در نهایت، به مصرف زیاد سیگار در میان دانشجویان سیگاری می‌انجامد.

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که از دلایل احتمالی گرایش دانشجویان به سیگار، ناتوانی در به کارگیری راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان مثبت پایین‌تر، نداشتن و به کارنگرفتن وجود راهبردهای تنظیم هیجان منفی بالاتر و کاستی‌های زیاد در حوزه هیجان‌هاست. هم‌چنین مصرف سیگار به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، منفی و ناکارآمد برای کاهش مشکلات فرد به کار گرفته می‌شود. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که راهبردهای تنظیم هیجانی، به دانشجویان آموزش داده شود تا بتوان از شیوع مصرف سیگار در بین آن‌ها جلوگیری کرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که مشاوران به ارزیابی مجدد به عنوان یک راهبرد مثبت تنظیم هیجان و تقویت میزان آن و فرونشانی به عنوان یک راهبرد منفی تنظیم هیجان و کاهش میزان آن در بین دانشجویان توجه کنند تا بتوانند علاوه بر جلوگیری از مصرف سیگار، دانشجویان سیگاری

¹ Suh, J.J., Ruffins, S., Robins, C.B., & Albanese, M.J.

را نسبت به ترک سیگار ترغیب کنند. محدودیت جامعه آماری پژوهش (دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی) گستره تعمیم نتایج و تفسیرها را محدود می‌سازد. نمونه بررسی شده در این پژوهش، یک نمونه ای دانشجویی است که در تعمیم نتایج به جمعیت‌ها و گروه‌ها می‌بایست احتیاط کرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که آزمودنی‌های پژوهش را فقط دانشجویان پسر تشکیل می‌دادند. پس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعد به جنسیت هم توجه شود. علاوه بر این، جمع‌آوری داده‌ها براساس مقیاس خودگزارش‌دهی انجام شد که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه و تعصب در پاسخ‌دهی ممکن است تحریف شود.

تشکر و قدردانی

در پایان، بر خود واجب می‌دانیم تا از تمامی دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی کنیم.

منابع

- افشانی فر، ع؛ درخشان، ا؛ صادقی حسن آبادی، ع و رجایی فرد، ر. (۱۳۷۹). شیوع مصرف سیگار و ارتباط آن با عوامل ایجادکننده در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز. *فصلنامه علوم پزشکی یاسوج*، ۵ (۱۹ و ۲۰): ۴۲-۸.
- دلاور، ع. (۱۳۸۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. چاپ سوم، تهران: انتشارات رشد.
- قلعه بان، م؛ بشارت، ع. (۱۳۸۹). ناگویی هیجانی و خودتنظیم‌گری در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد. *سومین کنگره انجمن روانشناسی ایران، ویژه نامه فصلنامه روانشناسی معاصر*، ۵: ۶۲۳-۶۲۱.
- مجاهد، ع و بخشانی، ن. (۱۳۸۳). بررسی شیوع مصرف سیگار در دانشجویان دانشگاه زاهدان. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه زاهدان*، ۶ (۱): ۶۵-۵۹.
- Balzarotti, S., John, O.P., & Gross.(2010). JJ. An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26 (1): 61-67.
- Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum ,A., &Kosanke, N. (2005).Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *J Psycho*, 58: 299-306.
- Dawes, M., Clark, D.,& Moss, H.(1999). Family and Peer Correlates Of Behavioral Self-Regulation in Boys at Risk for Substance Use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* , 25: 249-237.
- Fagerstrom, K.O.(2002). The epidemiology of smoking: Health consequences and benefits of cessation. *Drugs*, 62: 1-9.
- Fucito, L., Juliano, L., &Toll, B.(2010). Cognitive Reappraisal and Expressive Suppression Emotion Regulation Strategies in Cigarette Smokers. *Nicotine Tob Res*, 12 (11): 1156-1161.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J.,& Van-Den-Kommer, T.(2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Pers Individ Dif* , 36(2): 267-276.
- Grise, V. N. (1992).*The changing Tobacco user's dollar, Tobacco situation and outlook report*. Washington DC: US Department of Agriculture.
- Gross ,J.J.(2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Cur Direc Psychol Science*,10: 209-214.
- Gross, J.J.(1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psycho*, 2: 271-299.

Gross, J.J., & John, O.P.(2003). Individual difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85: 348-362.

Harmsen, H., Bischof, G., Brooks, A., Hohagen, F., & Rumpf, J.(2006). The relationship between impaired decision-making, sensation seeking and readiness to change in cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 31: 581-592.

Jessor, R.(1984). Adolescent development and behavioral health. In Matarazzo, J.D., Weiss, S.M., Herd, J.A., Miller, N.E., & Weiss, S.M., (Eds). *Behavioral health: a Handbook of health enhancement and disease prevention*. (PP. 69-90). New York: John Wiley & Sons.

Kober, H., Kross, E., Mischel, W., Hart, L., & Ochsner, K.N.(2009). Regulation of craving by cognitive strategies in cigarette smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 10: 36091-4.

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

Parker, J.D., Taylor, R.N., Eastabrook, J.M., Schell, S.L., & Wood, L.M.(2008). Problem Gambling In Adolescence: Relationships with Internet Misuse, Gaming Abuse And Emotional Intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45: 174-180.

Suh, J.J., Ruffins, S., Robins, C.E., Albanese, M.J., & Khantzian, E.J.(2008). Self-Medication Hypothesis: connecting affective experience and drug choice. *Psychoanal Psychol*, 25: 518-32.

Wills, T.A., Vaccaro, D., & Mcnamara, G.(1994). Novelty Seeking, Risk Taking, and Related Constructs as Predictors of Adolescent Substance Use: an Application of Cloninger's Theory. *Journal of Substance Abuse*, 6: 1-20.

مقایسه نگرش مذهبی، ادراک استرس و سلامت روان در دانشجویان سیگاری و

غیر سیگاری

جعفر بهادری خسروشاهی^۱ / دکتر تورج هاشمی نصرت آباد^۲ / دکتر جلیل باباپور خیرالدین^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۰۲ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۱۷ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۸/۰۳

چکیده

در این مطالعه با هدف مقایسه نگرش مذهبی، ادراک استرس و سلامت روان در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری انجام شد. این پژوهش پس رویدادی از نوع مورد شاهدهی است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۰۰ نفر دانشجوی (۱۰۰ نفر سیگاری و ۱۰۰ نفر غیر سیگاری) بودند که داوطلبانه انتخاب شدند. سپس آزمودنی‌ها با استفاده از پرسش‌نامه نگرش سنج مذهبی براهنی، مقیاس ادراک استرس (PSS) و پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که دو گروه از لحاظ نگرش مذهبی، ادراک استرس و سلامت روان تفاوت معناداری با هم ندارند. به طوری که میانگین نگرش مذهبی و ادراک استرس مثبت در دانشجویان غیر سیگاری، به طور معنادار بیش تر از دانشجویان سیگاری بود و میانگین ادراک استرس منفی و سلامت روانی در دانشجویان سیگاری، به طور معناداری بیش تر از دانشجویان غیر سیگاری بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که نگرش مذهبی در هر دو گروه با ادراک استرس مثبت رابطه مثبت و با ادراک استرس منفی و سلامت روانی رابطه منفی دارد. از سویی، سلامت روانی با ادراک استرس مثبت رابطه منفی و با ادراک استرس منفی رابطه مثبت دارد. بنابراین، بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش نگرش مذهبی دانشجویان و آموزش راهبردهای مقابله با استرس می‌توانیم از سیگاری شدن آن‌ها جلوگیری کنیم.

کلید واژه‌ها: ادراک استرس، دانشجویان، سلامت روانی، سیگار و نگرش مذهبی

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز

✉ ایمیل: jafar.b2010@yahoo.com

^۲ دانشیار و هیئت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

^۳ دانشیار و عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز