

## *The Compression Cognitive Emotion Regulation in Smokers and Non-Smoker Students*

Mansour Bayrami<sup>1</sup>,  
Yazdan Movahedi<sup>2</sup>,  
Abdolkhleh Minashiri<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran

<sup>2</sup> PhD Students in Cognitive Neuroscience, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran

<sup>3</sup>Master of psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran

(Received May 27, 2013 ; Accepted October 21, 2013)

### ***Abstract***

**Background and purpose:** Cigarette is the most common and cheapest addictive substance associated with physical, financial, familial and social harm. Khantezian self-medication hypothesis proposes that many people smoke because of low distress tolerance and emotional deregulation. However, there is no research concerning this issue in Iran. The aim of this study was to investigate Compression Emotion Regulation Negative Strategies in Smokers and Non-Smoker Students.

**Material and methods:** According to this, 80 smokers and 80 non-smoking male students of Tabriz University were selected randomly. The participants were examined by Emotion Regulation Negative Strategies questionnaires. The data were analyzed by SPSS software. For data analysis, descriptive statistics and multivariate analysis of variance was used.

**Results:** The results showed that smokers and nonsmoker students in-cognitive components of setting that there is a significant difference excitement. Thus, students who smoke have more negative cognitive strategies to regulate.

**Conclusion:** Therefore, the appropriate use of positive cognitive emotion regulation strategies can be taught to students, especially in our country, because our information about this problem is very little.

**Keywords:** Cognitive Emotion Regulation, Smokers, Non-Smoker, student

# مقایسه تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری

منصور بیرامی<sup>۱</sup>  
یزدان موحدی<sup>۲</sup>  
عبدالخالق میناشیری<sup>۳</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** سیگار رایج‌ترین و ارزان‌ترین ماده اعتیادآور است که بر اساس فرضیه خوددرمانی خانتزیان، افراد بسیاری به خاطر اختلال در تنظیم هیجانی به این اعتیاد روی می‌آورند. با این حال در ارتباط با این سازه درباره سیگار خصوصاً در ایران پژوهشی به چشم نمی‌خورد. هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری بود.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی می‌باشد. برای انجام پژوهش حاضر ۸۰ نفر از دانشجویان پسر غیر سیگاری دانشگاه تبریز در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و با ۸۰ دانشجوی سیگاری که به صورت سرگردن انتخاب شدند، مقایسه شدند. آزمودنی‌ها پس از انتخاب، به پرسشنامه راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان پاسخ دادند. داده‌ها پس از جمع‌آوری به کمک نرم افزار SPSS19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره MANOVA استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری در مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین گونه که دانشجویان سیگاری بیش‌تر از راهبردهای تنظیم شناختی منفی استفاده می‌کنند ( $p < 0/05$ ).  
**استنتاج:** به جاست که استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان به دانشجویان آموزش داده شود. مخصوصاً در ایران که اطلاعات ما پیرامون شیوع این موضوع و نقش آن در مسائل مختلف بسیار اندک است.

**واژه‌های کلیدی:** تنظیم شناختی هیجان، سیگاری، غیرسیگاری، دانشجویان

## مقدمه

افراد طبقه بالای اقتصادی و ۲۷ درصد در میان افراد غیر شاغل بوده است (۲). برآوردهای اخیر نشان می‌دهند که مصرف سیگار در میان بزرگسالان در حدود ۲۰/۹ درصد (۴۵/۱ میلیون نفر) است و ۲۳ درصد دانش‌آموزان دوره راهنمایی نیز سیگار مصرف می‌کنند (۳). سیگار علت

مصرف سیگار، یکی از خطرناک‌ترین رفتارهای مختل‌کننده سلامتی انسان است و باعث افزایش بیماری‌های گوناگون می‌شود (۱). بر اساس مطالعات، ۱۵/۷ درصد از افراد سیگاری بین سنین ۳۰-۲۶ سال، ۱۷/۶ درصد در میان افراد متأهل، ۲۸ درصد در میان

E-mail: yazdan\_movahedi@yahoo.com

**مؤلف مسئول:** یزدان موحدی - تبریز: دانشگاه تبریز، دانشکده روان‌شناسی، گروه روانشناسی

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲. دانشجوی دکتری تخصصی علوم اعصاب شناختی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۳/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۶/۱۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۷/۲۹

اصلی دو عامل اول مرگ و میر در آمریکا، یعنی بیماری‌های قلبی و سرطان است (۳،۴).

در بین نوجوانان و جوانان، سیگار یکی از عوامل مهمی است که باعث مشکلات سلامتی مانند سرفه کردن، بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های قلبی و عروقی، کاهش سازگاری فیزیکی و کاهش رشد ریه می‌شود (۴).

مطالعات اندکی در زمینه شیوع مصرف سیگار در کشورهای اسلامی از جمله ایران به ویژه در جامعه دانشجویی به عمل آمده است. در مطالعه ای که در ایران به عمل آمده است شیوع مصرف سیگار در مردان ۲۶ درصد و در زنان ۳/۶ درصد بوده است (۵). مطالعه مصرف سیگار در دانشجویان اهمیت ویژه‌ای دارد زیرا رفتار سیگار کشیدن در دانشجویان شاخص مفیدی از مصرف سیگار توسط جوانان است و از سوی دیگر نقش مهمی در افزایش یا کاهش شیوع مصرف سیگار در سطح جامعه می‌تواند داشته باشد (۶).

اگرچه در باب علل این اختلال فرضیه‌های متعددی وجود دارد، لیکن فرضیه خوددرمانی Khantzian توضیحی مبسوط درباره علل روی آوردن به این اختلال ارائه می‌دهد. این فرضیه برای یکی از بزرگ‌ترین مسایل بهداشتی عمومی و پزشکی، معنایی روان‌شناختی قائل است. طبق فرضیه خوددرمانی خانتزین اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری جهت تعدیل عواطف استرس زا است. مصرف کنندگان مواد هیجانانگ منفی و بی‌قراری را غیرقابل تحمل توصیف می‌نمایند و نمی‌توانند این حالات هیجانی را بدون اتکاء به مواد مدیریت نمایند. مصرف کنندگان مواد از خواص فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مواد جهت تنظیم و تعدیل هیجانانگ منفی شان و دست یابی به ثبات هیجانی استفاده می‌نمایند (۵).

پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطر ساز و سبب شناسی چندگانه متمرکز شده اند. اگرچه بر عوامل اجتماعی در گرایش به مواد تأکید بسیاری می‌شود، اما سوء مصرف می‌تواند با فرایندهای زیستی و روان‌شناختی مرتبط باشد (۷). تنظیم هیجان، به عنوان یکی از متغیرهای

روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (۸). شواهد زیادی نشان می‌دهند که تنظیم هیجانی با موفقیت یا عدم موفقیت در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (۹). با این حال، پژوهش‌های اندکی به بررسی ارتباط تنظیم هیجانی با قماربازی بیمارگون پرداخته اند (۱۰).

هنگامی که یک شخص، برای مصرف مواد مخدر تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف را کاهش می‌دهد. 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 بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۱۱). در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۱۲). تنظیم هیجانی با توانایی ذهنی بیش‌تر 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 و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف مواد موفق‌تر عمل کنند (۱۳). هم‌چنین، بررسی‌ها نشان می‌دهند که مصرف مسأله ساز الکل با تلاش‌های ناسازگارانه، جهت کاهش علائم افسردگی (۱۴) و مصرف سیگار (۱۵) مرتبط است.

Goldsmith در یک مطالعه آزمایشی، با دست‌کاری هیجانانگ نشان داد که افراد سعی می‌کنند تا با مصرف الکل به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای و تنظیم هیجان استفاده کنند (۱۶). Parker و همکاران نشان دادند که دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی با دیگران منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شوند (۱۰). خدایی در مطالعه‌ای روی گروهی از

افراد مبتلا به سوء مصرف مواد نشان داد که تفاوت بین افراد معتاد و غیر معتاد در مؤلفه های هوش هیجانی معنی دار است (۱۷). با توجه به مبانی نظری و پژوهشی فوق، پژوهش حاضر با هدف مقایسه مؤلفه های مصیبت بار تلقی کردن، تمرکز بر تفکر، مقصر دانستن خود و مقصر دانستن دیگران به عنوان راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری دانشگاه تبریز انجام شد.

## مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، از نوع تحقیقات مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان پسر مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بودند. ابتدا بر اساس فرمول کرجی و مورگان پرسشنامه مصرف سیگار به صورت تصادفی بین ۷۶۴ نفر از دانشجویان پسر مقطع کارشناسی دانشکده های علوم انسانی و علوم اجتماعی دانشگاه تبریز اجرا شد (لازم به ذکر است به خاطر همگنی بیش تر نمونه ها، پژوهش دانشکده های دیگر اجرا نشد). پرسشنامه در کلاس های درس دانشگاه در اختیار دانشجویان قرار داده شد و آزمون گر بعد از توضیحات لازم در زمینه اختیاری بودن شرکت در پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه از آزمودنی ها، نحوه پاسخ گویی به سؤالات را آموزش داده شد با استفاده از پرسشنامه ۸۰ دانشجوی سیگاری تشخیص داده شد و با ۸۰ دانشجوی غیرسیگاری از نظر سن، جنس، مقطع تحصیلی، بومی - غیربومی - همتا گردیدند. منظور از دانشجویان سیگاری، افرادی بودند که از یک سال پیش، در شبانه روز حداقل ۵ نخ سیگار مصرف کرده و هم چنان به مصرف روزانه ادامه داده و احساس نیاز به مصرف سیگار می کردند.

ابزار پژوهش

این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی

منظور از دانشجویان سیگاری، افرادی بودند که از یک سال پیش، در شبانه روز حداقل ۵ نخ سیگار مصرف کرده و هم چنان به مصرف روزانه ادامه داده و احساس نیاز به مصرف سیگار می کردند. با استفاده از پرسشنامه ۸۰ دانشجوی سیگاری تشخیص داده شد و با ۸۰ دانشجوی غیرسیگاری از نظر سن، جنس، مقطع تحصیلی، بومی - غیربومی - همتا گردیدند.

مقیاس راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان توسط Granevski و همکاران به منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخدادهای تهدید کننده یا استرس زای زندگی تهیه شده است و نحوه پاسخ به آن بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت از هرگز تا همیشه قرار دارد، و شامل ۱۸ سؤال و چهار مؤلفه است که این ۴ مؤلفه عبارتند از مصیبت بار تلقی کردن، تمرکز بر تفکر، مقصر دانستن خود و مقصر دانستن دیگران می باشد (۱۸). حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر ۷۲ می باشد.

پایایی کل مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ به دست آمده است (۱۸). پایایی این مقیاس در فرهنگ ایرانی را یوسفی در نمونه خود، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر ۰/۸۷ گزارش کرده است. روایی مقیاس حاضر در مطالعه یوسفی از طریق همبستگی میان نمره راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی بررسی شده و به ترتیب ضرایب ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب

شماره ۱ مشاهده می‌شود گروه سیگاری در تمامی راهبردهای منفی به جز تمرکز بر تفکر نمرات معنی‌دار بیش‌تری نسبت به گروه غیرسیگاری کسب کردند.

جدول شماره ۱: آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) راهبردهای منفی تنظیم‌شناختی هیجان در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری

مؤلفه	آزمودنی‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری
مصیبت بار تلقی کردن	سیگاری	۸/۴۷	۲/۰۰	۰/۸۲۵	۰/۰۲۹
	غیرسیگاری	۷/۷۵	۲/۱۶		
تمرکز بر تفکر	سیگاری	۹/۲۵	۱/۸۵	۰/۵۲۵	۰/۱۵۲
	غیرسیگاری	۸/۷۲	۲/۶۷		
مقصر دانستن خود	سیگاری	۹/۰۸	۲/۳۰	۱/۴۷	۰/۰۰۱
	غیرسیگاری	۷/۶۱	۲/۳۷		
مقصر دانستن دیگران	سیگاری	۸/۲۱	۲/۲۴	۱/۴۰	۰/۰۰۱
	غیرسیگاری	۶/۸۱	۱/۹۷		
کل	سیگاری	۳۵/۰۲	۴/۸۶	۴/۱۲	۰/۰۰۱
	غیرسیگاری	۳۰/۹۰	۵/۴۱		

هم‌چنین برای مقایسه دو گروه سیگاری و غیرسیگاری از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد (جدول شماره ۲). همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود بین دو گروه آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های مصیبت بار تلقی کردن، مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران تفاوت مشاهده می‌شود، اما در مؤلفه تمرکز بر تفکر تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه راهبردهای منفی تنظیم‌شناختی هیجان در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری دانشگاه تبریز انجام شد. یافته‌ها نشان داد که دانشجویان سیگاری وقایع و رخداد‌های هیجانی را بیش‌تر از دانشجویان غیر سیگاری مصیبت بار تلقی کرده و خود و دیگران را در به‌وجود آمدن آن‌ها مقصر می‌دانند. بدین معنی که دانشجویان سیگاری بیش‌تر از راهبردهای منفی تنظیم‌شناختی هیجان استفاده می‌کنند، اما در مؤلفه تمرکز بر تفکر بین دو گروه سیگاری و غیرسیگاری تفاوت معنی‌داری یافت نشد. در این راستا،

در سطح  $p < 0/01$  معنی‌دار بودند. علاوه بر این در مطالعه ذکر شده برای سنجش روایی مقیاس، از روش همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس‌های آزمون استفاده شده است. دامنه این همبستگی‌ها از  $0/40$  تا  $0/68$  با میانگین  $0/56$  به دست آمده که همگی در سطح  $p < 0/01$  معنی‌دار بوده‌اند (۱۹). داده‌ها بعد از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ مورد آنالیز قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیلی واریانس چند متغیره MANOVA استفاده شد.

## یافته‌ها

وضعیت جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که میانگین سن آزمودنی‌ها  $21/17 \pm 2/89$  سال بود. از این میان  $0/44/7$  از آن‌ها از قومیت ترک،  $0/23/3$  فارس،  $0/18$  کرد بودند و بقیه افراد از سایر قومیت‌ها بودند.

از کل دانشجویان  $0/058/8$  از دانشکده علوم انسانی و  $0/041/2$  از دانشکده علوم اجتماعی بودند.  $0/089/4$  دانشجویان مجرد بودند. از لحاظ علاقه به رشته تحصیلی از کل دانشجویان  $0/063/2$  به رشته تحصیلی خود علاقه‌مند بودند، و  $0/08/7$  اصلاً به رشته خود علاقه نداشتند.  $0/037/3$  پدران دانشجویان و  $0/019/3$  مادرانشان تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند.  $61/9$  درصد دانشجویان بومی بوده و  $28/1$  درصد در خوابگاه زندگی می‌کردند. معدل ترم قبل  $16/31 \pm 2/8$  و معدل کل  $15/17 \pm 1/9$  با حداقل  $11/23$  و حداکثر  $19/11$  بود.  $86/7$  درصد دانشجویان اصلاً مشروط نشده بودند و بقیه بین ۱ تا ۴ ترم مشروط شده بودند. برای تحلیل داده‌های مقیاس راهبردهای منفی تنظیم‌شناختی هیجان ابتدا از آمار توصیفی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. هم‌چنین برای این که مشخص شود کدام گروه بیش‌تر از گروه دیگر نشانه‌های مورد نظر را دارد، مقایسه به صورت دو به دو در بین گروه‌ها انجام گرفت. همان‌گونه که در جدول

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره دانشجویان با هدف تعیین تفاوت دو گروه سیگاری و غیرسیگاری در راهبردها

منبع پراکندگی	متغیر مقایسه ای	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه	مصیبت بار تلقی کردن	۲۱/۰۲	۱	۲۱/۰۲	۴/۸۳	۰/۰۲۹
	تمرکز بر تفکر	۱۱/۰۲	۱	۱۱/۰۲	۲/۰۷	۰/۱۵۲
	مقصر دانستن خود	۸۷/۰۲	۱	۸۷/۰۲	۱۵/۸۸	۰/۰۰۱
	مقصر دانستن دیگران	۷۸/۴۰	۱	۷۸/۴۰	۱۷/۵۰	۰/۰۰۱
	کل	۶۸۰/۶۲	۱	۶۸۰/۶۲	۲۵/۶۵	۰/۰۰۱
خطا	مصیبت بار تلقی کردن	۶۸۶/۹۵	۱۵۸	۴/۳۴		
	تمرکز بر تفکر	۸۳۸/۹۵	۱۵۸	۵/۳۱		
	مقصر دانستن خود	۸۶۵/۳۷	۱۵۸	۵/۴۷		
	مقصر دانستن دیگران	۷۰۷/۵۷	۱۵۸	۴/۴۷		
	کل	۴۱۹۱/۱۵	۱۵۸	۲۶/۵۲		
کل	مصیبت بار تلقی کردن	۱۱۲۳۸/۰۰	۱۶۰			
	تمرکز بر تفکر	۱۳۷۷۴/۰۰	۱۶۰			
	مقصر دانستن خود	۱۲۱۰۸/۰۰	۱۶۰			
	مقصر دانستن دیگران	۹۸۱۶/۰۰	۱۶۰			
	کل	۱۷۸۷۱۶/۰۰	۱۶۰			

مستعد کننده سوء مصرف مواد معرفی کرده‌اند (۲۴).  
Fox و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که سوء مصرف کنندگان کوکائین در تنظیم، درک، مدیریت هیجان‌ات و کنترل تکانشگری به ویژه در مراحل اولیه وابستگی دشواری‌های زیادی دارند (۲۵). هم‌چنین، Fox و همکارانش در مطالعه‌ای دیگر روی افراد مبتلا به سوء مصرف الکل به این نتیجه دست یافتند که بین افراد مصرف کننده و بیماران وابسته به الکل در آگاهی نسبت به هیجان‌ات و مشکلات مربوط به کنترل تکانه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در این راستا، هم‌چنین، در بیماران وابسته به الکل پس از پنج هفته مداوم، بهبودی زیادی در آگاهی نسبت به هیجان‌ات مشاهده شد (۲۶).

هم‌چنین نتایج این پژوهش هم‌سو با فرضیه خود-درمانی Khantzian می‌باشد (۲۷، ۲۸). خانتزیان نیز بر این باور است که اختلال در تنظیم هیجانی این افراد از علل روی آوردن به سیگار است. بنابراین به این نتیجه دست می‌یابیم که این افراد امکان دارد در شناسایی هیجان‌اتشان دشواری بیش‌تری داشته باشند تا در کنترل آن بسیاری دیگر از پژوهش‌ها در این زمینه به نتیجه مشابهی دست یافته‌اند و بر این باورند افرادی که دارای وابستگی به سیگار و مواد هستند در روند رشدی هیجان‌ات متوقف شده و یا پس رفت نموده‌اند. این نتایج نشان می‌دهد که

مطالعات نشان می‌دهند که در افراد سیگاری یکی از دلایل اصلی مصرف مواد و الکل این است که این افراد از مواد برای تنظیم دامنه گسترده‌ای از حوادث شناختی استفاده می‌کنند. نتایج پژوهش زاهد و همکاران نشان می‌دهد که بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان و رفتار بین فردی سوء مصرف کنندگان مواد رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (۲۰). هم‌چنین نتایج مطالعه ذکر شده، بیانگر این نکته نیز هست که راهبردهای تنظیم هیجانی منفی افراد سوء مصرف کننده ناشی از فقدان کفایت هیجانی، مهارت‌های هیجانی نامناسب، روابط و دوستی‌های گذرا و توانایی کمتر برای حل تعارضات است (۲۰). هم‌چنین، نتایج پژوهش Parker و همکاران مبنی بر این که دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی با دیگران منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شود، بر این ادعا صحه می‌گذارد (۲۱).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معتادانی که بهتر می‌توانند از راهبردهای مؤثر برای کنترل هیجان‌اتشان استفاده کنند، در دوره‌ی درمانی موفق‌ترند (۲۲). هم‌چنین مطالعات نشان می‌دهند که مصرف مواد برای مقابله و فرار از هیجان منفی، پیش‌بینی کننده قوی‌تری برای مصرف افراطی الکل است (۲۳).

Zhou در مطالعه‌ای نوجویی هیجانی (یکی از مؤلفه‌های تنظیم هیجانی) را به عنوان یکی از عوامل

پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۳۳).

در این راستا، مدل شناختی برنرف نیز یکی از مدل‌های جامعی است که برای مطالعه رفتار، شناسایی عوامل مؤثر بر آن و همچنین جهت تغییر رفتار در جامعه به کار می‌رود و این مدل بر تأثیر آگاهی، نگرش و مهارت‌های فردی در تغییر رفتار تمرکز می‌کند. در مدل برنرف بر تأثیر نگرش در عملکرد، و محیط قادر کننده و هنجارهای انتزاعی تأکید شده است.

مدل برنرف در مطالعه رفتار و برنامه‌ریزی برای تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم‌گیری افراد برای انجام رفتار مؤثر هستند به کار گرفته می‌شوند (۳۴).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که بر تعمیم‌پذیری نتایج اثر می‌گذارد. در وهله اول به دلیل استفاده از ابزار خود گزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها، لازم است تفسیر نتایج با احتیاط صورت پذیرد. همچنین ماهیت مقطعی بودن این مطالعه نیز امکان تعمیم نتایج را تا حدودی کاهش می‌دهد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران و درمان‌گران راهبردهای تنظیم شناختی را به عنوان عاملی مهم در مداخلات پیشگیرانه و درمانی خود مورد توجه قرار دهند و به افراد سیگاری کمک نمایند راهبردهای تنظیم شناختی مثبت را جایگزین راهبردهای منفی نمایند. جایگزینی راهبردهای تنظیم شناختی مثبت تر منجر به مواجهه موفقیت آمیز و افزایش توان مقابله دانشجویان با بحران‌ها شده و بدین ترتیب آن‌ها را قادر می‌سازد بر احساسات منفی خود غلبه نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از نمونه‌های بالینی استفاده گردد.

## سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه دانشجویانی که صمیمانه همکاری نمودند صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل آورند.

راهبردهای تنظیم هیجان منفی افراد سوء مصرف کننده مواد ناشی از فقدان کفایت هیجانی، مهارت هیجانی نامناسب و توانایی کم‌تر برای حل تعارضات است (۲۹). به نظر می‌رسد که این افراد در مؤلفه‌های تنظیم هیجانی، تصمیم‌گیری، کنترل عواطف خود و دیگران و مهارت‌های اجتماعی توانایی کافی و مناسبی برای از میان برداشتن کمبودهای یاد شده و خودداری از مصرف مجدد مواد ندارند.

این نتیجه را این‌گونه می‌توان تبیین کرد که رشد عاطفی نابسند، دشواری در سامان دهی رفتار و هیجان داشتن هیجان‌های منفی از ویژگی‌های افرادی است که سوء مصرف مواد دارند (۳۰). تنظیم هیجانی کمتر و راهبردهای تنظیم هیجان منفی بالاتر می‌تواند مانع کنترل و سوسه مصرف مجدد که نوعی کشمکش گرایش-پرهیز است، باشد. علاوه بر این هوش هیجانی پایین‌تر با توانایی ذهنی کم‌تر برای پردازش اطلاعات اجتماعی همراه است. این پردازش ضعیف می‌تواند باعث درک کم‌تر از پیامدهای منفی و زیانبار مصرف مواد شود و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف مواد شکست می‌خورند (۳۱).

هنگامی که افراد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرند، مدیریت ضعیف هیجان، خطر سوء مصرف را افزایش می‌دهد. برعکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر سوء مصرف مواد را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده نماید. همچنین افرادی که تنظیم هیجانی مثبت بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۳۲). در مقابل کسانی که تنظیم هیجانی مثبت

## References

1. Atav S, Spencer GA. Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: A comparative study. *J Fam Commu Heal* 2002; 25(2): 53-64.
2. Memon A, Moody PM, Sugathan TN, el-Gerges N, al-Bustan M, al-Shatti A, et al. Epidemiology of smoking among Kuwaiti adults: prevalence, characteristics, and attitudes. *Bull World Heal Organ* 2000; 78(11): 1306-15.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and tobacco use: fact sheet. (November 2006). [On-Line]. Retrieved October 9, Available: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistic/Factsheets/adult\\_cig\\_smoking.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistic/Factsheets/adult_cig_smoking.htm). 2007; 27-28.
4. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. Publication No. 5008.03.2003; 42-43.
5. Ahmadi J, Khalili H, Jooybar R, Namazi N, Mohammadagaei P. Prevalence of cigarette smoking in Iran. *J Psycho Rep* 2001; 89(2): 339-41.
6. Rigotti NA, Lee JE, Wechsler H. US college students' use of tobacco products: results of a national survey. *JAMA* 2000; 284(34): 699-705.
7. Glantz, M D. Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview. Washington, DC: American Psychological Association. 1992.
8. Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence, *Intelligence* 1999; 27(9): 267-298.
9. Jacobs M, Snow J, Geraci M, Meena Vythilingam M, Blair R, Charney DS, et al. Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *J Anx Disor* 2008; 87(11): 9-24.
10. Parker JD, Taylor RN, Eastbrookj M, Schell SL, Wood LM. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *J Pers Individ Dif* 2008; 45(7): 174-180.
11. Trinidad DR, Johnson CA. The Association between Emotional Intelligence and Early Adolescent Tobacco and Alcohol Use. *J Pers Individ Dif* 2002; 32(1): 95-105.
12. Trinidad DR, Unger Jb, Chou CO, Johnson A. The Protective Association of Emotional Intelligence with Psychosocial Smoking Risk Factors for Adolescent. *J Pers Individ Dif* 2004; 36: 945-954.
13. Mayer JD, Salovey P. What Is Emotional Intelligence? In: Salovey P, Sluyter D (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implication for Educators*. New York; Basic Books. 1997; 150-161.
14. Kuntsche E, Knibbe R, Gmel, Gerhard, Engels R. Who Drinking and Why? A Review of sociodemographic, Personality, and Contextual Issues Behind the Drinking Natives in Young People. *J Addic Behavi* 2006; 31(4): 1844-1857.
15. Kassel JD, Shiffman S. Attentional Mediation of Cigarette Smoking's Effect on Anxiety. *J Heal Psycho* 2000; 16(7): 359-368.
16. Goldsmith AA. Effects of Mood Induction on the Relationships between Generalized Anxiety and Alcohol-related Beliefs in Young Adult Drinkers, Unpublished Doctoral Dissertation. University of Cincinnati. 2008.
17. Khodae A. Comparison of five personality factors and emotional intelligent in the addict



- persons and non addict in tehran city. Thesis MA Tarbiat Moallem University. Tehran. 2005; (Persian).
18. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation and Emotional Problems. *J Pers Individ Dif* 2001; 30: 1311-1327.
  19. Yusefi F. The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in the middle students. *J Rese on Exce Child* 2007; 4: 871-892. (in Persian).
  20. Zahid A, Kalthoum Q, Abolghsimi A, Narimani M. The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior in Adverse drug users. *J Addic Rese* 2010; 11: 99-113. (In Persian).
  21. Parker DA, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotion intelligence and alexithymia. *J Pers Individ Dif*. 2001; 30, 107-115
  22. Doran N, Mccharque D, Cohen L. Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *J Addic Behavi* 2007; 32: 90-98.
  23. Terry-McElrath Y M, Emery S, Szczyпка G, Johnston LD. Potential Exposure to Anti-drug Advertising and Drug-related Attitudes, Beliefs, and Behaviors among United States Youth, *J Addic Behavi* 2011; 36: 116-124.
  24. Zhou X. Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *J Addic Behavi* 2009; 34(4), 365-373.
  25. Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *J Dru and Alcoho Depen* 2007; 89(33): 388-394.
  26. Fox HC, Hong KA, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinks. *J Addic Behavi* 2008; 33: 388-394.
  27. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychi* 1997; 4: 231-244.
  28. Suh JJ, Ruffins S, Robins CE. Self-Medication Hypothesis: connecting affective experience and drug choice. *Psychoanal Psychol* 2008; 25: 518-532.
  29. Mayer JD, David R, Caruso DR, Salovey P. Emotional Intelligence Meets Traditional Standard For An Intelligence. *J Pers Individ Dif* 1999; 27: 267-298.
  30. Dawes M, Clark D, Moss H. Family and Peer Correlates Of Behavioral Self-Regulation in Boys at Risk for Substance Use. *American JDru and Alcoho Abu* 1999; 25: 249-237.
  31. Mayer JD, Salovey P. What Is Emotional Intelligence? In: Salovey P, Sluyter D (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implication for Educators*. New York; Basic Books. 1997; 150-161.
  32. Trinidad DR, Johnson CA. The Association between Emotional Intelligence and Early Adolescent Tobacco and Alcohol Use. *J Pers Individ Dif* 2002; 32(1): 95-105.
  33. Trinidad DR, Unger Jb, Chou CO, Johnson A. The Protective Association of Emotional Intelligence with Psychosocial Smoking Risk Factors for Adolescent. *J Pers Individ Dif* 2004; 36: 945-954.
  34. Zarepour M, Sadeghi R, Sadeghi Tabatabai A R, Syadi S. Factors influencing smoking behavior in male students by BASNEF Tehran University of Medical Sciences in 2009. Address: School of Nursing and Midwifery 2011; 9(1). 23-29 (Persian).