بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار

علیرضا عزیزی[1*]، آزاده میرزایی[2]، دکتر جمال شمس[3]

۱- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی ۲- گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد کرج ۳- گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نویسنده مسؤول: تهران، انتهای بزرگراه همت، دهکده المپیک، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. تلفن: ۰۹۱۹۴۱۴۷۱۶۶ نمابر: ۷۷۳۲۲۸۶۶

پست الکترونیک: azizi.psy1@gmail.com

دریافت: ۸۸/۶/۱۳ پذیرش: ۸۹/۲/۵

چکیده

مقدمه: *سیگار رایج‌ترین و ارزان‌ترین ماده اعتیادآور است که بر اساس فرضیه خوددرمانی خانتزیان، افراد بسیاری به خاطر تحمل آشفتگی پایین و اختلال در تنظیم هیجانی به این اعتیاد روی می‌آورند. با این حال در ارتباط با این سازه‌ها درباره سیگار خصوصاً در ایران پژوهشی به چشم نمی‌خورد. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار می‌باشد.*

روش کار: *۱۱۸دانشجوی پسر سیگاری دانشگاه تهران به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که سن آنها بین ۲۷ -۱۸ سال (میانگین: ۲۰/۵۵) بود. میزان وابستگی این افراد به سیگار به کمک تست وابستگی به نیکوتین فاگرشتروم، و میزان تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی آنها به کمک مقیاس‌های تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر، و دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس، رگرسیون چند متغیری و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل گردید.*

یافته‌ها: *بین تحمل آشفتگی دانشجویان و میزان وابستگی آنها به نیکوتین همبستگی منفی معناداری وجود دارد ($r=-0/711$ ، $p<0/01$). همچنین بین آشفتگی هیجانی دانشجویان و میزان وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت معناداری وجود دارد ($r=0/856$ ، $p<0/01$). بین گروه‌های با وابستگی بالا، پایین و متوسط از نظر تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=1/34$ ، $P>0/05$). نتایج نشان داد که عدم وضوح هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، ارزیابی آشفتگی و جذب آشفتگی درصد معناداری از واریانس وابستگی را پیش‌بینی می‌کنند ($p<0/01$).*

نتیجه‌گیری: *بین وابستگی به سیگار، اختلال در تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی پایین رابطه وجود دارد که همسو با فرضیه خوددرمانی خانتزیان است.*

گل‌واژگان: *تحمل آشفتگی، آشفتگی در تنظیم هیجانی، وابستگی به سیگار، دانشجویان*

مقدمه

سوءمصرف مواد و وابستگی به آن پدیده‌ای مزمن و عود کننده است که با صدمه‌های جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی همراه است. سیگار رایج‌ترین و در عین حال ارزان‌ترین ماده اعتیادآور می‌باشد که مصرف آن دارای عوارض زیان بار زیادی است. هر چند تعداد کسانی که در ایالات متحده سیگار می‌کشند رو به کاهش است، لیکن در ممالک در حال توسعه این جمعیت رو به افزایش است (۱). سالانه ۵/۲ میلیون مرگ از مصرف سیگار گزارش شده است؛ این جمعیت همچنان رو به افزایش است. شیوع مصرف سیگار در ایران ۲۴/۱٪ در آقایان و ۴/۳٪ در خانم‌ها است (۲). اگر چه درباب علل این اختلال بحث و جدال زیادی وجود دارد، لیکن فرضیه خود درمانی[1] توضیحی مبسوط درباره علل روی آوردن به این اختلال ارایه می‌دهد. این فرضیه برای یکی از بزرگ‌ترین مسایل بهداشتی عمومی و پزشکی، معنایی روان‌شناختی قائل است (۳). طبق SMH اعتیاد به مواد مخدر در حکم ابزاری جهت تعدیل عواطف استرس‌زا است. مصرف‌کنندگان مواد هیجانات منفی و بی‌قراری را غیر قابل تحمل و مستأصل‌کننده توصیف می‌نمایند و نمی‌توانند این

[1] Self Medication Theory (SMH)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

حالات هیجانی را بدون اتکا بـه مـواد مـدیریت نماینـد (۵ –۳). مصرف‌کنندگان مواد از خواص فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مواد جهت تنظیم و تعدیل هیجانات منفی‌شان و دست‌یابی بـه ثبـات هیجانی استفاده می‌نمایند (۵ –۳). خانتزیان در مـدل SMH بـه نقایص موجود در ایگوی این افراد و نـاتوانی آنهـا بـرای تحمـل عواطف اشاره می‌کند. وی اشاره می‌کند که این افراد با مـصرف ماده ترجیحی‌شان تسکین می‌یابند و حالات عاطفی‌شـان بـرای آنها قابل تحمل‌تر می‌گردد. اکثر وابـستگان بـه مـواد افیـونی در پاسخ به این سؤال که هنگامی که برای اولین بار مواد را مصرف کردید چه احساسی داشتید، علاوه بر اذعان به احـساس آرامـش عمومی و بهبود سطح عاطفی‌شان، اشاره کردند که مواد عاطفـه شدید پرخاشگرانه آنها را تقلیل داد. به نظر می‌رسـد همـین اثـر "خوددرمانی" نیز دلیل و بهانه مناسبی برای ادامه مصرف دارو و یا عود می‌باشد (۳). تعداد زیادی از محققان بـر ایـن باورنـد کـه تنظیم هیجانی انگیزه اصلی سیگار کشیدن می‌باشد (۳ و ۸ –۶). در حقیقت سیگاری‌ها اغلب این عمل را به اثرات آرامش‌بخش و اضطراب‌زدای آن نسبت می‌دهند (۹ و ۱۰). سیگاری‌ها گـزارش کرده‌اند که هنگامی که عصبانی، مضطراب، ناراحت و یـا تحـت استرس بوده‌اند، بیشتر سـیگار کـشیده‌انـد (۱۵ –۱۱). تحقیقـات حاکی از آن است که پرهیز از سیگار کشیدن منجر بـه افـزایش سریع عاطفه منفی می‌گردد (۱۶ و ۱۷). هم نقش کلی سیگار در تنظیم هیجانی و هم نقش مربوط به نشانگان ترک آن در تنظیم هیجانی، اساس نظریه‌پردازی‌های تئوریکی در زمینه وابستگی به سیگار می‌باشد (۳، ۱۸ و ۱۹). به نظر می‌رسـد، مـصرف الکـل و سایر مواد، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور می‌باشد تا مسأله‌محـور. مشخصه راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور تغییر هیجانی سـریع است، در حالی که در برابر آن راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌محـور بیشتر مستلزم اسـتفاده از منـابع شـناختی و در نتیجـه تغییـرات هیجانی تدریجی‌تر اسـت (۲۰). منظـور از وابـستگی بـه سـیگار مقداری است که توسط مقیاس فاگشتروم حاصل می‌گردد.

علاوه بر نقش سیگار در تنظیم هیجانی، مطالعات دیگـری بـه بررسی سازه تحمل آشفتگی در افراد مبتلا به سوءمصرف مـواد، از جمله سیگار پرداخته‌اند. تحمل آشفتگی بـه توانـایی تجربـه و تحمل موقعیت‌های روان‌شناختی منفی اطلاق می‌گردد. آشفتگی ممکن است ماحصل فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، لـیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که اغلب با تمایل به عمل جهت رهایی از تجربه هیجانی مـشخص مـی‌گـردد (۲۱). افراد دارای تحمل آشفتگی پایین، اولاً هیجان را غیر قابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند، ثانیاً این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احـساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا که توانایی‌هـای مقابلـه‌ای خـود بـا هیجانات را دست کم می‌گیرند. سومین مشخصه عمـده تنظـیم هیجانی افراد با تحمل آشفتگی پایین، تلاش فـراوان ایـن افـراد برای جلوگیری از هیجانـات منفـی و تـسکین فـوری هیجانـات منفی تجربه شده می‌باشد. لازم به ذکر است که اگـر ایـن افـراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجه‌شان جلـب ایـن هیجان آشـفته‌کننـده مـی‌گـردد و عملکردشـان بـه طـور قابـل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (۲۱). تحمل آشفتگی در پـژوهش در زمینه تنظیم هیجانی سـازه‌ای معمـول مـی‌باشـد. بـرای مثـال، رفتاردرمانی دیالکتیکی دکتر مارشال لینهان بر این اصل بنا شده است که افراد مبتلا به اختلال شخـصیت مـرزی دارای تحمـل هیجانی پایینی می‌باشند (۲۲).

یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور از قبیل مصرف الکل و سایر مواد ممکن است منتج به خلاصی سریع افراد از هیجانات منفـی گردد (۲۰). این راهبرد، خصوصاً برای کسانی که تحمل آشفتگی پایینی دارند، شیوه‌ای مناسب به شمار می‌رود. اسـتفاده مـداوم از سیگار جهت کاهش حالات هیجانی منفی ممکن است به خـاطر دشواری این افراد در تحمل هیجانات منفی باشد (۲۳). براون[2] و همکاران (۲۰۰۲) گزارش کردند که سیگاری‌هایی کـه توانـستند سیگار را برای مدت ۳ ماه با موفقیت کنـار بگذارنـد، نـسبت بـه سیگاری‌هایی که موفق به انجام این کار نشدند، در انجام تمرین محاسباتی ذهنی، حبس تنفس و استنشاق دی‌اکسیدکربن نمـره بیشتری به دست آوردند. در پژوهش‌هـایی کـه در زمینـه سـازه تحمل آشفتگی انجام گرفته اسـت، از مقیـاس‌هـای خودسـنجی جهت ارزیابی این سازه استفاده نشده است. در ایـن پـژوهش‌هـا جهت سنجش تحمل آشفتگی از تمـارین فیزیکـی، نظیـر مـدت زمان تحمل فرد برای گذاشتن دست در آب سرد، مـدت تحمـل فرد برای حبس تنفس و استنشاق هوای مملو از دی‌اکـسیدکربن استفاده شده است (۲۳). این اندازه‌گیری‌ها از این مزیت برخوردار می‌باشد که وابسته به خودسنجی نمـی‌باشـند. البتـه نتـایج ایـن نقص را دارد که عدم انگیزه فرد برای انجام این تمارین ممکـن است نتیجه را متأثر سازد (۲۱). همچنین بـر اسـاس بررسـی‌هـا مشخص شده است که تحمل درد همبستگی معناداری با دیگـر شاخص‌های درد، از جملـه آسـتانه و شـدت درد دارد تـا تحمـل آشفتگی محرک‌های عاطفی. از سویی، بدون توجـه بـه عاطفـه منفی و میزان مصرف مواد، متغیر میزان توانایی فرد برای تـداوم عمل با ترک سیگار مرتبط است، پس بایستی توجـه گـردد کـه

[2] Brown

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

متغیر تحمل آشفتگی با میزان توانمندی فرد برای تداوم عمل اشتباه نشود (۲۱). بنابراین، بنابرآنچه گفته شد به نظر می‌رسد، پرسشنامه سیمونز و گاهر برای خودسنجی تحمل آشفتگی مقیاسی مناسب‌تر را فراهم آورد. با توجه به موارد یاد شده، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه بین متغیرهای تحمل آشفتگی و آشفتگی در تنظیم هیجانی با میزان وابستگی به نیکوتین می‌باشد. بنابراین بر اساس هدف عنوان شده، این فرضیه‌ها بررسی شدند: بین تحمل آشفتگی و میزان وابستگی به نیکوتین رابطه منفی، و بین آشفتگی در تنظیم هیجانی و میزان وابستگی به نیکوتین رابطه مثبت وجود دارد. هم چنین پرسش پژوهش عبارت بود از: از میان متغیرهای تحمل آشفتگی و آشفتگی در تنظیم هیجانی، کدام یک می‌توانند درصد معناداری از واریانس وابستگی به نیکوتین را پیش‌بینی کنند؟

با توجه به این که میزان شیوع مصرف سیگار در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است و این افزایش مطمئناً با عوارض بسیاری همراه خواهد بود (۱)، بنابراین پژوهش در زمینه علل روی‌آوری به سیگار و همبسته‌های آن ضرورت دارد. در صورت یافتن این موارد می‌توانیم در زمینه درمان این معضل پیشرفت‌های شایان توجهی بنماییم.

روش کار

این بررسی از نوع توصیفی- مقطعی است. برای این منظور مجموع ۱۱۸ نفر از دانشجویان پسر سیگاری ساکن در خوابگاه کوی دانشگاه تهران به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داشتن علایم همایند دیگر، مانند مصرف دارو و یا مصرف سایر مواد سبب کنار گذاشتن آزمودنی‌ها از بررسی می‌شد. رشته تحصیلی این دانشجویان روانشناسی، حقوق و علوم سیاسی بود. داده‌ها به کمک پرسشنامه جمع‌آوری شد. این پژوهش در اسفند ماه ۱۳۸۷ در شهر تهران انجام گرفت. ابزارهای گردآوری اطلاعات به شرح زیر بودند:

تست وابستگی به نیکوتین فاگرشتروم[3]: این تست یک مقیاس کوتاه ۶ گزینه‌ای است که به ارزیابی میزان وابستگی فرد به نیکوتین می‌پردازد. نمره‌های آن در گستره ۰ تا ۱۰ قرار دارند. نمره‌های بالاتر اشاره به میزان وابستگی بالاتر دارند. بر اساس این پرسشنامه سطح پایین وابستگی بین ۰ تا ۳، سطح متوسط وابستگی بین ۴ تا ۶ و سطح بالای وابستگی بین ۷ تا ۱۰ قرار می‌گیرد. این تست به طور گسترده‌ای برای گزارش میزان وابستگی به کار گرفته شده است. این مقیاس از همسانی درونی خوبی برخوردار می‌باشد و همبستگی مثبتی با متغیرهای سنجش میزان وابستگی به نیکوتین دارد (۲۴ و ۲۵). FTND همچنین از پایایی آزمون- بازآزمون بالایی برخوردار می‌باشد (۲۶). بر اساس داده‌های حاصل از تحقیق حاضر بر روی ۱۱۸ آزمودنی میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۳۵ برآورد شد. بین این مقیاس و مقیاس تحمل آشفتگی رابطه منفی معناداری ۰/۶۵- وجود دارد که خود حکایت از روایی ملاک این مقیاس می‌باشد (۲۷).

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان[4]: مقیاس اولیه دشواری در تنظیم هیجان یک ابزار سنجش ۴۱ گزینه‌ای خودگزارش‌دهی بود که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شد. گزینه‌های این مقیاس بر اساس گفتگوهای متعدد با همکاران آشنا با متون تنظیم هیجان تدوین و انتخاب شد. مقیاس انتظار تعمیم یافته تنظیم هیجانی منفی[5] (۲۸) به عنوان الگویی در تدوین این مقیاس به کار گرفته شده است. به منظور ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانات ظرف دوران آشفتگی (هنگامی راهبردهای تنظیم هیجانی لازم و ضروری می‌باشند)، بسیاری از عبارات DERS مشابه NMR با "هنگامی که من آشفته هستم" آغاز می‌گردند. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. یک به معنای تقریباً هرگز (۱۰ -۰٪)، دو به معنای گاهی اوقات (۳۵ -۱۱٪)، سه به معنای نیمی از مواقع (۶۵ -۳۶٪)، چهار به معنای اکثر اوقات (۹۰ -۶۶٪) و پنج به معنای تقریباً همیشه (۱۰۰ -۹۱٪) می‌باشد. یک گزینه به خاطر همبستگی پایین آن با کل مقیاس و ۴ گزینه به خاطر بار عاملی پایین یا دو گانه روی دو عامل حذف شدند. بنابراین به دنبال تحلیل عامل مجموع ۵ گزینه از مقیاس اولیه حذف گردید، و مجموع پرسش‌های کل مقیاس ۳۶ گزینه شد. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی را نشان داد (۲۹). نتایج حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی، ۰/۹۳ برخوردار می‌باشد (۲۹). هر شش زیرمقیاس DERS، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند. همچنین DERS دارای همبستگی معناداری با مقیاس NMR و پرسشنامه پذیرش و عمل (۳۰) می‌باشد (۲۹). آلفای کرونباخ این مقیاس بر اساس پژوهش حاضر ۰/۹۲ برآورد شد.

[3] Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND)

[4] Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

[5] Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation Scale (NMR)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

مقیاس تحمل آشفتگی[6]: مقیاسی ۱۵ گزینه‌ای است. گزینه‌های این مقیاس تحمل آشفتگی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین آشفتگی، مورد سنجش قرار می‌دهند. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه مورد نظر و نمره پنج به معنای عدم توافق کامل با گزینه مورد نظر می‌باشد. نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس دارد. هر چند، پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی وجود چهار عامل اول، تحمل[7] (من نمی‌توانم به احساس آشفتگی‌ام رسیدگی کنم)، جذب[8] (هنگامی که آشفته و پریشان هستم، همواره به این فکر می‌کنم که چه احساس بدی دارم)، ارزیابی[9] (تحمل آشفتگی و پریشانی همیشه برای من کار بسیار سختی است) و تنظیم[10] (من برای جلوگیری از بروز احساساتم حاضرم هر کاری را انجام دهم) کشف شد (۱۷). این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود رابطه منفی دارد (۱۷). همچنین همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت ۶ ماه، ۰/۶۱ بود (۱۷). بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۷۲ برآورد شد. ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ می‌باشد. همبستگی مقیاس تحمل آشفتگی با شیوه‌های مقابله‌ای مسأله‌محور، هیجان‌محور، کمتر مؤثر و غیرمؤثر به ترتیب ۰/۲۱۳، ۰/۲۷۸-، ۰/۳۳۷- و ۰/۱۹۶- است. همچنین بین مقیاس تحمل آشفتگی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴۳، ۰/۲۲۴- و ۰/۶۵۳- به دست آمده است (۲۷).

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس و رگرسیون چندگانه به روش گام به گام، برای بررسی رابطه تحمل آشفتگی و دشواری در تنظیم هیجان با میزان وابستگی به نیکوتین، استفاده شد. این تحلیل‌ها با نرم‌افزار spss۱۷ انجام شده است.

نتایج

در پژوهش حاضر مجموع ۱۱۸ آزمودنی که پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند، در دوره لیسانس مشغول به تحصیل بودند. دامنه سنی آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر از ۲۷ -۱۸ سال با میانگین ۲۰/۵۵ و انحراف معیار ۲/۳۷ می‌باشد. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌های پژوهش را در آزمون‌های تحمل آشفتگی، دشواری در تنظیم هیجان نشان می‌دهد.

جدول ۱- شاخص‌های آماری تحمل آشفتگی، آشفتگی در تنظیم هیجان و وابستگی به نیکوتین (N= ۱۱۸)

متغیر	میانگین (انحراف معیار)
وابستگی به نیکوتین	۳/۷۷ (۲/۸۵)
زیرمقیاس تحمل	۲/۶۰ (۰/۶۴)
زیر مقیاس جذب	۲/۹۱ (۰/۶۷)
زیر مقیاس تنظیم	۲/۸۷ (۰/۷۰)
زیر مقیاس ارزیابی	۲/۸۴ (۰/۴۸)
زیرمقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۶/۴۳ (۳/۵۹)
زیرمقیاس دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم	۲۲/۱۷ (۴/۴۶)
عدم وضوح هیجانی	۱۴/۶۵ (۳/۸۸)
دشواری در انجام رفتارهای هدفمند	۱۴/۰۷ (۳/۱۵)
دشواری در کنترل تکانه	۱۶/۳۸ (۳/۸۲)
فقدان آگاهی هیجانی	۱۸/۸۵ (۴/۲۸)
مقیاس دشواری در تنظیم هیجان	۱۰۲/۵۷ (۲۰/۴۴)
مقیاس تحمل آشفتگی	۲/۸۰ (۰/۴۵)

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، تمامی متغیرهای پژوهش با یکدیگر همبستگی معنادار دارند. نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد، بین تحمل آشفتگی دانشجویان و میزان وابستگی آنها به نیکوتین همبستگی منفی معناداری وجود دارد (r=۰/۷۱۱ ، p<۰/۰۱). نگاهی به جدول ۲ نشان می‌دهد که همچنین بین زیرمقیاس‌های تحمل آشفتگی (تحمل، پذیرش، توجه و تنظیم) و وابستگی به نیکوتین همبستگی معنادار منفی وجود دارد (p<۰/۰۱).

همچنین برای مقایسه تحمل آشفتگی بین سیگاری‌های با وابستگی بالا، متوسط و پایین آنها را بر اساس نمره تست فاگرشتروم در سه گروه جای دادیم. بر این اساس ۴۹ نفر در گروه دارای وابستگی پایین، ۳۷ نفر در گروه دارای وابستگی متوسط و ۳۲ نفر در گروه دارای وابستگی پایین قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان داد که بین سه گروه تفاوت معناداری به چشم نمی خورد (F=۱/۳۴، p>/۰۵). همچنین بین آشفتگی هیجانی دانشجویان و میزان وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت معناداری وجود دارد (r=۰/۸۵۶ ، p<۰/۰۱). با نظری به جدول ۲ متوجه می‌شویم که بین تمامی زیرمقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان

[6] DTS
[7] Tolerance
[8] Absorption
[9] Appraisal
[10] Regulation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

(عدم پـذیرش پاسخ‌هـای هیجـانی، دشـواری در انجـام رفتـار هدفمنـد، دشـواری در کنتـرل تکانـه، فقـدان آگـاهی هیجـانی، دسترسی محدود به راهبردهـای تنظـیم هیجـانی، عـدم وضـوح هیجانی) و وابستگی بـه نیکـوتین همبـستگی مثبـت معنـاداری وجود دارد (p<۰/۰۱). برای پاسخ به پرسش پژوهش که از میان متغیرهای تحمل آشفتگی و آشفتگی در تنظـیم هیجـانی، کـدام یک می‌توانند درصد معنی‌داری از واریانس وابستگی به نیکوتین را پیش‌بینی کنند، روش رگرسیون چندگانه گام به گام برده شـد (جدول ۳). نتایج نشان دادند که عدم وضوح هیجـانی، دشـواری در کنتـرل تکانـه، ارزیـابی آشـفتگی و جـذب آشـفتگی درصـد معناداری از واریانس وابستگی را پیش‌بینی می‌کننـد (p<۰/۰۱). لیکن همانطور که ملاحظه مـی‌کنیـد، عـدم وضـوح هیجـانی و دشواری در کنترل هیجان که از مؤلفه‌هـای آشـفتگی در تنظـیم هیجانی می‌باشند، میزان بیشتری از واریانس را تبیین می‌نماینـد. در واقع هر چه فـرد دشـواری بیـشتری در تـشخیص و کنتـرل هیجانات داشته باشد، به همان میزان وابستگی وی بیشتر خواهد بود. این در حالی است که دو مؤلفه دیگر حاکی از آن اسـت کـه در صورتی ارزیابی منفی از هیجان داشـته باشـیم و در پـذیرش وجود آن در خود مردد باشیم، وابستگی بیشتر خواهد بود.

جدول ۲- ماتریس همبستگی‌های پیرسون بین متغیرهای وابستگی به نیکوتین، تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی

	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱	۱	۰/۵۸۶**	-۰/۶۱۳**	-۰/۳۹۳**	-۰/۴۶۰**	۰/۵۷۵**	۰/۷۰۴**	۰/۸۱۲**	/۷۴۱**	۰/۷۵۵**	۰/۷۶۵**	۰/۸۵۶**	-۰/۷۱۱**
۲		۱	۰/۴۷۰**	۰/۳۵۷**	۰/۳۱۲**	-۰/۵۸۶**	-۰/۴۹۴**	-۰/۶۰۴**	-۰/۵۰۶**	-۰/۵۶۳**	-۰/۶۰۶**	-۰/۶۳۶**	۰/۷۵۲**
۳			۱	۰/۳۶۰**	۰/۳۱۹**	-۰/۵۸۸**	-۰/۴۶۳**	-۰/۵۶۱**	-۰/۵۱۷**	-۰/۵۶۳**	-۰/۵۵۹**	-۰/۶۱۳**	۰/۷۶۳**
٤				۱	۰/۳۲۶**	-۰/۳۳۴**	-۰/۳۳۳**	-۰/۳۹۸**	-۰/۴۲۳**	-۰/۴۰۲**	-۰/۵۰۹**	-۰/۴۵۴**	۰/۷۳۳**
٥					۱	-۰/۴۳۶**	-۰/۴۵۷**	-۰/۳۵۵**	-۰/۴۳۷**	-۰/۴۱۱**	-۰/۴۳۵**	-۰/۴۷۹**	۰/۶۲۳**
٦						۱	-۰/۷۲۴**	۰/۷۸۴**	۰/۶۹۰**	۰/۷۰۱**	۰/۷۱۸**	۰/۸۷۱**	-۰/۶۷۲**
۷							۱	۰/۷۱۶**	۰/۶۶۵**	۰/۷۲۱**	۰/۶۷۹**	۰/۸۶۱**	-۰/۵۹۹**
۸								۱	۰/۷۶۴**	۰/۷۳۲**	۰/۸۳۵**	۰/۹۱۳**	-۰/۶۷۲**
۹									۱	۰/۷۷۲**	۰/۷۴۶**	۰/۸۶۶**	-۰/۶۵۲**
۱۰										۱	۰/۷۴۰**	۰/۸۸۰**	-۰/۶۷۴**
۱۱											۱	۰/۸۹۵**	۰/۶۳۶**
۱۲												۱	-۰/۷۵۷**
۱۳													۱

۱- وابستگی به نیکوتین ۲- زیرمقیاس تحمل، ۳- زیر مقیاس جذب ۴- زیر مقیاس تنظیم ۵- زیر مقیاس ارزیابی ۶- زیرمقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۷- زیرمقیاس دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجـانی ۸- عدم وضوح هیجانی ۹- دشواری در انجام رفتارهای هدفمند ۱۰- دشواری در کنترل تکانه ۱۱- فقدان آگاهی هیجانی ۱۲- مقیاس دشواری در تنظیم هیجان ۱۳- مقیاس تحمل آشفتگی

جدول ۳- تحلیل رگرسیون گام به گام وابستگی به نیکوتین بر تحمل آشفتگی و آشفتگی در تنظیم هیجان

عامل‌ها	منبع پراش شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
عدم وضوح هیجانی	رگرسیون	۶۳۰/۱۷	۱	۶۳۰/۱۷	۲۲۴/۱۶	<۰/۰۰۱
	باقیمانده (خطا)	۳۲۶/۰۹	۱۱۶	۲/۸۱		
	کل	۹۵۶/۲۷	۱۱۷			
دشواری در کنترل تکانه	رگرسیون	۶۸۳/۳۴	۲	۳۴۱/۶۷	۱۴۳/۹۶	<۰/۰۰۱
	باقیمانده (خطا)	۲۷۲/۹۳	۱۱۵	۲/۳۷		
	کل	۹۵۶/۲۷	۱۱۷			
ارزیابی آشفتگی	رگرسیون	۶۹۹/۹۵	۳	۲۳۳/۳۱	۱۰۳/۷۷	<۰/۰۰۱
	باقیمانده (خطا)	۲۵۶/۳۱	۱۱۴	۲/۲۴		
	کل	۹۵۶/۲۷	۱۱۷			
جذب آشفتگی	رگرسیون	۷۱۳/۵۲	۴	۱۷۸/۳۸	۸۳/۰۳	<۰/۰۰۱
	باقیمانده (خطا)	۲۴۲/۷۴	۱۱۳	۲/۱۴		
	کل	۹۵۶/۲۷	۱۱۷			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین وابستگی به سـیگار، تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی بود. نتایج نشان مـی‌دهـد کـه عدم تنظیم هیجانی و تحمل آشـفتگی پـایین بـا وابـستگی بـه نیکوتین رابطه مثبت دارند. این نتیجه بـه طـور کلـی همـسو بـا فرضیه خود- درمانی خانتزیان می‌باشد (۵ -۳). خانتزیان نیز بـر این باور است که اختلال در تنظیم هیجانی این افـراد و تحمـل پایین از علل روی‌آوری به اعتیاد می‌باشد. به نظر می‌رسد تحمل پایین این افراد آنها را مجبور بـرای یـافتن راهـی فـوری بـرای خلاصی از هیجانات می‌کند (۵ -۳). از آن جایی که از میان همه متغیرها عدم وضوح هیجانی بالاترین واریانس را تبیین می‌کنـد، به این نتیجـه دسـت مـی‌یـابیم کـه ایـن افـراد امکـان دارد در شناسایی هیجاناتشان دشواری بیشتری داشته باشند تا در کنترل

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

آن. از این حالت در متون روانشناسی تحت عنوان آلکسی‌تایمی یاد می‌شود. بسیاری دیگر از پژوهش‌ها در این زمینه به نتیجه مشابهی دست یافته‌اند و بر این باورند که افراد دارای وابستگی به مواد در روند رشدی هیجانات متوقف شده و یا پس‌رفت نموده‌اند. کریستال در پژوهش‌های خود مکرراً به این موضوع اشاره نموده است (۳۴ –۳۱). اختلال در کنترل تکانه این افراد همسو با پژوهش‌هایی است که حکایت از آن دارد که این بیماران بین هیجانات شدید خشم، رنجش و احساسات مبهم افسردگی و ناراحتی در تغییر و تناوب می‌باشند (۳ و ۳۵).

همچنین این پژوهش اختلال در حوزه تحمل آشفتگی را خصوصاً در زمینه ارزیابی و جذب آشفتگی نشان داد. نتایج این مطالعه تا حدی با معنای ضمنی پژوهش براون و همکاران در توافق می‌باشد. در پژوهش براون و همکاران (۲۰۰۲) مشخص شد که افرادی که دارای تحمل آشفتگی بالاتری می‌باشند، در زمینه ترک سیگار در یک برهه ۳ ماهه موفق‌تر بودند. بنابراین به نظر می‌رسد هر چه تحمل آشفتگی افراد بالاتر باشد، به همان میزان تحمل این افراد برای تحمل هیجانات بدون روی‌آوری به سیگار بیشتر است (۲۳).

در پایان لازم است به برخی از محدودیت‌های این مطالعه اشاره نمود. مطالعه حاضر به خاطر دشواری‌های موجود فقط در میان دانشجویان ساکن خوابگاه انجام گرفته است که ممکن است در تعمیم این نتایج به همه دانشجویان اشکالاتی ایجاد کند. علی‌رغم این که انتظار نمی‌رود که میزان وابستگی دانشجویان به سیگار بالا باشد، لیکن این میانگین در مطالعه حاضر ۳/۷۷ می‌باشد که ممکن است در تعمیم نتایج این مطالعه به سیگاری‌ها مشکلاتی را ایجاد کند. بنابراین لازم است مطالعاتی با حجم نمونه بالاتر و همچنین با حضور خانم‌ها صورت گیرد.

References

1- Sadock BJ, Sadock AV. *Synopsis of psychiatry*. Philadelphla: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 438-9.

2- WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments.

3- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry 1997; 4: 231−44.

4- Khantzian EG. Affects and addictive suffering, a clinical percepctive. In: Ablon S, Brown D, Khantzian EG, et al, eds. *Human feelings. Explorations in affect developmentand meaning*. Hillsdale, New Gersey: Analytic press; 1993: 256-79.

5- Suh JJ, Ruffins S, Robins, CE, et al. Self-Medication Hypothesis: connecting affective experience and drug choice. Psychoanal Psychol 2008; 25: 518-32.

6- Baker T, Piper M, McCarthy D, et al. Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. Psychol Rev 2004; 111: 33–51.

7- Brandon TH. Negative affect as motivation to smoke. Curr Dir Psychol Sci 1994; 3: 33-7.

8- Koob GF, & Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. Neuropsychopharmacology 2001; 24: 97–129.

9- Frith CD. Smoking behaviour and its relation to the smoker's immediate experience. Br J Soc Clin Psychol 1971; 10: 73−8.

10- Spielberger C. Psychological determinants of smoking behavior. In Tollison R, ed. *Smoking and society: Toward a more balanced assessment*. USA: Heath; 1986: 89-134.

11- Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, et al. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: A critical review of interrelationships. Psychol Bull 2007; 133: 245-72.

12- Morrell HER, Cohen LM. Cigarette smoking, anxiety, and depression. J Psychopathol Behav Assess 2006; 28: 283−97.

13- Patton GC, Carlin JB, Coffey C, et al. Depression, anxiety, and smoking initiation: A prospective study over 3 years. Am J Public Health 1998; 88: 1518−22.

14- Russell MAH, Peto J, & Patel UA. The classification of smoking by factorial structure of motives. The Journal of the Royal Statistical Society 1974; 137: 313−46.

15- Shiffman S. Assessing smoking patterns and motives. J Consult Clin Psychol 1993; 61: 732−42.

16- Gilbert DG. *Smoking: Individual differences, psychopathology and emotion*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1995.

17- Ward MM, Swan GE, & Jack LM. Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. Addict Behav 2001; 26: 311−27.

18- Piasecki TM, Niaura R, Shadel W G, et al. Smoking withdrawal dynamics in unaided quitters. J Abnorm Psychol 2000; 109: 74−86.

19- Spade MM, Nikčević AV, Moneta GV, et al. Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. Addic Behav 2007; 32: 2120-9.

20- Lazarus R. Cognition and motivation in emotion. Am Psychol 1991; 46: 352–67.

21- Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. Motiv Emot 2005; 29: 83-102.

22- Linehan MM. *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.

23- Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, et al. Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. J Abnorm Psychol 2002; 111: 180-5.

24- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-27.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

25- Payne TJ, Smith PO, McCracken LM, et al. Assessing nicotine dependence: A comparison of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire (FTQ) with the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) in a clinical sample. Addict Behav 1994; 19: 307–17.
26- Pomerleau CS, Carton SM, Lutzke ML, et al. Reliability of the fagerstrom tolerance questionnaire and the fagerstrom test for nicotine dependence. Addict Behav 1994; 19: 33-9.
27- Azizi A. Reliability and Validity of Persian Version of Distress Tolerance Scale. Unpublished Paper. 1388.
28- Catanzaro SJ, Mearns J. Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. J Pers Assess 1990; 54: 546– 63.
29- Gratz KM, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess 2004; 6: 41-54.
30- Hayes SC. *The acceptance and action questionnaire*. Reno, NV: Context; 1996.
31- Krystal H, Raskin HA. *Drug dependence: aspects of ego functions*. Detroit: Wayne State University Press; 1970.
32- Krystal H. Alexithymia and effectiveness of Psychoanalytic treatment. Int J Psychoanal Psychother 1982; 9: 353-78.
33- Krystal H. *Integration and self-healing: affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, New Gersey: Analytic Press; 1988.
34- Krystal H. Self representation and the capacity for self care. Annual of Psychoanalysis 1978; 6: 209- 46.
35- Khantzian EG, Willson A. Substance dependence, repetition- and the nature of addictive suffering, In: Wilson A, Gedo GE, eds. *Hierarchical concepts in psychoanalysis: theory research and clinical practice*. New York: Guilford; 1993: 263-83.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]

Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation With Students Smoking Dependence

Azizi A*[1] (MSc), Mirzaei A[2] (BS), Shams J[3] (MD)

[1]*Department of Psychology, Allame Tabatabaei University, Tehran, Iran*
[2]*Department of Psychology, Payamenoor University, Karaj, Iran*
[3]*Department of Psychiatry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Received: 4 Sep 2009, Accepted: 25 Apr 2010

Abstract

Introduction: 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 dysregulation. However, there is no research concerning this issue in Iran. The present study aims at analyzing the relation among distress tolerance, emotional regulation and smoking dependence.

Methods: 118 male smoker students from University of Tehran were chosen as samples. They were B.A. students of psychology, Law and Political Science fields being 18 to 27 years old. The rate of smoking dependence among them was assessed by Fagerstrome Nicotine Dependence Test (FTND). The distress tolerance rate and emotional regulation was also assessed by Simons and Gaher Distress Tolerance Scale (DTS) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). The data was analyzed by analysis of variances, multiple regression and Pearson`s correlation coefficient.

Results: There was a significant negative correlation between distress tolerance rate of the students and their nicotine dependence ($r=-0.711$, $p<0.01$). There was also a significant positive correlation between the students' emotional dysregulation and their nicotine dependence ($r=0.856$, $p<0.01$). The results indicated that lack of emotional clarification, difficulties in impulse control and appraising and absorbing distress, predict a significant percent of dependence variance ($p<0.01$).

Conclusion: There is a significant correlation between distress tolerance, emotional regulation and smoking dependence. The results are parallel with the addiction self-medication theory.

Key words: Stress Psychological, Affective Symptoms, Substance-Related Disorders, Students

Hakim Research Journal 2010; 13(1): 11- 18.

*Corresponding Author: Hemmat EXP, Olympic Square, Allameh Tabatabaei University, School of Psychology and Educational Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98- 0912- 4452679, Fax: +98- 21-77322866, Email: azizi.psy1@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-23]