

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

علیرضا عزیزی^{۱*}، آزاده میرزایی^۲، دکتر جمال شمس^۳

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. شماره: 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: ۱۱۸ دانشجوی 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 فاگرتروم، 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 ($r = -0.1711, p < 0.01$). همچنین بین آشفتگی هیجانی دانشجویان و میزان وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت معناداری وجود دارد ($r = 0.1856, p < 0.01$). 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.

کل واژگان: تحمل آشفتگی، آشفتگی در تنظیم هیجانی، وابستگی به سیگار، دانشجویان

مقدمه

۴/۳٪ در خانم‌ها است (۲). اگر چه درباب علل این اختلال بحث و جدال زیادی وجود دارد، لیکن فرضیه خوددرمانی^۱ توضیحی میسوط درباره علل روی آوردن به این اختلال ارائه 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

سوءمصرف مواد و وابستگی به آن پدیده‌ای مزمن و عودکننده 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 زیان‌بار 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

¹ Self Medication Theory (SMH)

حالات هیجانی را بدون اتکا به مواد مدیریت نمایند (۵-۳). مصرف‌کنندگان مواد از خواص فیزیولوژیکی و روان‌شناختی مواد جهت تنظیم و تعدیل هیجانات منفی‌شان و دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می‌نمایند (۵-۳). خانتزیان در مدل SMH به نقایص موجود در ایگوی این افراد و ناتوانی آنها برای تحمل عواطف اشاره می‌کند. وی اشاره می‌کند که این افراد با مصرف ماده ترجیحی‌شان تسکین می‌یابند و حالات عاطفی‌شان برای آنها قابل تحمل‌تر می‌گردد. اکثر وابستگان به مواد افیونی در پاسخ به این سؤال که هنگامی که برای اولین بار مواد را مصرف کردید چه احساسی داشتید، علاوه بر اذعان به احساس آرامش عمومی و بهبود سطح عاطفی‌شان، اشاره کردند که مواد عاطفه شدید پرخاشگرانه آنها را تقلیل داد. به نظر می‌رسد همین اثر "خوددرمانی" نیز دلیل و بهانه مناسبی برای ادامه مصرف دارو و یا عود می‌باشد (۳). تعداد زیادی از محققان بر این باورند که 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 گزارش کرده‌اند که هنگامی که عصبانی، مضطرب، ناراحت و یا تحت استرس بوده‌اند، بیشتر سیگار کشیده‌اند (۱۵-۱۱). تحقیقات حاکی از آن است که پرهیز از سیگار کشیدن منجر به افزایش سریع عاطفه منفی می‌گردد (۱۶ و ۱۷). هم‌نقش کلی سیگار در تنظیم هیجانی و هم‌نقش مربوط به نشانگان ترک آن در تنظیم هیجانی، اساس نظریه‌پردازی‌های تئوریک در زمینه وابستگی به سیگار می‌باشد (۳، ۱۸ و ۱۹). به نظر می‌رسد، مصرف الکل و سایر مواد، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور می‌باشد تا مسأله‌محور. مشخصه راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور تغییر هیجانی سریع است، در حالی که در برابر آن راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌محور بیشتر مستلزم استفاده از منابع شناختی و در نتیجه تغییرات هیجانی تدریجی‌تر است (۲۰). منظور از وابستگی به سیگار مقداری است که توسط مقیاس فاگستروم حاصل می‌گردد.

علاوه بر نقش سیگار در تنظیم هیجانی، مطالعات دیگری به بررسی سازه تحمل آشفتگی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، از جمله سیگار پرداخته‌اند. تحمل آشفتگی به توانایی تجربه و تحمل موقعیت‌های روان‌شناختی منفی اطلاق می‌گردد. آشفتگی ممکن است ماحصل فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که اغلب با تمایل به عمل جهت رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌گردد (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 احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا که توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست کم می‌گیرند. سومین مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل آشفتگی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه شده می‌باشد. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجانات نباشند، تمام توجه‌شان جلب این هیجان آشفتگی‌کننده می‌گردد و عملکردشان به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (۲۱). تحمل آشفتگی در پژوهش در زمینه تنظیم هیجانی سازه‌ای معمول می‌باشد. برای مثال، رفتاردرمانی دیالکتیکی دکتر مارشال لینهان بر این اصل بنا شده است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارای تحمل هیجانی پایینی می‌باشند (۲۲).

یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور از قبیل مصرف الکل و سایر مواد ممکن است منتج به خلاصی سریع افراد از هیجانات منفی گردد (۲۰). این راهبرد، خصوصاً برای کسانی که تحمل آشفتگی پایینی دارند، شیوه‌ای مناسب به شمار می‌رود. استفاده مداوم از سیگار جهت کاهش حالات هیجانی منفی ممکن است به خاطر دشواری این افراد در تحمل هیجانات منفی باشد (۲۳). براون^۲ و همکاران (۲۰۰۲) گزارش کردند که سیگاری‌هایی که توانستند سیگار را برای مدت ۳ ماه با موفقیت کنار بگذارند، نسبت به سیگاری‌هایی که موفق به انجام این کار نشدند، در انجام تمرین محاسباتی ذهنی، حبس تنفس و استنشاق دی‌اکسیدکربن نمره بیشتری به دست آوردند. در پژوهش‌هایی که در زمینه سازه تحمل آشفتگی انجام گرفته است، از مقیاس‌های خودسنجی جهت ارزیابی این سازه استفاده نشده است. در این پژوهش‌ها جهت سنجش تحمل آشفتگی از تمارین فیزیکی، نظیر مدت زمان تحمل فرد برای گذاشتن دست در آب سرد، مدت تحمل فرد برای حبس تنفس و استنشاق هوای مملو از دی‌اکسیدکربن استفاده شده است (۲۳). این اندازه‌گیری‌ها از این مزیت برخوردار می‌باشد که وابسته به خودسنجی نمی‌باشند. البته نتایج این نقص را دارد که عدم انگیزه فرد برای انجام این تمارین ممکن است نتیجه را متأثر سازد (۲۱). همچنین بر اساس بررسی‌ها مشخص شده است که تحمل درد همبستگی معناداری با دیگر شاخص‌های درد، از جمله آستانه و شدت درد دارد تا تحمل آشفتگی محرک‌های عاطفی. از سویی، بدون توجه به عاطفه منفی و میزان مصرف مواد، متغیر میزان توانایی فرد برای تداوم عمل با ترک سیگار مرتبط است، پس بایستی توجه گردد که

² Brown

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^۴: 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^۵ (۲۸) به عنوان الگوی 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 آشفتگی 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 عاملی 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.

متغیر تحمل آشفتگی با میزان توانمندی فرد برای تداوم عمل اشتباه نشود (۲۱). بنابراین، بنابراین آنچه 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 روی آوری 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 فاگرتروم^۳: 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

⁴ Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

⁵ Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation Scale (NMR)

³ Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND)

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)
زیرمقیاس جذب	۲/۹۱ (-/۰/۶۷)
زیرمقیاس تنظیم	۲/۸۷ (-/۰/۷۰)
زیرمقیاس 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 ($p < 0.01$, $r = 0.711$). 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 ($p < 0.01$).

همچنین برای مقایسه تحمل آشفتگی بین سیگاری‌های با وابستگی بالا، متوسط و پایین آنها را بر اساس نمره تست فاگراشروم 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 نمی‌خورد ($F = 1.34$, $p > 0.05$). همچنین بین آشفتگی هیجانی دانشجویان و میزان وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت معناداری وجود دارد ($p < 0.01$, $r = 0.856$). با نظری به جدول ۲ متوجه می‌شویم که بین تمامی زیرمقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان

مقیاس تحمل آشفتگی^۶: 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^۷ (من نمی‌توانم به احساس آشفتگی‌ام رسیدگی کنم)، جذب^۸ (هنگامی که آشفتگی و پریشان هستم، همواره به این فکر می‌کنم که چه احساس بدی دارم)، ارزیابی^۹ (تحمل آشفتگی و پریشانی همیشه برای من کار بسیار سختی است) و تنظیم^{۱۰} (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 spss ۱۷ انجام شده است.

⁶ DTS

⁷ Tolerance

⁸ Absorption

⁹ Appraisal

¹⁰ Regulation

معناداری از واریانس وابستگی را پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/01$). لیکن همانطور که ملاحظه می‌کنید، عدم وضوح هیجانی و دشواری در کنترل هیجان که از مؤلفه‌های آشفتگی در تنظیم هیجانی می‌باشند، میزان بیشتری از واریانس را تبیین می‌نمایند. در واقع هر چه فرد دشواری بیشتری در تشخیص و کنترل هیجان داشته باشد، به همان میزان وابستگی وی بیشتر خواهد بود. این در حالی است که دو مؤلفه دیگر حاکی از آن است که در صورتی ارزیابی منفی از هیجان داشته باشیم و در پذیرش وجود آن در خود مردد باشیم، وابستگی بیشتر خواهد بود.

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) و وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). برای پاسخ به پرسش پژوهش که از میان متغیرهای تحمل آشفتگی و آشفتگی در تنظیم هیجانی، کدام یک می‌توانند درصد معنی‌داری از واریانس وابستگی به نیکوتین را پیش‌بینی کنند، روش رگرسیون چندگانه گام به گام برده شد (جدول ۳). نتایج نشان دادند که عدم وضوح هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، ارزیابی آشفتگی و جذب آشفتگی درصد

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

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱	۱												
۲		۱											
۳			۱										
۴				۱									
۵					۱								
۶						۱							
۷							۱						
۸								۱					
۹									۱				
۱۰										۱			
۱۱											۱		
۱۲												۱	
۱۳													۱

۱- وابستگی به نیکوتین ۲- زیرمقیاس تحمل، ۳- زیرمقیاس جذب ۴- زیرمقیاس تنظیم ۵- زیرمقیاس ارزیابی ۶- زیرمقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۷- زیرمقیاس دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی 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 مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	F	سطح معناداری
عدم وضوح هیجانی	رگرسیون	۶۳۰/۱۷	۱	۶۳۰/۱۷		
	باقیمانده (خطا)	۳۲۶/۰۹	۱۱۶	۲/۸۱	۲۲۴/۱۶	< 0/01
	کل	۹۵۶/۲۷	۱۱۷			
دشواری در کنترل تکانه	رگرسیون	۶۸۲/۳۴	۲	۳۴۱/۱۷		
	باقیمانده (خطا)	۲۷۲/۹۳	۱۱۵	۲/۳۷	۱۴۳/۹۶	< 0/01
	کل	۹۵۶/۲۷	۱۱۷			
ارزیابی آشفتگی	رگرسیون	۶۹۹/۹۵	۳	۲۳۳/۳۱		
	باقیمانده (خطا)	۲۵۶/۳۱	۱۱۴	۲/۲۴	۱۰۳/۷۷	< 0/01
	کل	۹۵۶/۲۷	۱۱۷			
جذب آشفتگی	رگرسیون	۷۱۳/۵۲	۴	۱۷۸/۳۸		
	باقیمانده (خطا)	۲۴۲/۷۴	۱۱۳	۲/۱۴	۸۲/۰۳	< 0/01
	کل	۹۵۶/۲۷	۱۱۷			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین وابستگی به سیگار، تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی بود. نتایج نشان می‌دهد که عدم تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی پایین با وابستگی به نیکوتین رابطه مثبت دارند. این نتیجه به طور کلی همسو با فرضیه خود- درمانی خانتزیان می‌باشد (۵-۳). خانتزیان نیز بر این باور است که اختلال در تنظیم هیجانی این افراد و تحمل

پایین از علل روی‌آوری به اعتیاد می‌باشد. به نظر می‌رسد تحمل پایین این افراد آنها را مجبور برای یافتن راهی فوری برای خلاصی از هیجان‌ات می‌کند (۵-۳). از آن جایی که از میان همه متغیرها عدم وضوح هیجانی بالاترین واریانس را تبیین می‌کند، به این نتیجه دست می‌یابیم که این افراد امکان دارد در شناسایی هیجان‌اتشان دشواری بیشتری داشته باشند تا در کنترل

زمینه ترک سیگار در یک برهه ۳ ماهه موفق تر 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

- Sadock BJ, Sadock AV. *Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 438-9.
- WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments.
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 4: 231-44.
- Khantzian EG. Affects and addictive suffering, a clinical perspective. In: Ablon S, Brown D, Khantzian EG, et al, eds. *Human feelings. Explorations in affect development and meaning*. Hillsdale, New Jersey: Analytic press; 1993: 256-79.
- Suh JJ, Ruffins S, Robins, CE, et al. Self-Medication Hypothesis: connecting affective experience and drug choice. *Psychoanal Psychol* 2008; 25: 518-32.
- Baker T, Piper M, McCarthy D, et al. Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychol Rev* 2004; 111: 33-51.
- Brandon TH. Negative affect as motivation to smoke. *Curr Dir Psychol Sci* 1994; 3: 33-7.
- Koob GF, & Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology* 2001; 24: 97-129.
- Frith CD. Smoking behaviour and its relation to the smoker's immediate experience. *Br J Soc Clin Psychol* 1971; 10: 73-8.
- Spielberger C. Psychological determinants of smoking behavior. In Tollison R, ed. *Smoking and society: Toward a more balanced assessment*. USA: Heath; 1986: 89-134.
- 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.
- Morrell HER, Cohen LM. Cigarette smoking, anxiety, and depression. *J Psychopathol Behav Assess* 2006; 28: 283-97.
- 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.
- 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.
- Shiffman S. Assessing smoking patterns and motives. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 732-42.
- Gilbert DG. *Smoking: Individual differences, psychopathology and emotion*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1995.
- Ward MM, Swan GE, & Jack LM. Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. *Addict Behav* 2001; 26: 311-27.
- Piasecki TM, Niaura R, Shadel W G, et al. Smoking withdrawal dynamics in unaided quitters. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 74-86.
- Spade MM, Nikčević AV, Moneta GV, et al. Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addict Behav* 2007; 32: 2120-9.
- Lazarus R. Cognition and motivation in emotion. *Am Psychol* 1991; 46: 352-67.
- Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motiv Emot* 2005; 29: 83-102.
- Linehan MM. *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
- Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, et al. Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *J Abnorm Psychol* 2002; 111: 180-5.
- 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.

- 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 Jersey: 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.

Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation With Students Smoking Dependence

Azizi A^{*1} (MSc), Mirzaei A² (BS), Shams J³ (MD)

¹Department of Psychology, Allame Tabatabaei University, Tehran, Iran

²Department of Psychology, Payamenoor University, Karaj, Iran

³Department 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 Fagerstrom 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