

## مقایسه مشکلات تنظیم هیجانی و سبک‌های عاطفی در بین افراد وابسته به مصرف سیگار و افراد غیر سیگاری

جهانگیر کرمی<sup>۱</sup>، علی زکی یی<sup>۲\*</sup>، پیمان حاتمیان<sup>۳</sup>، اشکان باقری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۶/۲۹ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۸/۲۶

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** با توجه به اهمیت هیجان‌ها در سلامت روان پژوهش حاضر باهدف مقایسه مشکلات تنظیم هیجان و سبک‌های عاطفی در بین افراد سیگاری و غیر سیگاری انجام گرفت.

**مواد و روش کار:** این پژوهش توصیفی مقایسه‌ای در بین اصناف شهر کرمانشاه انجام گرفت. روش نمونه‌گیری پژوهش، تصادفی بود که ۱۵۲ نفر به‌عنوان سیگاری و ۱۵۲ نفر نیز به‌عنوان غیر سیگاری در نظر گرفته شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه مشکلات تنظیم هیجانی مقیاس - DERS و پرسشنامه سبک‌های عاطفی هوفمن و کاشدان بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری و نرم‌افزار SPSS\_21 استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل نشان داد که بین افراد سیگاری و غیر سیگاری در مشکلات تنظیم هیجان و سبک‌های عاطفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و مشکلات تنظیم هیجان به شکل معنی‌داری در گروه افراد سیگاری بیشتر بود ( $P < 0/001$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که مشکلات تنظیم هیجان و سبک‌های عاطفی در مصرف سیگار نقش دارند، بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که از دلایل احتمالی گرایش افراد به سیگار، ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی و کاستی‌های زیاد در حوزه هیجان‌ها است.

**کلیدواژه‌ها:** سیگار، تنظیم هیجان، سبک‌های عاطفی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره دهم، ص ۸۵۵-۸۴۸، دی ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: کرمانشاه، شهرک مسکن، بلوار گل‌ها، قطب پزشکی جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، تلفن: ۰۸۳۳۴۲۱۶۱۴۳

Email: zakieiali@yahoo.com

### مقدمه

سلامت بشر است که هر سال میلیون‌ها نفر را در گستره گیتی به کام مرگ می‌کشد. سازمان جهانی بهداشت تعداد کسانی را که تا سال ۲۰۲۰ به علت مبتلا شدن به بیماری‌های ناشی از مصرف سیگار تلف می‌شوند را هر سال هشت میلیون و چهارصد هزار نفر برآورد کرده است (۳). اگر مصرف سیگار به همین منوال ادامه یابد تا سال ۲۰۳۰ هر سال ۱۰ میلیون نفر جان خود را از دست خواهند داد (۴). گفته می‌شود که هر سال بیش از ۱۵۰ میلیارد دلار برای مشکلات مرتبط با سلامت ناشی از مصرف سیگار هزینه می‌شود (۵). مصرف سیگار علاوه بر آسیب‌های جسمی، سلامت روانی را نیز با مشکلاتی مواجه می‌کند و زمینه‌ساز اعتیاد به مواد افیونی هم خواهد گردید

اعتیاد به نیکوتین شایع‌ترین نوع از اعتیاد به مواد مخدر و یکی از علل اصلی شیوع بیماری‌های قابل‌پیشگیری است. همچنین مصرف سیگار یکی از عمده‌ترین تهدیدها برای سلامت و بهداشت عمومی است. به‌طور کلی در سطح جهانی، بیش از ۶ میلیون نفر در سال در اثر مصرف سیگار و نزدیک به ۶۰۰۰۰۰ نفر در اثر دود دسته دوم ناشی از سیگار جان خود را از دست می‌دهند (۱). مصرف تنباکو به‌صورت سیگار بیشتر از اشکال دیگر آن رواج دارد. ۷۰ تا ۸۰ درصد از سیگاری‌ها به‌عنوان افراد وابسته به سیگار طبقه‌بندی می‌شوند (۲). می‌توان گفت که مصرف سیگار یکی از تهدیدکننده‌های اصلی

<sup>۱</sup> دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه

<sup>۲</sup> قطب آموزش پزشکی جامعه نگر دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد کرمانشاه

مشکلات زناشویی و جنسی در زندگی آن‌ها شود (۱۳). میچل و جوهان (۲۰۱۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند که افراد مبتلا به بیش فعالی که سیگار مصرف می‌کنند، در تنظیم هیجان‌ها و احساسات خود مشکل دارند (۱۴). پژوهش‌های دیگر نیز اشاره به این موضوع را دارند (۱۵، ۱۶). بنابراین به نظر می‌رسد که انجام مطالعات بیشتر در حوزه هیجان‌ها و مصرف سیگار بتواند در مورد سبب‌شناسی مصرف سیگار کمک بیشتری نماید. بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسه مشکلات تنظیم هیجان و سبک‌های عاطفی در افراد سیگاری و افراد غیر سیگاری انجام شد.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر توصیفی از نوع مقایسه‌ای بود که در آن مشکلات تنظیم هیجانی و سبک‌های عاطفی در افراد سیگاری و غیر سیگاری مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی اصناف شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ بود که از ۷ گروه مختلف به صورت تصادفی انتخاب شدند که به ترتیب شامل (فروشنندگان پوشاک، صنف آرایشگران و فروشنندگان لوازم آرایشی و بهداشتی، سوپرمارکت‌ها، رستوران‌ها، میوه‌فروشی‌ها و لوازم‌خانگی) بودند. با همکاری اتحادیه‌های مربوطه لیست اصناف تهیه شد و سپس به آنان اعلام شد که در صورت سیگاری بودن و تمایل به شرکت در مطالعه با پژوهشگران همکاری نمایند. در پایان با مراجعه ۲۶۰ نفر سیگاری به‌عنوان گروه مصرف‌کننده سیگار در نظر گرفته شد. از بین این ۲۶۰ نفر با توجه به جدول مورگان ۱۵۲ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شد (در مواردی که واریانس جامعه یا در صد مورد نیاز در اختیار نداشته باشید می‌توان از این جدول برای برآورد حجم نمونه استفاده کرد). برای گروه کنترل نیز از بین افراد غیر سیگاری به شکل تصادفی و برای همتا بودن با گروه اول ۱۵۲ نفر دیگر انتخاب گردید. البته به خاطر عواملی هم چون عدم تمایل به شرکت در مطالعه، نداشتن فرصت لازم و یا ریزش و عوامل دیگر هرکدام از گروه‌ها ۱۶۰ نفر در نظر گرفته شد که در پایان برای هرکدام از گروه‌ها ۱۵۲ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شد که در مجموع کل نمونه پژوهش شامل ۳۰۴ نفر شد؛ که از این تعداد ۱۹۷ نفر مرد (۶۴/۸) و ۱۰۷ نفر زن (۳۵/۲) بودند؛ که در گروه سیگاری ۹۰ نفر مرد و ۶۲ نفر زن بود و در گروه غیر سیگاری ۱۰۷ نفر مرد و ۴۵ نفر زن بودند. میانگین سنی نمونه موردبررسی ۳۵/۰۹ بود که میانگین سنی در گروه سیگاری ۳۶/۸۹ بود و در گروه غیر سیگاری میانگین سنی ۳۴/۹۱ بود. گروه‌ها از لحاظ سن، جنس و مدرک تحصیلی همتا شدند. ملاک‌های ورود برای گروه‌های سیگاری شامل؛ حداقل مدرک تحصیلی سیکل، مصرف سیگار به شکل روزانه، عدم اعتیاد به مواد مخدر و نداشتن بیماری‌های روانی تأییدشده، بود؛ که این ملاک‌ها برای گروه غیر

(۶، ۷)، غیرازاین موارد ترک کردن مصرف سیگار نیز کاری مشکل است و بر اساس گزارش‌های موجود میزان بازگشت آن ۷۵ درصد است (۸). اعتیاد به سیگار در همه دنیا شیوع دارد، شیوع مصرف سیگار در ایران در بین مردان ۲۴/۱ درصد گزارش شده است (۹). برای استعمال دخانیات و گرایش به آن علل مختلفی ذکر شده است؛ برخی افراد برای پذیرفته شدن از سوی جامعه سیگار می‌کشند و برخی دیگر با این راه خود را رشد یافته تر و بزرگ‌تر جلوه می‌دهند و برخی برای تسکین خود به سیگار پناه می‌برند (۲). یکی از علت‌های عمده گرایش اعتیاد به نیکوتین شکست در تنظیم هیجانی است که علت آن می‌تواند اختلال در چرخه دوپامین در سیستم لیمبیک دانست (۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تنظیم شناختی هیجان از مهم‌ترین متغیرهای مؤثر بر سطح سلامت روان می‌باشد. منظور از تنظیم شناختی هیجان نحوی پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و استرس‌زا می‌باشد (۱۰). مطالعات تصویربرداری عصبی نشان داده‌اند که افراد معتاد به نیکوتین با عملکردهای غیرطبیعی بخشی از مغز همراه‌اند که این قسمت در تنظیم احساسات شناختی هیجان نقش دارد، فرار و اجتناب از احساسات منفی به‌عنوان یک انگیزه اصلی برای مصرف سیگار در نظر گرفته شده است (۱۱). میزان مصرف سیگار و سطح وابستگی به نیکوتین در میان افراد با سابقه اضطراب یا افسردگی بالا است افراد سیگاری معمولاً گزارش می‌دهند که هدف از سیگار کشیدن کاهش احساسات ناخوشایند و انگیزه سیگار کشیدن بیشتر در پاسخ به خلق‌وخوی منفی به وجود می‌آید (۱۲). با این حال، بسیاری از پژوهش‌ها در مورد تنظیم هیجان بیشتر بر روی احساسات منفی تمرکز دارند، با چند استثنا که احساسات مثبت را نیز بررسی کرده‌اند (۱). برخی پژوهشگران سبک‌های عاطفی را به جای روش‌های تنظیم هیجانی به کار برده‌اند، آن‌ها سبک‌های عاطفی را به سبک‌های پنهان‌کاری، سازگاری و تحمل تقسیم‌بندی کردند. ویژگی‌های سبک‌های پنهان‌کاری شامل بازداری و دیگر راهبردهای معطوف به مخفی کردن یا اجتناب از هیجانات بعد از ظهور آن‌ها است. سبک‌سازی به معرفی افرادی می‌پردازد که قادرند تا در حل مسائل سازشی اطلاعات هیجانی را به دست آورند و به‌کارگیرند. سومین سبک ویژگی افرادی است که در پاسخ به برانگیختگی ناشی از تجربه‌های هیجانی راحت و غیر دفاعی واکنش نشان می‌دهند. این‌ها در مقابل فشار و پریشانی تحمل نشان می‌دهند (۲).

پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که افراد سیگاری بیشتر نسبت به افراد غیر سیگاری در چگونگی تنظیم کردن هیجانات و نیز سبک‌های عاطفی خود مشکل دارند از جمله این پژوهش‌ها، مطالعه رلینیا و همکاران (۲۰۱۰) که در پژوهش خود نشان دادند که مشکلات تنظیم هیجانی در افراد سیگاری ممکن است سبب بروز

فقدان شفافیت هیجان ۰/۸۴ می‌باشد. بر اساس بررسی پایایی درونی که توسط علوی انجام شده همسانی درونی کل را ۰/۸۶ گزارش شده است. هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده تنظیم هیجان پایین خواهد بود (۱۷). در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ به دست آمد.

- پرسشنامه سبک‌های عاطفی: پرسشنامه سبک‌های عاطفی توسط هافمن و کاشدن در سال ۲۰۱۰ تنظیم گردید، این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است؛ که پاسخ‌گویی به آن‌ها به ترتیب به صورت: ۱- بله ۲- خیر ۳- نمی‌دانم درجه‌بندی می‌شود. پرسشنامه مزبور پس از ترجمه و ترجمه مجدد، از نظر روایی محتوایی در اختیار متخصصان روانشناسی قرار گرفت و روایی محتوایی آن تأیید شد. پرسشنامه دارای ۳ مؤلفه یا خرده مقیاس پنهان‌کاری، سازش‌کاری و تحمل است که به ترتیب ۸، ۷ و ۵ سؤال دارند. روایی آن توسط پژوهشگران تأیید شده، طوری که در پژوهش کارشکی پایایی هر یک از خرده مقیاس‌های پنهان‌کاری ۰/۷۰، سازش‌کاری ۰/۷۵ و تحمل ۰/۵۰ و پایایی کل برابر ۰/۸۱ به دست آمد. در کل شاخص روایی و پایایی رضایت‌بخش بود (۱۸). همچنین در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۶۰ به دست آمد.

### یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروه آمده است.

سیگاری نیز در نظر گرفته شد و صرفاً نباید به شکل روزانه سیگار مصرف می‌کردند. پس از انتخاب نمونه و هم‌تاسازی گروه‌ها، برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که داده‌های جمع‌آوری شده صرفاً جهت یک کار پژوهشی است و اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. پس از اعلام رضایت آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت که پس از جمع‌آوری داده‌ها، نتایج با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره و توسط نرم‌افزار آماری SPSS\_21 مورد تحلیل قرار گرفت.

### ابزار:

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مشکلات تنظیم هیجانی مقیاس (DERS) و پرسشنامه سبک‌های عاطفی هوفمن و کاشدن استفاده شده است.

- پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان: برای سنجش دشواری تنظیم هیجان از مقیاس معرفی شده توسط گرانز و روئمر (۲۰۰۴) استفاده شد، این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و ۶ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجان است. پایایی درونی کلی برابر با ۰/۹۳ می‌باشد و برای هر خرده مقیاس به ترتیب بیان شده، برای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ۰/۸۵، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند ۰/۸۹، دشواری کنترل تکانه ۰/۸۶، فقدان آگاهی هیجان ۰/۸۰، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان ۰/۸۸ و برای

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروه

| متغیر                     | گروه سیگاری                  |                  | گروه غیر سیگاری |                  |
|---------------------------|------------------------------|------------------|-----------------|------------------|
|                           | میانگین                      | انحراف استاندارد | میانگین         | انحراف استاندارد |
| سبک‌های عاطفی             | پنهان‌کاری                   | ۹/۳۰             | ۲/۴۳            | ۷/۸۳             |
|                           | سازگاری                      | ۶/۷۹             | ۲/۳۴            | ۹/۳۲             |
|                           | تحمل                         | ۵/۲۸             | ۱/۷۹            | ۶/۵۵             |
| مشکلات تنظیم هیجان        | عدم پذیرش پاسخ‌های عاطفی     | ۱۹/۴۷            | ۲/۵۶            | ۱۵/۲۱            |
|                           | اختلال در انجام رفتار هدفمند | ۱۶/۲۳            | ۲/۳۲            | ۱۴/۳۶            |
|                           | اختلال در کنترل تکانه        | ۱۸/۸۷            | ۲/۵۴            | ۱۵/۱۹            |
|                           | نبود آگاهی عاطفی             | ۱۸/۲۷            | ۲/۱۴            | ۱۷/۳۰            |
|                           | ضعف راهکارهای تنظیم عاطفی    | ۲۲/۸۴            | ۳/۲۷            | ۱۶/۵۵            |
| نبود شفافیت و تفکیک عاطفی | ۱۵/۶۵                        | ۲/۶۵             | ۱۱/۳۰           | ۳/۳۲             |

برای مقایسه سبک‌های عاطفی و مشکلات تنظیم هیجان در دو گروه از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول (۲): نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه گروه‌ها

| منابع          | ارزش | F     | df خطا | df فرضیه | سطح معنی‌داری |
|----------------|------|-------|--------|----------|---------------|
| اثر پیلاهی     | ۰/۵۳ | ۳۷/۵۰ | ۹      | ۲۹۴      | ۰/۰۰۱         |
| لامبدای وبلکز  | ۰/۴۶ | ۳۷/۵۰ | ۹      | ۲۹۴      | ۰/۰۰۱         |
| اثر هنتلینگ    | ۱/۱۴ | ۳۷/۵۰ | ۹      | ۲۹۴      | ۰/۰۰۱         |
| بزرگ‌ترین ریشه | ۱/۱۴ | ۳۷/۵۰ | ۹      | ۲۹۴      | ۰/۰۰۱         |

و بلکز برای تحلیل واریانس چند متغیره ۰/۴۶ است و این نشان‌دهنده آن است که سبک‌های عاطفی و مشکلات تنظیم هیجان می‌توانند ۵۴ درصد احتمال سیگاری بودن را پیش‌بینی کنند.

نتایج جدول ۲ بیانگر آن است که حداقل در یکی از متغیرها بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد، برای مقایسه تک‌به‌تک متغیرها از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است. همان‌گونه که در جدول ۲ آمده است مقدار لامبدای

جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه گروه‌ها

| متغیر                        | مجموع مجزورات | df | میانگین مجزورات | F      | سطح معنی‌داری | مجذور اتا |
|------------------------------|---------------|----|-----------------|--------|---------------|-----------|
| پنهان‌کاری                   | ۱۶۵/۰۵        | ۱  | ۱۶۵/۰۵          | ۲۶/۰۷  | ۰/۰۰۱         | ۰/۰۸      |
| سازگاری                      | ۴۸۵/۰۵        | ۱  | ۴۸۵/۰۵          | ۷۶/۳۷  | ۰/۰۰۱         | ۰/۲۰      |
| تحمل                         | ۱۲۱/۲۶        | ۱  | ۱۲۱/۲۶          | ۳۸/۴۳  | ۰/۰۰۱         | ۰/۱۱      |
| عدم پذیرش پاسخ‌های عاطفی     | ۱۳۷۷/۰۰       | ۱  | ۱۳۷۷/۰۰         | ۱۲۲/۳۹ | ۰/۰۰۱         | ۰/۲۹      |
| اختلال در انجام رفتار هدفمند | ۲۶۵/۳۱        | ۱  | ۲۶۵/۳۱          | ۳۰/۷۴  | ۰/۰۰۱         | ۰/۰۹      |
| اختلال در کنترل تکانه        | ۱۰۲۷/۸۹       | ۱  | ۱۰۲۷/۸۹         | ۱۱۲/۸۵ | ۰/۰۰۱         | ۰/۲۷      |
| نبود آگاهی عاطفی             | ۷۲/۰۵         | ۱  | ۷۲/۰۵           | ۱۰/۷۳  | ۰/۰۰۱         | ۰/۰۳      |
| ضعف راهکارهای تنظیم عاطفی    | ۳۰۰۶/۳۶       | ۱  | ۳۰۰۶/۳۶         | ۲۲۵/۲۳ | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۳      |
| نبود شفافیت و تفکیک عاطفی    | ۱۴۴۱/۵۹       | ۱  | ۱۴۴۱/۵۹         | ۱۵۸/۹۹ | ۰/۰۰۱         | ۰/۳۴      |

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه مشکلات تنظیم هیجان و سبک‌های عاطفی افراد سیگاری و افراد غیر سیگاری انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سبک‌های عاطفی و مشکلات تنظیم هیجانی در افراد سیگاری و غیر سیگاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این نتیجه همخوان با نتایج پژوهش‌های پیشین (۱۶) بوده است که در این مطالعات به نقش هوش هیجانی، تنظیم هیجانی و ارزیابی مجدد در سیگار کشیدن و تنظیم مدیریت و هوش هیجانی بیشتر افراد غیر سیگاری نسبت به افراد سیگاری، اشاره شده است. نتایج پژوهش نیک منش و همکارانش، نشان داد که رابطه مثبت و معنی‌دار بین تنهایی و مشکلات در تنظیم احساسات با سوءمصرف مواد و سیگار وجود دارد (۱۹). در مطالعه آگسندر و همکاران (۲۰۰۲) که بر روی ۱۵۰ سیگاری انجام شد پژوهشگران

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در میزان سبک‌های عاطفی و مشکلات تنظیم هیجان بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این بدان معنی است که سبک عاطفی پنهان‌کاری در گروه سیگاری‌ها بیشتر است و سبک‌های عاطفی سازگاری و تحمل در گروه سیگاری کم‌تر از گروه غیرسیگاری است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که در مشکلات تنظیم هیجان میانگین گروه مصرف‌کننده سیگار از گروه غیر مصرف‌کننده به شکل معنی‌داری بیشتر است ( $P < 0/001$ ). نتایج حاصل از مجذور اتا نشان می‌دهد که در بین سبک‌های عاطفی سبک سازگاری (با مجذور اتای ۰/۲۰) دارای نقش بیشتری در پیش‌بینی مصرف سیگار است و در بین مشکلات ضعف راهکارهای تنظیم عاطفی دارای بیشترین مقدار مجذور اتا (۰/۴۳) است.

می‌توان گفت که مصرف سیگار به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، منفی و ناکارآمد برای کاهش مشکلات فرد به کار گرفته می‌شود. از بین مشکلات تنظیم هیجانی مؤلفه اختلال در انجام رفتار هدفمند تفاوت بیشتری با سایر مؤلفه‌ها در دو گروه دارد؛ و از بین سبک‌های عاطفی هم سازگاری با سایر مؤلفه‌ها تفاوت بیشتری دارد. بنابراین با توجه به نتایج می‌توان نتیجه گرفت که مشکلات تنظیم هیجان و سبک‌های عاطفی بین افراد سیگاری با افراد غیر سیگاری متفاوت است. با توجه به اینکه نتایج پژوهش نشان داد که افراد مصرف‌کننده سیگار در تنظیم هیجان با مشکل مواجه هستند، شناخت این متغیرها می‌تواند کمک قابل‌توجهی در پیشگیری و درمان مصرف‌کنندگان در حال ترک سیگار باشد چراکه این مسئله دلایلی گوناگون دارد و درمان آن نیز باید درمانی همه‌جانبه باشد. و از آنجا که بیشتر مصرف‌کنندگان، سیگار را برای تغییر حالات خلقی خود مصرف می‌کنند بنابراین پیش‌آگهی تنظیم هیجانی که منجر به گرایش و مقاومت در باز توانی نسبت به سیگار است می‌تواند راه گشای برنامه ریزان و روان‌درمانگران حوزه ترک سیگار و مواد مشابه باشد.

پژوهش حاضر دارای یک سری از محدودیت‌ها بود. از جمله؛ اینکه برخی از اصناف به‌دلیل مشغله کاری همکاری لازم را نداشتند و پژوهشگر مجبور می‌شد که تعداد نمونه‌ی کم‌تری از آن‌گره صنفی را انتخاب نماید؛ و همچنین محدودیت دیگر اینکه برخی از اصناف سواد کافی برای پر کردن پرسشنامه را نداشتند و پژوهشگر می‌بایست وقت بیشتری را به این دسته از گروه‌ها اختصاص می‌داد که در روند پیشروی مطالعه مانع ایجاد می‌کرد. با توجه به این‌که پژوهش حاضر صرفاً در بین اصناف کرمانشاه انجام گرفت، بنابراین لازم است که در تعمیم داده‌ها احتیاط لازم رعایت شود. پس پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی در جوامع دیگر نیز انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که درمانگران نقش هیجان‌ها و مشکلات تنظیم آن‌ها را در مصرف سیگار در نظر داشته باشند. بنابراین می‌توان جهت پیشگیری و درمان افراد وابسته به مصرف سیگار به تنظیم هیجان‌ها توجه کرد.

### تشکر و قدردانی

از همه کسانی که ما را در انجام این پژوهش راهنمایی و یاری رساندن صمیمانه تشکر می‌کنیم.

به این نتیجه دست یافتند که توانایی تنظیم شناختی هیجانات باعث بهبود بخشیدن سطح سلامت جسمانی و روانی در افراد می‌گردد (۲۰).

در پژوهش‌های متعددی مشکلات تنظیم هیجان و سبک‌های عاطفی با سیگار و یا افراد سیگاری و حتی غیر سیگاری مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است. در پژوهشی که بر روی افراد وابسته به کوکائین انجام گرفت مشاهده شده که افراد وابسته به کوکائین مشکلاتی در رابطه با فهم هیجانات، مدیریت هیجانات و کنترل تکانه دارند (۱۵). در پژوهشی دیگر نشان داده شد که بین مشکلات تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی در افراد سیگاری رابطه وجود دارد (۱۸). تحقیقات نشان داده‌اند که تنظیم هیجانی با توانایی ذهنی بیشتر برای پردازش اطلاعات اجتماعی همراه است. این توانایی می‌تواند به افراد کمک کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و زیان‌بار مواد داشته باشند. بنابراین، در برابر فشارهای روانی و اجتماعی ناشی از مصرف مواد موفق‌تر عمل کنند (۲۱). به نظر می‌رسد که راهبردهای مثبت تنظیم هیجان همچون؛ مدیریت هیجانی، تصمیم‌گیری، کنترل عواطف خود و دیگران، ارزیابی مجدد و باز ارزیابی مثبت، برای از میان برداشتن کمبودهایی مثل؛ رشد عاطفی نابسند، دشواری در سازمان‌دهی رفتار و هیجان و داشتن هیجان منفی و پرهیز از مصرف سیگار (و به‌طور کلی مواد) توانایی مضاعفی در افراد پدید می‌آورند. همچنین گفته شده که افراد سیگاری به‌دلیل نارسایی در تنظیم هیجانی و تحمل پایین مجبور می‌شوند تا برای خلاصی از هیجانات منفی راهی فوری بیابند (۱۵). تنظیم هیجانی ضعیف‌تر و راهبردهای تنظیم هیجانی منفی ممکن است مانع کنترل وسوسه مصرف باشند. از سوی دیگر نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که راهبردهای منفی تنظیم هیجان در افراد با سوءمصرف مواد ناشی از فقدان کفایت هیجانی، مهارت هیجانی نامناسب، مشکل در درک کردن احساسات خود و دیگران و توانایی کم‌تر برای حل تعارضات است (۲۲). با توجه به نتایج حاصل می‌توان بیان کرد که مشکلات بیشتر افراد سیگاری در تنظیم کردن هیجانات و سبک‌های عاطفی خود، بیشتر ناشی از نارسایی‌های شناختی، نشخوار ذهنی و رشد عاطفی نابسند است که در نهایت به مصرف زیاد سیگار در بین آن‌ها می‌انجامد.

پس با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که از دلایل احتمالی گرایش افراد به سیگار، ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی و کاستی‌های زیاد در حوزه هیجان‌ها است؛ و

### References:

1. Wu L, Winkler MH, Wieser MJ, Andreatta M, Li Y, Pauli P. Emotion regulation in heavy smokers:

experiential, expressive and physiological consequences of cognitive reappraisal. *Front Psychol* 2015;6:1555.

2. Kareshki H. Evaluating factorial structure of emotional styles in students. *J Behav Sci* 2014;11(3): 185-95.
3. Rahnavard Z, Mohammadi M, Rajabi F, Zolfaghari M. An educational intervention using health belief model on smoking preventive behavior among female teenagers. *J hayat* 2011;17(3): 15-26.
4. Bollyky TJ. Beyond ratification: the future for US engagement on international tobacco control. Washington, DC: Global Health Policy Center Report; 2010.
5. Pirdehghan A, Vakili M, Arab M, Aghakoochak A. Smoking frequency and modeling the underlying predicting factors of tobacco smoking among high school students in Yazd city, 2012. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2014;16(5): 56-65.
6. Virelli III LJ. Permissible burden or constitutional violation—a first amendment analysis of congress' proposed removal of tax deductibility from tobacco advertisements. *U Pa J Const L* 1999;2:529.
7. Siegel AJ, Sholar MB, Mendelson JH, Lukas SE, Kaufman MJ, Renshaw PF, et al. Cocaine-induced erythrocytosis and increase in von Willebrand factor: evidence for drug-related blood doping and prothrombotic effects. *Arch Intern Med* 1999;159(16):1925–9.
8. Cahill K, Perera R. Quit and Win contests for smoking cessation. *The Cochrane Library*. 2008.
9. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic 2009.
10. Saman S, Mansouri N, Sadat S. The role of cognitive emotion regulation intermediary for parenting problems, emotional. *Psychological Methods and Models* 2011;1(3).
11. Sutherland MT, McHugh MJ, Pariyadath V, Stein EA. Resting state functional connectivity in addiction: lessons learned and a road ahead. *Neuroimage* 2012;62(4): 2281-95.
12. Zvolensky MJ, Feldner MT, Eifert GH, Brown RA. Affective style among smokers: Understanding anxiety sensitivity, emotional reactivity, and distress tolerance using biological challenge. *Addictive Behaviors* 2001;26(6): 901-15.
13. Rellini AH, Vujanovic AA, Zvolensky MJ. Emotional dysregulation: concurrent relation to sexual problems among trauma-exposed adult cigarette smokers. *J Sex Marital Ther* 2010;36(2):137–53.
14. MLJ. Emotion dysregulation, ADHD and Smoking 2103.
15. Fox H, Axelrod S, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence* 2007;89(2): 298-301.
16. Fucito LM, Juliano LM, Toll BA. Cognitive reappraisal and expressive suppression emotion regulation strategies in cigarette smokers. *Nicotine Tob Res* 2010;12(11):1156–61.
17. Neghabi ZH, Rafiee SM. Relationship between mental health and happiness, achievement motivation and academic success of male and female students of Islamshahr Azad University. *Life Science J* 2012;9(4): 4150-3.
18. Brandt CP, Johnson KA, Schmidt NB, Zvolensky MJ. Main and interactive effects of emotion dysregulation and breath-holding duration in relation to panic-relevant fear and expectancies about anxiety-related sensations among adult daily smokers. *J Anxiety Disord* 2012;26(1): 173-81.
19. Nikmanesh Z, Kazemi Y, Khosravi M. Role of Feeling of Loneliness and Emotion Regulation Difficulty on Drug Abuse. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine*. 2015;5(4 (Autumn)): 185-91.
20. Ochsner KN, Bunge SA, Gross JJ, Gabrieli JD. Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *J Cogn Neurosci* 2002;14(8): 1215-29.
21. Peterson K, Malouff J, Thorsteinsson EB. A meta-analytic investigation of emotional intelligence and

- alcohol involvement. *Subst Use Misuse* 2011;46(14):1726–33.
22. Cleland C, Magura S, Foote J, Rosenblum A, Kosanke N. Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *J Psychosom Res* 2005;58(3): 299-306.

## A COMPARATIVE STUDY OF EMOTIONAL DYSREGULATION AND AFFECTIVE STYLES AMONG SMOKERS AND NONSMOKERS

*Jahangir Karami<sup>1</sup>, Ali Zakiei<sup>2\*</sup>, Peiman Hatamian<sup>3</sup>, Ashkan Baghri<sup>4</sup>*

*Received: 20 Sep, 2016; Accepted: 17 Nov, 2016*

### Abstract

**Background & Aims:** Given the significance of emotions in mental health, the present study aimed to compare the emotional dysregulation and affective styles among smokers and nonsmokers.

**Materials & Methods:** This descriptive and comparative study was conducted on the guilds of Kermanshah. The simple random sampling was used as the basic sampling technique whereby 152 smokers and 152 nonsmokers were selected. To collect the required data, the difficulties in emotion regulation scale (DERS) and the affective style questionnaire (ASQ) were exploited. As for data analysis, the multivariate analysis of variance was utilized. Additionally, the SPSS 21 was employed for data analysis.

**Results:** The results of the present study revealed that there was a significant difference between the smokers and nonsmokers in terms of the emotional dysregulation and affective styles. Besides, the results demonstrated that the emotional dysregulation was significantly higher among the smokers ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Given the results of the present study, it was concluded that the emotional dysregulation and affective styles played roles in smoking. Accordingly, it was concluded that two possible reasons for one's tendency towards smoking were one's inability to use positive strategies for regulating emotions and numerous shortcomings in affection.

**Keywords:** Smoking, Emotional Regulation, Affective styles

**Address:** Center of excellence for community oriented for medicine education, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

**Tel:** +98-831-8390646

**Email:** zakieiali@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2017; 27(10): 855 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Associate Professor, Psychology Department, Razi University, Kermanshah, Iran

<sup>2</sup> Center of Excellence for Community Oriented for Medicine Education, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> M.A. Student, Psychology Department, Razi University, Kermanshah, Iran

<sup>4</sup> M.A. Student, Psychology Department, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran