

الگوی پیش‌بینی‌کنندگی وابستگی به نیکوتین بر اساس شاخص‌های سلامت روانی و تصور از خود

حمید کاظمی زهرانی^{1*}؛ ایوب کمالی²؛ مریم قربانی¹

چکیده

زمینه: هدف از پژوهش حاضر، بررسی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی اضطراب، افسردگی، استرس و ابعاد تصور از خود (توانایی ذهنی، کارآمدی شغلی، جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی و عیب‌ها و حسن‌ها) در پیش‌بینی وابستگی به نیکوتین در دانشجویان دانشگاه اصفهان بود.

روش‌ها: در این مطالعه تحلیلی تعداد 110 نفر از دانشجویان پسر وابسته به نیکوتین دانشگاه اصفهان به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS، تصور از خود و وابستگی به نیکوتین پاسخ دادند. تحلیل یافته‌ها با استفاده از شیوه همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام صورت گرفت.

یافته‌ها: اضطراب از بالاترین قدرت پیش‌بینی در خصوص وابستگی به نیکوتین برخوردار است. همچنین مشخص شد که متغیر تصور از خود و ابعاد آن، در مجموع تنها 12 درصد از واریانس وابستگی به نیکوتین را پیش‌بینی می‌کند که این میزان معنادار نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری: در ارایه الگوی جهت پیش‌بینی وابستگی دانشجویان به نیکوتین، متغیرهای پردازش هیجانی درگیر در بهداشت روان بیش از متغیرهای هویتی همچون جنبه‌های مختلف تصور از خود، سهم تبیین‌کننده دارند.

کلیدواژه‌ها: تصور از خود، سلامت روانی، وابستگی به نیکوتین

«دریافت: 1393/4/9 پذیرش: 1393/9/18»

1. گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران

2. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان

*عهده‌دار مکاتبات: اصفهان، نجف آباد، بلوار شهید آیت، دانشگاه پیام نور، تلفن: 09134082088

Email: kazemi_psy@yahoo.com

مقدمه

میلیون مرگ ناشی از مصرف سیگار در دنیا رخ می‌دهد و این جمعیت همچنان در حال افزایش است. شیوع مصرف سیگار در ایران 24/1 درصد در آقایان و 4/3 در خانم‌ها گزارش شده است (2). تحقیقات متعددی نشان می‌دهند که افراد سیگاری در مقابل بیماری‌های ریوی، گوارشی و انواع سرطان شدیداً آسیب‌پذیر هستند. کشیدن سیگار، افزون بر زیان‌های جسمی و روانی، زمینه‌ساز ابتلای

افراد به سوءمصرف مواد نیز می‌باشد. به‌همین دلیل، استفاده دایم و مکرر از سیگار، در تقسیم‌بندی روان‌پزشکی به سندرم وابستگی به نیکوتین (Nicotine dependencesyndrome) تعریف شده است (3).

مصرف سیگار، به‌عنوان یک عادت و وابستگی و با میزان شیوع متفاوت در جوامع امروزی دیده می‌شود. با وجود کوشش‌های فراوان برای جلوگیری از گسترش مصرف سیگار، تقریباً حدود یک سوم از افراد بالای 15 سال در جهان سیگار می‌کشند. سازمان بهداشت جهانی، سیگار کشیدن را به‌عنوان اولین علت مرگ و میرهای قابل پیشگیری در جهان قرار داده و پیش‌بینی کرده است که تعداد مرگ‌های زودهنگام به‌دلیل مصرف سیگار تا سال 2020 به مرز 10 میلیون نفر در سال می‌رسد (1).

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO=World Health Organization) سالانه بیش از 5

معرض آسیب‌های جدی‌تر مرتبط با مصرف سیگار هستند. شیوع بالای مصرف سیگار در بین افرادی که با اضطراب، استرس، افسردگی و ناکامی‌های اجتماعی و اقتصادی مواجه شده‌اند، مطرح می‌کند که سیگار کشیدن ممکن است به‌عنوان یک مکانیزم دفاعی در مقابل استرس استفاده شود، ولی برخلاف تصور افراد، سیگار کشیدن باعث افزایش اضطراب و تنش می‌شود (19).

یکی از عواملی که در بروز یا پیشگیری از اختلالات روانی نقش به‌سزایی دارد، خودپنداره فرد است. خودپنداره را می‌توان درک فرد از خودش دانست که در نتیجه تجربیات فرد با محیط و رابطه او با دیگران شکل می‌گیرد. در طول دوره نوجوانی، خودپنداره تغییرات معناداری را طی می‌کند و این تغییرات می‌تواند توضیح‌دهنده برخی از آسیب‌پذیری‌ها باشد که افراد در طول این دوره تحول برای درگیری با رفتارهای پرخطر، تجربه می‌کنند. دیدگاه‌های اجتماعی-شناختی در مورد تحول خودپنداره مطرح می‌کنند که این تغییرات به‌عنوان تعارضاتی مثل خوداسناددهی‌های توصیفی هستند که نوجوانان از آن‌ها برای تعریف خودشان استفاده می‌کنند (20). خودپنداره مثبت نشان‌دهنده این است که فرد خودش را در مقام شخصی با نقاط قوت و ضعف می‌پذیرد و این امر موجب بالا رفتن اعتماد به نفس او در روابط اجتماعی می‌شود. خودپنداره منفی منعکس‌کننده احساس بی‌ارزشی و بی‌لیاقتی و نیز ناتوانی خود است (21). خودپنداره مثبت با سلامت روانی (22)، بهزیستی روانشناختی (23)، رضایت از زندگی (24)، رضایت زناشویی (25) و موفقیت‌های تحصیلی فرد (26) رابطه مثبت دارد.

همان‌گونه که ذکر شد، خودپنداره عامل مهمی در سلامت روانی فرد می‌باشد. وضعیت سلامت روان نیز خود می‌تواند به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده وابستگی به سیگار بررسی شود. بین سیگار کشیدن و بیماری‌های سلامت روان ارتباط محکمی وجود دارد، مطالعات مطرح می‌کنند که در ایالات متحده آمریکا بیش از 90 درصد افراد دارای

یک علت واحد برای شروع مصرف سیگار وجود ندارد، بلکه مصرف سیگار یک رفتار پیچیده است که با عوامل روانی اجتماعی، بیوشیمیایی و اقتصادی-سیاسی در ارتباط است (4). معمولاً انگیزه اصلی برای مصرف سیگار در اولین بار، هماهنگ شدن با دوستان سیگاری است و به‌منزله نشانه ورود به اجتماع و تجربه احساس ارزش به حساب می‌آید (3). طبق جدیدترین پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه، عواملی مانند پریشانی فکر (5) و گزارش مثبت و هیجان‌انگیز دوستان از تجربه سیگار کشیدن (6)، آگاهی از تجربیات دوستان از سیگار کشیدن، داشتن نگرش مثبت نسبت به سیگار و وجود فرد سیگاری در خانواده بر مصرف سیگار توسط نوجوانان و جوانان تأثیر می‌گذارد (7). مطالعات به بررسی عوامل پایدار پیش‌بینی‌کننده مصرف سیگار پرداخته‌اند (8). شواهد نشان داده است که شروع در سنین پایین (9)، سیگار کشیدن والدین (10)، سیگار کشیدن همسالان و آموزش کم و مصرف مداوم (11)، پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف هستند. ملاک تشخیصی وابستگی به نیکوتین براساس DSM-IV-TR عبارت است از یک الگوی غیرانطباقی از مصرف سیگار در یک دوره زمانی حداقل 6 ماه که همراه با علائم ترک و تحمل می‌باشد (3).

برخی مطالعات نشان داده‌اند افرادی که از اختلالات روان‌پزشکی رنج می‌برند در مقایسه با افراد سالم، میزان سیگار کشیدن بالاتری دارند (12 و 13). همچنین مطالعات دیگر حاکی از همبستگی بالا بین اختلالات روانی و وابستگی به نیکوتین می‌باشد (14 و 15). مشکل سیگار کشیدن در بین نوجوانان به یک نگرانی بهداشت عمومی تبدیل شده است. هم‌آیندی اختلالات روانپزشکی در بین نوجوانان سیگاری مخصوصاً در بین آن‌هایی که از رفتارهای مختل و آشفته (16)، افسردگی اساسی (17) و اختلالات مرتبط با مواد (18) رنج می‌برند معمول است. افراد دارای مشکلات سلامت روان به‌طور معناداری بیشتر سیگار می‌کشند و سطوح بالاتری از وابستگی به نیکوتین را دارند و در نتیجه در مقایسه با جمعیت عادی در

خود و وابستگی به نیکوتین نمودند. ملاک‌های ورود به گروه نمونه شامل مصرف سیگار به مدت حداقل 6 ماه، عدم وجود الگوی غیرانطباقی از مصرف سایر مواد و الکل و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی حاد براساس خودگزارش دهی بود. یافته‌های به دست آمده توسط نرم افزار spss 19 و به روش تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها شامل موارد ذیل بود:

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS): این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که شامل 21 پرسش و سه بخش مساوی راجع به هر یک از شاخص‌های مورد بررسی می‌باشد. نمره گذاری در طیف لیکرت 4 گزینه‌ای (هرگز=0، کم=1، متوسط=2 و خیلی زیاد=3)، درجه بندی می‌شود. لایبوند (1995) در مطالعه‌ای در مورد یک نمونه بهنجار، همسانی درونی بالایی را برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (به ترتیب 0/91، 0/48 و 0/09) محاسبه کرد. اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش‌های متعدد بررسی شده است (28). از جمله این پژوهش‌ها، مطالعه هنجاریابی است که در مورد نمونه ایرانی انجام گرفته است. در این مطالعه، اعتبار این مقیاس از طریق همسانی درونی، روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی و روایی ملاک با اجرای همزمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده، بررسی و تأیید شده است (29). در پژوهش حاضر محاسبه همسانی درونی برای کل مقیاس 0/80 و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب 0/75، 0/76 و 0/75 به دست آمد.

مقیاس خودپنداره بک (Beck self-concept test): این مقیاس را نخستین بار بک (1990) به منظور بررسی خودپنداره افراد مطرح کرد و مجدداً بک و استیر، اپستین و برون (Steer, Epstein & Brown, 1990) آن را ارزیابی کردند. این مقیاس 25 گویه‌ای وسیله‌ای برای ارزیابی نگرش‌های منفی شخص از خودش است که در نظریه شناختی بک بخش شناخت منفی سه گانه (نظر منفی

مشکلات سلامت روان، وابسته به نیکوتین هستند (27). گرچه در مطالعات بسیاری، سیگار کشیدن در ارتباط با وقوع همزمان اختلالات مصرف مواد، اسکیزوفرنی و اختلال کمبود توجه مورد مطالعه قرار گرفته است (12)، اما ارتباط شاخص‌های سلامت روان همچون اضطراب و اختلالات خلقی در کشور ما کم تر بررسی شده است. از طرف دیگر، هرچند مشکلات سلامت روان مثل اضطراب، افسردگی و استرس در رفتار سیگار کشیدن مؤثر است، اما همان گونه که مرور شد، بدون شک اساسی ترین کلید شخصیت و رفتار انسان تصویری است که فرد در ذهن خود از خویشتن دارد. احتمالاً خودپنداره و تصویر فرد از خویشتن نیز در بروز رفتارهای منفی مانند سیگار کشیدن تأثیرگذار است. دوران جوانی دورانی است که خودپنداره به طور مرتب در ارتباط با خود و یا دیگری مطرح می‌شود. ضرورت پژوهش در این زمینه و بررسی علل و همبسته‌های مصرف سیگار و وابستگی به نیکوتین احساس می‌شود. با توجه به این که شیوع مصرف سیگار در بین جوانان و دانشجویان کشورمان ایران، سیر فزاینده‌ای دارد و از طرف دیگر این افزایش مطمئناً با عوارض بسیاری همراه خواهد بود، شناخت همبسته‌های آن می‌تواند در برنامه‌های پیشگیری و درمان نقش مؤثری داشته باشد، بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی همبسته‌های وابستگی به نیکوتین و پیش بینی آن براساس تصور از خود و شاخص‌های سلامت روان در دانشجویان انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر تحلیلی از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان پسر دانشگاه اصفهان بود، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، 110 نفر از دانشجویان پسر وابسته به نیکوتین به عنوان گروه نمونه انتخاب و اقدام به تکمیل مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس (DASS=Depression Anxiety Stress Scales)، تصور از

نسبت به خود، محیط و دنیا) را تشکیل می‌دهد (30). آزمودنی در موارد متعدد با توجه به استنباطی که از خود دارد، خود را با دیگران مقایسه و یکی از پنج عبارتی را انتخاب می‌کند که ویژگی او را بهتر نشان می‌دهد. آزمون به‌گونه‌ای طراحی شده است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودپنداره مثبت است. یک و همکاران (1990) در بررسی این مقیاس ضریب آلفای آن را 0/82 به‌دست آوردند که شاخص همسانی درونی رضایت‌بخشی است. ضریب پایایی مقیاس از طریق آزمایش مجدد با فاصله زمانی یک هفته 0/88 و با فاصله زمانی سه ماه 0/65 بود. این مقیاس را در ایران نبوی (1373) از نظر اعتبار و روایی به سنجش گذاشت و ضریب آلفای کرونباخ آن 0/85 به‌دست آمد. روایی سازه آن نیز با انجام آزمون بین افراد عادی و افسرده و مقایسه نمرات آن‌ها تجزیه و تحلیل شد که در هر مورد تفاوت معنادار بود (31).

مقیاس وابستگی به نیکوتین شیفمن: مقیاس نشانگان وابستگی به نیکوتین، ابزاری چندعاملی برای ارزیابی وابستگی به نیکوتین و دارای 19 سؤال است. مقیاس توسط شیفمن، واترز و هیکاکس (2004) با توجه به ملاک‌های سندرم وابستگی تحت تأثیر DSM-III و DSM-IV تهیه شد. این مقیاس از پنج عامل تشکیل شده است که عبارت هستند از سابق (Drive) (برانگیختگی)، اولویت (Priority Tolerance)، تحمل (Tolerance)، پیوستگی (Continuity) و رفتار قالبی (Stereotype). عامل سابق اشاره دارد به این‌که بعد از مدتی که فرد سیگار نکشد حالت نیازمندی به آن در او ایجاد می‌شود. عامل اولویت یعنی این‌که فرد مکان‌ها و جاهایی را ترجیح می‌دهد که ممانعت مصرف سیگار در آن جاها نباشد. عامل تحمل یعنی این‌که فرد نسبت به گذشته نیاز به مصرف بیشتری دارد که احساس آرامش را به‌دست آورد. پیوستگی میزان پایداری فرد را به مصرف سیگار مطابق با قاعده و قانون خاص می‌سنجد و رفتار قالبی نیز اشاره به این نکته دارد که آیا سیگار کشیدن فرد تحت تأثیر عوامل

خارجی یا به‌وجود آمدن شرایط خاص انجام نمی‌شود. پایایی برای نمره کل 0/84 و برای خرده‌مقیاس‌ها به‌ترتیب 0/76، 0/69، 0/55، 0/63 و 0/70 گزارش شده است (32). در مطالعه حاضر نیز برای بررسی روایی پرسشنامه از روایی محتوا استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه مذکور به دو متخصص بالینی ارایه و از آن‌ها خواسته شد تا میزان انطباق آیتم‌های پرسشنامه را با سازه‌های مورد مطالعه از 1-3 نمره‌گذاری کنند. ضریب توافق به‌دست‌آمده براساس محاسبه ضریب توافق کندال برابر با 0/50 و براساس ضریب همبستگی پیرسون 0/61 به‌دست آمد و هر دو در سطح معنادار بود ($P < 0/05$). برای محاسبه پایایی پرسشنامه نیز از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. همسانی درونی 0/80 محاسبه شد و ثبات درونی برای عامل‌های سابق (0/81)، اولویت (0/71)، تحمل (0/75)، پیوستگی (0/72) و رفتار قالبی (0/68) قابل قبول بود.

یافته‌ها

تعداد افراد نمونه، میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای پژوهش به‌صورت تفکیک‌شده محاسبه شد (جدول 1).

جدول 1- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در 110 نفر

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
وابستگی به نیکوتین	44/78	10/27
افسردگی	13/01	8/32
اضطراب	11/96	6/67
استرس	17/32	6/81
توانایی ذهنی	17/25	2/92
کارآمدی شغلی	16/52	3/13
خودکارآمدی	16/98	2/81
مهارت‌های اجتماعی	17/33	2/67
عیب‌ها و حسن‌ها	17/71	2/75

DASS

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات وابستگی به نیکوتین 44/78، افسردگی 13/01، اضطراب 11/96، استرس 17/32، توانایی ذهنی 17/25، کارآمدی شغلی 16/52، جذابیت جسمانی 16/98، مهارت‌های اجتماعی 17/33 و عیب‌ها و حسن‌ها 17/71 می‌باشد.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که افسردگی ($r=0/18$)، اضطراب ($r=0/38$) و استرس ($r=0/21$) با وابستگی به نیکوتین در دانشجویان رابطه معناداری دارند (جدول 2). به‌منظور بررسی عامل پیش‌بینی‌کنندگی متغیرها از روش رگرسیون گام به گام

استفاده شده است. برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای سلامت روان و تصور از خود به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و وابستگی به نیکوتین به‌عنوان متغیر ملاک با تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شدند. نتایج نشان داد که

0/152 از واریانس وابستگی به نیکوتین توسط مقیاس متغیر اضطراب تبیین می‌شود. با توجه به مقدار بتا مندرج در جدول 3، متغیر اضطراب ($\beta=0/43$) قوی‌ترین متغیر برای پیش‌بینی وابستگی به نیکوتین در بین دانشجویان می‌باشد (جدول 3).

بحث

همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد از بین مقیاس‌های سلامت روان، بین مقیاس اضطراب و وابستگی به نیکوتین رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش سطح اضطراب، وابستگی به نیکوتین نیز افزایش می‌یابد. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی کوبیچی پرس و همکاران (2007)، برنستین و همکاران (2008)؛ جانسون و همکاران (2009)، اسوندسن و همکاران (2010) و کتن و

جدول 2- ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	وابستگی به نیکوتین	افسردگی	اضطراب	استرس	توانایی ذهنی	کارآمدی شغلی	جذابیت جسمانی	مهارت‌های اجتماعی	عیب‌ها و حسن‌ها
وابستگی به نیکوتین	1								
افسردگی	**0/18	1							
اضطراب	**0/38	**0/59	1						
استرس	**0/21	**0/61	**0/61	1					
توانایی ذهنی	-0/06	-0/15	**0/20	**0/19	1				
کارآمدی شغلی	0/09	-0/11	0/01	-0/06	**0/40	1			
جذابیت جسمانی	-0/01	**0/21	-0/15	-0/06	**0/48	**0/44	1		
مهارت‌های اجتماعی	-0/10	-0/10	**0/22	-0/12	**0/20	**0/32	**0/41	1	
عیب‌ها و حسن‌ها	-0/00	*-0/16	-0/12	-0/08	0/15	**0/23	**0/22	**0/28	1

* $P \leq 0/05$

** $P \leq 0/01$

جدول 3 - پیش‌بینی وابستگی به نیکوتین براساس مولفه‌های سلامت روان و تصور از خود

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	ضرایب استاندارد β	T	P value	R	R^2	F
اضطراب	0/662	0/186	0/430	3/566	0/001	0/39	0/152	6/3

کاهش میزان شاخص‌های تصور از خود، تغییری در میزان گرایش به وابستگی به نیکوتین ایجاد نمی‌شود.

این نتیجه هماهنگ با نتایج پژوهش محمدپور اصل، فخراری و رستمی (1387) و یولماز (Yourlmaz) و همکاران (2002) می‌باشد. در این مطالعات مشخص شده است نفس به‌عنوان یکی از اجزای تشکیل‌دهنده خودپنداره در افراد سیگاری و غیرسیگاری با هم تفاوت چندانی ندارد (37 و 38). از طرف دیگر نتایج پژوهش حاضر در تضاد با نتایج ویس (2006)، ویس (2003) و آیت‌اللهی، محمدپوراصل و رجایی‌فرد (1383) می‌باشد (41-39). به‌طوری‌که در پژوهش ویس (2006) نمره بالای تصور از خود، ارتباط معکوسی با مصرف سیگار در نوجوانان ویتنامی و فیلیپینی نشان داد، ولی در دو زیرگروه دیگر این رابطه مشاهده نشد. همچنین در پژوهش دیگر ویس و همکاران (2003) در زمینه مقایسه خودپنداره نوجوانان 20-22 ساله سیگاری و غیرسیگاری مشخص شد که میزان خودپنداره نوجوانان غیرسیگاری از نوجوانان سیگاری بالاتر است. در پژوهش آیت‌اللهی و همکاران (1383) نیز نتایج نشان می‌دهد که با پیشرفت به مراحل بالاتر مصرف سیگار، عزت نفس کاهش می‌یابد.

به‌نظر می‌رسد که عامل گرایش به مصرف سیگار، نوع آسیب‌های روانی تجربه‌شده توسط فرد می‌باشد (مانند اضطراب) و خودپنداره فرد به‌عنوان یک عامل شخصیتی که از قبل شکل گرفته است، تأثیری در میزان گرایش دانشجویان ندارد. افراد سیگاری می‌توانند خودپنداره بالا یا پایین داشته باشند و عواملی مانند سبک برخورد اجتماعی و هیجانی با مسایل و نیز تبلیغات یا بودن در گروه‌های سیگاری می‌تواند گرایش فرد به مصرف را تعیین کند. تأثیر نیکوتین بر سیستم اعصاب مرکزی و آرامشی که فرد به دنبال مصرف به‌دست می‌آورد، موجب گرایش به مصرف می‌شود. چون این مطالعه بر روی دانشجویان انجام شده است و آن‌ها دوره بلوغ و مشکلات و نگرانی‌های مرتبط با آن را که بیشتر در مورد وضع ظاهر و ... است را طی کرده‌اند، در نتیجه

همکاران (2005) می‌باشد. در این پژوهش‌ها نتیجه‌گیری شده است که اضطراب پیش‌بینی‌کننده مهمی برای وابستگی به نیکوتین می‌باشد (8، 17، 19، 33). در تبیین این نتایج می‌توان گفت که افراد در مواجهه با استرس‌ها و چالش‌های زندگی روزمره، برای کاستن و رهایی از اضطراب، به مصرف سیگار روی می‌آورند. بررسی‌های متعددی معلوم کرده‌اند که افراد زمانی که نگران، عصبی یا مضطرب هستند، بیشتر سیگار می‌کشند. برای مثال یک بررسی انجام‌شده معلوم کرده است که پاسخ‌دهی خودمختار، نظیر رسانش پوست، با سیگار کشیدن گند می‌شود، پس این می‌تواند دلیل بر آن باشد که سیگار کشیدن قادر است پاسخ اضطراب را کاهش دهد (34). به‌نظر می‌رسد که افراد مضطرب، هنگام سازگار شدن با عواطف منفی بیشتر سیگار می‌کشند، در حالی که افراد با اضطراب کم، کم‌تر قادرند که عواطف خوشایند را از مصرف سیگار به‌دست آورند. این افراد حساسیت بیشتری به همزمانی مصرف سیگار و کاهش اضطراب دارند و استفاده از فوننی مانند آرامسازی را ناخوشایند می‌دانند و مصرف سیگار را هنگام مواجهه با استرس‌های روان شناختی فردی بیشتر انجام می‌دهند تا فشارهای اجتماعی (35). این عامل نشان می‌دهد که مسایل و استرس‌های درونی و فردی ماشه‌چکان بالاتری برای مصرف سیگار می‌باشد. افراد مضطرب از سیگار به‌عنوان وسیله‌ای برای افزایش خلق استفاده می‌کنند. همچنین تحقیقات نشان داده است که افراد مضطرب نسبت به تأثیرات شدید سیگار حساسیت کم‌تری دارند و بنابراین می‌توانند سطوح بالاتر سیگار را تحمل کنند (36). مصرف‌کنندگانی که از نیکوتین برای انطباق با استرس استفاده می‌کنند، به‌علت اتکای مفرط به سیگار، از استراتژی‌های مناسب توقف بهره‌مند نمی‌شوند و در نتیجه از آن به‌عنوان وسیله‌ای برای انطباق با استرس استفاده می‌کنند.

بخش دیگری از نتایج نیز نشان داد که بین شاخص‌های تصور از خود و وابستگی به نیکوتین رابطه معناداری وجود ندارد. به‌عبارت دیگر، با افزایش یا

خودپنداره از قبل شکل گرفته تأثیر نمی‌گذارد و نحوه برخورد هیجان‌مدار با استرس‌های زندگی دانشجویی، افراد را به سمت مصرف سوق می‌دهد. به نظر می‌رسد که افرادی که مستعد مصرف سیگار و مواد مخدر می‌شوند، آسیب‌پذیری ویژه‌ای نسبت به فاصله بین خود واقعی و خود ایده‌آل دارند که منجر به عدم اعتماد در مورد توانمندی مربوط به خود می‌شود (42) و در تحقیقات آتی می‌تواند این امر مورد بررسی قرار گیرد.

به دلیل آن‌که دانشجویان جزء گروه سیگاری‌های جوان می‌باشند، از لحاظ تحولی انگیزه‌ها و دلایل مصرف آنان می‌تواند متفاوت از جمعیت‌های مسن‌تر باشد و در تعمیم نتایج بایستی احتیاط شود.

نتیجه‌گیری

بهداشت روانی پایین و تجربه اختلالات روانی مانند اضطراب می‌تواند گرایش افراد به سمت رفتارهای مخرب

سلامتی مانند سیگار را افزایش دهد. عوامل شخصیتی نیز مانند خودپنداره پایین می‌تواند تسهیل‌کننده این گرایش‌ها باشد. فعالسازی مکرر خودمفهومی پایین همراه با اضطراب و برانگیختگی ناخوشایند، یک حلقه بازخوردی منفی تولید می‌کند که فرد را مستعد رفتارهای پرخطر می‌کند. شناخت همبسته‌های این رفتار می‌تواند جهت برنامه‌ریزی طرح‌های درمانی مفید باشد و موجب ارتقای سطح بهداشت جامعه شود.

پیشنهادهات

بررسی همبسته‌های دیگر مصرف مواد و انجام تحقیق روی گروه‌های در معرض خطر و نیز ایجاد دوره‌های ارتقای سطح بهداشت روان و بررسی تأثیر آن بر گرایش به رفتارهای پرخطر جهت پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود.

References

1. Wynne G. Drug metabolism and ageing. *J Br Menopause Sociol.* 2005;11:51-56.
2. WHO report on the global tobacco epidemic? Implementing smoke-free environments. 2009;1-568
3. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007;480-551.
4. Lloyd-Richardson EE, Papandonatos G, Kazura A, Stanton C, Niaura R. Differentiating stages of smoking intensity among adolescents: stage-specific psychological and social influences. *J Cons Clin Psychol.* 2002;70(4):998-1009.
5. Masjedi MR, Azari Poormasoooleh H, Heydari GR, Alinejad Taheri S, Velayati AA. [Prevalence of smoking among university students in Tehran (Persian)]. *J Med Council Islamic Republic of Iran.* 2002;(277):283-7.
6. Kenneth WG. Common predictors of cigarette smoking, alcohol use, aggression, and delinquency among inner-city. *Minor Youth J.* 2003;28:1141-8.
7. Ramezankhani A, SarbandiZaboli F, Zarghi A, Masjedi MR, Heydari GR. [Smoking habits of adolescent students in Tehran. *Natl Res Inst Tuberc and Lung Dis Iran (Persian)*]. 2010;9(2):33-42.
8. Johnson EO, Novak SP. Onset and persistence of daily smoking: the interplay of socioeconomic status, gender, and psychiatric disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2009;104 (1): S50-S57.
9. Escobedo LG, Peddicord JP. Smoking prevalence in US birth cohorts: the influence of gender and education. *Am J Public Health.* 1996;86:231-6.
10. Gilman SE, Abrams DB, Buka SL. Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use: initiation, regular use, and cessation. *J Epidemiol Community Health.* 2003;57:802-8.
11. Lawrence D, Fagan P, Backinger CL, Gibson JT, Hartman A. Cigarette smoking patterns among young adults aged 18-24 years in the United States. *Nicotine & Tob Res.* 2007;(9):687-97.
12. Goodwin RD, Zvolensky MJ, Keyes KM. Nicotine dependence and mental disorders among adults in the USA: Evaluating the role of the mode of administration. *Psychol Med.* 2008;(38):1277-86.
13. McCabe RE, Chudzick SM, Antony MM, Young L, Swinson RP, Zvolensky MJ. Smoking behaviors across anxiety disorders. *J Anxiety Dis.* 2004;(18):7-18.
14. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry.* 2004;(55):69-76.
15. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatr.* 2004;(61):1107-15.

16. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. Distress tolerance and early smoking lapse. *Clin Psychol Rev.* 2005;(25):713-33.
17. Dierker LC, Avenevoli S, Merikangas KR, Flaherty BP, Stolar M. Association between psychiatric disorders and the progression of tobacco use behaviors. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry.* 2001;(40):1159-67.
18. Upadhyaya HP, Deas D, Brady KT, Kruesi M. Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry.* 2002;(41):1294-1305.
19. Bernstein A, Trafton J, Ilgen M, Zvolensky MJ. An evaluation of the role of smoking context on a biobehavioral index of distress tolerance. *Addict Behav.* 2008;(33):1409-15.
20. Rinn AN, Cunningham LG. Using self-concept instruments with High ability college students: reliability and validity evidence. *Gifted Child Q.* 2008;52(3):232-42.
21. Bong M, Skaalvik EM. Academic self-concept and self-efficacy: how different are they really? *Educ Psychol Rev.* 2003;15(1):1-40.
22. Marsh HW, Parada RH, Ayotte V. A multidimensional perspective of relations between self-concept (self-description questionnaire II) and adolescent mental health (youth self-report). *Psychol Assess.* 2004;16(1): 27-41.
23. Marsh HW, Trautwein U, Ludtke U, Koller O, Baumert J. Integration of multidimensional self-concept and core personality constructs: construct validation and relations to well-being and achievement. *J Personality.* 2006;74(2):403-56.
24. Chang L, Sunita MS, Au E. Life satisfaction, self-concept and family relations in 546h in adolescents and children. *Int J Behav Dev.* 2003;27(2):182-9.
25. Schafer RB, Wickrama KAS, Keith PM. Self-concept disconfirmation, psychological distress, and marital happiness. *J Marriage and Fam.* 1996;58(1):167-77.
26. Choi N. Self-efficacy and self-concept as predictors of college students' academic performance. *Psychology in the Schools.* 2005;42(2):197-205.
27. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav.* 2004;(29):1067-83.
28. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation. 1995;1-42.
29. Haji Alizadeh K, Bahreinian SAM, Naziri GH, Modares-Gharavi M. [Comparison irrational attitudes in the general population and people with substance abuse and its psychological consequences (Persian)]. *Addiction.* 2008;(7):67-78.
30. Beck AT, Steer RA, Epstein N, Brown B. Beck self-concept test. *Psychol Assess.* 1990;2(2):191-7.
31. Namyar M. [A preliminary study of the feasibility, reliability, validity and form Beck's self-concept test for high school students in Tehran (Persian)]. Dissertation. Tehran, Iran: Allameh Tabatabaee University. 1996;1-87.
32. Shiffman S, Waters AJ, Hickcox M. The Nicotine Dependence Syndrome Scale: A multi-dimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tob Res.* 2004;6(2):327-48.
33. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction.* 2010;105:1117-28.
34. Steven M, Felice N, Jacka J, Pasco M, Berk A. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Med.* 2012;100:123.
35. Gonzalez A, Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Leyro TM, Marshall EC. An evaluation of anxiety sensitivity, emotional dysregulation, and negative affectivity among daily cigarette smokers: Relation to smoking motives and barriers to quitting. *J Psychiatr Res.* 2008;43(2):138-47.
36. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti NA, McNeill AD, et al. Recollections and repercussions of the first inhaled cigarette. *Addictive Behav.* 2004;29:261-72.
37. Mohamadpour Asl A, Fakhari A, Rostami F. [Survey of psychological factors related to transition in different stages of cigarette smoking in adolescents (Persian)]. *Daneshvar Med.* 2008;16(77):41-8.
38. Yorulmaz F, Akturk Z, Dalkic A. Smoking among adolescents, relation to school success, socioeconomic status, nutrition and self-esteem. *Swiss Med Weekly.* 2002;132(31-32):449-54.
39. Weiss JU, Garbanati JA, Tanjasiri SP, Xie B, Palmer PH. Effects of family functioning and self-image on adolescent smoking initiation among Asian-American subgroups. *J Adolesc Health.* 2006;39(2):221-8.
40. Weiss PA, Watson N, McGuire H. Smoking and self-concept in young adults: An idiographic method of measurement. *J Constructivist Psychol.* 2003;16(4):323-34.
41. Ayatollahi SAR, Mohammadpoorasl A, Rajaeefard AR. [Predicting three stages of smoking acquisition in them male students of Shiraz high Schools (Persian)]. *Med J Tabriz Univ Med Sci & Health Serv.* 2004;(64):10-5.
42. Farrar S, Stopa L, Turner H. Self-imagery in individual with high body dissatisfaction: the effect of positive and negative self-imagery on aspects of self-concept. *J Behav Ther & Exp Psychiat.* 2015;46:8-13.