

رابطه‌ی باورهای فراشناختی، راهبردهای خودتنظیمی و هیجانات منفی در مصرف سیگار دانشجویان

فهیمة قهوه‌چی^۱، دکتر شهرام محمدخانی^۲

نویسنده‌ی مسوول: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده‌ی علوم انسانی، گروه روانشناسی f.ghahvehchi@gmail.com

دریافت: ۹۰/۹/۱۹ پذیرش: ۹۱/۳/۱

چکیده

زمینه و هدف: کشیدن سیگار پدیده‌ی مهمی است که بدلیل طبیعت چندگونه‌ی آن در سال‌های اخیر تمایل دانشجویان را به سمت خود جلب کرده است. هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط باورهای فراشناختی، راهبردهای خودتنظیمی و هیجانات منفی با مصرف سیگار دانشجویان پسر بود.

روش بررسی: این بررسی از نوع زمینه‌یابی بود. ۲۵۰ دانشجوی پسر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های باورهای فراشناخت (MCQ-30)، راهبردهای مقابله با شرایط استرس‌زا (CISS)، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) و پرسشنامه‌ی محقق ساخته مصرف سیگار را تکمیل کردند. داده‌ها به کمک روش ضریب همبستگی و روش تحلیل رگرسیون تحلیل شد.

یافته‌ها: داده‌ها بیانگر این بود که باورهای فراشناختی، هیجانات منفی، راهبردهای خودتنظیمی با مصرف سیگار ارتباط دارند. بین باورهای فراشناختی و مصرف سیگار رابطه‌ی معنادار وجود داشت. همچنین بین راهبردهای خودتنظیمی از نوع هیجان مدار و مصرف سیگار رابطه‌ی مثبت به‌دست آمد ($P < 0/05$). در مجموع خرده مقیاس اضطراب بیمارستانی به تنهایی ۲/۶ درصد از واریانس مربوط به مصرف سیگار را به صورت معنادار تبیین می‌کرد.

نتیجه‌گیری: تعدیل و اصلاح باورهای فراشناختی دانشجویان و آموزش راهبردهای خود تنظیمی می‌تواند از طریق کاهش هیجانات منفی بر کاهش قابل ملاحظه‌ی مصرف سیگار دانشجویان تاثیر به‌سزایی داشته باشد.

واژگان کلیدی: باورهای فراشناختی، هیجانات منفی، افسردگی، اضطراب، سیگار

مقدمه

اگر چه سیگار در بین مواد مخدر به‌ظاهر کم‌تر اهمیت دارد و به‌دلیل سهولت در تهیه در دسترس عموم افراد قرار دارد و قبح اجتماعی آن ناچیز است. سیگار باعث ایجاد بسیاری از بیماری‌های جسمی و روانی از جمله سقط خود به خودی، افسردگی، سرطان ریه و غیره می‌گردد (۴). به‌طور کلی

از مصرف سیگار به‌عنوان اولین علت قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان نام‌برده می‌شود (۱). مصرف سیگار یکی از خطرناک‌ترین رفتارهای غیر بهداشتی است (۲). سیگارکشیدن یکی از رفتارهای پرمخاطره‌ی انسانی است که هزینه‌ی اقتصادی و اجتماعی زیادی بر جوامع تحمیل کرده است (۳).

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس

۲- متخصص روانشناسی، دانشیار دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

شایع در جهان محسوب می‌شود و براساس آمار اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت (WHO) ۳۴۰ میلیون نفر در جهان از افسردگی رنج می‌برند (۱۱) و اضطراب تشویشی فراگیر، مبهم و ناخوشایند است که اغلب، علایم دستگاه خودکار نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه‌ی سینه، ناراحتی مختصر معده با آن همراه است. مجموعه‌ی علایمی که در حین اضطراب وجود دارد، اغلب در هر فرد به گونه‌ای متفاوت از دیگران است (۱۳). هیجان‌ها معرف داده‌های درونی هستند که برانگیزش و رفتار اثر می‌گذارند. هیجان‌ها می‌توانند بر طیفی از فرایندهای شناختی از جمله حافظه، قضاوت، تصمیم‌گیری و سوگیری در توجه اثر بگذارند. سیمون می‌گوید انطباق مستلزم نظارت (بازبینی) محرک‌های مهم و جابجایی اهداف سازگار با اهداف جدید به دنبال اختلال در کارکرد است (۱۴). به نظر می‌رسد که خیلی از آن‌ها از تغییر در موفقیت یا شکست حاصل شده و از یک عمل برنامه‌ریزی شده نشات می‌گیرند. هیجان‌های ظاهر شده ممکن است باعث سوگیری در برنامه‌های در دست اقدام شوند. از عوامل تاثیر گذار در نگرش افراد برای مصرف سیگار در مواقع پرتنش نوع باورهای فراشناختی افراد است. باورهای فراشناختی در واقع شامل دانش‌ها و راهبردهایی است که شناخت افراد را کنترل می‌کند و به سه حیطه‌ی کلی دانش، تجارب و راهبردها تقسیم می‌شود (۱۵). سندرم شناختی - توجهی که به‌عنوان اصل بنیادی درمان فراشناختی مطرح است، شامل نوعی سبک تفکر مداوم به شکل نگرانی متمرکز بر رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه (مانند واپس‌رانی فکر، اجتناب، مصرف مواد) است. این سبک پیامدهایی دارد که به حفظ و تداوم هیجان‌ها و تقویت افکار منفی منجر می‌شود. به‌طور کلی، سندرم شناختی - توجهی موجب تداوم احساس تهدید در فرد می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد فراشناخت افرادی که سیگار مصرف می‌کنند از برخی جهات با افراد غیر سیگاری تفاوت داشته باشد. همچنین تجربه‌های

مصرف سیگار با اختلالات روانشناختی متعددی همراه است، بررسی‌های متعددی به‌همراه بودن مصرف سیگار و ابتلا به اختلالات خلقی از جمله اضطراب و افسردگی اشاره کرده‌اند (۵). براساس تخمین سازمان جهانی بهداشت (WHO) تقریباً ۱/۱ هزار میلیارد نفر سیگاری در جهان وجود دارد که ۸۸ درصد آن‌ها را مردان و بقیه را زنان تشکیل می‌دهند. وابستگی به نیکوتین بیشتر در کسانی رایج است که به اختلال‌های روانی مبتلا هستند (۶). بر اساس بررسی‌های به‌عمل آمده یک سوم درآمد خانوارهای فقیر صرف مصرف سیگار می‌شود. شیوع مصرف سیگار در ایران بین مردان ۲۷/۲ درصد و بین زنان ۳/۴ درصد بوده است (۷). شاخص مصرف سیگار در کشور ما در افراد بالای ۱۵ سال ۱۱/۹ درصد است (۸). برخی افراد از سیگار به‌عنوان ابزاری برای تعدیل خلق و احساسات منفی خود همچون خشم، اضطراب، افسردگی و برای مواجهه با تنش استفاده می‌کنند. بسیاری از سیگاری‌ها به‌هنگام مواجهه با تنش، اضطراب، خشم یا غمگینی سیگار بیشتری دود می‌کنند (۹). یافته‌ها نشان داده‌اند سیگار کشیدن منجر به کاهش اضطراب در سیگاری‌های با حساسیت بالای اضطراب در یک موقعیت استرس‌آور می‌شود، در حالی که چنین تاثیری در یک موقعیت عادی بدون استرس وجود ندارد (۱۰). پژوهش‌ها همچنین بیانگر این مطلب هستند که با سیگار نمی‌توان تنش و عصبانیت را کاهش داد و چنین احساسی در سیگاری‌ها به کاهش تنش ناشی از وابستگی به نیکوتین مربوط است تا تنش‌های واقعی زندگی بنابراین برخلاف این عقیده که سیگار کشیدن به کنترل خلق کمک می‌کند، مصرف آن در واقع بیقراری، تنش و افسردگی را در طول وابستگی بدن به نیکوتین افزایش می‌دهد. داده‌های سبب شناختی نشان داده‌اند که سیگار کشیدن احتمال ایجاد اختلالات اضطرابی خاص را افزایش می‌دهد (۱۱)، در واقع همواره سیگار کشیدن را با اضطراب و افسردگی همراه دانسته‌اند (۱۲). در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پرسشنامه محقق ساخته: این پرسشنامه براساس ابزار محقق ساخته محمدخانی (۱۹) تهیه شد. این پرسشنامه دارای دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی و بررسی وضعیت مصرف سیگار است که سابقه‌ی مصرف سیگار در بستگان، سن اولین بار مصرف سیگار، میزان مصرف سیگار را در ماه گذشته بر اساس دفعات مصرف و تعداد نخ سیگار اندازه‌گیری می‌کند. محمدخانی (۲۰) میزان ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آورده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۶۸ به دست آمد.

پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30): ویلز و کاریت-هاتن (۲۰۰۴) به منظور ارزیابی و اندازه‌گیری باورهایی در مورد نگرانی و افکار فرایندهای فراشناختی از قبیل میل به تمرکز و نظارت بر فکر کردن ساخته شده است (۲۱). این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس است. سوال‌های بر روی یک مقیاس لیکرتی از موافق نیستم=۱ تا کاملاً موافقم=۴ پاسخ داده می‌شود. سطح آلفای قابل قبول در مقیاس کلی ۰/۹ بود و آلفا برای هریک از خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ درجه‌بندی شد (۲۲). به‌گفته‌ی ابراک و همکاران همبستگی درونی آیتم‌های MCQ-30 بالاتر از ۰/۳ بود، و میزان همبستگی برای کل مقیاس در حدود ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ بود (۲۳). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای کل مقیاس و بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ برای عامل‌ها بود. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه MCQ-30، ۰/۸۳ و برای هر یک از خرده مقیاس‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۹، ۰/۵۷ و ۰/۶۶ به دست آمد. مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS): این پرسشنامه برای اولین بار توسط زیگموند و اسنیت در ۱۹۸۳ به‌عنوان ابزاری برای غربالگری در درمانگاه‌های سرپایی معرفی شد، این مقیاس به‌طور موازی افسردگی و اضطراب را

فراشناختی از چند طریق با اختلالات هیجانی در رابطه‌اند (۱۶). به‌طوری که اختلالات روانشناختی از تداوم پاسخ‌های هیجانی ناشی می‌شود (۱۷). خود تنظیمی نیز ممکن است به‌عنوان کنش‌هایی تعریف شود که به‌منظور اصلاح وضعیت کنونی فرد یا فعالیتی که از مجموع اهداف قبلی فرد برگرفته می‌شود، به‌کار گرفته شود (۱۸). در سال‌های اخیر مطالعاتی به‌بررسی رابطه مصرف سیگار و اختلالات روانی پرداخته است، در حالی که مفاهیمی از قبیل باورهای فراشناختی فرد که به فرایندهای فکری زیر بنایی اطلاق می‌شود، کمتر مورد توجه قرار گرفته است، بنابراین با توجه به اینکه مصرف سیگار از مشکلات شایع کنونی در جوامع و به‌خصوص قشر جوان (دانشجویان) است، لازم است این مفاهیم در کنار هم مورد بررسی قرار گیرند، از این رو پژوهش حاضر به‌منظور بررسی رابطه‌ی باورهای فراشناختی، هیجان‌ات منفی و راهبردهای خودتنظیمی با مصرف سیگار دانشجویان انجام گردید.

روش بررسی

این پژوهش که به منظور بررسی نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و هیجان‌ات منفی و راهبردهای خودتنظیمی در مصرف سیگار دانشجویان انجام شده است توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد و بر روی نمونه‌ای به حجم ۲۵۰ نفر (بر اساس جدول مورگان) از میان دانشجویان پسر دانشگاه تربیت معلم تهران (۸۵۰ نفر) که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ مشغول به تحصیل بودند و در مکان‌های عمومی دانشگاه از جمله کتابخانه و سایت مرکزی در دسترس بودند، انتخاب شدند و پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی MCQ-30، مقابله با موقعیت‌های استرس زا CISS-21، مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS) و پرسشنامه محقق ساخته مصرف سیگار را تکمیل کردند، که به‌علت ناقص بودن تعدادی از پرسشنامه‌ها، در نهایت داده‌های ۲۲۲ پرسشنامه

در افراد می‌سنجد، شامل ۱۴ آیتم است، ۷ آیتم برای ارزیابی اضطراب (سوالات فرد) و ۷ آیتم هم برای ارزیابی افسردگی (سوالات زوج). نمره‌گذاری بر روی یک مقیاس لیکرت ۰ تا ۴ انجام می‌گیرد (۲۳ و ۲۴). به‌طور کلی این مقیاس از نظر اعتبار و روایی خوب ارزیابی شده است (۲۵). در جمعیت ایرانی نیز این مقیاس و زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی دارای روایی، اعتبار و هماهنگی درونی مناسب بوده است (۲۶).

پرسشنامه‌ی سبک‌های مقابله‌ای با استرس (CISS) اندلر و پارکر (۱۹۹۰): این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر تهیه شده و توسط اکبرزاده (۱۳۷۶) (۲۷)، در ایران هنجاریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۴۸ ماده و ۳ خرده مقیاس است. هر سوال از ۵ مقیاس درجه‌بندی هرگز (نمره‌ی ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) تشکیل شده است. مطالعاتی که توسط اندلر و پارکر انجام شده است به‌ترتیب اعتبار خرده مقیاس‌های مساله‌مداری، هیجان‌مداری و اجتنابی را برای گروه دختران و پسران به‌ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۵/۹۲ و ۰/۸۲/۸۲ و ۰/۸۵ و ۰/۸۵ اعلام کرده‌اند (۲۸). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه سبک‌های مقابله ۰/۷۵ به‌دست آمد. همچنین میزان آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های سبک مقابله اجتنابی ۰/۷۳، سبک مقابله مساله‌مدار ۰/۷۴ و سبک مقابله هیجان‌مدار ۰/۶۸ بود. داده‌ها به‌کمک آمار توصیفی (شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (روش ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام) مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین گروه سنی دانشجویان ۲۴/۳ و انحراف معیار آن ۳/۲ بود. ۷۱/۷ درصد از دانشجویان در رشته‌های علوم انسانی تحصیل می‌کردند، ۴۳/۴ درصد از دانشجویان معدل شان بین ۱۶ تا ۱۷ بود. ۲۱۲ نفر شرکت کنندگان، ۳۳/۰۲ درصد در

سال سوم تحصیل‌شان بودند. ۸۱/۴۳ درصد از دانشجویان ساکن خوابگاه بودند. در مورد این سوال که آیا "از بستگان شما کسی سیگار می‌کشد؟" در حدود ۵۷/۴۹ درصد، در بین بستگان فرد سیگاری وجود نداشت. در بین بستگان دانشجویان بیشترین کسی که سیگار می‌کشید پدر خانواده بود (۵۸ درصد). از بین کل آزمودنی‌ها ۲۵/۱۴ درصد در حال حاضر به‌طور مرتب سیگار می‌کشند. ۲۹/۰۵ درصد در حال حاضر گاهی سیگار می‌کشند، ۲۸/۸۲ درصد فقط ۱ یا ۲ بار سیگار کشیده‌اند اما دیگر نمی‌کشند و ۲/۷۹ درصد در گذشته به‌طور مرتب سیگار کشیده‌اند اما دیگر نمی‌کشند. ۲۲/۳۸ شرکت کنندگان این پژوهش هرگز سیگار نکشیده‌اند. ۱۹/۵۲ درصد، در سن پایین‌تر از ۱۲ سالگی و ۱۰/۹۵ درصد از آنان در سن ۲۴-۲۱ سالگی برای اولین بار سیگار کشیده‌اند و در حدود ۵۰ درصد از افراد برای اولین بار بین ۱۳ تا ۲۰ سالگی سیگار کشیده‌اند.

بر اساس نتایج جدول ۱ می‌توان گفت رابطه‌ی بین سبک مقابله هیجان‌مدار و اضطراب بیمارستانی با ضریب ۰/۳۱۵ در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین هر قدر اضطراب فرد بالاتر باشد، از سبک مقابله هیجان‌مدار به میزان بیشتری استفاده می‌کند. با توجه به نتایج به‌دست آمده، رابطه‌ی بین مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی و مصرف سیگار با ضریب ۰/۱۶۱ و ۰/۱۴۳ معنادار بود (معنی‌داری در سطح ۰/۰۰۵)، در واقع هر چقدر مصرف سیگار افزایش یابد، میزان هیجانان منفی اضطراب و افسردگی نیز افزایش می‌یابد. براساس نتایج همبستگی پیرسون بین مصرف سیگار و سبک مقابله هیجان‌مدار همبستگی مثبت و معنی‌دار (۰/۱۴۵) به‌دست آمد. همچنین رابطه‌ی بین باورهای فراشناختی و سبک‌های مقابله اجتنابی، مساله‌مدار و هیجان‌مدار به ترتیب در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ با ضرایب همبستگی ۰/۱۵۱، ۰/۱۳۶ و ۰/۴۹۲ معنادار بود. بر اساس ماتریس همبستگی که در جدول ۱ ارائه شده است، رابطه‌ی بین باورهای فراشناختی و مصرف سیگار با

ضریب همبستگی ۰/۱۵۴ در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بیشتر باشد، مصرف سیگارشان نیز افزایش خواهد یافت. به این صورت که هرچه نمرات باورهای فراشناختی افراد

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	شماره متغیر									
۱	میزان مصرف سیگار	۱								
۲	باورهای فراشناختی	۰/۱۵۴*	۱							
۳	باورهای مثبت	۰/۱۲۲	۰/۶۱۱**	۱						
۴	کنترل ناپذیری افکار و خطر	۰/۱۴۱*	۰/۷۰۰**	۰/۱۴۵*	۱					
۵	اطمینان شناختی	۰/۰۵۵	۰/۶۷۹**	۰/۳۴۰**	۰/۳۸۲**	۱				
۶	نیاز به کنترل	۰/۱۲۰	۰/۷۰۸**	۰/۱۸۷**	۰/۵۵۴**	۰/۲۷۷**	۱			
۷	وقف شناختی	۰/۰۶۱	۰/۵۱۳**	۰/۲۳۷**	۰/۱۶۶*	۰/۰۴۱	۰/۳۵۰**	۱		
۸	مقابله اجتنابی	-۰/۰۲۵	۰/۱۵۱*	۰/۱۸۴**	۰/۱۳۰	۰/۰۹۹	-۰/۰۲۳	۰/۰۷۸	۱	
۹	مقابله مسئله مدار	-۰/۰۴۹	۰/۱۳۶*	۰/۱۳۲	-۰/۰۱۸	-۰/۰۹۱	-۰/۱۰۲	۰/۳۸۲**	۰/۲۸۴**	۱
۱۰	مقابله هیجان مدار	۰/۱۴۵*	۰/۴۹۲**	۰/۳۰۹**	۰/۴۹۰**	۰/۲۴۲**	۰/۳۸۱**	۰/۱۶۱*	۰/۲۱۵**	۰/۰۳۴
۱۱	اضطراب بیمارستانی	۰/۱۶۱*	۰/۳۶۶**	۰/۱۳۷*	۰/۵۰۶**	۰/۱۷۷**	۰/۲۵۱**	۰/۱۰۱	۰/۰۸۶	-۰/۰۶۷
۱۲	افسردگی بیمارستانی	۰/۱۴۳*	۰/۰۳۷	۰/۱۶۱*	-۰/۱۰۶	۰/۰۵۹	-۰/۰۴۴	۰/۰۳۵	۰/۱۳۱	۰/۱۲۱

بر اساس جدول ۲ خرده مقیاس اضطراب بیمارستانی به تنهایی ۲/۶ درصد از واریانس مربوط به مصرف سیگار را به صورت معنادار تبیین می‌کند و در میان سایر متغیرها اثر تبیین کنندگی بیشتری داشته است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی رابطه‌ی باورهای فراشناختی، راهبردهای خودتنظیمی و هیجان‌ات منفی با مصرف سیگار انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین سبک مقابله هیجان مدار و اضطراب رابطه‌ی مثبت وجود دارد که با نتایج تتیس دل و همکاران (۲۹) هماهنگ است.

همچنین بین باورهای فراشناختی با اضطراب در سطح ۰/۰۱، همبستگی مثبت و معنی‌دار با میزان ۰/۳۶۶ به‌دست آمد. در ادامه به منظور مشخص شدن نقش پیش‌بینی کنندگی هریک از متغیرهای پژوهش در مصرف سیگار از رگرسیون گام به گام استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۲ خلاصه شده است.

جدول ۲. نتایج رگرسیون چندگانه با روش گام به گام

متغیر ملاکی	R	تعدیل شده R ²	خطای معیار
مصرف سیگار	(a) ۱۶۱/۰	۰/۰۲۱	۰/۰۲۶
			۹۷۰۹۹/۲

(به ترتیب ۰/۶۶ و ۰/۱۲ درصد) شایع‌ترین اختلال‌ها بودند. از یافته‌های دیگر این پژوهش رابطه‌ی هیجانات منفی و راهبردهای خودتنظیمی بود، بنابراین هر قدر اضطراب و افسردگی فرد بالاتر باشد، از سبک‌های مقابله بیشتری استفاده می‌کند. در این زمینه کهرزهی و همکاران (۳۴) نیز به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های حل مساله می‌تواند به‌عنوان مداخله سودمندی در جهت تعدیل افسردگی و استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای موثر (مساله‌مدار) باشد. بین مصرف سیگار و سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار همبستگی مثبت به‌دست آمد. این یافته همسو با پژوهش بیندو و همکاران (۳۴) است، که در آن نشان داده شد در بین افرادی که سیگار مصرف می‌کردند، رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه از نوع هیجانی بیشتر دیده شده است. در این پژوهش امکان اجرا بر گروه دختران دانشجو وجود نداشت، و علی‌رغم اینکه سعی شد نمونه معرف جامعه باشد، باید در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت گردد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این موارد لحاظ گردد و سایر متغیرها در مصرف سیگار نیز مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو، تقویت راهبردهای خودتنظیمی و اصلاح باورهای فراشناختی منفی می‌تواند در کاهش هیجانات منفی تأثیر به‌سزایی داشته باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله ماحصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی مصوب دانشگاه تربیت معلم تهران در مقطع کارشناسی است. مراتب قدرانی خود را از کلیه‌ی کسانی که در انجام آن نقش داشته‌اند، اعلام می‌دارم.

همچنین در همین راستا ایراک و همکاران (۲۲) نیز به این نتیجه رسیدند که فراشناخت همبستگی بالایی با نشانگان اضطراب و وسواس فکری- عملی دارد. در واقع می‌توان امیدوار بود که اصلاح باورهای فراشناختی در بهبود هیجانات منفی تأثیر به‌سزایی داشته باشد. از دیگر یافته‌های این پژوهش این است که بین باورهای فراشناختی و مصرف سیگار رابطه‌ی مثبت وجود دارد. در رابطه با این یافته، کارهای پژوهشی اولیه که توسط تانی‌تو (۳۰) انجام گرفته، مدعی شده است که فراشناخت ممکن است یک تعدیل‌کننده کلیدی در رابطه بین هیجان و سوءمصرف کنندگان باشد. در همین راستا نیک‌سیو و همکاران (۳۱) نیز به این نتیجه رسیدند که افراد سیگاری هم از باورهای فراشناختی منفی و هم مثبت به‌طور مکرر استفاده می‌کنند، این در حالی است که هدف افراد از سیگار کشیدن کاهش هیجانات منفی و افزایش کارکردهای شناختی بوده است. همچنین بین مصرف سیگار و راهبردهای خودتنظیمی نیز ارتباط معنی‌داری یافت شد، همچنین پژوهشی که دلاور و همکاران (۳۲) انجام دادند به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ابراز وجود و حل مساله در پیشگیری و کاهش مصرف سیگار پرداختند، آن‌ها نیز به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های ابراز وجود و حل مساله در کاهش مصرف سیگار تأثیر دارد. با توجه به نتایج به‌دست آمده مصرف سیگار با هیجاناتی از قبیل اضطراب و افسردگی ارتباط معنی‌دار دارد. در همین راستا پاورتینا و همکارانش (۳۳) به ارتباط قوی بیماری‌های روحی و افسردگی ماژور و سیگار کشیدن پی‌بردند. آن‌ها دریافتند افرادی که سیگار می‌کشند، بیشتر دچار بیماری‌های روانی می‌گردند. در پژوهشی که پرویزی‌فرد و همکاران (۵) انجام دادند نیز به این نتیجه رسیدند که ۷۲/۳ درصد از معتادان مورد بررسی به‌ترتیب واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های خلقی و اضطرابی (غیر از مصرف مواد) بودند و در میان اختلال‌های خلقی و اضطرابی، افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر

References

- 1- Hays JT, Ebbert JO. Bupropion for the treatment of tobacco dependence: guidelines for balancing risks and benefits. *CNS Drugs*. 2003; 17: 71-83.
- 2- Mohtasham Amiri Z, Rahim zade H. Prevalence of smoking between male high school's teachers of Rasht in 2003. *J Zanjan Univ Med Sci*. 2005; 13: 39-45.
- 3- Riyahi E; Alivardinia A, Soleymani beshli M. Students's attitude of Qaem shahr's High school toward smoking. *Specific Journal of epidemiology*. 2009; 5: 44-54.
- 4- Hatamizadeh N, Ziayee P, Dolatabadi Sh, Vameghi R, Vasseghi R. Evaluation of Tehran pre-university students' awareness of effects of cigarette smoking. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2003; 9: 71-8.
- 5- Parvizifard A, Birashk B, Atefvahid M, Shakeri J. Comorbidity of mood disorder and anxiety in addicts seeking for treatment and normal individuals. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2001; 1: 45-54.
- 6- Loqmani L, Abbaszade A. Depression and nicotine dependence in client to Ayatollah Kashani's clinic of Kerman. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2001; 1: 18-25.
- 7- Mojahed A, Bakhshani N. Prevalence of smoking and drug in students of Zahedan's high school. *Tabib East Journal*. 2004; 6: 59-65.
- 8- Sharifi-rad GHR, Hazavei MM, Hasan- zadeh A, Danesh-amouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. *J Arak Univ Med Sci*. 2007; 10: 79-86.
- 9- Irak M, Tousan A. Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22: 1316-25.
- 10- Morissette SB, Brown TA, Kamholz BW, Gulliver SB. Differences between smokers and nonsmokers with anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2006; 20: 597-613.
- 11- Mehriar H. Depression, interpretations and cognitive therapy. Tehran: Roshd Publication; 2003.
- 12- Mykletun A, Overland S, Aaro LE, Liabo HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The HUNT study. *European Psychiatry*. 2008; 23: 77-84.
- 13- Sadock V, Sadock B. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences-clinical psychology. Translated by Rafiee H, Sobhanian K. Tehran: Arjmand Publication; 2003.
- 14- Simon HA. Motivational and emotional controls of cognition. *Psychological Review*. 1967; 74: 29-39.
- 15- Flavell JH. Metacognition and cognitivemonitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*. 1979; 34: 906-11.

- 16- Nelson TO, Kruglanski AW, Jost TJ. Knowing themselves and others: Progress in metacognitive social psychology. In: Yzerbyt VY, Lories G & Dardenne B (Eds.), *Metacognition: Cognitive and social dimensions*. London: Sage; 1998.
- 17- Wells A. *Metacognition therapy for anxiety and depression*. Translated by Mohammadkhani Sh. Tehran: Varaye danesh Publication; 2009.
- 18- Demetriou A. *Hand book of self- Regulation; Organization and development of self- understanding and self-regulation: Toward a General Theory*, University of Cyprus: Nicosia, Cyprus; 2000.
- 19- Mohammadkhani Sh. Construction of a questionnaire on risk factors protector of alcohol, cigarettes and other drug for identifying students who are at risk. United Nations Office on Drugs materials dealing with the UNODC in Iran. 2005.
- 20- Mohammadkhani Sh. Structural model of drug use in adolescents at risk: evaluation of direct and non direct effect of individual and social factors. *Research on psychological health Journal*. 2007; 1: 5-16.
- 21- Solem S, Haland AT, Vogel PA, Hansen B, Wells A. Changes in metacognition predicts outcomes in obsessive-compulsive disorder patients undergoing. *Behavi Res Therapy*. 2009; 47: 301-7.
- 22- Irak M, Tousan A. Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22: 1316-25.
- 23- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67: 361-70.
- 24- López-Alvarenga JC, Vázquez-Velázquez V, Arcila-Martínez D, Sierra-Ovando AE, González-Barranco J, Salín-Pascual RJ. Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese Mexican patients. *Rev Invest Clin*. 2002; 54: 403-9.
- 25- Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003; 25: 277-83.
- 26- Kaviani H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Validity and reliability of depression and anxiety scale: Iranian depressed patients. *Tehran Univ Medi J*. 2008; 67: 379-385.
- 27- Akbar zade N. *Transition from adolescence to old age (psychological development)*. Tehran: Azahra University; 1997.
- 28- Taqi loo S. *Comparison of self-esteem, coping styles with stress and anger in juvenile normal Teenagers of Tehran provinces in 1383-1382 [Dissertation]*. Tarbiat Moallem University; 2004.
- 29- Teasdale JD, Barnard PJ. *Affect, cognition and change: Remodelling depressive thought*. Hove: UK: Lawrence Erlbaum Associates; 1993.
- 30- Toneatto T. Metacognition and substance use. *Addictive Behaviors*. 1999; 24:167-74.
- 31- Nikčević AV, Spada MM. Metacognitions about smoking: a preliminary investigation.

Clin Psychol Psychotherapy. 2010; 17: 536-42.

31- Delavar A, Rashid K. The role of skills training and problem-solving tool in the prevention and reduction of smoking students in Tehran. *Psychological Studies*. 2004; 1: 19-34.

32- Paeivartina A, Verkkoniemi A, Niiastoe L, Kivelaes L, Sulkaca R. The prevalence and associates of depressive disorder in the oldest-old finns. *Soc Psychiatry Psychiaat Tzpidenol*. 1999; 34: 342-59.

33- Kahrazi F, Azadfallah P, Allahyari A. Effectiveness problem solving skills training to reduce Depression in students. *Psychol J*. 2003; 72: 127-42.

34- Bindu R, Sharma MK, Suman LN, Marimuthu P. Stress and coping behaviors among smokers. *Asian J Psychiatry*. 2011; 4: 134-8.

The Correlation between Metacognitive Beliefs, Coping Strategies, and Negative Emotions with Students' Smoking

Qahvehchi F¹, Mohammadkhani Sh²

¹School of Humanities, Dept. of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

²School of Psychology, Dept. of Psychology, Tarbiat Molalleh University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Qahvehchi F, School of Humanities, Dept. of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Email: F.ghahvehchi@gmail.com

Received: 10 Dec 2011 **Accepted:** 21 May 2012

Background and Objective: Smoking is an important phenomenon for its multi variables nature. College students had shown more tendency to it. The aim of the present research was to investigate the relationship between metacognitive beliefs, coping strategies, and negative emotions in students' smoking.

Materials and Methods: In a correlative study, 250 male students from Tarbiat Molalleh University were selected by convenience sampling method. The students were asked to complete the following questionnaires: metacognitive beliefs questionnaire (MCQ-30), coping inventory for stressful situations (CISS), hospital anxiety and depression scale (HADS), and researcher questionnaire about smoking. Pearson's correlation and regression algorithms were used to analyze the data.

Results: Results show that metacognitive beliefs, negative emotions, and coping strategies are associated with smoking. There was a significant correlation between metacognition and smoking. There was also a positive relationship between coping strategies and smoking ($P < 0.05$). In general, the hospital anxiety subscale alone explained 2.6% of the variance related to smoking.

Conclusion: Adjusting students' metacognitive beliefs and training coping strategies can substantially reduce smoking by alleviating their negative emotions

Keywords: *Metacognitive beliefs, Coping strategies, Negative emotion, Depression, Anxiety, Smoking*