



Difficulties in Emotion Regulation in Smoker Students with and without Social Anxiety

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Sepahvand T.^{*1} PhD,
Bahrami A.R.² PhD,
Bayat M.³ BSc

How to cite this article

Sepahvand T, Bahrami A.R, Bayat M. Difficulties in Emotion Regulation in Smoker Students with and without Social Anxiety. Pajouhan Scientific Journal. 2021;19(5):13-19.

ABSTRACT

Aims There is a high prevalence of smoking in individuals with psychiatric disorders. This research was conducted to compare difficulties in emotion regulation in smoker students with and without social anxiety.

Instrument & Methods This descriptive study included all undergraduate students who smoked at Arak University from 2018 to 2019. The statistical population was all smoker undergraduate students at Arak University (Arak, Iran) in 2018-2019. The purposive sampling method was used to select the research sample. At first, 120 people of them completed the Social Phobia Inventory (SPIN) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Then, based on the cutoff point scores of SPIN (19 to above), two divided groups, including two smoker groups with and without social anxiety (n=30 in each group), were selected and compared in terms of difficulties in emotion regulation.

Findings The results of Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) indicated not a significant difference in the linear composition of dependent variables in two groups (Wilks, $\lambda=0.722$, $F_{46,6}=2/269$, $p=0.053$). Univariate analysis of variance indicated a significant difference in two groups only in Difficulties Engaging in Goal-Directed Behavior (GOALS) component.

Conclusions The smoker students with social anxiety have more difficulties in GOALS. Therefore, it is proposed, this difficulty can be reduced using the education of emotion regulation skills.

Keywords Emotion Regulation; Smoker; Social Anxiety Disorders

CITATION LINKS

¹Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran

²Department of Motor Behavior and Sport Psychology, Faculty of Sport Sciences, Arak University, Arak, Iran

³Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

*Correspondence

Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran. Postal code: 3815688138.

Phone: +98 (86) 32777401

Fax: -

t-sepahvand@araku.ac.ir

Article History

Received: June 17, 2021

Accepted: August 30, 2021

ePublished: December 21, 2021

[1] Actual causes of death in the United ... [2] Cognitive dysfunction, affective states, and vulnerability ... [3] The prevalence of smoking (Cigarette and waterpipe) ... [4] Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation ... [5] Bracing for the worst, but behaving the best ... [6] Social anxiety disorder: A critical overview of ... [7] Diagnosing social anxiety disorder in the ... [8] Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry ... [9] Social anxiety and emotion regulation ... [10] Diagnostic and statistical manual of mental ... [11] Understanding social anxiety symptoms through ... [12] Impulsivity increases risk for coping-motivated ... [13] Relationships between social anxiety and ... [14] Evidence of broad deficits in emotion regulation ... [15] Emotion regulation in adulthood: Timing ... [16] Emotion regulation: Current status and future ... [17] Emotion regulation in ... [18] Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation ... [19] Loneliness and emotion regulation: Implications of having social ... [20] Valuing emotional control in social anxiety disorder ... [21] Emotion regulation and the anxiety disorders: ... [22] Assessing emotion regulation in social anxiety disorder ... [23] The role of anxiety sensitivity and emotion regulation ... [24] The predicting role of difficulties in emotion regulation ... [25] Emotion regulation strategies moderate the ... [26] Social anxiety and disinhibition: An ... [27] Social anxiety spectrum and diminished ... [28] The darker side of social anxiety: When aggressive ... [29] Regulating the interpersonal self: Strategic ... [30] The effect of mindfulness-based cognitive therapy and ... [31] Research methods in psychology and educational ... [32] Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based ... [33] Psychometric properties of the social phobia inventory ... [34] Evaluation of validity and reliability of social phobia ...

دشواری‌های تنظیم هیجان در دانشجویان سیگاری دارا و بدون اضطراب اجتماعی

تورج سپهوند* PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

علیرضا بهرامی PhD

گروه رفتار حرکتی و روان‌شناسی ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

محدثه بیات MA

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

چکیده

اهداف: مصرف سیگار شیوع بالایی در افراد دارای اختلالات روان‌پزشکی دارد. این پژوهش با هدف مقایسه دشواری‌های تنظیم هیجان در دانشجویان سیگاری دارا و بدون اضطراب اجتماعی انجام شد.

ابزار و روش‌ها: این پژوهش توصیفی شامل کلیه دانشجویان کارشناسی مصرف‌کننده سیگار در دانشگاه اراک در سال ۱۳۹۷-۹۸ بود. برای انتخاب نمونه پژوهش از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. ابتدا، تعداد ۱۲۰ نفر از آنها پرسش‌نامه هراس اجتماعی و مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان را تکمیل نمودند. سپس با توجه به نمره برش (۱۹ و بالاتر) در پرسش‌نامه هراس اجتماعی، دو گروه ۳۰ نفره جداگانه، شامل دو گروه سیگاری دارا و بدون اضطراب اجتماعی، انتخاب و از لحاظ دشواری‌های تنظیم هیجان مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) نشان داد که تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرهای وابسته دو گروه وجود نداشت (لامبدا ویلکز = ۰/۷۷۲۷، $F_{46,6}=2/269$ ، $p=0/053$). نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره تنها از لحاظ مولفه دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند (اهداف) تفاوت معناداری بین دو گروه نشان داد.

نتیجه‌گیری: افراد سیگاری دارای اضطراب اجتماعی، دشواری‌های بیشتری در دست‌زدن به رفتار هدفمند دارند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این مشکل می‌تواند با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان کاهش داده شود.

کلیدواژه‌ها: تنظیم هیجان، سیگاری، اختلال اضطراب اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۸

*نویسنده مسئول: T-sepahvand@araku.ac.ir

مقدمه

مصرف سیگار یکی از علت‌های منجر به مرگ قابل پیش‌گیری نه‌تنها در دنیای غرب بلکه در کل جهان است [1, 2]. در این میان مصرف دخانیات در بین دانشجویان دانشگاه یکی از نگران‌کننده‌ترین مشکلات در سراسر جهان است [3]. محققان معتقدند که اگرچه شیوع مصرف سیگار در سال‌های اخیر کاهش یافته است، اما خرده‌جمعیت‌های مشخصی با نرخ بالایی به مصرف آن ادامه می‌دهند، به‌گونه‌ای که این مشکل به‌ویژه شیوع بالایی در افراد دارای اختلالات روان‌پزشکی دارد. به‌عنوان مثال، افرادی که آسیب‌های شناختی و عاطفی در بافت شرایط روان‌پزشکی نشان می‌دهند در معرض خطر بیشتری برای مصرف سیگار و اعتیاد به تنباکو هستند؛ به علت اینکه ممکن است نیکوتین پردازش شناختی و هیجانی را

در بعضی شرایط، از جمله در طی ترک تنباکو، بهبود دهد، خوددرمانی نقایص شناختی و عاطفه‌پذیری منفی به‌عنوان علتی برای نرخ بالای سیگارکشیدن در میان افراد دارای اختلالات روان‌پزشکی پیشنهاد شده است. بر این اساس، رابطه قوی بین اختلالات اضطرابی و مصرف تنباکو نیز وجود دارد [2]. به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای، بیماران دارای اختلالات اضطرابی، مانند اضطراب اجتماعی، وابستگی به نیکوتین شدیدتری را نشان دادند [4]. اضطراب اجتماعی که به‌عنوان هراس اجتماعی نیز شناخته می‌شود، پدیده‌ای است که توسط ترس و پریشانی شخص در مورد ارزشیابی‌های بالقوه منفی دیگران مشخص می‌شود [5]. این اختلال شامل ترس شدید و پایدار از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی [6] و به عبارت دقیق‌تر، ترس شدید و مداوم از شرمند شدن یا مورد موشکافی و ارزیابی منفی قرارگرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا در زمان انجام فعالیت‌هایی در حضور دیگران است [7]. وقتی فرد در چنین موقعیت‌هایی در برابر دیگران واقع می‌شود یا این احتمال وجود دارد که دیگران او را مورد موشکافی قرار دهند، می‌ترسد به گونه‌ای رفتار کند که تحقیر یا شرمند شود [8]. بنابراین، این افراد با اجتناب بالا [9] از موقعیت‌های اجتماعی دوری کرده یا با ترس و اضطراب شدید آنها را تحمل می‌کنند [10]. اختلال اضطراب اجتماعی که از شایع‌ترین و مزمن‌ترین اختلالات روان‌شناختی در بین دانشجویان [11] است، ممکن است با مصرف سیگار مرتبط باشد. این اختلال به‌عنوان عامل خطر اعتیاد، مصرف الکل و مشکلات زودهنگام مرتبط با این اختلالات در بین نوجوانان و جوانان مطرح شده است [12]. و/تسون و همکاران [13] نیز در پژوهشی روابط بین اضطراب اجتماعی و اجتناب تجربی خاص سیگارکشیدن را بررسی کردند. آنها نشان دادند که اضطراب اجتماعی با سطح پایینی از پذیرش افکار، احساسات و هیجانانی همراه است که مشخصه‌های مصرف سیگار هستند.

افراد دارای مشکلات اضطرابی احتمال بیشتری دارد از شیوه‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان نیز استفاده کنند [14]. تنظیم هیجان شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری آگاهانه یا ناآگاهانه است که برای کاهش، حفظ یا افزایش هیجان به‌کار می‌رود [15] و این موضوع را که "شخص چه هیجان‌هایی را در چه زمان‌هایی داشته و چگونه آنها را تجربه و بیان می‌کند" تحت تاثیر قرار می‌دهد [16]. همچنین، تنظیم هیجان به‌عنوان ظرفیت تاثیرگذشتن بر تجربه و بیان هیجان خود تعریف می‌شود و مهارتی پیچیده است که در سراسر عمر تحول می‌یابد [17]. دشواری تنظیم هیجان نیز از طریق بروز مشکلاتی در آگاهی، درک و پذیرش هیجان‌ها، فقدان دسترسی به راهبردهای انطباقی در مواجهه با هیجان‌های مختلف یا ناتوانی در کنترل رفتار هنگام مواجهه با انگیزه‌های شدید هیجانی تعریف می‌شود [18]. شواهد جدید، بیانگر آن است که مشکل در تنظیم هیجان، ممکن است نقش مهمی در اختلالات اضطرابی داشته باشد؛ به‌ویژه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با افراد فاقد این اختلال، مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجان‌ات گزارش می‌دهند [19]. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی

افراد سیگاری و غیرسیگاری انجام شده است، اما در حد مطالعات مورد بررسی، هیچ کدام از آنها افراد سیگاری دارا و بدون اضطراب اجتماعی را از لحاظ دشواری‌های تنظیم هیجان مقایسه نکرده‌اند. بنابراین با توجه به این چالش، هدف پژوهش حاضر، بررسی دشواری‌های تنظیم هیجان در دانشجویان سیگاری دارا و بدون اضطراب اجتماعی بود.

ابزار و روش‌ها

پژوهش توصیفی حاضر، مطالعه‌ای کاربردی دارای طرح علی-مقایسه‌ای و شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی مصرف‌کننده سیگار دانشگاه اراک در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. در این پژوهش از طریق نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۱۲۰ نفر سیگاری به پرسش‌نامه هراس اجتماعی و مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان پاسخ دادند. اما با توجه به اینکه تعداد واقعی افراد جامعه دانشجویان سیگاری در اختیار نبود و با توجه به اینکه نیاز به مقایسه دو گروه سیگاری با و بدون اضطراب اجتماعی بود و از طرفی برای پژوهش‌هایی از نوع علی-مقایسه‌ای حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر در هر گروه توصیه می‌شود^[31]، بر مبنای نمرات برش (۱۹ و بالاتر) پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی دو گروه سیگاری ۳۰ نفره با و بدون اضطراب اجتماعی انتخاب شدند. اما با توجه به ناکامل بودن بعضی از پرسش‌نامه‌های مربوط به دشواری‌های تنظیم هیجان، در تحلیل نهایی تعداد ۲۵ نفر سیگاری دارای اضطراب اجتماعی (با میانگین سنی ۲۱/۳۲ سال) و ۲۸ نفر سیگاری بدون اضطراب اجتماعی (با میانگین سنی ۲۱/۷۵) به عنوان نمونه نهایی مورد مقایسه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان باید مصرف‌کننده سیگار با حداقل روزی یک نخ سیگار و بدون وابستگی به ماده اعتیادآور دیگری می‌بودند و پرسش‌نامه‌ها را به طور دقیق پاسخ می‌دادند. افرادی که پرسش‌نامه‌های پاسخ داده شده توسط آنها ناقص بودند، کنار گذاشته شدند.

از ابزارهای زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شد.

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی (Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS)

این مقیاس شاخصی خود-گزارشی است که توسط گرتز و رومر^[18] برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجان ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده‌مقیاس است. پاسخ هر آزمودنی در دامنه‌ای از ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجان است. عبارات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ در این مقیاس معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. خرده‌مقیاس‌های آن عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش)، دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، دشواری‌های کنترل تکانه (تکانه)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها) و فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت). نتایج مربوط به بررسی پایایی این مقیاس، همسانی درونی آن را برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۸۰ برای آگاهی و ۰/۸۹ برای اهداف

اعتقادات قوی‌تری در مورد ارزش کنترل هیجانی و باورهایی در مورد هیجان ثابت‌تر نسبت به بزرگسالان سالم داشتند. آن‌ها همچنین باورهای منفی درباره هیجان‌ات (بالقوه) را حفظ می‌کنند^[20]. مشکلات هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است شامل عدم آگاهی از حالات هیجانی خود و همچنین عدم توانایی برای تنظیم هیجان‌ها باشد^[21]. همچنین، درک هیجانی ضعیف و عدم پذیرفتن هیجان‌ها، پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای اختلال اضطراب اجتماعی هستند^[22]. شواهدی نیز برای تنظیم هیجان انعطاف‌ناپذیر در افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا فراهم آمده است که در عدم تمایل به تجربه هیجان‌ات منفی منعکس شده است^[9]. بنابراین، مشکلات تنظیم هیجان با شدت علائم اضطراب اجتماعی همراه است^[11]. برعکس، مطابق آنچه جاکوبز و همکاران نشان دادند که درک هیجانی بالا، استفاده مناسب از هیجان‌ات و تجربه هیجانی مثبت، ارتباط منفی معناداری با شدت اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به این اختلال دارد^[23].

ظاهراً دشواری در تنظیم هیجان با اعتیادپذیری هم مرتبط است، به‌طوری که مولفه‌های تنظیم هیجان ۳۷/۵٪ از اعتیادپذیری را پیش‌بینی می‌کنند. در این زمینه /وریک و همکاران نشان دادند که افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فراگرفته‌اند، ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند. همچنین، عزیزی و همکاران نشان دادند که بین وابستگی به سیگار و اختلال در تنظیم هیجان رابطه وجود دارد^[24]. ظاهراً، استراتژی‌های تنظیم هیجان مشکلاتی مانند تاثیر القای عاطفه منفی بر اشتیاق به الکل در دانشجویان الکلی را نیز تعدیل می‌کند^[25]. علاوه بر این، محققان در مطالعه‌ای در مورد دانشجویان دانشگاه دریافتند که افراد دارای اضطراب اجتماعی بازدارنده نشده و خطرپذیر، نسبت به افراد دارای اضطراب اجتماعی بازدارنده شده یا افراد بدون اضطراب اجتماعی، مشکلات بیشتری را در مدیریت هیجان‌ات منفی و تکانه‌های خصمانه نشان دادند. آن‌ها در یک پی‌گیری سه ماهه، رفتار جنسی خطرناک، پرخاشگری و سوء مصرف مواد بیشتری را نشان دادند^[26]. بدین ترتیب، افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، در تلاش برای اجتناب از احساسات مضطربانه^[27]، رفتارهای تکانشگرانه و ریسک‌پذیری مانند سوء مصرف مواد را با هدف تنظیم کوتاه‌مدت و ظاهراً انطباقی اضطراب نشان می‌دهند که بهزیستی آنها را در درازمدت به خطر می‌اندازد^[28]. برعکس، وجود ظرفیت‌های خود-کنترلی قوی‌تر در افراد دارای اضطراب اجتماعی، آن‌ها را از پرخاشگری و خود درمانی با الکل و داروها محافظت می‌کند^[29]. علاوه بر این، آموزش تنظیم هیجان می‌تواند برای کاهش نشخوار ذهنی و اضطراب اجتماعی در نوجوانان مستعد اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد^[30].

بدین ترتیب، سطح اضطراب اجتماعی در افراد سیگاری، ممکن است با میزان دشواری‌های تنظیم هیجان آنها مرتبط باشد. هرچند تحقیقات جداگانه‌ای راجعه به اضطراب اجتماعی و تنظیم هیجان در

نشان داد[18]. همچنین، در ایران همسانی درونی ۰/۸۶ را برای کل مقیاس و برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۶۳ برای آگاهی و ۰/۸۵ برای شفافیت گزارش کرده‌اند[32]. در ارتباط با روایی این مقیاس نیز همبستگی مقیاس کلی و خرده‌مقیاس‌های آن با مقیاس تنظیم خلق منفی بین ۰/۳۴- (برای آگاهی هیجانی) تا ۰/۶۹- (برای مقیاس کلی و راهبردهای تنظیم هیجان) به‌طور معنادار گزارش شده است[18].

پرسش‌نامه هراس اجتماعی (Social Phobia Inventory; SPIN): این پرسش‌نامه که توسط کونور و همکاران[33] ساخته شده است، شامل سؤالاتی است که ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی را می‌سنجد. هر کدام از ۱۷ سؤال آن در مقیاسی از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود که نمرات بیشتر با آشفتگی بیشتر تطابق دارد. نمره ۱۹ این مقیاس بین آزمودنی‌های دارای اضطراب اجتماعی و گروه کنترل تمایز ایجاد می‌کند. پایایی درونی این آزمون برای آزمودنی‌های دارای هراس اجتماعی از ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ و برای گروه کنترل ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. روایی سازه آن نیز با ثابت‌کردن اینکه سطوح متفاوت شدت هراس اجتماعی توسط سطوح متفاوت نمرات این مقیاس منعکس می‌شود، نشان داده شده است[33]. در ایران، پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۸ و ۰/۸۴ به دست آمده است و روایی آن از طریق همبستگی با آزمون اضطراب چک‌لیست ۹۰ ماده‌ای (SCL-90) به دست آمد[34].

پژوهش حاضر توسط معاونت پژوهشی دانشگاه اراک تایید شده است. همچنین، برای رعایت اصول اخلاقی، ضمن بیان هدف کلی پژوهش، رضایت آزمودنی‌ها برای مشارکت در پژوهش جلب شد و به آنها از لحاظ محرمانه‌ماندن اطلاعات نیز اطمینان داده شد. همچنین، تلاش شد که آسیبی به سلامت روانی یا جسمانی شرکت‌کنندگان وارد نشود. در نهایت با توجه به مقایسه دو گروه مستقل در چندین متغیر وابسته فاصله‌ای (مولفه‌های دشواری‌های تنظیم هیجان) داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

آزمودنی‌های مورد بررسی، همگی دانشجوی مقطع کارشناسی بودند که در قالب دو گروه سیگاری دارای اضطراب اجتماعی (با میانگین سنی $21/32 \pm 2/23$ سال) و بدون اضطراب اجتماعی (با میانگین سنی $21/75 \pm 2/19$ سال) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. آزمون t برای مقایسه دو گروه مستقل، تفاوت معناداری بین دو گروه از لحاظ سنی نشان نداد ($t_{51} = 0/708$, $p = 0/482$) که شرایط تقریباً یکسان دو گروه را از لحاظ سنی نشان می‌داد. با این حال، دو گروه از لحاظ اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری با هم داشتند ($t_{51} = 10/38$, $p = 0/001$) که نشان می‌داد دو گروه واقعاً از نظر اضطراب اجتماعی با یکدیگر متفاوت بودند.

خلاصه نتایج میانگین آماری نمرات شرکت‌کنندگان دو گروه در متغیر دشواری‌های تنظیم هیجان و مولفه‌های آن در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱) نتایج میانگین آماری متغیرهای مورد بررسی در مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی به تفکیک دو گروه

متغیر	مضطرب اجتماعی	غیرمضطرب اجتماعی
دشواری‌های تنظیم هیجانی	$95/80 \pm 23/64$	$83/07 \pm 11/17$
عدم پذیرش	$14/72 \pm 5/49$	$13/21 \pm 4/81$
اهداف	$15/28 \pm 4/44$	$11/86 \pm 3/97$
تکانه	$16/00 \pm 6/27$	$13/96 \pm 5/18$
آگاهی	$16/56 \pm 4/24$	$14/36 \pm 3/88$
راهبردها	$21/28 \pm 6/43$	$19/14 \pm 7/56$
شفافیت	$11/96 \pm 4/01$	$10/54 \pm 4/15$

بررسی مفروضه‌های مانووا نشان داد که بین ماتریس‌های کوواریانس دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($M = 31/742$ با کس و $p = 0/149$). آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود داشت ($172/995 =$ تقریب مجذور کای و $p = 0/001$). همچنین نتایج آزمون لوین حاکی از برابری واریانس‌های خطای متغیرهای مورد بررسی در دو گروه موردنظر بود ($p > 0/01$). بنابراین، حداقل پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل واریانس چند متغیره وجود داشت. نتایج حاصل از اجرای مانووا نشان‌دهنده تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرهای وابسته در دو گروه مورد بررسی نبود ($0/772 =$ لامبدا ویلکز، $F = 2/269$, $p = 0/053$ و $p = 0/228 =$ مجذور اتای تفکیکی). با این حال، در ادامه از آزمون‌های تک متغیری تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت دو گروه در هر یک از متغیرهای وابسته استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۲) نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت دو گروه در متغیرهای وابسته

متغیر	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجدور اتای توان آماری	تفکیکی
عدم پذیرش	$29/94$	$1/13$	$0/292$	$0/181$	$0/022$
اهداف	$154/73$	$8/74$	$0/005$	$0/827$	$0/146$
تکانه	$54/73$	$1/67$	$0/202$	$0/245$	$0/032$
آگاهی	$64/09$	$3/88$	$0/054$	$0/490$	$0/071$
راهبردها	$60/32$	$1/21$	$0/276$	$0/191$	$0/023$
شفافیت	$26/79$	$1/60$	$0/212$	$0/237$	$0/030$

تنها در مولفه دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند (اهداف)، تفاوت معناداری بین دو گروه مورد بررسی وجود داشت، به‌گونه‌ای که گروه مضطرب اجتماعی، دشواری‌های بیشتری در دست‌زدن به رفتار هدفمند داشتند.

اجتماعی، مشکلات بیشتری را در مدیریت هیجانات منفی و تکانه‌های خصمانه نشان دادند^[26]. این افراد در تلاش برای اجتناب از احساسات مضطربانه^[27]، رفتارهای تکانشگرانه و ریسک‌پذیری مانند سوء مصرف مواد را با هدف تنظیم کوتاه‌مدت و ظاهراً انطباقی اضطراب نشان می‌دهند^[28]. بنابراین، ممکن است که افراد دارای اضطراب اجتماعی مورد بررسی در این پژوهش عمدتاً از این دسته افراد نبوده و دشواری‌های تنظیم هیجان شدیدتری را نسبت به افراد بدون اضطراب اجتماعی نشان نداده‌اند.

با وجود آنچه گفته شد، در مورد یکی از مولفه‌های دشواری‌های تنظیم هیجان یعنی دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند (اهداف) تفاوت معناداری بین افراد سیگاری دارا و بدون اضطراب اجتماعی وجود داشت. این نتیجه احتمالاً با توجه به این نکته قابل انتظار است که تنظیم هیجان شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری آگاهانه یا ناآگاهانه است که برای کاهش، حفظ یا افزایش هیجانی به‌کار می‌رود^[15]. به عبارت دیگر، از آنجا که دست‌زدن به رفتار هدفمند عمدتاً فعالیت شناختی تنظیم هیجان است و در تعریف تنظیم هیجان نیز بر راهبردهای شناختی آگاهانه یا ناآگاهانه تاکید شده است، منطقی به نظر می‌رسد که افراد سیگاری دارای اضطراب اجتماعی نسبت به افراد سیگاری بدون اضطراب اجتماعی مشکلات بیشتری را در این مولفه یعنی دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند داشته باشند. اصولاً ابهام در مورد آینده و نداشتن هدف منبع اضطراب است و ممکن است یکی از دلایلی که جوانان به مصرف سیگار روی می‌آورند، کاهش این ابهام و بی‌هدفی باشد یا آنهایی که اضطراب اجتماعی دارند در تنظیم هیجان و به‌ویژه در دست‌زدن به رفتار هدفمند (اهداف) برای تنظیم هیجانات منفی خود، مشکلات بیشتری داشته باشند. در این افراد، اضطراب بالا احتمالاً به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی موثر آسیب وارد کرده و رفتار هدفمند را در آنها دچار مشکی می‌نماید. همچنین شاید وضعیت برعکس بوده و افراد به‌دلیل نداشتن توانایی دست‌زدن به رفتار هدفمند به‌ویژه در موقعیت‌های اجتماعی دچار اضطراب شوند.

محدودبودن جامعه آماری پژوهش به دانشجویان دانشگاه اراک و دشواری گسترش جامعه افراد سیگاری به گروه‌های بیشتری که به‌طور واقعی‌تری معرف جامعه باشند و نیز تکیه صرف بر ابزارهای خودسنجی، از محدودیت‌های عمده پژوهش حاضر بود. این مساله احتمالاً می‌تواند تعمیم‌دهی نتایج را با احتیاط بیشتری روبرو کند. محدودیت دیگر این پژوهش، دشواری در کنترل متغیرهای مزاحم احتمالی با توجه به طرح مطالعه علی-مقایسه‌ای مورد استفاده بود. هر چند در پژوهش حاضر بر مبنای نمرات برش پرسش‌نامه هراس اجتماعی دو گروه با و بدون اضطراب اجتماعی انتخاب شد اما شاید با انتخاب موارد بالینی این اختلال و اعمال کنترل بیشتر و نیز انجام تحقیقات تجربی دقیق‌تر بتوان به روابط علی قطعی‌تری رسید.

پیشنهاد می‌شود برای تعمیم بیشتر نتایج، پژوهش‌های آتی با حجم بزرگ‌تر و استفاده از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات نظیر

دشواری‌های تنظیم هیجان یک متغیر روان‌شناختی مهم است که ممکن در افراد سیگاری وجود داشته باشد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، ترکیب خطی دشواری‌های تنظیم هیجان در افراد سیگاری دارا و بدون اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری نداشتند و تنها در مولفه دشواری‌های دست‌زدن به رفتار هدفمند (اهداف) تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد. آنچه مشخص است، این است که شواهد جدید نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است که مشکلات هیجانی داشته باشند^[21] و این مشکلات پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای اختلال اضطراب اجتماعی هستند^[22]. همچنین، افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا تنظیم هیجان انعطاف‌ناپذیر دارند^[9]. در نتیجه، مشکلات تنظیم هیجان با شدت علائم اضطراب اجتماعی همراه بوده^[11] و برعکس مطابق آنچه جاکوبز و همکاران نشان دادند که توانایی تنظیم هیجان بالا، ارتباط منفی معناداری با شدت اضطراب اجتماعی دارد^[23]. با وجود این، در پژوهش حاضر بیشتر مولفه‌های دشواری‌های تنظیم هیجان در دو گروه مورد بررسی دارای تفاوت معنادار نبود و این نتیجه با نتایج ذکرشده فوق ناهمسو است. این نتایج را می‌توان با توجه به نمونه خاص مورد بررسی در این پژوهش و ویژگی مشترک دو گروه مورد بررسی آن یعنی سیگاری‌بودن آنها و اینکه مصرف سیگار نیز با دشواری‌های تنظیم هیجان مرتبط است، تبیین نمود. به عبارت دیگر، در پژوهش حاضر نمونه‌ای خاص یعنی افراد سیگاری در قالب دو گروه دارا و بدون اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است و ممکن است که دشواری‌های تنظیم هیجان بیشترین ارتباط خود را با مصرف سیگار نشان داده باشد و کمتر در بحث اضطراب اجتماعی، خود را نشان داده باشد. این بدان معناست که افراد هر دو گروه دارا و بدون اضطراب اجتماعی که سیگاری بوده‌اند از سطح دشواری‌های تنظیم هیجان تقریباً یکسانی برخوردار بوده و در نهایت تفاوت معناداری با یکدیگر حتی با وجود سطح اضطراب اجتماعی متفاوت نشان نداده‌اند. این تبیین با توجه به نتایج تحقیقاتی که بر اساس آنها دشواری در تنظیم هیجان اعتیادپذیری را پیش‌بینی می‌کنند و نیز نتایج پژوهش /وریک و همکاران که افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فراگرفته‌اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به‌عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند و نیز پژوهش عزیز و همکاران که بین وابستگی به سیگار و اختلال در تنظیم هیجان رابطه وجود دارد^[24]، منطقی به نظر می‌رسد. علاوه بر آنچه گفته شد، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به‌دلیل تعداد نسبتاً پایین افراد دو گروه مورد بررسی با نتایج پژوهش‌های دیگران متفاوت بوده باشد. تبیین دیگر در ارتباط با نتایج پژوهش حاضر آن است که همه افراد دارای اضطراب اجتماعی لزوماً مشکلات تنظیم هیجان یا مشکلاتی مانند سیگارکشیدن را نشان نمی‌دهند. مثلاً در مطالعه‌ای مشخص شد که افراد دارای اضطراب اجتماعی بازدارنده و خطرپذیر، نسبت به افراد دارای اضطراب اجتماعی بازدارنده یا افراد بدون اضطراب

psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW); 2015.

9- O'Toole MS, Zachariae R, Mennin DS. Social anxiety and emotion regulation flexibility: Considering emotion intensity and type as contextual factors. *Anxiety Stress, & Coping*. 2017;30(6):716-24.

10- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Virginia: American Psychiatric Pub; 2013.

11- Perry M. Understanding social anxiety symptoms through interpersonal emotion regulation strategies. Mississippi: Electronic Theses and Dissertations; 2020.

12- Keough MT, Badawi G, Nitka D, O'Connor RM, Stewart SH. Impulsivity increases risk for coping-motivated drinking in undergraduates with elevated social anxiety. *Pers Individ Dif*. 2016;88(1):45-50.

13- Watson NL, Heffner JL, McClure JB, Bricker JB. Relationships between social anxiety and smoking-specific experiential avoidance. *J Dual Diagn*. 2017;13(1):1-5.

14- Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cogn Ther Res*. 2006;30(4):469-80.

15- Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Curr Dir Psychol Sci*. 2001;10(6):214-9.

16- Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychol Inq*. 2015;26(1):1-26.

17- Rutherford HJ, Wallace NS, Laurent HK, Mayes LC. Emotion regulation in parenthood. *Dev Rev*. 2015;36:1-14.

18- Gratz KL, 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;26(1):41-54.

19- Eres R, Lim MH, Lanham S, Jillard C, Bates G. Loneliness and emotion regulation: Implications of having social anxiety disorder. *Aust J Psychol*. 2021;73(1):46-56.

20- Goodman FR, Kashdan TB, İmamoğlu A. Valuing emotional control in social anxiety disorder: A multimethod study of emotion beliefs and emotion regulation. *Emotion*. 2021;21(4):842-55.

21- Rodebaugh TL, Heimberg RG. Emotion regulation and the anxiety disorders: Adopting a self-regulation perspective. Vingerhoets JJM, Nyklíček I, Denollet J, editors. *Emotion Regulation*. Heidelberg: Springer; 2008. p. 140-9.

22- Werner KH, Goldin PR, Ball TM, Heimberg RG, Gross JJ. Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *J Psychopathol Behav Assess*. 2011;33(3):346-54.

23- Mashhadi A, Gasemipoor A, Akbari E, Elbeigi R, Hasanzadeh S. The role of anxiety sensitivity and emotion regulation in prediction of students social anxiety disorder. *Knowl Res Appl Psychol*. 2013;14(52):89-99. [Persian]

24- Esmaeilinasab M, Andami Khoshk A, Azarmi H, Samar Rokhi A. The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. *Res Addict*. 2014;8(29):49-63. [Persian]

25- You DS, Rassu FS, Meagher MW. Emotion regulation strategies moderate the impact of negative affect induction on alcohol craving in college drinkers: An experimental paradigm. *J Am Coll Health*. 2021. [In Press]

صاحبه و مشاهده نیز انجام شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، ضمن بررسی موارد بالینی مبتلا به این اختلال و اعمال کنترل بیشتر و نیز انجام مطالعات تجربی، با دیگر اختلالات اضطرابی نیز مقایسه شود.

نتیجه‌گیری

افراد سیگاری دارای اضطراب اجتماعی، دشواری‌های بیشتری در دست‌زدن به رفتار هدفمند دارند.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه اراک و کلیه کسانی که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: پژوهش حاضر طی نامه شماره ۹۸/۱۲۵۷۷ مورخ ۱۳۹۸/۱۲/۱۴ توسط معاونت پژوهشی دانشگاه اراک تأیید شده است.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

سهم نویسندگان: تورج سپهوند (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روش‌شناس/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۵۰٪)؛ علیرضا بهرامی (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۲۵٪)؛ محدثه بیات (نویسنده سوم)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۲۵٪).

منابع مالی: پژوهش حاضر بر مبنای گرنت شماره ۹۸/۱۵۷/ف.ق. مورخ ۱۳۹۸/۰۵/۱۲ تخصیص داده شده توسط معاونت پژوهشی دانشگاه اراک انجام شده است.

منابع

- 1- Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *Jama*. 2004;291(10):1238-45.
- 2- Besson M, Forget B. Cognitive dysfunction, affective states, and vulnerability to nicotine addiction: A multifactorial perspective. *Front in Psychiatry*. 2016;7:160.
- 3- Nasser AMA, Geng Y, Al-Wesabi SA. The prevalence of smoking (Cigarette and waterpipe) among university students in some Arab countries: A systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2020;21(3):583-91.
- 4- Piper ME, Cook JW, Schlam TR, Jorenby DE, Baker TB. Anxiety diagnoses in smokers seeking cessation treatment: relations with tobacco dependence, withdrawal, outcome and response to treatment. *Addiction*. 2011;106(2):418-27.
- 5- DeWall CN, Buckner JD, Lambert NM, Cohen AS, Fincham FD. Bracing for the worst, but behaving the best: Social anxiety, hostility, and behavioral aggression. *J Anxiety Disord*. 2010;24(2):260-8.
- 6- Cremers HR, Roelofs K. Social anxiety disorder: A critical overview of neurocognitive research. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*. 2016;7(4):218-32.
- 7- Dalrymple KL, Galione J, Hrabosky J, Chelminski I, Young D, O'Brien E, et al. Diagnosing social anxiety disorder in the presence of obesity: Implications for a proposed change in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(5):377-82.
- 8- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical

and social anxiety in teenagers prone to addiction. *J Occup Health Epidemiol.* 2021;10(1):1-11.

31- Delavar A. Research methods in psychology and educational sciences. Tehran: Virayesh; 2006

32- Alavi K, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi, SA, Salehi Fadardi, J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *J Fundamentals Mental Health.* 2011;13(2):124-35.

33- Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN): New self-rating scale. *Br J Psychiatry.* 2000;176(4):379-86.

34- Hassanvand Amouzadeh M. Evaluation of validity and reliability of social phobia inventory among students in Payame Noor university of Lorestan. *J Fasa Univ Med Sci.* 2017;7(2):181-9. [Persian]

26- Kashdan TB, Elhai JD, Breen WE. Social anxiety and disinhibition: An analysis of curiosity and social rank appraisals, approach-avoidance conflicts, and disruptive risk-taking behavior. *J Anxiety Disord.* 2008;22(6):925-39.

27- Kashdan TB. Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: Theoretical synthesis and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(3):348-65.

28- Kashdan TB, McKnight PE. The darker side of social anxiety: When aggressive impulsivity prevails over shy inhibition. *Curr Dir Psychol Sci.* 2010;19(1):47-50.

29- Ayduk O, Mendoza-Denton R, Mischel W, Downey G, Peake PK, Rodriguez M. Regulating the interpersonal self: Strategic self-regulation for coping with rejection sensitivity. *J Pers Soc Psychol.* 2000;79(5):776-92.

30- Kashefinishabouri J, Eftekhar Saadi Z, Pasha R, Heidari A, Makvandi B. The effect of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-regulation training on rumination