

## نقش تاب‌آوری در ارتباط تنظیم هیجان شناختی و کیفیت دوستی دو گروه از دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری دانشگاه علامه طباطبائی

ایوب مرادی<sup>۱</sup>سیدمحمد کلانتر کوشه<sup>۲</sup>

### چکیده

سیگار رایج‌ترین ماده اعتیادآور است که دوستی نامناسب و تنظیم منفی هیجان‌ها با در نظر گرفتن نقش تاب‌آوری، احتمال مصرف این ماده را بالا می‌برد. هدف این پژوهش بررسی نقش تاب‌آوری در ارتباط تنظیم هیجان شناختی و کیفیت دوستی دو گروه از دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری می‌باشد. پژوهش حاضر از نوع همبستگی و علی-مقایسه‌ای است. در این پژوهش ۲۰۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی تهران به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و پرسشنامه‌های تنظیم هیجان شناختی، کیفیت دوستی و تاب‌آوری را تکمیل نمودند. یافته‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های  $t$  مستقل، همبستگی پیرسون، همبستگی پاره‌ای و رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که میانگین تاب‌آوری و راهبردهای تنظیم هیجان در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری دارای تفاوت آماری معنی‌داری می‌باشد. همچنین بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و کیفیت دوستی با کنترل تأثیر تاب‌آوری رابطه مثبت و بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان و کیفیت دوستی با کنترل تأثیر تاب‌آوری رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. بحث و با توجه به نتایج می‌توان گفت که افراد سیگاری از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و همچنین تاب‌آوری کمتری نسبت به گروه مشابه غیرسیگاری برخوردارند. همچنین تاب‌آوری شرط لازم و نه کافی در ارتباط بین تنظیم هیجان و کیفیت دوستی است.

**واژگان کلیدی:** تاب‌آوری، تنظیم هیجان شناختی، کیفیت دوستی، سیگاری، غیرسیگاری.

۱- کارشناسی ارشد مشاوره شغلی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) Email: ayoub.mi\_cou@yahoo.com

۲- استادیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی

## مقدمه

سیگار رایج‌ترین و در عین حال ارزان‌ترین ماده اعتیادآور می‌باشد که مصرف آن دارای عوارض زیان‌آر زیادی است. هر چند تعداد کسانی که در ایالات متحده سیگار می‌کشند رو به کاهش است، لیکن در ممالک در حال توسعه این جمعیت رو به افزایش است (سادوک و سادوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). شیوع مصرف سیگار در ایران ۲۴/۱ درصد در آقایان و ۴/۳ درصد در خانم‌ها است (عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۹). بیشترین موارد اعتیاد به سیگار در سنین نوجوانی و جوانی صورت می‌گیرد، بررسی‌های به عمل آمده در ایران نشان می‌دهد که دو سوم افراد سیگاری اولین سیگار خود را در سنین ۱۵ تا ۲۴ سالگی (بازه سنی که اکثر دانشجویان در آن قرار دارند)، تجربه کرده‌اند؛ اعتیاد به سیگار در سنین جوانی، زمینه استفاده از مواد مخدر را نیز فراهم می‌سازد و این مساله با توجه به دسترسی نسبتاً راحت به مواد مخدر (که در کشور ما بخشی از آن به لحاظ موقعیت جغرافیایی و قرار گرفتن در همسایگی بزرگ‌ترین کشورهای تولیدکننده مواد مخدر جهان است)، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (رفیعی‌فر، ۱۳۸۹). اگر چه درباب علل مصرف مواد مخدر و سیگار (یا مواد مخدر) بحث و جدال زیادی وجود دارد، لیکن فرضیه خود درمانی (SMH)<sup>۲</sup> توضیحی مفصل درباره علل روی آوردن به این اختلال ارائه می‌دهد (خانتزیان<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). طبق SMH اعتیاد به هر نوع ماده مخدر در حکم وسیله‌ای جهت تعدیل عواطف استرس‌زا است. مصرف‌کنندگان مواد هیجانات منفی و بی‌قراری را غیرقابل تحمل و مستأصل‌کننده توصیف می‌نمایند و نمی‌توانند این حالات هیجانی را بدون اتکا به مواد مدیریت نمایند (خانتزیان، ۱۹۹۷؛ ساه، رافینز و رابینز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

تنظیم هیجان‌شناختی<sup>۵</sup> را به عنوان مولفه‌های هوش هیجانی<sup>۶</sup> معرفی کرده‌اند (دینی، ۱۳۸۷). تنظیم هیجان به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی - روانی و فیزیکی در به

1- Sadock & Sadock  
3- Khantzian  
5- Cognitive Emotion Regulation

2- Self Medication Theory (SMH)  
4- Suh, Ruffins & Robins  
6- Emotional intelligence

انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (ویمز و پینا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). مهارت‌های تنظیم هیجان از این نظر اهمیت دارند که به افراد کمک می‌کنند تا با هیجان‌های اولیه (واکنش‌های آنی به حوادث) و هیجان‌های ثانویه (واکنش هیجانی به هیجان‌های اولیه) خود کنار بیایند و از رنج روزافزون نیز اجتناب کنند زیرا استفاده از روش‌های دردرساز برای مقابله با هیجان‌ها، اغلب درد روز افزونی را به افراد تحمیل می‌کند (مک کی، وود و برنتلی<sup>۲</sup>، ۱۳۹۰). سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آنهاست، در شروع مصرف مواد نقش دارد (پارکر، تیلور، ایستابروک، اسکیل و وود<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). به باور محققان تنظیم هیجانی می‌تواند یکی از انگیزه‌های اصلی سیگار کشیدن باشد (خاننزیان، ۱۹۹۷؛ باکر، پیپر و مک‌کارتی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ کوپ و لی موال<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). در حقیقت سیگاری‌ها اغلب این عمل را به اثرات آرامش بخش و اضطراب‌زدای آن نسبت می‌دهند (فراید<sup>۶</sup>، ۱۹۷۱؛ موریست، تول و گالیور<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). سیگاری‌ها گزارش کرده‌اند بیشتر هنگامی سیگار کشیده‌اند که عصبانی، مضطرب، ناراحت و یا تحت استرس بوده‌اند (موریست و همکاران، ۲۰۰۷). برخی تحقیقات حاکی از آن است که پرهیز از سیگار کشیدن منجر به افزایش سریع عاطفه منفی می‌گردد (گیلبرت<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵؛ وارد، اسوان و جک<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱). در حقیقت هم نقش کلی سیگار در تنظیم هیجانی و هم نقش مربوط به نشانگان ترک آن در تنظیم هیجانی، اساس نظریه‌پردازی‌های تئوریک در زمینه وابستگی به سیگار می‌باشد (بیاسکی، نیاورا و شادل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰؛ اسپاد، نیکویچ و مونه تا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). در مجموع، دشواری در تنظیم هیجان‌ها یکی از مشکلات افراد سوء مصرف‌کننده مواد است و این مسأله منجر به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی افراد سوء مصرف‌کننده می‌شود (زاهد، اله‌قلیلو، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۹).

1- Vimz &amp; Pina

3- Parker, Taylor, Eastabrook, Schell &amp; Wood

5- Koob &amp; Le Moal

7- Morissette, Tull &amp; Gulliver

9- Ward, Swan &amp; Jack

11- Spade, Nikčević &amp; Moneta

2- McKay, Wood &amp; Brentley

4- Baker, Piper &amp; McCarthy

6- Frith

8- Gilbert

10- Piasecki, Niaura &amp; Shadel

نتایج پژوهش زاهد و همکاران (۱۳۸۹) نشان می‌دهد که بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان و رفتار بین فردی سوء مصرف‌کنندگان مواد رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. حال با در نظر گرفتن تعریف رابطه دوستانه، که آن را رابطه‌ای بین فردی و دارای مولفه‌های رفتاری، شناختی و عاطفی قلمداد می‌کنند (حجازی و فرتاش، ۱۳۸۵)، می‌توان از ارتباط میان تنظیم هیجانی و کیفیت دوستی و نقش این دو متغیر در مصرف سیگار، سخن به میان آورد. نتایج پژوهش پارکر، تیلور و باگی<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) مبنی بر اینکه دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی با دیگران منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شود، بر این ادعا صحنه می‌گذارد. همچنین نتایج پژوهش زاهد و همکاران (۱۳۸۹) بیانگر این نکته نیز هست که راهبردهای تنظیم هیجانی منفی افراد سوء مصرف‌کننده ناشی از فقدان کفایت هیجانی، مهارت‌های هیجانی نامناسب، روابط و دوستی‌های گذرا و توانایی کمتری برای حل تعارضات است. نتایج مذکور با یافته‌های پارکر و همکاران (۲۰۰۱)؛ هاسکینگ و اویی<sup>۲</sup> (۲۰۰۷)، فوکس، آکسلرود، پالیوال، اسلیپر و سینها<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) و فوکس، هانگ و سینها<sup>۴</sup> (۲۰۰۸)، تقریباً همخوانی دارد. آنچه در تمام مراحل تحول دوستی مورد تأکید است، کارکرد حمایتی آن است و نیز اعتقاد بر این است که صمیمیت به همراه دریافت حمایت عاطفی منجر به فراموشی موقعیت تنش‌زا می‌شود (حجازی و سلیمانی، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش عابدینی (۱۳۸۲) نشان‌دهنده رابطه مثبت معنی‌دار میان عامل رضایت‌مندی از دوستی و مقابله مساله‌مدار<sup>۵</sup> است. نوع راهبردهای مقابله‌ای<sup>۶</sup> نیز بر اساس پژوهش‌های آقادلورپور و همکاران (۱۳۸۷) و شماره و همکاران (۱۳۸۸) میزان بروز رفتارهای پر خطر<sup>۷</sup> (مانند مصرف سیگار) را در افراد تعیین می‌کند. بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت که حمایت اجتماعی دوستان می‌تواند فرد را در سازگاری بیشتر حمایت داده و محرک بسیاری از رفتارهای انطباقی در وی باشد. به بیان اوشیو و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۰۳)، منظور از تاب‌آوری<sup>۹</sup> فرایند و قابلیت سازگاری موفق با چالش‌ها

1- Parker, Taylor &amp; Bagby

3- Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper &amp; Sinha

5- Problem focused

7- Risk behavior

9- Resilience

2- Hasking &amp; Oei

4- Fox, Hong &amp; Sinha

6- Coping strategie

8- Oshio, Kaneko, Nagamine &amp; Nakaya

چالش‌ها و یا شرایط تهدیدکننده است و این سازگاری موفق با چالش‌ها و شرایط تهدیدکننده مانع از مصرف سیگار در این افراد می‌شود. در این خصوص محمدی (۱۳۸۴) نیز بیان می‌دارد که تاب‌آوری بدین خاطر احتمال مصرف انواع مواد مخدر (مثلاً سیگار) را کاهش می‌دهد که تحت برخی شرایط، ناتوانی از عهده یک بحران برآمدن فرد را در معرض درگیر شدن با آن ماده قرار می‌دهد. همچنین در خصوص فاکتورهایی که بر تاب‌آوری یا آسیب‌پذیری فرد اثر می‌گذارند، بلوم<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) شبکه دوستان و بونانو<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) داشتن خلق و خو و احساسات مثبت را مطرح می‌کنند.

پس از آنکه دوستی شکل گرفت زنان و مردان در مقدار زمانی که با دوستان صرف می‌کنند، فعالیت‌هایی که به آن می‌پردازند و آنچه درباره آن سخن می‌گویند متفاوت هستند (فهر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶). نوجوانان دختر در مقایسه با نوجوانان پسر نه تنها سطوح بیشتری از صمیمیت، همراهی و مصاحبت، حمایت ابزاری و اجتماعی را گزارش می‌کنند، بلکه ادراک از حمایت اجتماعی دوستان را به عنوان عامل مهم‌تری در ایجاد سازگاری و سلامت روانی خود درجه‌بندی می‌نمایند (حجازی و سلیمانی، ۱۳۸۹). نیز شواهد پژوهشی حاکی از آن است که زنان و مردان در استفاده از حمایت‌های اجتماعی با یکدیگر تفاوت دارند (دال، جیو و گرین<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). در مورد تنظیم هیجانی یافته‌ها نشان داده اند که به‌طور کلی زنان بیشتر از مردان به تجارب عاطفی خود توجه نشان می‌دهند و بیشتر از آنان بر غم و ناراحتی خود متمرکز می‌شوند و برای مقابله با آن از راهبردهای غیرانطباقی استفاده می‌کنند (گارنفسکی، تیردز، کرایچ، لگرست و کومر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ نولن هوکسیما<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷؛ نولن هوکسیما، مارو و فردریکسون<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳). در پژوهش‌های مختلف حوزه تاب‌آوری نیز، به نظر می‌رسد که عامل جنسیت به صورت نظام‌دار مورد مطالعه قرار نگرفته است و نتایج تحقیقات در این زمینه دارای هماهنگی‌های لازم نمی‌باشد به گونه‌ای که برخی از آنان میزان تاب‌آوری را در مردان بالاتر از زنان گزارش نموده (فولادچنگ

1- Blum

3- Fehr

5- Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee &amp; Kommer

7- Nolen Hoeksema, Morrow &amp; Fredrickson

2- Bonanno

4- Doll, Jew &amp; Green

6- Nolen Hoeksema

و موسوی، ۱۳۸۷؛ ورنر<sup>۱</sup>، ۱۹۸۴)، و برخی دیگر تاب‌آوری بالاتر را به زنان نسبت می‌دهند (حجازی و سلیمانی، ۱۳۸۹). با توجه به مسائل مطرح شده در ارتباط با عامل جنسیت و تأثیر آن بر متغیرهای پژوهش حاضر و نیز ناهماهنگی‌ها و ناهم‌سویی‌های دیده شده در زمینه تأثیر عامل جنسیت، در این پژوهش این عامل مورد کنترل قرار خواهد گرفت.

در مجموع می‌توان گفت؛ تاب‌آوری یکی از عوامل اثرگذار بر مصرف سیگار می‌باشد که خود به نوعی متأثر از کیفیت دوستی و خودتنظیمی هیجانی می‌باشد، از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی تفاوت بین دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری از لحاظ دو متغیر خودتنظیمی هیجانی و کیفیت دوستی و همچنین رابطه خودتنظیمی هیجانی با کیفیت دوستی با بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و کنترل متغیر جنسیت می‌باشد.

### روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع همبستگی و علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری عبارتست از دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی تهران که در سال ۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بوده‌اند. در این پژوهش برای تعیین نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد که طی آن ابتدا کل دانشکده‌های دانشگاه به ۴ گروه تقسیم شده و ۴ دانشکده به عنوان نماینده ۴ گروه انتخاب شدند. این گروه‌ها عبارت بودند از: ۱- علوم تربیتی و روانشناسی، مدیریت و حسابداری ۲- حقوق و علوم سیاسی، فلسفه و الهیات ۳- ادبیات فارسی، زبان‌های خارجه و بیمه اکو ۴- علوم اجتماعی و اقتصاد. به عقیده دلاور (۱۳۸۹) برآورد حجم نمونه در تحقیقات همبستگی با سطح ۹۹ درصد اطمینان، می‌تواند بر اساس مطالعات قبلی در زمینه متغیرهای پژوهش انجام گیرد که در این صورت حتی با در نظر گرفتن حداقل ضریب همبستگی مطالعات قبلی در زمینه متغیرهای پژوهش، یعنی ۰/۱۵، حجم نمونه می‌بایست حداقل ۱۷۵ نفر باشد. حال

---

1- Werner

تحقیقات صورت گرفته در زمینه تنظیم هیجان، تاب‌آوری و کیفیت دوستی مانند مطالعات محمدی (۱۳۸۴)، حجازی و سلیمانی (۱۳۸۹) و عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب همبستگی بالاتر از ۰/۱۵ را گزارش کرده‌اند و بر این اساس حجم نمونه ۱۷۵ نفر جهت انجام این پژوهش کفایت می‌کرد. اما جهت قابل اعتمادتر بودن نتایج پژوهش، ۲۰۰ نفر دانشجو به عنوان اعضای نمونه را انتخاب شدند که پرسشنامه‌های تنظیم هیجان شناختی، تاب‌آوری و کیفیت دوستی را تکمیل نمودند.

در انجام اعمال آماری، ابتدا برای توصیف داده‌ها از میانگین، انحراف معیار و واریانس استفاده شد و برای استنباط داده‌ها، ابتدا نرمال بودن توزیع نمرات از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شده و سپس برای بررسی روابط موجود بین متغیرهای پژوهش در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری و تعیین معنی داری این ارتباط از آزمون پیرسون استفاده شد. برای مقایسه میانگین‌های متغیرهای مورد پژوهش در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری از آزمون t مستقل استفاده گردید. همچنین جهت بررسی نقش تاب‌آوری در ارتباط تنظیم هیجان شناختی و کیفیت دوستی، از آزمون همبستگی پاره‌ای<sup>۱</sup> به منظور حذف تأثیر تاب‌آوری در ارتباط بین دو متغیر مذکور استفاده شد. و در نهایت برای تعیین تأثیر هر یک از راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان بر واریانس کیفیت دوستی، از معادله رگرسیون گام به گام استفاده شد.

### ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش

پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی<sup>۲</sup>: پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی یک پرسشنامه خودسنجی است. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط گرنفسکی، کریج و اسپین هاون<sup>۳</sup> طراحی شده است (ثنایی، علاقه‌بند و هومن، ۱۳۸۷). این پرسشنامه به منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی بعد از تجربه‌ای ناگوار به کار می‌رود. نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۹ مولفه می‌باشد که ۵ مولفه آن (راهبردهای پذیرش<sup>۴</sup>، توجه مجدد به

1- Partial correlation  
3- Granefski, Karraj & Spinhoven

2- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire  
4- Acceptance

برنامه‌ریزی<sup>۱</sup>، توجه مجدد مثبت<sup>۲</sup>، باز ارزیابی مثبت<sup>۳</sup> و اتخاذ دیدگاه<sup>۴</sup> راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و ۴ مولفه آن (راهبردهای سرزنش خود<sup>۵</sup>، سرزنش دیگران<sup>۶</sup>، نشخوار ذهنی<sup>۷</sup> و فاجعه‌آمیز پنداری<sup>۸</sup>)، راهبردهای منفی تنظیم هیجان را نشان می‌دهند (ثنایی و همکاران، ۱۳۸۷).

این پرسشنامه در گروه‌های بهنجار و بالینی از سن ۱۲ سال به بالا قابل اجرا است. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع‌آوری می‌گردد. سازندگان این پرسشنامه اعتبار<sup>۹</sup> آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه کرده‌اند (ثنایی و همکاران، ۱۳۸۷). اعتبار و روایی<sup>۱۰</sup> پرسشنامه در جمعیت ایرانی: این پرسشنامه ابتدا مراحل ترجمه را طی کرده و سپس به منظور شناخت ویژگی‌های روانسنجی و محاسبه اعتبار و روایی به همراه مقیاس ۴۲ ماده‌ای استرس، اضطراب و افسردگی<sup>۱۱</sup> برای ۲۵۰ نوجوان ۱۵ تا ۱۷ ساله از جامعه معرفی شده، اجرا شده است. ۳۶ ماده این پرسشنامه توسط تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مولفه اصلی مورد بررسی قرار گرفت که نتیجه آن کاهش ۳۶ سوال به ۲۶ سوال و ۹ خرده‌مقیاس به ۴ خرده‌مقیاس بود. اعتبار بدست آمده از طریق آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های سرزنش خود ۰/۷۷، مقابله و پذیرش ۰/۷۰، مثبت اندیشی ۰/۷۶، سرزنش دیگران ۰/۶۴ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۰ محاسبه شد (امین‌آبادی، خداپناهی و دهقانی، ۱۳۹۰).

#### پرسشنامه تاب‌آوری

مقیاس تاب‌آوری کونور<sup>۱۲</sup> و دیویدسون<sup>۱۳</sup> (CD\_RIS): برای سنجش خود-تاب‌آوری، مقیاس کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، به کار برده می‌شود. کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) این

1- Refocus on Planning	2- Positive Refocusing
3- Positive Reappraisal	4- Positive Refocusing
5- Self- blame	6- Other- blame
7- Rumination	8- Catastrophizing
9- Reliability	10- Validity
11- DASS (Depression, Anxiety, Stress Scale)	12- Konor
13- Davidson	



پرسش نامه را در بازبینی منابع پژوهشی (۱۹۹۱-۱۹۷۹) در زمینه خود-تاب‌آوری تهیه نمودند. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در شش گروه: جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال استرس اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، انجام شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسش‌نامه به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود (محمدی، ۱۳۸۴). پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۴ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل استفاده شده است. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳، ضریب‌های بین ۴۱٪ تا ۶۴٪ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی گویه‌ها، دو شاخص و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار برابر ۸۷٪ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند (محمدی، ۱۳۸۴). برای تعیین پایایی مقیاس خود-تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۸۹٪ به دست آمد (محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهشی دیگر نیز بررسی پایایی در دانشجویان انجام گرفت که ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۸۷٪ به دست آمد. همچنین نتایج آزمون تحلیل عامل بر روی این مقیاس نیز بیانگر وجود یک عامل عمومی در مقیاس بود. مقدار ضریب برای این تحلیل برابر با ۸۹٪ و مقدار آزمون کرویت بارتلت برابر با ۱۸۹۳/۸۳ بود. مقدار ارزش ویژه برای این عامل عمومی برابر با ۶/۶۴ بود. این عامل ۲۶/۶٪ از واریانس کل مقیاس را تعیین می‌کند (سامانی، ۱۳۸۶).

### پرسشنامه کیفیت دوستی

پرسشنامه کیفیت دوستی حجازی و ظهره‌وند (۱۳۸۰) مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۱۴ سوال است که سوالات ۱۱ و ۱۲ و ۱۳ آن به صورت معکوس نمره-گذاری می‌شود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای تنظیم شده است. حجازی و ظهره‌وند (۱۳۸۰) برای بررسی روایی پرسشنامه کیفیت دوستی از تحلیل عاملی استفاده کردند. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این پرسشنامه ۴ کیفیت: خود فاش‌سازی، مجاورت، اعتماد در دوستی و رضایتمندی را مورد سنجش قرار می‌دهد. حجازی و فرتاش (۱۳۸۵) نیز به منظور بررسی روایی سازه پرسشنامه کیفیت دوستی، روش تحلیل عامل اکتشافی و چرخش واریماکس با روش مولفه اصلی را مورد استفاده قرار دادند. از نتایج تحلیل آنان سه عامل بدست آمد، عامل اول (صمیمیت و افشای خود)، عامل دوم (مجاورت) و عامل سوم (وفاداری و اعتماد). حجازی و فرتاش (۱۳۸۵) برای بررسی ضریب قابلیت اعتماد (پایایی)، از روش همسانی درونی استفاده کردند. در پژوهش آنان آلفای کرونباخ برای عامل اول (صمیمیت و افشای خود) به میزان ۰/۷۵ و برای عامل دوم (مجاورت) به میزان ۰/۸۰ و برای عامل سوم (وفاداری و اعتماد) به میزان ۰/۷۱ به دست آمده است.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر مجموع ۲۰۰ آزمودنی که پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند، در دوره کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند و بررسی ویژگی‌های فردی اعضای نمونه نشان داد که میانگین سن آنها ۲۶ سال بود. ۳۹/۵ درصد از آنها متأهل و ۶۰/۵ درصد از آنها مجرد بودند. همچنین از کل اعضای نمونه، ۸۵ نفر (معادل ۴۲/۵ درصد) زن غیرسیگاری، ۱۴ نفر (معادل ۷ درصد) زن سیگاری، ۶۵ نفر (معادل ۳۲/۵ درصد) و ۳۶ نفر (معادل ۱۸ درصد)، مرد سیگاری بودند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد پژوهش، بررسی پایایی پرسشنامه‌ها از طریق آلفای کرونباخ به تفکیک جنسیت و بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول (۱) میانگین، انحراف استاندارد، پایایی پرسشنامه‌ها و بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد پژوهش

شاخص‌ها	متغیرها راهبردهای منفی تنظیم هیجان شناختی		راهبردهای مثبت تنظیم هیجان شناختی		تاب آوری		کیفیت دوستی	
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
جنسیت	۵۳/۶۷	۵۲/۱۵	۳۶/۳	۴۰/۸۹	۸۲/۶۹	۸۵/۷۹	۵۹/۳۹	۴۷/۸۸
میانگین	۷/۷	۶/۱۲	۴/۶۴	۸/۴۲	۹/۹۱	۲۱/۴۹	۴/۷۲	۳/۸۹
انحراف استاندارد	۰/۸۹	۰/۸۵	۰/۸۰	۰/۷۸	۰/۷۰	۰/۹۵	۰/۶۱	۰/۶۰
آلفای کرونباخ	۰/۸۷	۰/۷۹	۰/۸۳	۰/۹				
آلفای کرونباخ (مجموع)	Z= -0/049	Z= -0/042	Z= -0/051	Z= -0/057				
کولموگروف-اسمیرنوف	P=0/200**	P=0/200**	P=0/200**	P=0/200**				

همانگونه که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین کیفیت دوستی در مردان ۴۷/۸۸، با انحراف استاندارد ۳/۸۹ و میانگین کیفیت دوستی در زنان ۵۹/۳۹، با انحراف استاندارد ۴/۷۲ می‌باشد. میانگین تاب‌آوری در مردان ۸۵/۷۹، با انحراف استاندارد ۲۱/۴۹ و میانگین تاب‌آوری در زنان ۸۲/۶۹، با انحراف استاندارد ۹/۹۱ می‌باشد. مقدار آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کیفیت دوستی برای گروه مردان ۰/۶۰ و گروه زنان ۰/۶۱ و در مجموع ۰/۸۳ می‌باشد که نشان‌دهنده ضریب پایایی قابل قبول و مطلوبی می‌باشد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه تاب‌آوری برای گروه مردان ۰/۹۵ و گروه زنان ۰/۷۰ و در مجموع ۰/۹۰ می‌باشد که این ضرایب نشان‌دهنده ضریب پایایی بسیار مطلوبی می‌باشد. همچنین مقدار آلفای کرونباخ برای پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی برای گروه مردان ۰/۸۰ و گروه زنان ۰/۷۸ و در مجموع ۰/۷۹ و نیز مقدار آلفای کرونباخ برای راهبردهای منفی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی برای گروه مردان ۰/۸۵ و گروه زنان ۰/۸۹ و در مجموع ۰/۸۷ می‌باشد که این ضرایب نیز نشان‌دهنده ضریب پایایی بسیار مطلوبی برای پرسشنامه مذکور می‌باشد. و مقادیر احتمال آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای همه متغیرهای مورد پژوهش برابر با (۰/۲) می‌باشد که این مقادیر نشان می‌دهد توزیع متغیرها در نمونه مورد مطالعه برای هر سه متغیر

کیفیت دوستی، تاب‌آوری و تنظیم هیجان شناختی نرمال می‌باشد، بنابراین برای تحلیل نتایج در مورد متغیرهای مذکور می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده نمود. جدول ۲ نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه تنظیم هیجان شناختی، تاب‌آوری و کیفیت دوستی در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری را نشان می‌دهد.

جدول (۲) t مستقل برای مقایسه تنظیم هیجان شناختی، تاب‌آوری و کیفیت دوستی در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری

متغیر	گروه	N	M±SD	T	Sig(2-tailed)
کیفیت دوستی	سیگاری	۵۱	۷۵/۷۸ ± ۹/۴۳	۱/۳۶	۰/۱۵
	غیرسیگاری	۱۴۹	۷۲/۹۳ ± ۹/۱۹		
تاب‌آوری	سیگاری	۵۱	۶۲/۴۱ ± ۱۲/۲۹	**۱۶/۵۳	۰/۰۰۱
	غیرسیگاری	۱۴۹	۹۱/۷۳ ± ۱۰/۴۳		
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان شناختی	سیگاری	۵۱	۳۱/۳۹ ± ۵/۵۱	**۱۰/۲۸	۰/۰۰۱
	غیرسیگاری	۱۴۹	۴۱/۰۹ ± ۶/۶۲		
راهبردهای منفی تنظیم هیجان شناختی	سیگاری	۵۱	۵۵/۸۳ ± ۴/۹۴	**۱۴/۴۱	۰/۰۰۱
	غیرسیگاری	۱۴۹	۴۴/۳۹ ± ۴/۷		

\*\*Sig.p<0/01 & \*p<0/05

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین کیفیت دوستی در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری وجود ندارد، بنابراین، این فرضیه که "کیفیت دوستی در میان دو گروه از دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری دارای تفاوت معنی‌دار است" رد می‌شود ( $P > 0/05$ ,  $t = 1/36$ ). در ادامه نتایج جدول ۲ نشان‌دهنده اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین تاب‌آوری در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری می‌باشد؛ بنابراین، این فرضیه که "تاب‌آوری در میان دو گروه از دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری دارای تفاوت معنی‌دار است" تأیید می‌شود. گروه سیگاری از میانگین تاب‌آوری کمتری (۶۲/۴۱)، نسبت به گروه غیرسیگاری (۹۱/۷۳) برخوردارند و این اختلاف با توجه به مقدار احتمال آزمون t مستقل ( $P < 0/01$ )، معنی‌دار است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان شناختی در دو

گروه سیگاری و غیرسیگاری وجود دارد. گروه سیگاری از میانگین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان‌شناختی کمتری (۳۱/۳۹)، نسبت به گروه غیرسیگاری (۴۱/۰۹) برخوردارند و این اختلاف با توجه به مقدار احتمال آزمون  $t$  مستقل ( $P < 0/01$ )، معنی‌دار است. همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین راهبردهای منفی تنظیم هیجان‌شناختی در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری وجود دارد بنابراین، این فرضیه که "تنظیم هیجان‌شناختی در میان دو گروه از دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری دارای تفاوت معنی‌دار است" تأیید می‌شود. گروه سیگاری از میانگین راهبردهای منفی تنظیم هیجان‌شناختی بیشتری (۵۵/۸۳)، نسبت به گروه غیرسیگاری (۴۴/۳۹) برخوردارند و این اختلاف با توجه به مقدار احتمال آزمون  $t$  مستقل ( $P < 0/01$ )، معنی‌دار است. جدول ۳ ماتریس همبستگی بین تنظیم هیجان و تاب‌آوری، کیفیت دوستی و تاب‌آوری، و تنظیم هیجان و کیفیت دوستی را نشان می‌دهد.

جدول (۳) ماتریس همبستگی بین تنظیم هیجان و تاب‌آوری، کیفیت دوستی و تاب‌آوری، و تنظیم هیجان و کیفیت دوستی

متغیر	تاب‌آوری		راهبردهای منفی تنظیم هیجان		راهبردهای مثبت تنظیم هیجان		
	<i>R</i>	<i>P</i>	<i>R</i>	<i>P</i>	<i>R</i>	<i>P</i>	
کیفیت دوستی	سیگاری (N= 50)	* -۰/۲۹	۰/۰۳۴	-۰/۰۱۵	۰/۹۱۶	۰/۲۶۸	۰/۰۶
کیفیت دوستی	غیرسیگاری (N= 150)	** ۰/۸۳۶	۰/۰۰۱	** -۰/۵۶۶	۰/۰۰۱	** ۰/۶۵۱	۰/۰۰۱
	کل (N = 200)	** ۰/۲۷۴	۰/۰۰۱	** -۰/۲۴	۰/۰۰۱	** ۰/۳۸۲	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	سیگاری (N= 50)	-	-	** -۰/۵۸۵	۰/۰۰۱	** ۰/۶۷۸	۰/۰۰۱
	غیرسیگاری (N= 150)	-	-	* -۰/۲۶۱	۰/۰۲۸	۰/۱۸۸	۰/۱۸۵
	کل (N = 200)	-	-	** -۰/۸۱۵	۰/۰۰۱	** ۰/۷۲۱	۰/۰۰۱

\*\*Sig.p<0/01 & \*p<0/05

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین متغیر کیفیت دوستی و تاب‌آوری در افراد غیرسیگاری ۰/۸۳ محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/01$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت مثبت می‌باشد. بنابراین، این

فرضیه که "بین کیفیت دوستی با تاب‌آوری در دانشجویان غیرسیگاری رابطه وجود دارد" تایید می‌شود. ضریب همبستگی بین این دو متغیر در افراد سیگاری  $0/۲۹$  - محاسبه شده است که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/0۵$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت منفی می‌باشد. بنابراین، این فرضیه که "بین کیفیت دوستی با تاب‌آوری در دانشجویان غیرسیگاری رابطه وجود دارد" تایید می‌شود. ضریب همبستگی بین این دو متغیر در مجموع کل افراد نمونه نیز  $0/۲۷$  محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/0۱$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت مثبت می‌باشد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان و کیفیت دوستی در افراد غیرسیگاری  $0/۵۶$  - محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/0۱$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت منفی می‌باشد. ضریب همبستگی بین این دو متغیر در افراد سیگاری  $0/0۱$  - محاسبه شده است که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P > 0/0۵$ )، این رابطه معنی‌دار نمی‌باشد. ضریب همبستگی بین این دو متغیر در مجموع کل افراد نمونه نیز  $0/۲۴$  - محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/0۱$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت منفی می‌باشد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و کیفیت دوستی در افراد غیرسیگاری  $0/۶۵$  محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/0۱$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت مثبت می‌باشد. ضریب همبستگی بین این دو متغیر در افراد سیگاری  $0/۲۶$  محاسبه شده است که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P > 0/0۵$ )، این رابطه معنی‌دار نمی‌باشد. ضریب همبستگی بین این دو متغیر در مجموع کل افراد نمونه نیز  $0/۳۸$  محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/0۱$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت مثبت می‌باشد. بنابراین، این فرضیه که "بین تنظیم هیجان با کیفیت دوستی رابطه وجود دارد" تایید می‌شود. همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین متغیر راهبردهای منفی تنظیم هیجان و تاب‌آوری در افراد غیرسیگاری  $0/۲۶$  - محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/0۵$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت منفی است. ضریب همبستگی

بین این دو متغیر در افراد سیگاری  $0/58-$  محاسبه شده است که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/01$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت منفی می‌باشد. ضریب همبستگی بین این دو متغیر در مجموع کل افراد نمونه نیز  $0/81-$  محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/01$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت منفی است. همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین متغیر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و تاب‌آوری در افراد غیرسیگاری  $0/67$  محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/01$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت مثبت می‌باشد. ضریب همبستگی بین این دو متغیر در افراد سیگاری  $0/18$  محاسبه شده است که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P > 0/05$ )، این رابطه معنی‌دار نمی‌باشد. ضریب همبستگی بین این دو متغیر در مجموع کل افراد نمونه نیز  $0/721$  محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/01$ )، این رابطه معنی‌دار و در جهت مثبت می‌باشد. بنابراین، این فرضیه که "بین تنظیم هیجان با تاب‌آوری رابطه وجود دارد" تایید می‌شود.

نتایج جدول ۴ ماتریس همبستگی بین راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان و کیفیت دوستی را با کنترل تأثیر تاب‌آوری از طریق آزمون ضریب همبستگی پاره‌ای نشان می‌دهد.

جدول (۴) ماتریس همبستگی بین راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان و کیفیت دوستی با کنترل تأثیر تاب‌آوری

متغیر کنترل	متغیر	افراد نمونه	راهبردهای منفی تنظیم هیجان		راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	
			R	P	R	P
تاب‌آوری	کیفیت دوستی	سیگاری (N=50)	$-0/015$	$0/916$	$0/268$	$0/06$
		غیرسیگاری (N=150)	$**0/566-$	$0/001$	$**0/651$	$0/001$
		کل (N=200)	$**0/24-$	$0/001$	$**0/382$	$0/001$
	کنترل	سیگاری (N=50)	$*0/313-$	$0/027$	$*0/345$	$0/014$
		غیرسیگاری (N=150)	$**0/224$	$0/006$	$**0/211$	$0/01$
		کل (N=200)	$**0/277-$	$0/001$	$**0/276$	$0/001$

\*\*Sig.p<0/01 & \*p<0/05

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان‌شناختی و کیفیت دوستی در افراد سیگاری با کنترل تأثیر تاب‌آوری از طریق آزمون ضریب همبستگی پاره‌ای،  $0/345$  محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/05$ ) این رابطه معنی‌دار و در جهت مثبت می‌باشد. این در حالی است که بدون کنترل تأثیر تاب‌آوری، رابطه معنی‌داری بین این دو متغیر وجود ندارد ( $r = 0/268, P > 0/05$ ). همچنین نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان‌شناختی و کیفیت دوستی در افراد سیگاری با کنترل تأثیر تاب‌آوری از طریق آزمون ضریب همبستگی پاره‌ای،  $-0/313$  محاسبه شده که با توجه به مقدار احتمال آزمون پیرسون ( $P < 0/05$ ) این رابطه معنی‌دار و در جهت منفی می‌باشد. این در حالی است که بدون کنترل تأثیر تاب‌آوری رابطه معنی‌داری بین این دو متغیر وجود ندارد ( $r = 0/015, P > 0/05$ ). بنابراین این فرضیه که "بین تنظیم هیجان‌شناختی با کیفیت دوستی در دانشجویان سیگاری با کنترل تأثیر تاب‌آوری، رابطه وجود دارد" تایید می‌شود. و این مسأله نشان‌دهنده نقش تاب‌آوری در ارتباط تنظیم هیجان‌شناختی و کیفیت دوستی دانشجویان سیگاری می‌باشد. در مجموع این مسائل نشان‌دهنده نقش تاب‌آوری در ارتباط تنظیم هیجان‌شناختی و کیفیت دوستی دانشجویان سیگاری می‌باشد. برای تعیین تأثیر هر یک از راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان بر واریانس کیفیت دوستی، راهبردهای تنظیم هیجان به عنوان متغیرهای پیش‌بین و کیفیت دوستی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون گام به گام تحلیل شدند. نتایج آماری رگرسیون بین میانگین نمره کیفیت دوستی با راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان‌شناختی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول (۵) ضرایب رگرسیون کیفیت دوستی از روی راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان

متغیرهای پیش‌بین	ضرایب استاندارد			T	سطح معنی‌داری
	SE	B	$\beta$		
مقدار ثابت	۵/۰۲	۱/۲۶	-	۰/۲۵۱	۰/۸۰۲
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان‌شناختی	۰/۰۹۵	۰/۴۵	۰/۴۸۸	۶/۸۹	۰/۰۰۰۱
راهبردهای منفی تنظیم هیجان‌شناختی	۰/۱۰۶	-۰/۴۵	-۰/۳	-۴/۲۴	۰/۰۰۰۱

$R = 0/698, RS = 0/487, ARS = 0/48, R2 = 0/49$



بر اساس نتایج جدول ۵ و t مشاهده شده، ۴۹ درصد از واریانس کیفیت دوستی توسط راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان تبیین می‌شود. بنابراین با توجه به مقدار بتا و سطح معنی‌داری، به ترتیب راهبردهای مثبت ( $Beta=0/488$ ) و منفی ( $0/3-$ ) ( $Beta=$ ) تنظیم هیجانی قوی‌ترین ملاک‌ها برای پیش‌بینی کیفیت دوستی افراد سیگاری و غیرسیگاری می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

طبق نتایج بدست آمده، اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین تاب‌آوری و راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجانی در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری وجود دارد و گروه سیگاری از میانگین تاب‌آوری و راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی کمتر و راهبردهای منفی تنظیم هیجانی بیشتری، نسبت به گروه غیرسیگاری برخوردارند. این نتایج در زمینه تاب‌آوری همسو با نتایج محمدی (۱۳۸۴) و در زمینه راهبردهای تنظیم هیجان به‌طور کلی همسو با یافته‌های خانتزریان (۱۹۹۷) می‌باشد. محمدی (۱۳۸۴) تاب‌آوری پایین و خانتزریان (۱۹۹۷) اختلال در تنظیم هیجانی افراد، را از علل روی آوردن به مواد مخدر (یا سیگار) می‌دانند. به نظر می‌رسد تاب‌آوری پایین و عدم تنظیم هیجانی مناسب، افراد را مجبور به یافتن راهی فوری برای خلاصی از هیجانات می‌کند. نتایج نشان می‌دهد که بین کیفیت دوستی و تاب‌آوری رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این یافته همسو با نتایج تیلور، دیکرسون و کلین<sup>۱</sup> (۲۰۰۲)، اپستین<sup>۲</sup> (۲۰۰۲)، ماتور<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) و حجازی و سلیمانی (۱۳۸۹) می‌باشد. حجازی و سلیمانی (۱۳۸۹) در تبیین این یافته بیان می‌دارند که هرچه دوستی عمیق‌تر باشد، میزان خودفاش‌سازی نیز بیشتر می‌شود و به این ترتیب حمایت روانی-عاطفی نیز افزایش می‌یابد و در نتیجه فرد توان بیشتری در مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا به دست می‌آورد و تاب‌آوری بالاتری خواهد داشت. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که راهبردهای منفی تنظیم هیجان و تاب‌آوری هم در افراد غیرسیگاری و هم در افراد سیگاری دارای رابطه منفی معنی‌دار، و راهبردهای مثبت

1- Taylor, Diekerson & Klein  
3- Mathur

2- Epstein

تنظیم هیجان و تاب‌آوری در افراد غیرسیگاری دارای رابطه مثبت معنی‌دار می‌باشد. این یافته همسو با نتایج جوکار (۱۳۸۶) می‌باشد که نشان داد هوش هیجانی (که تنظیم هیجان یکی از راهبردهای آن است) پیش‌بینی‌کننده‌ای بسیار قوی تاب‌آوری است. بررسی متون و مطالعات روانشناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (سیچتی، اکرم، و ایزارد، ۱۹۹۵؛ تامپسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱). سلامتی و داشتن تعاملات اجتماعی نیز از نظر دیویس و سومر<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) جزء افزایش‌دهنده‌های تاب‌آوری محسوب می‌شود. همچنین نقص در تنظیم هیجان با اختلالات درون‌ریز (مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی) و اختلالات برون‌ریز (مانند بزهکاری، و رفتار پرخاشگرانه) ارتباط دارد (ایزنگرگ و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). و تمامی این اختلالات از نظر دیویس و سومر (۱۹۹۲) منجر به کاهش تاب‌آوری در افراد می‌شود. همچنین جوکار (۱۳۸۶) نیز در تایید این مساله، عنوان می‌دارد که قدرت تعامل سازنده با محیط و قدرت ادراک محیط (که از تأثیرات هوش هیجانی یا تنظیم هیجانی است)، تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. اما نتایج نشان می‌دهد بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و تاب‌آوری در افراد سیگاری رابطه معنی‌داری وجود ندارد. این امر مؤید این نکته است که افراد سیگاری حتی اگر از قابلیت‌های مثبت تنظیم هیجانی هم برخوردار باشند، به دلیل اثرات مصرف سیگار مانند آسیب‌های جسمانی متعدد، آرامش کاذب وابستگی به نیکوتین، افسردگی و اضطراب (رفیعی‌فر، ۱۳۸۹) - که همگی این ویژگی‌ها نیز طبق لیست عوامل محافظ و خطر تاب‌آوری دیویس و سومر (۱۹۹۲) جزء کاهش‌دهنده‌های تاب‌آوری محسوب می‌شوند- ممکن است تاب‌آوری آنها کاهش پیدا کند و نتیجتاً قابلیت‌های مثبت تنظیم هیجانی لزوماً نمی‌تواند تاب‌آوری بالا را در افراد سیگاری، در پی داشته باشد. طبق نتایج بدست آمده، بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان با کیفیت دوستی افراد غیرسیگاری رابطه مثبت و بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان با کیفیت دوستی این افراد، رابطه منفی معنی‌داری یافت

1- Cicchetti, Ackerman & Izard  
3- Davis & Sommer

2- Thompson  
4- Eisenberg, Cumberland, Spinrad, Fabes, Shepard, Reiser & Murphy

شد. این نتایج با یافته‌های پارکر، تیلور و باگی (۲۰۰۱)، هاسکینگ و اویی (۲۰۰۷) و پارکر و همکاران (۲۰۰۸) تقریباً همسویی دارد. افرادی که تنظیم هیجانی مثبت بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند، آنها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد (یا سیگار) نیز مقاومت بیشتری نیز نشان می‌دهند (ترینیداد و جانسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). این نتایج همچنین نشان می‌دهد راهبردهای تنظیم هیجانی منفی افراد سوء مصرف‌کننده ناشی از فقدان کفایت هیجانی، مهارت‌های هیجانی نامناسب و روابط گذرا و توانایی کمتری برای حل تعارضات است (مایر، کاروسو و سالووی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). طبق نتایج بدست آمده از ضریب همبستگی پیرسون، بین راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان با کیفیت دوستی افراد سیگاری رابطه معنی‌داری یافت نشد. اما هنگامی که از طریق ضریب همبستگی پاره‌ای تأثیر متغیر تاب‌آوری در این رابطه کنترل گردید، نتایج حاکی از ارتباط مثبت معنی‌دار بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان با کیفیت دوستی بود. همچنین پس از کنترل تاب‌آوری، ارتباط منفی معنی‌دار بین راهبردهای منفی تنظیم هیجان با کیفیت دوستی در افراد سیگاری مشاهده شد. که این نتایج نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار تاب‌آوری در ارتباط بین دو متغیر تنظیم هیجان‌شناختی و کیفیت دوستی می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تحقیقات نشان می‌دهد که نخستین و مهم‌ترین عوامل تاب‌آوری، داشتن ارتباطات گرم و حمایت‌کننده در درون و بیرون خانواده است.

همچنین افراد تاب‌آور از توان برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف برخوردارند. نسبت به خود دیدگاه مثبت دارند. به توانایی‌های فردی خود اطمینان و اعتماد دارند. مهارت‌های گفتگو، جرات‌مندی، آمادگی برای گوش دادن به دیگران و احترام گذاشتن به احساسات و عقاید دیگران را دارند. نظم و ترتیب و ثبات و امنیت در زندگی فردی را نیز دارند. احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات می‌کنند و با مشکلات به شیوه مساله‌مدارانه روبرو می‌شوند (نوری، قهاری، جانبخش و اصل‌ذاکر، ۱۳۸۹). و این ویژگی‌ها و سبک

1- Trinidad &amp; Janson

2- Mayer, Caruso, &amp; Salovey

حل مساله افراد تاب‌آور این امکان را به آنها می‌دهد که راهبردهای تنظیم هیجانی آنها تبیین کننده قوی‌تری برای کیفیت دوستی این افراد باشد. این ویژگی‌ها هنگامی که با راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی توأم می‌شود می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مطمئنی برای کیفیت دوستی در افراد باشد. کما اینکه نتایج رگرسیون گام‌به‌گام نیز در این پژوهش نشان می‌دهد که راهبردهای تنظیم هیجانی تنها در صورتی که تاب‌آوری افراد بالا باشد، می‌تواند واریانس کیفیت دوستی را به‌طور معنی‌داری تبیین کند. چنانکه در جمعیت افراد سیگاری به دلیل تاب‌آوری پایین، حتی اگر افراد مهارت‌های تنظیم هیجانی نسبتاً مناسبی را هم دارا باشند، راهبردهای تنظیم هیجانی قادر به تبیین واریانس کیفیت دوستی نمی‌باشد. در مجموع می‌توان گفت افراد تاب‌آور قادر به دیدن جنبه روشن و مثبت موقعیت و جدی نگرفتن بیش از حد مسائل هستند که به حفظ دیدگاه متعادل‌تر در آنها کمک می‌کند (نوری و همکاران، ۱۳۸۹). بنابراین می‌توانند از طریق راهبردهای مناسب هیجانی، به کیفیت دوستی مطلوبی دست پیدا کنند. و نکته جالب توجه در اینجا این است که خود روابط دوستی مناسب بر اساس نظر بونانو (۲۰۰۴) باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود و این افزایش تاب‌آوری به بیان محمدی (۱۳۸۴) می‌تواند مانع مصرف مواد مخدر، سیگار یا سایر رفتارهای تخریبی شود. و بر این اساس می‌توان ادعا نمود که تاب‌آوری شرط لازم و نه کافی، در ارتباط بین تنظیم هیجان و کیفیت دوستی می‌باشد.

محدودیت پژوهش حاضر عدم کنترل برخی ویژگی‌های شخصیتی است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی این ویژگی‌ها به عنوان متغیرهای متعامل با تنظیم هیجان شناختی، تاب‌آوری و کیفیت دوستی مورد بررسی قرار گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که چنین پژوهشی در میان سایر جامعه‌ها و بخصوص جمعیت غیردانشگاهی در جهت تعمیم‌پذیری نتایج انجام گیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۹۲/۰۲/۲۲  
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۹۲/۰۵/۳۰  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۰۹/۰۱

## منابع

## References

- آقادلوریور، محمد؛ یعقوبی، حمید؛ سلطانی، مرضیه؛ میرفتار حقی، هاجر (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای متغیرهای پیش‌بینی‌کننده احتمال خودکشی در دانشجویان جدیدالورود سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ دانشگاه شاهد، مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ص ۷۰۰-۷۰۳.
- امین‌آبادی، زهرا؛ دهقانی، محسن؛ خداپناهی، محمد کریم (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی، علوم رفتاری، دوره ۵، شماره ۴، ص ۳۶۵-۳۷۱.
- ثنایی، باقر؛ ستیلا، علاقه بند؛ هومن، عباس (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران؛ انتشارات بعثت، چاپ سوم.
- جوکار، بهرام (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در ارتباط بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی، روانشناسی معاصر، دوره دوم، شماره ۴، ص ۱۲-۳.
- حجازی، الهه؛ سلیمانی، حمیده (۱۳۸۹). کیفیت دوستی، تقابل دوستی و تاب‌آوری، علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۴، ص ۳۱۹-۳۲۵.
- حجازی، الهه؛ ظهره‌وند، راضیه (۱۳۸۰). بررسی ملاک‌ها و کیفیت دوستی در کودکان و نوجوانان دختر، روانشناسی و علوم تربیتی، شماره ۳ (۱)، ص ۱-۲۰.
- حجازی، الهه؛ فرتاش، سهیلا (۱۳۸۵). بررسی رابطه سبک‌های هویت و تعهد هویت با کیفیت دوستی، روانشناسی و علوم تربیتی، سال سی و ششم، شماره ۱ و ۲، ص ۱۶۷-۱۸۴.
- دلاور، علی (۱۳۸۹). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، انتشارات تهران؛ چاپ هفتم.
- دینی، فائزه (۱۳۸۷). ارتباط هوش هیجانی با پیشرفت تحصیلی و سبک‌های مقابله‌ای با بحران در دانشجویان، مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. ص ۷۰۴-۷۰۸.
- رفیعی‌فر، شهرام (۱۳۸۹). راهنمای زندگی عاری از خطر برای نوجوانان، تهران؛ نشر مهر راوش، چاپ دوم.

- زاهد، عادل؛ کلثوم، اله قلیلو؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد (۱۳۸۹). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین فردی در سوء مصرف‌کنندگان مواد، *اعتیادپژوهی*، شماره ۱۱، ص ۹۹-۱۱۳.
- سامانی، سیامک؛ چوکار، بهرام؛ صحرا گرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت مندی از زندگی، *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم، شماره ۳، ۲۹۰-۲۹۵.
- شاره، حسین؛ اصغرنژاد فرید، علی‌اصغر؛ یزدان‌دوست، رخساره (۱۳۸۸). ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و سبک اسنادی با خطر فرار از منزل در دختران نوجوان شهر مشهد، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۳، ۲۴۱-۲۴۷.
- عابدینی، یاسمین (۱۳۸۲). رابطه کیفیت دوستی و راه‌های مقابله با تنیدگی در نوجوانان دختر: بررسی نقش واسطه‌ای جایگاه اجتماعی-اقتصادی، *روانشناسی و علوم تربیتی*، سال سی و سوم، شماره ۲، ص ۱۵۵-۱۷۵.
- عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار، *مجله پژوهشی حکیم*، شماره ۳، دوره سیزدهم، شماره اول، ص ۱۱-۱۸.
- فولادچنگ، محبوبه؛ موسوی، سیدحفظه (۱۳۸۷). بررسی رابطه تاب‌آوری و افسردگی در بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شیراز، *مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۳۲۴-۳۲۶.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد، پایان‌نامه اخذ درجه دکترا در رشته روانشناسی بالینی، تهران؛ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- مک‌کی، متیو؛ وود، جفری؛ برنتلی، جفری (۲۰۱۰). *تکنیک‌های نظم‌بخشی هیجانی*، مترجم: حسن حمیدپور؛ حمید جمعه‌پور؛ زهرا اندوز، تهران: انتشارات دانشگاه تهران، چاپ اول. ص ۱۴-۱۰.
- نوری، ربابه؛ قهاری، شهربانو؛ جان‌بخش، مژگان؛ اصل‌ذاکر، مریم (۱۳۸۹). تاب‌آوری؛ *گاهنامه بهداشت روانی دختران دانشجو*، سال پنجم، شماره ۷، ۴-۶.
- Baker, T.B., Piper, M.E., McCarthy, D.E., Majeskie, M.R., & Fiore, M.C. (2004). "Addiction Motivation Reformulated: An Affective Processing Model of Negative Reinforcement", *Psychol Rev*, 111: 33-51.
- Blum, RWN. (1998). "Health Youth Development as a Model of Health Promotion", *J Adoles Health*: 22.

- Bonanno, G.A. (2004). "Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, Vol. 59, No. 1, 20-28.
- Cicchetti, D., Ackerman, B.P., Izard, C.E. (1995). "Emotions and Emotion Regulation in Developmental Psychopathology", *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.
- Davis, B.K. & Sommer, B. (1992). *You Can Choose Your Own Life. A Decision Making Program for Students*, Ccp.
- Doll, B., Jew, C., Green, K. (1998). "Resilience and Peer Friendship", *Paper Presented at Annual Meeting of the American Educational Research Association* (San Diego, CA; 13-17).
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T.L., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Reiser, M., Murphy, B.C., Losoya, S.H., & Guthrie, I. K. (2001). "The Relations of Regulation and Emotionality to Children's Externalizing and Internalizing Problem Behavior", *Child Development*, 72, 1134.
- Epstein, J.L. (2002). *School, Family, Community Partnership: Preparing Educators and Improving Schools*, Boulder, Co: Westview.
- Fehr, Beverley (1996). *Friendship Processes*, Sage Series on Close Relationships, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc. xv 240 pp.
- Fox, H.C., Axelrod, S.R., Paliwal, P., Sleeper, J., Sinha, R. (2007). "Difficulties in Emotion Regulation and Impulse Control during Cocaine Abstinence", *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 298-301, 33, 388-394.
- Fox, H.C., Hong, K.A., Sinha, R. (2008) "Difficulties in Emotion Regulation and Impulse Control in Recently Abstinent Alcoholics Compared with Social Drinks", *Addictive Behavior*. 33, 388-394.
- Frith, C.D. (1971). "Smoking Behavior and Its Relation to the Smoker's Immediate Experience", *Br J Soc Clin Psychol*; 10: 73-8.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Kommer, T.V.D. (2004). "Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: Differences between Males and Females", *Personality and Individual Differences*, 36, 267-276.
- Gilbert, D.G. (1995). "Smoking: Individual Differences, Psychopathology and Emotion", *Washington, DC: Taylor&Francis*.

- Hasking, P.A., Oei, T.P. (2007). "Alcohol Expectancies, Self-Efficacy and Coping in Alcohol-dependent Sample", *Addictive Behaviors*, 32 (1), 99-113.
- Khantzian, E.J. (1997). "The Self-medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications", *Harv Rev Psychiatry*; 4: 231-44.
- Koob, G.F., & Le Moal, M. (2001). "Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis", *Neuropsychopharmacology*; 24: 97-129.
- Mathur, R (2003). "Friends' Activities and well-being in Childhood and Adolescence [Dissertation]", Indiana, United States: *University of Purdue*.
- Mayer, J.D., Caruso, D.R., & Salovey, P. (1999). Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for Intelligence, *Intelligence*, 27, 267-298.
- Morissette, S.B., Tull, M.T., Gulliver, S.B., et al (2007). "Anxiety, Anxiety Disorders, Tobacco Use, and Nicotine: A Critical Review of Interrelationships", *Psychol Bull*; 133: 245-72.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). "Sex Differences in Unipolar Depression: Evidence and Theory", *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. & Fredrickson, B.L. (1993). "Response Styles and the Duration of Episodes of Depressed Mood", *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale, *Psychological Reports*, 93, 1217-1222.
- Parker, D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. (2001). The Relationship between Emotion Intelligence and Alexithymia, *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- Parker, J.D., Taylor, R.N., Eastabrook, J.M. Schell, S.L. & Wood, L.M. (2008). "Problem Gambling in Adolescence: Relationships with Internet Misuse, Gaming Abuse and Emotional Intelligence", *Personality and Individual Differences*. 45, 174-180.



- 
- Piasecki, T.M., Niaura, R., Shadel, W.G., et al (2000). "Smoking Withdrawal Dynamics in Unaided Quitters", *J Abnorm Psychol*; 109: 74-86.
- Sadock, B.J., Sadock, A.V. (2007). *Synopsis of Psychiatry*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 438-439.
- Spade, M.M., Nikčević, A.V., Moneta, G.V., et al (2007). "Metacognition as a Mediator of the Relationship between Emotion and Smoking Ependence", *Addic Behav*; 32: 2120-9.
- Suh J.J., Ruffins S., Robins, C.E., et al (2008). "Self-Medication Hypothesis: Vonnecting Affective Experience and Drug Choice", *Psychoanal Psychol*; 25: 518-32.
- Thompson, R.A. (1991). "Emotional Regulation and Emotional Eevelopment", *Educational Sychology Review*, 3, 269-307.
- Trinidad, D.R., Jahnsone, C.A. (2000). The Association between Emotional Intelligence and Early Adolescent Tobacco and Alcohol Use; *Personality and Individual Differences*, 32, 95-105.
- Taylor SE, Diekerson SS., Klein, LC. (2002). Toward Biology of Social Support, In: Snyder CR, Lopez SJ, Editors, *Handbook of Positive Psychology*, Oxford, England: University Press.
- Vimz, B. & Pina, W. (2010). "The Assessment of Emotion Regulation Improving Construct Validity in Research on Psychopathology in Yoth", *Journal of Psychological Behavior Assessment*, Published Online Do I, 10, 1007/S 10862-010-9178-5.
- Ward, M.M, Swan, G.E., & Jack, L.M. (2001). "Self-reported Abstinence Effects in the First Month after Smoking Cessation", *Addict Behavior*; 26: 311-27.
- Werner, E.E. (1984). "High Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth of 32 Years, *American Journal of Athol Psychiatry*, 59, 72-81.