

مقایسه سبکهای دلبستگی، احساس تنهایی ادراک شده و سلامت روان در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری

Comparison of attachment style, perceived loneliness and mental health in smoker and nonsmoker Students

چکیده

مقدمه: یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های سیاست‌گذاران بهداشتی- اجتماعی جوامع امروزی، شیوع روزافزون رفتارهای اعتیادی به خصوص اعتیاد به سیگار و دخانیات در گروه سنی جوان است. پژوهش حاضر با هدف، مقایسه سبکهای دلبستگی، احساس تنهایی ادراک شده و سلامت روان در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری خوابگاهی انجام شد.

روش‌شناسی: بر اساس روش پژوهش علی مقایسه‌ای کلپی دانشجویان خوابگاهی دانشگاه شهید بهشتی در سال تحصیلی 91-92 مطالعه شدند. گروه نمونه شامل 50 نفر از افراد سیگاری و 50 نفر از افراد غیرسیگاری به روش نمونه‌گیری در دسترس در این تحقیق شرکت کردند و به پرسشنامه سبک‌های دلبستگی (مقیاسهای اضطرابی، وابستگی و نزدیکی)، پرسشنامه احساس تنهایی ادراک شده (مقیاسهای احساس تنهایی ناشی از خانواده، احساس تنهایی ناشی از دوستان و نشانهایی عاطفی تنهایی) و پرسشنامه سلامت روان (GHQ) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیلی داده‌ها از تحلیلی واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد بین دو گروه سیگاری و غیرسیگاری در مقیاس سبکهای دلبستگی، احساس تنهایی و سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد و افرادی که سیگار مصرف می‌کردند از سبکهای دلبستگی ناایمنتر، احساس تنهایی بیشتر و سلامت روان پایبندتری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مصرف سیگار تحت تاثیر عوامل روانشناختی قرار دارد و سبکهای دلبستگی، احساس تنهایی و سلامت روان با مصرف سیگار مرتبط هستند.

کلیدواژه‌ها: سبکهای دلبستگی، احساس تنهایی، سلامت روان، سیگاری

Abstract

Introduction: One of the main concerns of health° social policymakers in nowadays societies is the increasing prevalence of addictive behaviors, particularly cigarette smoking and smoking in younger age

groups. This study aimed to compare the attachment style, perceived loneliness and mental health between smokers and non-smokers of dormitory students.

Methodology: using the ex-post facto design for studying all Shahid Beheshti University students in the 91-92 school years. The sample consisted of 50 smokers and 50 nonsmokers, which selected by convenient sampling. And the questionnaires of attachment style (scales of anxiety, dependency and proximity), perceived loneliness (scales of loneliness due to family, loneliness due to Friends and Signs of emotional loneliness) and mental health answered. Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used for data analysis.

Results: findings of study showed, there are significant difference between smokers and non-smokers students in attachment style, perceived loneliness and mental health scales and. People who have smoked had more insecure attachment style, loneliness feeling and less mental health.

Conclusion: The results of the present study indicate that smoking is influenced by personal factors, and attachment style, loneliness feeling and mental health are associated with smoking.

Keywords: attachments styles, loneliness feeling, mental health, Smoker

(سازمان بهداشت جهانی^۱، 2008). مصرف سیگار با

بیماریهای قلبی عروقی، سرطان ریه، دهان، مری، حنجره،

لوزالمعده و مثانه مرتبط میباشد (هنل^۲ و همکاران،

2006). یکی از مهم‌ترین دغدغهها و نگرانیهای

سیاست‌گذاران بهداشتی- اجتماعی جوامع امروزی، شیوع

روزافزون رفتارهای اعتیادی به خصوص اعتیاد به سیگار و

دخانیات در گروه سنی جوان است (اداره مطالعات

کاربردی^۳، 2006؛ بارت و تورنر^۴، 2006؛ کونسچی و

سیلبرسین^۵، 2004؛ هاموند^۶، 2009؛ جانستون، امالی،

مقدمه

سیگار هنوز یکی از بزرگترین عوامل قابل پیشگیری، دخیل

در مرگ و میر است. براساس آمار سازمان بهداشت جهانی

مصرف سیگار، سالیانه جان 5/4 میلیون نفر را در معرض

خطر قرار میدهد و مصرف سیگار به یک نرخ وسیع و

همهگیر در سطح جهان رسیده است. روزانه حدود 15

میلیارد سیگار در جهان کشیده میشود؛ و هر 8 ثانیه یک

نفر در اثر مصرف جان خود را از دست میدهد؛ که این

مقدار بیشتر از مرگ و میر ناشی از ایدز، مصرف الکل،

هروئین، قتل، خودکشی و تصادفات وسایل نقلیه میباشد

1 . World Health Organization

2 . Haenle, Brockmann, Kron, Bertling, Mason, Steinbach

3. Office of Applied Studies

4. Barrett & Turner

5. Kuntsche & Silbereisen

6. Hammond

رفتاری در حال تکوین و تثبیت است و مصرف سیگار در دانشجویان بایستی به دقت بررسی گردد.

در منابع علمی علت‌های مختلفی برای گرایش به مصرف سیگار ذکر شده است که می‌توان آنها را به عوامل جسمی، روانشناختی و محیطی دسته بندی کرد. تحقیقات مختلفی ویژگی‌های شخصیتی چون هیجان خواهی، تکانشگری و رشدناایافتگی و مشکلات روانشناختی چون افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و تنش زیاد را در گرایش به مصرف سیگار مورد بررسی قرار داده‌اند (میکلتون، اورلند، ارو، لیابو و استوارت⁷، 2008؛ هرکه، اسکولت، وریس و انگلس⁹، 2006؛ جین¹⁰ و همکاران، 2008؛ فرگوسن، گودوین و هورود¹¹، 2003؛ رضوانفرد، اخطوی، مگری و کاوایی¹²، 1386). تحقیقات دیگری عوامل محیطی، همچون همسالان، حمایت اجتماعی کم و فشار اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند (لانتز، 2003؛ اکسوز، متلو و مالهان¹²، 2007؛ واترز، هریس، هال، نازیر و وایگانند¹³، 2006).

مطالعات نشان می‌دهد که عوامل درون فردی،

نالیمن، احساس تنهایی و سلامت روان نقش زیادی در

بچمن و اسکولنبرگ¹، 2007). مطالعات خارجی حاکی از افزایش مصرف سیگار در بین جوانان است (کوری و همکاران²، 2004؛ رفات³، 2004). نرخ شیوع مصرف سیگار در جمعیت عمومی ایران در مردان و زنان را به ترتیب 26٪ و 3/8٪ اعلام کرده‌اند (احمدی و همکاران، 1999). مطالعات اخیر در میان دانشجویان در سراسر جهان حاکی از افزایش مصرف سیگار در میان آنها است. به عنوان مثال، چندین مطالعه، گزارش کرده‌اند که تقریباً 30 درصد از دانشجویان امریکایی سیگار می‌کشند (باسکا، باسکوا، هادکوا، استراکا و مدار⁴، 2007؛ لانتز⁵، 2003). موران، ویچسلا و ریگوتی⁶ (2004) و نیشر، ریچاردسون، فلاهرتی، کارگلو و تیلور⁷ (2006) به این نتیجه رسیدند، که دوران تحصیل در دانشگاه یکی از پرخطرترین دوران برای مصرف سیگار و همچنین گذار از مصرف سیگار به صورت تغنی به الگوی منظمی از مصرف سیگار می‌باشد. لذا دوران دانشجویی زمانی است که بسیاری از مسیرهای

1. Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg
2. Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte, Samdal, & Barnekow
3. Refaat
3. Baska, Baskova, Hudeckova, Straka, & Madar
4. Lantz
5. Moran, Wechsler, & Rigotti
7. Nichter, Richardson, Flaherty, Carkoglu, & Taylor

7. Mykletun, Overland, Aarø, Liabø, & Stewart

9. Harakeh. Scholte, Vries, & Engels

10. Qin

11. Fergusson, Goowin, & Horwood

12. Oksuz, Mutlu, & Malhan

13. Waters, Harris, Hall, Nazir, Waigandt

الکل، سیگار و مواد میگذارد. نتایج کار آنها نشان از اهمیت بالقوه سبکهای دلبستگی بزرگسال به عنوان عامل خطری برای مصرف مواد در دانشجویان میباشد. همچنین نتایج کار آنها نشان داد که بین دلبستگی اضطرابی و فراوانی مصرف مواد و استفاده از مواد به خاطر فشار روانی، همبستگی وجود دارد. برنان و شاور^۷ (1995) نیز نشان دادند دانشجویانی که دارای سبک دلبستگی ناایمن هستند، رفتارهای نوشیدن الکل، کشیدن سیگار و استفاده از مواد بیشتری داشتند. این افراد برای مقابله با استرس نیز از الکل و مواد استفاده میکردند. توربرگ و لیورز^۸ (2006) گزارش کردند افرادی که وابستگی به الکل و مواد دارند، دارای سبک دلبستگی ناایمن و ترس از صمیمیت بیشتری نسبت به گروه کنترل هستند.

متغیر دیگری که میتواند در مصرف سیگار نقش داشته باشد احساس تنهایی است. احساس تعلق و ارتباط با دیگران پیامدهای روانی زیادی دارد. فقدان ارتباط با دیگران، احساس تعلق داشتن را ناکام میگذارد و میتواند پیامدهای زیانباری روی سلامت جسمی و روانی داشته باشد (کاسیوپو و پاتریک^۹، 2008). در واقع ارتباط نداشتن

شروع و تداوم رفتار مصرف سیگار دارند (ابوالقاسمی، محمودی و سلیمانی، 1388؛ دوال و پوندجر^۱، 2011، لودرا، مامری، جونس و کاپرچيون^۲، 2006).

دلبستگی از دوران کودکی شکل میگیرد، در گستره زندگی نسبتاً پایدار میماند، رفتارهای خاصی را در افراد بر می-انگیزد و روی سلامت و بهداشت روانی فرد تاثیر زیادی میگذارد و به صورت عامل مهمی برای ساختمانی شخصیت فرد درمیآید (بالبی^۳، 1979؛ به نقل از مردیت، اونزورث و استرنگ^۴، 2008). از سوی دیگر، تجربه ناامنی در رابطه دلبستگی با مشخصه‌های بیاعتمادی، آسیبپذیری، حساسیت و مشکلات ارتباطی همبستگی دارد (بشارت، 1380). یافته‌های پژوهشی، مصرف بیشتر مواد را در بین اعضای خانواده‌هایی که فاقد روابط صمیمی والدین-

فرزندان بوده و پیوندهای ایمن را تجربه نکرده‌اند، تایید میکنند (دفرنز و پاولک^۵). کاسل، واردل و رابرتس^۶ (2007) مدلی را ارائه دادند، که نشان میدهد سبکهای دلبستگی بزرگسالان تاثیر خود را از طریق ایجاد نگرشهای ناکارآمد و عزت نفس پایین بر روی مصرف

-
1. DeWall & Pond
 2. Lauder, Mummery, Jones & Caperchione
 3. Bowlby
 4. Meredith, Ownsworth & Strong
 5. DeFronzo & Pawlak
 6. Kassel, Wardle & Roberts

-
7. Brennan & Shaver
 8. Thorberg & Lyvers.
 9. Cacioppo & Patrick

برندسون^۵ و کاسیپو، 2003). بنابراین، اینکه آیا احساس تنهایی با مصرف بیشتر سیگار مرتبط هست یا نه تا حدی روشن نمیباشد.

سلامت روان نیز یکی از متغیرهای دیگر است که میتواند با مصرف سیگار ارتباط داشته باشد. شیوع مصرف سیگار در افراد با مشکلات روانشناختی حدود 2 تا 3 برابر بیشتر از جمعیت عمومی میباشد (اولیور، لایمن و فراسر^۶،

2007). تحقیقات انجام شده در ایالات متحده پیشنهاد می-کنند که حتی ممکن است بیش از 90 درصد افرادی که مشکلات روانشناختی دارند وابستگی به نیکوتین داشته باشند (ویلیامز و زیدونیس^۷، 2004). مصرف سیگار همچنین علائم روانپزشکی را کاهش میدهند و این عامل در افراد سیگاری به طور مشخصی احتمال وابستگی به

نیکوتین را افزایش میدهد (زیدونیس، ویلیامز و ساملسون^۸، ساملسون^۵، 2003). در هر جمعیتی بیشترین مصرف سیگار سیگار در میان افرادی است که مشکلات روانشناختی دارند (جوکلسون و مجروسکی، 2006). همچنین مصرف سیگار منجر به افزایش اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات مربوط به سلامت روان میشود (کوچپر و همکاران،

نداشتن با دیگران تأثیرات منفی روی سلامت روانی و جسمی دارد، که این تأثیر بیشتر از طریق افزایش مصرف سیگار و چاقی میباشد (هاوس، لاندیس و امبرسون^۱، 1988، به نقل از دوال و پوندجر، 2011). راسل، کاترونا، مورا و والاس^۲ (1997) بیان میکنند میان احساس تنهایی و مشکلات روانی و اجتماعی مانند الکلیسم، خودکشی و افسردگی، اضطراب، کمبود اعتماد به نفس، اسنادهای منفی، اعتیاد و مصرف مواد و بزهکاری رابطه وجود دارد. تحقیقات کمی به بررسی ارتباط احساس تنهایی با مصرف سیگار پرداختهاند و یافتههای این تحقیقات تا حدی متناقض میباشد. دوال و پوندجر (2011) در پژوهش خود بیان میکنند که احساس تنهایی ممکن است باعث افزایش مصرف سیگار، مخصوصاً زمانی که این رفتار مصرف با پذیرش اجتماعی پیوند داده شده باشد، شود. لودر، مومری، کاپرچین و جونز^۳ (2006) گزارش کردند که افراد تنها، نسبت به افراد غیرتنها به احتمال بیشتری سیگاری میشوند. در مقابل، تحقیقات دیگری نشان میدهند که احساس تنهایی نمی تواند یک ریسک فاکتور برای مصرف سیگار باشد (کاسیپو^۴ و همکاران، 2000؛ هاوکلی، بورلسون،

5. Hawkey, Burlinson, Berntson

6. Olivier, Lubman & Fraser

7. Williams & Ziedonis

8. Smelson

1. House, Landis, & Umberson

2. Russell, Cutrona, Mora & Wallace

3. Lauder, Mummery, Caperchione & Jones

4. Cacioppo

2007؛ مالون، واتخمکس و هاس ، 2003). تحقیقات

چندی به بررسی ارتباط سلامت روان و مصرف سیگار

پرداخته‌اند (جوکلسون و مجروسکی¹، 2006؛ جوکاما² و

همکاران، 2001؛ کویچپر، اسمیت، تنهاوا و دگراف³،

2007؛ لودرا و همکاران، 2006). جارویس و واردل⁴

(1999) گزارش کردند که افراد سیگاری بیان میکنند که

مصرف سیگار به آنها برای کاهش استرس و اضطراب کمک

میکند و شیوع بالای مصرف سیگار در افرادی که با

مشکلات اجتماعی و اقتصادی روبرو بوده‌اند این احتمال را

مطرح میکند که مصرف سیگار به عنوان یک راهبرد مقابله

با استرس به کار میرود. کرد تمینی، راقبی و بخشانی

(2012) در پژوهش خود نشان دادند که افراد غیرسیگاری

در مقایسه با افراد سیگاری از سلامت روان بالاتری

برخوردارند و مشکلات جسمانی، اضطراب و افسردگی در

آنها کمتر است. مورل و کوهن⁵ (2006) نیز گزارش کردند

کردند که نزدیک به 41 درصد افراد سیگاری در یک ماه

گذشته ملاکهای کافی برای یک تشخیص روانپزشکی را

داشته‌اند و از سلامت روان پایینی برخوردار بوده‌اند. توجه

به سلامت روان و بررسی این متغی در افراد سیگاری برای

بهبودی و بی‌درمان می‌تواند حائز اهمیت بسزیا باشد.

درمان اعتیاد به سیگار گران و دشوار بوده، سیستم درمانی

جامع با رویکردهای مختلف دارودرمانی و روان‌درمانی را

میطلبد. با این حال، حتی مؤثرترین شیوه‌های درمانی نیز

با میزان بالایی از عود همراه است و محیط مستعد، سهولت

دسترسی به سیگار و شبکه اجتماعی دوستان حمایت‌کننده

و تداوم بخش مصرف، پیشرفت‌های درمانی را تحلیل می-

برند (مایستو و همکاران، 2006). بنابراین، جلوگیری از

مصرف سیگار آسان‌تر از درمان است (بوتوین، بیکر،

دوسنبری، بوتوین و دیا، 1995). به منظور طراحی برنامه-

های پیشگیری مناسب آگاهی از عوامل مؤثر در شروع و

تداوم اعتیاد به سیگار ضروری است. بنابراین با توجه به این

ضرورتها و تناقضهای که در مطالعات قبلی وجود دارد و

در متن به آنها اشاره شد، هدف کلی در این پژوهش بررسی

برخی متغیرهای است که احتمالاً در گرایش به مصرف

سیگار در دانشجویان پسر مؤثرند.

روش

باتوجه به اینکه پژوهش حاضر به دنبال مقایسه افراد

سیگاری و غیر سیگاری در متغیرهای دلبستگی و احساس

¹ . Jochelson & Majrowski

² . Joukamaa

³ . Cuijpers, Smit, ten Have & de Graaf

⁴ . Jarvis & Wardle

⁵ . Morrell & Cohen

تنهایی ادراک شده میباشد و متغیرهای پژوهش هم، قابل دستکاری نیستند، از روش علی- مقایسه‌ی استفاده شده است. این پژوهش شامل کلیه دانشجویان پسر مجرد کارشناسی و کارشناسی ارشد سیگاری و غیرسیگاری خوابگاههای دانشگاه شهید بهشتی تهران در سال 91-92، شامل 2500 نفر بود. نمونه‌ی آماری شامل 100 دانشجوی،

مشتمل بر 50 دانشجوی سیگاری و 50 دانشجوی غیرسیگاری بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس

انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌های پژوهش به این صورت بود که پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب

مشارکت و همکاری آزمودنیها، پرسشنامه دلستگی کولینز و رید، مقیاس احساس تنهایی دهشیری و پرسشنامه سلامت

عمومی گلدبرگ و هیلر درباره دانشجویان اجرا شد. در این مطالعه سیگاری به فردی اطلاق گردید که طبق تعریف

سازمان بهداشت جهانی حداقل 100 نخ سیگار در طول عمر خود مصرف کرده باشد (جیان و همکاران، 2003).

منظور از غیرسیگاری دانشجویانی بودند که اصلاً سابقه مصرف سیگار را حتی به صورت تفننی نداشتند. به لحاظ

توزیع جمعیت شناختی میتوان گفت که از نظر سنی در گروه سیگاری حداقل و حداکثر سن آزمودنیها به ترتیب

18 و 26 سال (میانگین 23/36 و دامنه تغییرات 4/68) و

در گروه غیر سیگاری 18 و 25 سال (میانگین 22/72 و دامنه تغییرات 5/38)؛ از نظر تحصیلات در گروه سیگاری 27 نفر (54٪) کارشناسی و 23 نفر (46٪) کارشناسی ارشد و در گروه غیرسیگاری 32 نفر (64٪) کارشناسی و 18 نفر (36٪) کارشناسی ارشد بودند. تمام آزمودنیها نیز فاقد شغل بودند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس دلستگی کولینز و رید¹: این مقیاس شامل

خودارزیابی از مهارتهای ایجاد روابط و خودتوصیفی شیوه شکلدهی روابط دلستگی نسبت به چهره‌های دلستگی

نزدیک است و مشتمل بر 18 ماده میباشد که از طریق علامتگذاری روی یک مقیاس 5 درجهای (از نوع لیکرت)

از " به هیچ وجه با خصوصیات من تطابق ندارد" (1)، تا " کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد" (5)، سنجیده میشود.

این پرسشنامه داری 3 زیر مقیاس: وابستگی که میزان اطمینان و تکیه کردن آزمودنی به دیگران را نشان میدهد،

زیر مقیاس نزدیکی که میزان صمیمیت و نزدیکی عاطفی آزمودنی با دیگران را میسنجد و زیر مقیاس اضطراب که

میزان نگرانی فرد از طرد شدن را مورد ارزیابی قرار میدهد.

به هر یک از این زیر مقیاسها 6 عبارت اختصاص یافته است. افرادی که امتیاز آنها در زیر مقیاس نزدیکی و وابستگی بالاتر از متوسط و در زیر مقیاس اضطراب کمتر از متوسط باشند دارای سبک دلبستگی ایمن؛ افرادی که امتیاز آنها در زیر مقیاس اضطراب بالاتر از متوسط و در زیر مقیاسهای نزدیکی و وابستگی متوسط باشد دارای سبک دلبستگی اضطرابی و افرادی که امتیاز آنها در هر سه زیر مقیاس پایین باشد دارای سبک دلبستگی اجتنابی هستند.

نتایج تحلیل عوامل جهت بررسی روایی این آزمون نشان داد که این آزمون از سه خرده مقیاس (دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا یا اضطرابی) برخوردار میباشد (پاکدامن، 2001). کولینز و رید میزان الفای کرونباخ را برای زیرمقیاسهای ایمن، اجتنابی و اضطرابی به ترتیب 0/81، 0/78 و 0/85 گزارش نمودند. در پژوهش پاکدامن (1380)، پایایی آزمون- بازآزمون این مقیاس 0/95 گزارش شده است.

مقیاس احساس تنهایی: ساخت و اعتباریابی مقیاس توسط دهشیری در ایران بین دانشجویان صورت گرفته است. این مقیاس از سه عامل تنهایی ناشی از روابط خانوادگی، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانههای عاطفی تنهایی تشکیل شده است و کلا دارای 38 سوال میباشد. تعداد 16 سوال

خرده مقیاس تنهایی ناشی از روابط خانوادگی، 11 خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و 10 سوال نشانه- های عاطفی تنهایی را تشکیل میدهند. نمره گذاری با استفاده از مقیاس لیکرت 5 درجهای (طیف 0 تا 4) صورت میگیرد که در گروهی از سوالات خیلیزیاد نمره 0، زیاد 1، متوسط 2، کم 3 و خیلیکم نمره 4 در نظر گرفته می - شود و برای گروه دیگری از سوالات بالعکس. گروه

سوالات مطابق دستورالعمل نمره گذاری مقیاس مشخص شده است (دهشیری، برجعلی، شیخی، حبیبی، 1387). همبستگی مقیاس احساس تنهایی با مقیاس تجدید نظر شده تنهایی UCLA، برابر با 0/60 میباشد. همچنین همبستگی سه خرده مقیاس احساس تنهایی با مقیاس UCLA، به ترتیب برابر با 0/57، 0/33، 0/47. همبستگی مقیاس احساس تنهایی با نمرات افسردگی، برابر با 0/56 است و همبستگی سه خرده مقیاس احساس تنهایی با افسردگی، برابر با 0/54، 0/40، 0/31 میباشد. این همبستگیها بیانگر روایی همگرای مقیاس احساس تنهایی است.

همبستگی مقیاس احساس تنهایی با نمره شادکامی، به ترتیب برابر با 0/62-، 0/40- و 0/56- میباشد. این همبستگی منفی و معنی دار بین احساس تنهایی و شادکامی، بیانگر روایی افتراقی مقیاس احساس تنهایی است

(دهشیری، برجعلی، شیخی، حبیبی، 1387). ضریب الفای کرونباخ برای کل مقیاس 0/91، برای خرده مقیاس ناشی از ارتباط با خانواده 0/80، برای خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان 0/88 و برای خرده مقیاس نشانهای عاطفی تنهایی 0/79 بوده است. ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس 0/84، برای خرده مقیاس ناشی از ارتباط خانواده 0/83، برای خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان 0/84 و برای خرده مقیاس نشانهای عاطفی تنهایی 0/76 بوده است. این ضرایب بیانگر ثبات نمرات مقیاس

تنهایی در طول زمان است (دهشیری، برجعلی، شیخی، حبیبی، 1387).

پرسشنامه سلامت عمومی¹: این پرسشنامه 28 سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر (1979)، برای سرند کردن

اختلالات روانی در جمعیت عمومی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای 4 مقیاس فرعی است که هر کدام دارای 7 پرسشاند: الف) علائم جسمانی؛ ب) علائم اضطرابی و

اختلال خواب؛ ج) کارکرد اجتماعی؛ د) علائم افسردگی میباشد. روش نمره گذاری که در این ابزار استفاده شده است به روش لیکرت است که براساس آن هر یک از سوالهای 4 درجهای آزمون بصورت اصلاً (صفر)، کمی (1)،

زیاد (2)، خیلی زیاد (3) میباشد. در نتیجه نمره کل فرد، از صفر تا 84 متغیر خواهد بود. نقطه برش پرسشنامه 23 گزارش شده است. نمره بیشتر در این مقیاس نشاگر سلامت روان پایین تر میباشد. ضریب پایایی پرسشنامه با روش باز آزمایی، 0/91 گزارش شده است (نوربالا، باقری یزدی و محمد، 2009). ویلیامز، گلدبرگ (1988) در تحلیل 43 بررسی، روایی آن را 84٪ گزارش کردند.

یافتهها

از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) جهت بررسی اثر متغیر گروه های سیگاری و غیرسیگاری روی خرده مقیاسهای نزدیکی، وابستگی و اضطرابی (به عنوان الگوهای دلبستگی)، خرده مقیاسهای احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانهای عاطفی تنهایی (به عنوان مقیاس - های احساس تنهایی) و مقیاس سلامت روان استفاده گردید.

جدول 1- مقایسه آمار توصیفی وضعیت گروه سیگاری و غیر سیگاری در خرده مقیاسهای دلبستگی، احساس تنهایی

و سلامت روان

مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار
نزدیکی	سیگاری	13/74	4/63
	غیر سیگاری	21/52	4/14
اضطرابی	سیگاری	19/52	5/79
	غیر سیگاری	13/02	4/32
وابستگی	سیگاری	13/78	3/77
	غیر سیگاری	17/66	4/22
احساس تنهایی ناشی از خانواده	سیگاری	33/46	7/50
	غیر سیگاری	17/38	8/37
احساس تنهایی ناشی از دوستان	سیگاری	26/72	6/88
	غیر سیگاری	17/24	7/64
نشانههای عاطفی تنهایی	سیگاری	23/96	4/44
	غیر سیگاری	13/74	5/72
سلامت روان	سیگاری	45/66	13/04
	غیر سیگاری	22/96	8/91

بود. نتایج بررسی اثر متغیر گروههای سیگاری و غیر سیگاری با استفاده از آزمون هاتلینگ روی ترکیب خطی خرده مقیاسهای دلبستگی، احساس تنهایی و سلامت روان

نتایج آزمون Box's M برای بررسی همگنی واریانس و کواریانس حاکی از برقراری این مفروضه در سطح دادههای این مطالعه ($P > 0/05$ و $F(28 و 33465/84) = 1/18$)

حاکمی از وجود اثر معنیدار گروه ($F(7,92)=37/424$) است، جهت بررسی اثر متغیر گروه - $P<0/001/ \eta^2=0/74$ های سیگاری و غیرسیگاری در هر یک از خرده مقیاسها از آزمون تحلیل واریانس یک متغیره استفاده شد.

جدول 2- آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی اثر گروه های سیگاری و غیرسیگاری روی خرده مقیاسهای دل بستگی، احساس تنهایی و سلامت روان

منبع تغییرات	متغیر وابسته	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	نزدیکی	1513/21	1-98	78/29	0/001	0/44
	اضطرابی	1056/25	1-98	40/41	0/001	0/29
	وابستگی	453/69	1-98	30/03	0/001	0/23
	احساس تنهایی ناشی از خانواده	6464/16	1-98	102/23	0/001	0/51
	احساس تنهایی ناشی از دوستان	2246/76	1-98	42/43	0/001	0/30
	نشانههای عاطفی تنهایی	2611/21	1-98	99/35	0/001	0/50
	سلامت روان	12882/25	1-98	103/21	0/001	0/51

بر اساس نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی اثر احساس تنهایی ناشی از دوستان گروه سیگاری و غیرسیگاری در جدول 2 و نمودار 1 می - $(F(1-98)=42/43, P<0/001)$ ، نشانههای عاطفی توان گفت که بین گروه سیگاری و غیرسیگاری در مقیاس - تنهایی $(F(1-98)=99/35, P<0/001)$ ، و سلامت های نزدیکی ($F(1-98)=78/29, P<0/001$)، اضطرابی روان $(F(1-98)=103/21, P<0/001)$ ، تفاوت معنیداری $(F(1-98)=40/41, P<0/001)$ به لحاظ آماری مشاهده گردید.

وابستگی $(F(1-98)=30/03, P<0/001)$ ، احساس تنهایی ناشی از خانواده ($F(1-98)=102/23, P<0/001$)

دانشجویان میباشد. هوسانگ و چاسین¹ (1994) نجه- گیری کردند که سبک‌های دلبستگی ناایمن آشفتگیهای روانشناختی، زمینه مصرف مواد و سرگار را در جوانان فراهم میکند. بشارت، نوربخش، رستمی و فراهانی (1391) ن به این نجه رسچند که سبک‌های دلبستگی از طریق ارتباط با خودتنظیم‌گری هجانی، روی اختلال‌های مصرف مواد تاخی مگذار دارد.

وجود مشکلات ارتباطی و تعامل خانوادگی افراد و عدم وجود روابط صمیمانه میان اعضای این خانوادهها، سبک دلبستگی ناایمن را در افراد سیگاری تبیین می‌کند (اصغری- مقدم و فقیهی، 1379). در شرایطی که دلبستگی ایمن باشد، خودتنظیم‌گری تحت تأثیر ویژگیهای این سبک از دلبستگی مثل توانمندی فرد برای تنظیم عواطف و هیجانها، افزایش می‌یابد و اثر تعدیل‌کننده آن در رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و شدت مصرف مواد نیز بیشتر می‌شود.

(بشارت و همکاران، 1390). به نظر میرسد افراد دارای وابستگی به مواد و سرگار ارتباطات ضعیفی با والدین خود و به ویژه مادر داشته‌اند و در نتیجه، این افراد به امور و اشیای بیرونی وابستگی پیدا می‌کنند و مصرف مواد یکی از شیوههای جبران کمبودهای درونی آنها محسوب می‌شود.

اشخاص دارای دلبستگی ایمن هنگام مواجهه با استرس‌های هجانی از جلب حمایت‌های اجتماعی استفاده میکنند، در حالی که اشخاص دارای دلبستگی ناایمن هنگام مواجهه با استرس‌های هجانی از روشهای دیگر، مانند سوء مصرف الکل، دارو و سرگار برای مقابله با این موقعیتها کمک می‌گیرند (کاسل و همکاران، 2007؛ برنان و شاور، 1995).

نتایج پژوهش ن نشان داد که ن افراد سرگاری و غی‌سرگاری در مقیاس احساس تنهایی و خرده مقیاس‌های آن (احساس تنهایی ناشی از خانواده، احساس تنهایی ناشی از دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی) تفاوت معناداری وجود دارد، بدن معنا که افراد سرگاری از احساس تنهایی بیشتری برخوردارند. این یافته با یافته‌های هوس، لاندیس و امبرسون (1988)، دوال و پوندجر، (2011)، راسل، کاترونا، دلامورا و والاس (1997) و کاپرچین و جونز (2006) همسو است. هاوکلی، بارلسون، برنلتسون² و

کاسینو (2003) نجه گرفتند که ن احساس تنهایی و مصرف سرگار ارتباط وجود دارد و این ارتباط در مکن جوامعی که مصرف سرگار از لحاظ اجتماعی قابل‌پذیری است قویتر میباشد. افرادی که احساس تنهایی میکنند به این باور که برای کاهش وزن میتوان از قدم زدن (برای

². Hawkley, Burlson & Berntson

¹. Hussong & Chassin

تفریح و گذراندن اوقات فراغت) استفاده کرد کمتر تمامی دارند و بیشتر از رفتارهای ناسازگارانه‌ای مثل سرگار کشیدن استفاده میکنند (لودرا و همکاران، 2006). بنابراین میتوان نتیجه گرفت افرادی که احساس تنهایی میکنند دارای سبک زندگی متفاوتی نسبت به افرادی هستند که احساس تنهایی نمیکنند؛ و این سبک زندگی متفاوت آنها را به سوی رفتارهای مثل سرگار کشیدن، ورزش نکردن و بهاریهای قلبی و روانی میبرد .

همانطور که قبلاً ذکر شد تحقیقات دیگری نتایج متناقضی به دست آورده‌اند. کاسیو و همکاران (2000) به این نتیجه رسیدند که این افراد تنها و افرادی که ارتباطات اجتماعی زیاد دارند تفاوتی در ساعتها ی ورزشی هفتگی، مصرف الکل و سرگار وجود ندارد. باتوجه به نتایج متناقض تحقیقات می‌توان گفت این تنهایی فیزیکی نیست که منجر به مصرف سرگار میشود بلکه احساس تنهایی و ادراکی است که فرد از تنها بودنش دارد و همچنین میتوان گفت احساس تنهایی به طور غی مستقیم و از طرق پله‌های شناختی، رفتاری و جسمانی که دارد با مصرف سرگار و الکل ارتباط پیدا میکند (لوی، هاوکلی¹، و کاسیو، 2003).

پگ² و همکاران (2008) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که افراد سرگاری در جنوب شرق آسیا نسبت به غی سرگاری از احساس تنهایی بیشتری برخوردارند، در حالیکه در اروپایی شرقی این افراد سرگاری و غی سرگاری در مقیاس احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود نداشت. این تفاوت میتواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و علی عوامل دیگر باشد. مطالعات این فرهنگی اغلب این تفاوتها را در جهت گیری‌های متفاوت جمع‌گراانه و فردگراانه فرهنگ‌ها و گروه‌های مختلف میدانند (هافستد³، 2001؛ هانگ⁴، 2005).

ارتباط با دیگران و بخصوص افراد مصرف کننده سرگار و متغی‌های اجتماعی از قبلی فشار اجتماعی و همنوایی در افرادی که ارتباطات اجتماعی زیاد دارند در گرایش به مصرف سرگار میتواند موثر باشد. بنابراین هم تنهایی و هم ارتباط با دیگران میتوانند در ارتباط با متغی‌های دیگر منجر به مصرف سرگار شوند.

همچنین نتایج نشان داد که این افراد سرگاری و غی سرگاری در مقیاس سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد و افراد سرگاری در مقایسه با افراد غی سرگاری از سلامت روان

² . Page

³ . Hofstede

⁴ . Huang

¹ . Louise & Hawkley

روانی باشد. (کوچپرس، اسمیت و تنهاوا^۲، 2007).

سیگاریها اغلب بیان میکنند که مصرف سیگار به آنها در کاهش اضطراب و استرس کمک میکند؛ اما این احساس راحتی کوتاهمدت است؛ علائم ترک و میل به مصرف به زودی ظاهر میشوند و فرد را به سوی مصرف بیشتر سوق میدهند. بنابراین اگرچه مصرف سیگار علائم ترک را (که شبیه اضطراب هستند) کاهش میدهد اما اضطراب را کاهش نمیدهد (جارویس و واردل، 1999).

با توجه به پژوهش حاضر و مطالعات قبلی میتوان نتیجه - گیری کرد که سلامت روان عامل تعیینکنندهای در گرایش به مصرف سیگار میباشد و همچنین مشکلات روانشناختی علاوه بر اینکه در گرایش به مصرف سیگار نقش دارند، ممکن است توسط مصرف سیگار نیز تشدید شوند؛ این عامل باعث شکلگیری چرخهی معیوبی میشود که در آن مشکلات روانشناختی فرد را به سمت مصرف بیشتر سوق میدهند و مصرف بیشتر در شکلگیری و تشدید علائم نقش دارد. بنابراین در درمان توجه به این چرخهی معیوب میتواند حائز اهمیت باشد.

محدودیتی که در اغلب پژوهشهای حوزه علوم انسانی وجود دارد و این پژوهش نیز از این قاعده مستثنی نبود

پایین تری برخوردارند. این یافته نهن با یافته های بشیرین همسو میباشد (لودرا و همکاران، 2006؛ کوچپرس و همکاران، 2007؛ مالون، واتیمکس و هاس، 2003؛ جوکاما و همکاران، 2001). دوداس، هانس و باراباس (2005) به این نتیجه رسیدند که دانشجویان سیگاری از علائم اضطرابی بالاتری برخوردارند و همچنین دانشجویان سیگاری که به خاطر سرگرم شدن سیگار مصرف میکنند، اضطراب بالاتری دارند. کردتمنئی، راقی و بخشائی (2012) نیز به این نتیجه رسیدند که دانشجویان سیگاری در مقایسه با دانشجویان غیسیگاری در تمام مؤلفه های سلامت روان نمرات پایین تری به دست آوردند.

افراد سیگاری از کیفیت زندگی پایینتر، علائم روانشناختی و بدعملکردی بیشتری در مقایسه با افراد غیرسیگاری برخوردارند (هیلیجستین و استیونز^۱، 2006). معمولاً سلامت روان به عنوان یک عامل میانجی عمل میکند و متغیرهایی مثل دلبستگی و احساس تنهایی با تاثیر بر روی سلامت روان با مصرف سیگار ارتباط برقرار میکنند

(کاسیوپو و پاتریک، 2008). ارتباط مصرف سیگار و مشکلات روانشناختی یک ارتباط دوسویه میباشد و حتی ممکن است مصرف سیگار عاملی برای شروع اختلالات

². Cuijpers, Smit & ten Have

¹. Heiligenstein & Stevens

نحوه پاسخگویی شرکت کنندگان به پرسشنامهها و صحت و سقم پاسخهای داده شده است. با توجه به نقش عوامل فردی و روانشناختی درگیر در مصرف سیگار در سطح عملی میتوان پیشنهاد کرد که با انجام ارزیابی، آموزش و درمان به موقع از گرایش دانشجویان به مصرف سیگار می-توان جلوگیری کرد. همچنین در سطح نظری به پژوهشگران پیشنهاد میشود که علاوه بر عوامل فردی و روانشناختی موثر در گرایش به مصرف سیگار در دانشجویان به بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی نیز توجه کنند.

منابع

خارجی. گزارش تحقیق. تهران: گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد.

بشارت محمد علی، شریفی ماندانا، ایروانی محمد (1380). بررسی رابطه سبک های دلبستگی و مکانیزم های دفاعی. *مجله روانشناسی*، شماره 19، 277-289.

بشارت، محمدعلی، نوربخش، سیده نجمه، رستمی، رضا، فراهانی، حجت اله (1391). نقش تعدیل کننده خودتنظیم گری در رابطه بین سبک های دلبستگی و شدت اختلال های مصرف مواد. *مجله روان شناسی بالینی*، 4(3): 21-32.

پاکدامن، شهلا (1380). بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه طلبی در نوجوانان. پایان نامه ی دکتری، دانشکده ی روان شناسی دانشگاه تهران.

دهشیری، غلامرضا؛ برجعلی، احمد؛ شیخی، منصوره؛ حبیبی، مجتبی (1387). ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان. *مجله روانشناسی*، 12(3): 282-296.

رضوانفرد، مهران؛ اخطوری، حامد؛ مکری، آذرخش و کاوکلای، حسینی (1386). رابطه ویژگی های شخصیتی و تکانشگری با میزان وابستگی نیکوتینی در افراد سیگاری. تازه های علوم شناختی، 9(4): 33-49.

Ahmadi, J., Khalili, H., Jooybar, R., Namazi, N., & Mohammadaghaei, P. (1999). Epidemiology of cigarettesmoking among Iranian population. *Presented at World Psychiatric Association, Regional Congress, PreventivePsychiatry, Athens, Greece.*

ابوالقاسمی، عباس؛ محمودی، هیا و سلیمانی، اسماعیلی (1388). بررسی نقش سبکهای دلبستگی و مکانیزمهای دفاعی در تمیز دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، 16(3): 134-141.

احدی، بتول (1387). رابطه احساس تنهایی و عزت نفس با سبکهای دلبستگی دانشجویان. *مطالعات روانشناختی*، دوره 5-(1): 95-112.

اصغریمقدم، محمدعلی؛ و فقهی، سعید. (1379). تعیین اعتبار آزمون SF-36 سوالی با استفاده از یک ملاک

- MacArthur Social Neuroscience Studies. *International Journal of Psychophysiology*, 35,143° 154.
- Cuijpers, P., Smit, F., ten Have, M., de Graaf, R. (2007). Smoking is associated with first-ever incidence of mental disorders: a prospective population-based study. *Addiction*, 102(8): 1303-1309.
- Cuijpers, P., Smit, F., ten Have, M. (2007). Smoking is associated with first-ever incidence of mental disorders: a prospective population-based study. *Addiction*, 102(8): 1303-9.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Barnekow, R.V. (2004). *Young people's health in context – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/02 survey*. Copenhagen: WHO-Europe.
- Daniel, W., Russell. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20 ~ 40.
- DeWall, C. N., & Pond, R. S. (2011). Loneliness and smoking: The costs of the desire to reconnect. *Self and Identity*, 10, 375-385.
- DeFronzo, J., Pawlak, R.(1993). Effects of social bonds and childhood experiences on alcohol abuse and smoking, *J Soc Psychol*, 133: 635-642.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A users' guide to the General Health Questionnaire*. U. K. : NFER Nelson.
- Hussong, A.M., Chassin, L. (1994). The stress-negative affect model of adolescent alcohol use: Disaggregating negative affect. *J Stud Alcohol*, 55(6): 707-18.
- Huang, H. (2005). A cross-cultural test of the spiral of silence. *International Journal of*
- Barrett, A.E., & Turner, R.J. (2006). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood. *Addiction*, 101, 109-120.
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 273,1106° 1112.
- Baska, T., Baskova, M., Hudeckova, H., Straka, S., Madar, R. (2007). Increasing trends of tobacco use in medical students in Slovakia ° a reason for concern?. *Cent Eur J Public Health*, 15(1):29-32.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3): 267-83.
- Cacioppo, J. T., & Patrick, B. (2008). Loneliness: Human nature and the need for social connection. *New York: W. W. Norton & Company*.
- Charkazi, A., Heshmati, H., Neirizi, O. (2012). Explaining smoking among students at Golestan University of Medical Sciences based on basnef model. *J Health Syst Res*, 7(6): 986-93.
- Cooper, M. L., Albino, A.W., Orcutt, H. K., Williams, N. (2004). Attachment styles and intrapersonal adjustment: A longitudinal study from adolescence into young adulthood. Theory, research, and clinical implication. *New York: Guilford Press*, pp. 438-466.
- Cacioppo, J. T., Ernst, J. M., Burleson, M. H., McClintock, M. K., Malarkey, W. B., Hawkley, L. C., et al. (2000). Lonely traits and concomitant physiological processes: The

case of cigarette smoking. Social determinants of Health. Eds. Marmot, M., and Wilkinson RG., OUP.

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., & Schulenberg, J.E. (2007). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2006*. Volume I: Secondary school students (NIH Publication No. 07-6205). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 699 pp.

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., & Schulenberg, J.E. (2007). Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2006. Volume I: Secondary school students (NIH Publication No. 07-6205). Bethesda, MD: *National Institute on Drug Abuse*, 699 pp.

Kokkevi, A., Terzidou, M., Politikou, K., Stefanis, C. (2000). Substance use among high school students in Greece: outburst of illicit drug use in a society under change. *Drug Alcohol Depend*, 58(1-2): 181-8.

Kord Tamini B, Raghobi M, Bakhshani NM. (2012). A Study of Mental Health and Dyadic Adjustment Between Smokers and Nonsmokers. *Int J High Risk Behav Addict*, 1(2): 55-60.

Kassel, J. D., Wardle, a. M., & Roberts, J. E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32, 1164° 1176.

Kuntsche, E. N., & Silbereisen, R. K. (2004). Parental closeness and adolescent substance use in single and two-parent families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, 63(2): 85-92.

Lauder, W., Mummery, K., Jones, M., & Caperchione, C. (2006). A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychology Health & Medicine*, 11, 233° 245.

Public Opinion Research, 17(3), 324-345.

Hofstede, G. (2001). *Cultures consequences: Comparing values, behaviors, institutions,*

and organizations across nations (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hammond, S.K. (2009). *Global patterns of nicotine and tobacco consumption*. Handbook of Experimental Pharmacology, 192, 3° 38.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6): 951-976.

Haenle, M. M., Brockmann, O.S., Kron, M., Bertling, U., Mason, A.R., Steinbach, G., et al. (2006). Overweight, physical activity, tobacco and alcohol consumption in a cross-sectional random sample of German adults. *BMC Public Health*, 6,233.

Harakeha, T., Ron, H.J., Scholtea, H., Vriesb, R. E. (2006). Association between personality and adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 31, 232° 245.

Hawkley, L.C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality & Social Psychology*, 85, 105° 120.

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). *Social relationships and health*. *Science*, 241, 540° 545.

Heiligenstein, E., & Stevens, S. (2006). Smoking and mental health problems in treatment

seeking university students. *Nicotine and Tobacco Research*, 8, 1-5.

Jarvis, M., & Wardl, e. J. (1999). *Social patterning of individual health behaviours: the*

Office of Applied Studies. (2006). **Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National Findings** (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-30, DHHS Publication No. SMA 06-4194). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Olivier, D., Lubman, D. I., Fraser, R. (2007). Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings. *biopsychosocial perspective*, 41(2): 572-580.

Page, R. M., et al. (2008). cigarette smoking and indicators of psychosocial distress in Southeast Asia and Central-Eastern Europe adolescents. DRUG EDUCATION, Vol. 38(4) 307-328.

Qin, Z., Qiu-li, Z., Xiao-yue, Z., Hui, S., Hua, Y., Rong-bin, Y. (2008). Investigation of the relationship between smoking, drinking and mental health status of medical staff in comprehensive hospitals. *Acta Universitatis Medicinalis Nanjing Natural Science*, 2, 9.

Qian, J., Cai, M., Gao, J., Tang, S., Xu, L., Critchley, J. A. (2003). **Trends in smoking and quitting in China from 1993 to 2003:**

Refaat, A. (2004). Practice and awareness of health risk behavior among Egyptian university students. *Eastern Mediteranian Health Journal*, 10, 72-81.

Russell, D. W., Cutrona, C. E., de la Mora, A., & Wallace, R. B. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology and Aging*, 12(4): 574-589.

Sajjan, B.S., Chacko, J., Asha, K. (2003). Smoking behaviour among arts student of a college in Mangalore, Dakshina Kannada. *Indian J Med Sci*, 57(7): 290-3.

Spoth, R.L., Gyll, M., & Day, S. X. (2002). Universal family-focused interventions in

Lantz, P. M. (2003). Smoking on the rise among young adults: Implications for research and policy. *Tobacco Control*, 12(1):60-70.

Maisto, S.A., & Connors, G.J. (2006). Relapse in the addictive behaviors: Integration and future directions. *Clinical Psychology Review*, 2, 229-231.

Moran, S., Wechsler, H., & Rigotti, N. A. (2004). Social smoking among U.S. college students. *Pediatrics*, 114, 1028° 1034.

Morrell H.R., Cohen, L.M.(2006). Cigarette smoking, anxiety, and depression. *J Psychop Behav Assess*, 28(4): 281-95.

McNally, A.M., Palfai, T.P., Levine, R.V., Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults The mediational role of coping motives. *Addict Behaviur*, 28(6): 1115-27.

Malone, K.M., Waternaux, C., Haas, G.L., et al. (2003). Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *American Journal Psychiatry*. 160(4): 773-9.

Meredith, P., Ownsworth, Strong, J. (2008). A review of psychology presenting a conceptual model: The evidence linking adult attachment theory styles of adult. *clinical thory and choronic pain*, 280: 407-429.

Noorbala, A. A., Bagheri-Yazdi, S. A., & Mohammad, K.(2009). The validation of General Health Questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Journal*, 11(4), 47-53.

Nichter, M., Nichter, M., Richardson, E. L., Flaherty, B., Carkoglu, A., & Taylor, T. (2006). Gendered Dimensions of Smoking Among College Students. *Journal of Adolescent Research* , 21; 215.

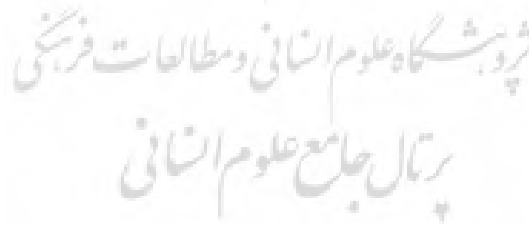
alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 219-228.

Thorberg, F., & Lyvers, M. (2006). Attachment, Fear of Intimacy and Differentiation of Self Among Clients in Substance Disorder Treatment Facilities. *Addictive Behaviors*, 31, (4): 732-737.

Williams, J.M., & Ziedonis, D. (2004). Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive Behaviours*, 29, 1067-1083.

World Health Organization (2008). The global tobacco crisis. (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>, retrieved September 2008).

Ziedonis, D., Williams, J.M., Smelson, D. (2003) Serious mental illness and tobacco addiction: A model program to address this common but neglected issue. *Am J Med Sci*, 326 (4):230-223.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی