

مقایسه سبک‌های دل‌بستگی، احساس تنهایی ادراک‌شده و سلامت روان در دانشجویان مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده سیگار

فرهاد حسینی*، مجتبی حبیبی**، فرهاد رادفر***

*کارشناس ارشد روانشناسی خانواده درمانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

**استادیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

***کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۲/۰۷/۲۴

تجدیدنظر: ۱۳۹۲/۰۸/۲۲

پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۰۷

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

کلیدواژه‌ها:

سبک‌های دل‌بستگی، احساس تنهایی، سلامت روان، سیگاری.

روش: بر اساس روش پژوهش علی مقایسه‌ای کلیه دانشجویان خوابگاهی دانشگاه شهید بهشتی در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ مطالعه شدند. گروه نمونه شامل ۵۰ نفر از افراد سیگاری و ۵۰ نفر از افراد غیر سیگاری به روش نمونه‌گیری در دسترس در این تحقیق شرکت کردند و به پرسشنامه‌های دموگرافیک، سبک‌های دل‌بستگی، احساس تنهایی ادراک‌شده و سلامت روان پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش نشان داد بین دو گروه سیگاری و غیر سیگاری در مقیاس سبک‌های دل‌بستگی، احساس تنهایی و سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد و افرادی که سیگار مصرف می‌کردند از سبک‌های دل‌بستگی ناپایمن‌تر، احساس تنهایی بیشتر و سلامت روان پایین‌تری برخوردار بودند.

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

Comparison of attachment style, perceived loneliness and mental health in consumers and non-consumers of cigarettes

*F. Hoseini, **M. Habibi, ***F. Rahfar

*M.A in Family Therapy, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

**Assistant of Professor, Family Research Institiut, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

*** M.A in Clinical Psychology, Child and Adolescent, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Abstract

Objective: 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.

Method: 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 demographic questionnaires of attachment style, perceived 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.

Article Information:

History:

Receipt: 2013/10/16

Revise: 2013/11/13

Acceptance: 2013/12/28

Keywords:

Attachments Styles,
loneliness Feeling, Mental
Health.

مصرف سیگار در جمعیت عمومی ایران در مردان و زنان را به ترتیب ۲۶٪ و ۳/۸٪ اعلام کرده‌اند (احمدی و همکاران، ۱۹۹۹). مطالعات اخیر در میان دانشجویان در سراسر جهان حاکی از افزایش مصرف سیگار در میان آن‌ها است. به‌عنوان مثال، مطالعات چندی در میان دانشجویان آمریکایی، نرخ بالای از مصرف سیگار را گزارش داده‌اند؛ که تقریباً ۳۰ درصد از دانشجویان بیان کرده‌اند که سیگار می‌کشند، یافته‌های مشابه نیز در بیروت به‌دست آمده است (باسکا، باسکوا، هادکوا، استراکا و مدار^۱، ۲۰۰۷؛ لانتز^{۱۱}، ۲۰۰۳). موران، ویچسلا و ریگوتی^{۱۲} (۲۰۰۴) و نیشتر، ریچاردسون، فلاهرتی، کارگلو و تیلور^{۱۳} (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که سال‌هایی دانشگاه یکی از پرخطرترین دوران برای مصرف سیگار و همچنین گذار از مصرف سیگار به‌صورت تفننی به الگوی منظمی از مصرف سیگار است. لذا دوران دانشجویی زمانی است که بسیاری از مسیرهای رفتاری در حال تکوین و تثبیت است و مصرف سیگار در دانشجویان بایستی به‌دقت بررسی گردد.

درمان اعتیاد به سیگار گران و دشوار بوده، سیستم درمانی جامع با رویکردهای مختلف دارودرمانی و روان‌درمانی را می‌طلبد. باین‌حال، حتی مؤثرترین شیوه‌های درمانی نیز با میزان بالایی از عود همراه است و محیط مستعد، سهولت دسترسی به سیگار

هنوز سیگار یکی از بزرگ‌ترین عوامل قابل‌پیشگیری، دخیل در مرگ‌ومیر در جهان است. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی مصرف سیگار، سالیانه جان ۵/۴ میلیون نفر را در معرض خطر قرار می‌دهد و مصرف سیگار به یک نرخ وسیع و همه‌گیر در سطح جهان رسیده است. روزانه حدود ۱۵ میلیارد سیگار در جهان کشیده می‌شود؛ و هر ۸ ثانیه یک نفر در اثر مصرف سیگار جان خود را از دست می‌دهد؛ که این مقدار بیشتر از مرگ‌ومیر ناشی از ایدز، مصرف الکل، هروئین، قتل، خودکشی و تصادفات وسایل نقلیه است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۸)؛ و مصرف سیگار با بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان ریه، دهان، مری، حنجره، لوزالمعده و مثانه مرتبط است (هنل^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های سیاست‌گذاران بهداشتی-اجتماعی جوامع امروزی، شیوع روزافزون رفتارهای اعتیادی به‌خصوص اعتیاد به سیگار و دخانیات در گروه سنی جوان است (اداره مطالعات کاربردی^۳، ۲۰۰۶؛ بارت و تورنر^۴، ۲۰۰۶؛ کونسچی و سیلبرسین^۵، ۲۰۰۴؛ هاموند^۶، ۲۰۰۹؛ جانستون، امالی، بچمن و اسکولنبرگ^۷، ۲۰۰۷). مطالعات خارجی حاکی از افزایش مصرف سیگار در بین جوانان است (کوری و همکاران^۸، ۲۰۰۴؛ رفات^۹، ۲۰۰۴). نرخ شیوع

8. Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte, Samdal, & Barnekow
9. Refaat
10. Baska, Baskova, Hudeckova, Straka, & Madar
11. Lantz
12. Moran, Wechsler, & Rigotti
13. Nichter, Richardson, Flaherty, Carkoglu, & Taylor

1. World Health Organization
2. Haenle, Brockmann, Kron, Bertling, Mason, Steinbach
3. Office of Applied Studies
4. Barrett & Turner
5. Kuntsche & Silbereisen
6. Hammond
7. Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg

و شبکه اجتماعی دوستان حمایت‌کننده و تداوم‌بخش مصرف، پیشرفت‌های درمانی را تحلیل می‌برند (مایستو و همکاران^۱، ۲۰۰۶). بنابراین، جلوگیری از مصرف سیگار آسان‌تر از درمان است (بوتوین، بیکر، دوسنبری، بوتوین و دیا^۲، ۱۹۹۵). در چنین شرایطی پیشگیری مناسب‌ترین و منطقی‌ترین راهکار به شمار می‌رود. مطالعات نشان داده‌اند که به ازای هر دلار صرف شده در حوزه پیشگیری، ده دلار صرفه‌جویی در حوزه درمان مصرف سیگار، مواد و الکل صرفه‌جویی می‌شود (اسپوت، گیول و دی^۳، ۲۰۰۲). به‌منظور طراحی برنامه‌های پیشگیری مناسب آگاهی از عوامل مؤثر در شروع و تداوم اعتیاد به سیگار ضروری است. در سال‌های اخیر، یکی از مهم‌ترین دستاوردها در حوزه نظریه‌پردازی و سیاست‌گذاری برنامه‌های پیشگیری، تأکید بر عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده به‌منزله یک چارچوب توصیفی و پیش‌بین است (هاوکینز، کاتالانو و آرتور^۴، ۲۰۰۲). در منابع علمی علت‌های مختلفی برای گرایش به مصرف سیگار ذکر شده است که می‌توان آن‌ها را به عوامل جسمی، روان‌شناختی و محیطی دسته‌بندی کرد. تحقیقات مختلفی ویژگی‌های شخصیتی چون هیجان‌خواهی، تکانشگری و رشد نیافتگی 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 استوارت^۵،

۲۰۰۸؛ هرکه، اسکولت، وریس و انگلس^۶، ۲۰۰۶؛ جین^۷ و همکاران، ۲۰۰۸؛ فرگوسن، گودوین و هورود^۸، ۲۰۰۳؛ رضوانفرد، اختیاری، مکری و کویانی، ۱۳۸۶). تحقیقات دیگری عوامل محیطی، همچون همسالان، حمایت اجتماعی کم و فشار اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند (لانترز، ۲۰۰۳؛ اکسوز، متلو و مالهان^۹، ۲۰۰۷؛ واترز، هریس، هال، نازیر و وایگاندت^{۱۰}، ۲۰۰۶). مطالعات نشان می‌دهد که عوامل درون فردی، دل‌بستگی ناایمن، احساس تنهایی و سلامت روان نقش زیادی در شروع و تداوم رفتار مصرف سیگار دارد (ابوالقاسمی، محمودی و سلیمانی، ۱۳۸۸؛ دوال و پوندجر^{۱۱}، ۲۰۱۱؛ لودرا، مامری، جونس و کاپرچيون^{۱۲}، ۲۰۰۶).

دل‌بستگی از دوران کودکی شکل می‌گیرد و در گستره زندگی نسبتاً پایدار می‌ماند و رفتارهای خاصی را در افراد برمی‌انگیزد و روی سلامت و بهداشت روانی فرد تأثیر زیادی می‌گذارد و به‌صورت عامل مهمی برای ساخت دهی شخصیت فرد درمی‌آید (بالبی^{۱۳}، ۱۹۷۹؛ به نقل از مردیث، اونزورث و استرنگ^{۱۴}، ۲۰۰۸). از سوی دیگر، تجربه ناامنی در رابطه دل‌بستگی با مشخصه‌های بی‌اعتمادی، آسیب‌پذیری، حساسیت و مشکلات ارتباطی همبستگی دارد (بشارت، ۱۳۸۰). یافته‌های پژوهشی، مصرف بیشتر مواد را در بین اعضای خانواده‌هایی که فاقد روابط صمیمی والدین-فرزندان

8. Fergusson, Goowin, & Horwood
9. Oksuz, Mutlu, & Malhan
10. Waters, Harris, Hall, Nazir, Waigandt
11. DeWall & Pond
12. Lauder, Mummery, Jones & Caperchione
13. Bowlby
14. Meredith, Ownsworth & Strong

1. Maisto & Connors
2. Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin & Diaz
3. Spoth, Guyl & Day
4. Hawkins, Catalano & Arthur
5. Mykletun, Overland, Aarø, Liabø, & Stewart
6. Harakeh, Scholte, Vries, & Engels
7. Qin

دیگران تأثیرات منفی روی سلامت روانی و جسمی دارد که این تأثیر بیشتر از طریق افزایش مصرف سیگار و چاقی است (هاوس، لاندیس و امبرسون^۶، ۱۹۸۸، به نقل از دوال و پوندجر، ۲۰۱۱). راسل، کاترونا، مورا و والاس^۷ (۱۹۹۷) بیان می‌کنند میان احساس تنهایی و مشکلات روانی و اجتماعی مانند الکلیسم، خودکشی و افسردگی، اضطراب، کمبود اعتمادبه‌نفس، 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 می‌باشند. دوال و پوندجر (۲۰۱۱) 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، کاپرچون و جونز^۸ (۲۰۰۶) گزارش کردند که افراد تنها، نسبت به افراد غیر تنها به‌احتمال بیشتری سیگاری می‌شوند. در مقابل، تحقیقات دیگری نشان می‌دهند که احساس تنهایی نمی‌تواند یک ریسک فاکتور برای مصرف سیگار باشد (کاسیپو^۹ و همکاران، ۲۰۰۰؛ هاوکلی، بورلسون، برندسون^{۱۰} و کاسیپو، ۲۰۰۳). بنابراین، اینکه آیا احساس تنهایی با مصرف بیشتر سیگار مرتبط هست یا نه تا حدی روشن نیست.

سلامت روان نیز یکی از متغیرهای دیگر است که می‌تواند با مصرف سیگار ارتباط داشته باشد. شیوع مصرف سیگار در افراد با مشکلات روان‌شناختی

بوده و پیوندهای ایمن را تجربه نکرده‌اند، تأیید می‌کنند (دفرانز و پاولک^۱). کاسل، واردل و رابرتس^۲ (۲۰۰۷) مدلی را ارائه دادند که نشان می‌دهد سبک‌های دل‌بستگی بزرگ‌سالان تأثیر خود را از طریق ایجاد نگرش‌های ناکارآمد و عزت‌نفس پایین‌بر روی مصرف الکل، سیگار و مواد می‌گذارد که نتایج کار آن‌ها نشان از اهمیت بالقوه سبک‌های دل‌بستگی بزرگ‌سال به‌عنوان عامل خطری برای مصرف مواد در دانشجویان است. 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^۳ (۱۹۹۵) نیز نشان دادند دانشجویانی که دارای سبک دل‌بستگی نایمن 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^۴ (۲۰۰۶) گزارش کردند افرادی که وابستگی به الکل و مواد دارند، دارای سبک دل‌بستگی نایمن 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 (کاسیپو و پاتریک^۵، ۲۰۰۸). درواقع ارتباط نداشتن با

6. House, Landis, & Umberson
7. Russell, Cutrona, Mora & Wallace
8. Lauder, Mummery, Caperchione & Jones
9. Cacioppo
10. Hawkey, Burleson, Berntson

1. DeFronzo & Pawlak
2. Kassel, Wardle & Roberts
3. Brennan & Shaver
4. Thorberg & Lyvers.
5. Cacioppo & Patrick

حدود ۲ تا ۳ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (اولیور، لایمن و فراسر^۱، ۲۰۰۷). تحقیقات انجام شده در ایالات متحده پیشنهاد می کنند که حتی ممکن است بیش از ۹۰ درصد افرادی که مشکلات روان شناختی دارند وابستگی به نیکوتین داشته باشند (ویلیامز و زیدونیس^۲، ۲۰۰۴). مصرف سیگار همچنین علائم روان پزشکی را کاهش می دهند و این عامل در افراد سیگاری به طور مشخصی احتمال وابستگی به نیکوتین را افزایش می دهد (زیدونیس، ویلیامز و ساملسون^۳، ۲۰۰۳).

تحقیقات چندی به بررسی ارتباط سلامت روان و مصرف سیگار پرداخته اند. (جوکلسون و مجروسکی^۴، ۲۰۰۶؛ جوکاما^۵ و همکاران، ۲۰۰۱؛ کویچپر، اسمیت، تن هاوا و دگراف^۶، ۲۰۰۷؛ لودرا و همکاران، ۲۰۰۶). جارویس و واردل^۷ (۱۹۹۹) گزارش کردند که افراد سیگاری بیان می کنند که مصرف سیگار به آنها برای کاهش استرس و اضطراب کمک می کند و شیوع بالای مصرف سیگار در افرادی که با مشکلات اجتماعی و اقتصادی روبرو بوده اند این احتمال را مطرح می کند که مصرف سیگار به عنوان یک راهبرد مقابله با استرس به کار می رود.

در هر جمعیتی بیشترین مصرف سیگار در میان افرادی است که مشکلات روان شناختی دارند (جوکلسون و مجروسکی، ۲۰۰۶). همچنین مصرف سیگار خود نیز باعث افزایش اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات مربوط به سلامت روان می شود

(کویچپر و همکاران، ۲۰۰۷؛ مالون، وایتمکس و هاس^۸، ۲۰۰۳)؛ لذا توجه به سلامت روان و بررسی این متغیر در افراد سیگاری برای پیشگیری و یا درمان می تواند حائز اهمیت بسیار باشد.

بنابراین هدف کلی در این پژوهش بررسی برخی متغیرهای است که احتمالاً در گرایش به مصرف سیگار در دانشجویان پسر مؤثرند.

روش

با توجه به اینکه پژوهش حاضر به دنبال مقایسه افراد سیگاری و غیر سیگاری در متغیرهای دل بستگی و احساس تنهایی ادراک شده است و متغیرهای پژوهش هم قابل دست کاری نیستند، از روش علی-مقایسه ای استفاده شده است. این پژوهش شامل کلیه دانشجویان پسر مجرد کارشناسی و کارشناسی ارشد سیگاری و غیر سیگاری خوابگاه های دانشگاه شهید بهشتی تهران در سال ۹۱-۹۲، شامل ۲۵۰۰ نفر بود. نمونه ای آماری شامل ۱۰۰ دانشجوی، مشتمل بر ۵۰ دانشجوی سیگاری و ۵۰ دانشجوی غیر سیگاری بودند که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب مشارکت و همکاری آزمودنی ها، پرسشنامه دل بستگی 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 ۱۰۰ نخ سیگار در طول عمر خود

6. Cuijpers, Smit, ten Have & de Graaf
7. Jarvis and Wardle
8. Malone, Waternaux & Haas

1. Olivier, Lubman & Fraser
2. Williams & Ziedonis
3. Smelson
4. Jochelson & Majrowski
5. Joukamaa

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 است (پاکدامن، ۲۰۰۱). کولینز و رید میزان آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و اضطرابی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۵ گزارش نمودند. در پژوهش پاکدامن (۱۳۸۰)، پایایی آزمون- بازآزمون این مقیاس ۰/۹۵ 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 ۳۸ سؤال است. تعداد ۱۶ سؤال خرده مقیاس تنهایی ناشی از روابط خانوادگی، ۱۱ خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و ۱۰ سؤال نشانه‌های عاطفی تنهایی را تشکیل می‌دهند. نمره‌گذاری با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (طیف ۰ تا ۴) صورت می‌گیرد که در گروهی از ۳ سؤالات خیلی زیاد نمره ۰، زیاد ۱، متوسط ۲، کم ۳ و خیلی کم نمره ۴ در نظر گرفته می‌شود و برای گروه دیگری از سؤالات بالعکس. گروه سؤالات

مصرف کرده باشد (جیان و همکاران، ۲۰۰۳). منظور از غیر سیگاری 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 ۱۸ و ۲۶ سال (میانگین ۲۳/۳۶ و دامنه تغییرات ۴/۶۸) و در گروه غیر سیگاری ۱۸ و ۲۵ سال (میانگین ۲۲/۷۲ و دامنه تغییرات ۵/۳۸)؛ از نظر تحصیلات در گروه سیگاری ۲۷ نفر (۵۴٪) کارشناسی و ۲۳ نفر (۴۶٪) کارشناسی ارشد و در گروه غیر سیگاری ۳۲ نفر (۶۴٪) کارشناسی و ۱۸ نفر (۳۶٪) کارشناسی ارشد بودند.

ابزار: مقیاس دل‌بستگی کولینز و رید^۱

مقیاس شامل خودارزیابی از مهارت‌های ایجاد روابط و خودتوصیفی شیوه شکل‌دهی روابط دل‌بستگی نسبت به چهره‌های دل‌بستگی نزدیک است و مشتمل بر ۱۸ ماده است که از طریق علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای (از نوع لیکرت) از «به هیچ وجه با خصوصیات من تطابق ندارد» (۱) تا «کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد» (۵)، سنجیده می‌شود. این پرسشنامه داری ۳ 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 ۶ عبارت اختصاص یافته است. افرادی که امتیاز آن‌ها در زیر مقیاس نزدیکی و وابستگی بالاتر از

2. Adult Attachment Scale Revised

1. Qian, Cai, Gao, Tang, Xu, Critchley

پرسشنامه سلامت عمومی^۱: این پرسشنامه ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، برای سرنده کردن اختلالات روانی در جمعیت عمومی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۴ مقیاس فرعی است که هر کدام دارای ۷ پرسش‌اند: الف) علائم جسمانی؛ ب) علائم اضطرابی و اختلال خواب؛ ج) کارکرد اجتماعی؛ د) علائم افسردگی است. روش نمره‌گذاری که در این ابزار استفاده شده است به روش لیکرت است که بر اساس آن هر یک از سؤال‌های ۴ درجه‌ای آزمون به صورت اصلاً (صفر)، کمی (۱)، زیاد (۲)، خیلی زیاد (۳) است. در نتیجه نمره کل فرد، از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. نقطه برش پرسشنامه ۲۳ گزارش شده است. نمره بیشتر در این مقیاس نشان‌گر سلامت روان پایین‌تر است. ضریب پایایی پرسشنامه با روش باز آزمایی، ۰/۹۱ گزارش شده است (نوربالا، باقری یزدی و محمد، ۲۰۰۹). ویلیامز، گلدبرگ (۱۹۸۸) در تحلیل ۴۳ بررسی، روایی آن را ۸۴٪ گزارش کردند.

یافته‌ها

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

مطابق دستورالعمل نمره‌گذاری مقیاس مشخص شده است (دهشیری، برج علی، شیخی، حبیبی، ۱۳۸۷). همبستگی مقیاس احساس تنهایی با مقیاس تجدیدنظر شده تنهایی UCLA، برابر با ۰/۶۰ است. همچنین همبستگی سه خرده مقیاس احساس تنهایی با مقیاس UCLA، به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۳۳، ۰/۴۷، همبستگی مقیاس احساس تنهایی با نمرات افسردگی، برابر با ۰/۵۶ است و همبستگی سه خرده مقیاس احساس تنهایی با افسردگی، برابر با ۰/۵۴، ۰/۴۰، ۰/۳۱ است. این همبستگی‌ها بیانگر روایی همگرای مقیاس احساس تنهایی است. همبستگی مقیاس احساس تنهایی با نمره شادکامی، به ترتیب برابر با ۰/۶۲، -۰/۴۰، -۰/۵۶ است. این همبستگی منفی و معنی‌دار بین احساس تنهایی و شادکامی، بیانگر روایی افتراقی مقیاس احساس تنهایی است (دهشیری، برج علی، شیخی، حبیبی، ۱۳۸۷). ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده مقیاس ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۰، برای خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۹ بوده است. ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۴، برای خرده مقیاس ناشی از ارتباط خانواده ۰/۸۳، برای خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۶ بوده است. این ضرایب بیانگر ثبات نمرات مقیاس تنهایی در طول زمان است (دهشیری، برج علی، شیخی، حبیبی، ۱۳۸۷).

جدول ۱. 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	۱۳/۷۴	۴/۶۳
	غیر سیگاری	۲۱/۵۲	۴/۱۴
اضطرابی	سیگاری	۱۹/۵۲	۵/۷۹
	غیر سیگاری	۱۳/۰۲	۴/۳۲
وابستگی	سیگاری	۱۳/۷۸	۳/۷۷
	غیر سیگاری	۱۷/۶۶	۴/۲۲
احساس تنهایی ناشی از خانواده	سیگاری	۳۳/۴۶	۷/۵۰
	غیر سیگاری	۱۷/۳۸	۸/۳۷
احساس تنهایی ناشی از دوستان	سیگاری	۲۶/۷۲	۶/۸۸
	غیر سیگاری	۱۷/۲۴	۷/۶۴
نشانه‌های عاطفی تنهایی	سیگاری	۲۳/۹۶	۴/۴۴
	غیر سیگاری	۱۳/۷۴	۵/۷۲
سلامت روان	سیگاری	۴۵/۶۶	۱۳/۰۴
	غیر سیگاری	۲۲/۹۶	۸/۹۱

نتایج آزمون *Box's M* برای بررسی همگنی واریانس و کوواریانس حاکی از برقراری این مفروضه در سطح داده‌های این مطالعه ($P > 0/05$) و $F(28, 33465/84) = 1/18$ بود. نتایج بررسی اثر متغیر گروه‌های سیگاری و غیر سیگاری با استفاده از آزمون هاتلینگ روی ترکیب خطی خرده

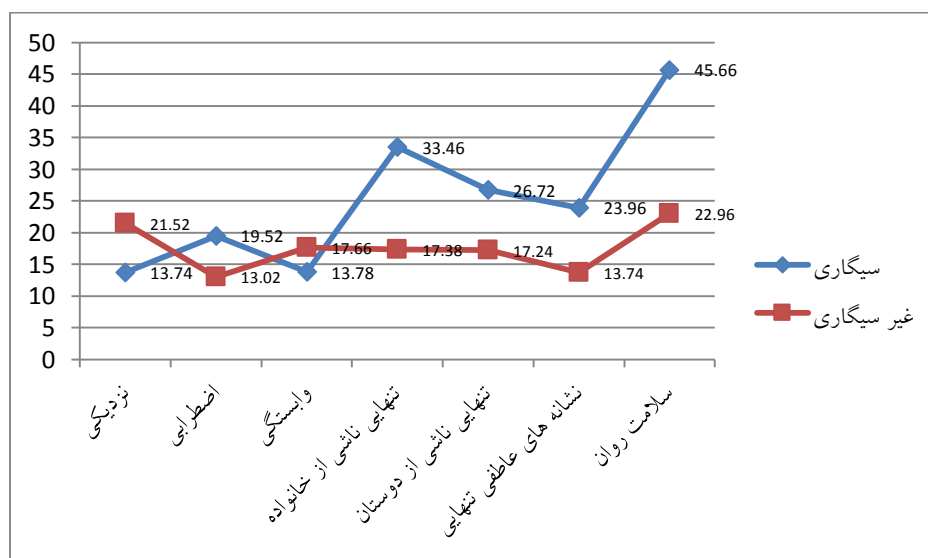
مقیاس‌های دل‌بستگی، احساس تنهایی و سلامت روان حاکی از وجود اثر معنی‌دار گروه ($\eta^2 = 0/74$) جهت بررسی اثر متغیر گروه‌های سیگاری و غیر سیگاری در هر یک از خرده مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک متغیره استفاده شد.

جدول ۲. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی اثر گروه‌های سیگاری و غیر سیگاری روی خرده مقیاس‌های دل‌بستگی، احساس تنهایی و سلامت روان

منبع تغییرات	متغیر وابسته	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	نزدیکی	۱۵۱۳/۲۱	۱-۹۸	۷۸/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	اضطرابی	۱۰۵۶/۲۵	۱-۹۸	۴۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	وابستگی	۴۵۳/۶۹	۱-۹۸	۳۰/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۲۳
	احساس تنهایی ناشی از	۶۴۶۴/۱۶	۱-۹۸	۱۰۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	احساس تنهایی ناشی از	۲۲۴۶/۷۶	۱-۹۸	۴۲/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	نشانه‌های عاطفی تنهایی	۲۶۱۱/۲۱	۱-۹۸	۹۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	سلامت روان	۱۲۸۸۲/۲۵	۱-۹۸	۱۰۳/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱

ناشی از خانواده ($F(1-98)=102/23, P<0/001$)، احساس تنهایی ناشی از دوستان ($P<0/001$)، نشانه‌های عاطفی تنهایی ($F(1-98)=42/43, P<0/001$) و سلامت روان ($F(1-98)=99/35, P<0/001$) - تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده گردید.

بر اساس نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی اثر گروه سیگاری و غیر سیگاری در جدول ۲ و نمودار ۱ می‌توان گفت که بین گروه سیگاری و غیر سیگاری در مقیاس‌های نزدیکی ($F(1-98)=78/29, P<0/001$)، اضطرابی ($F(1-98)=40/41, P<0/001$)، وابستگی ($F(1-98)=30/03, P<0/001$)، احساس تنهایی ($F(1-98)=6464/16, P<0/001$)، نشانه‌های عاطفی تنهایی ($F(1-98)=2611/21, P<0/001$) و سلامت روان ($F(1-98)=12882/25, P<0/001$) تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده گردید.



نمودار ۱. نیمرخ روانی خرده مقیاس‌های دل‌بستگی، احساس تنهایی و سلامت روان

*نمره‌ی بالاتر در مقیاس سلامت روان نشانگر سلامت روان پایین‌تر است.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف این پژوهش بررسی و مقایسه سبک‌های دل‌بستگی، احساس تنهایی و سلامت روان در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری خوابگاهی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که در متغیر دل‌بستگی بین زیرمقیاس‌های نزدیکی، وابستگی و اضطرابی در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری تفاوت معناداری وجود دارد که با توجه به اینکه بالا بودن نمره بیشتر از متوسط در زیرمقیاس‌های نزدیکی و وابستگی نشانگر دل‌بستگی ایمن و پایین بودن این مقیاس‌ها و بالاتر بودن زیرمقیاس اضطرابی نشانگر دل‌بستگی نایمن است می‌توان نتیجه گرفت که دانشجویان سیگاری دارای سبک دل‌بستگی نایمن (اضطرابی) بیشتری نسبت به غیر سیگاری‌ها می‌باشند. این نتیجه همسو با چندی از یافته‌های پیشین است. کاسل و همکاران (۲۰۰۷) بیان می‌کنند که دل‌بستگی نایمن از طریق ایجاد نگرش‌های ناکارآمد و عزت‌نفس پایین روی مصرف سیگار، الکل و مواد تأثیر می‌گذارد. نتایج کار آن‌ها نشان از اهمیت بالقوه سبک‌های دل‌بستگی بزرگ‌سال به‌عنوان عامل خطری برای مصرف مواد در دانشجویان است. هوسانگ و چاسین^۱ (۱۹۹۴) نتیجه‌گیری کردند که سبک‌های دل‌بستگی نایمن آشفتگی‌های روان‌شناختی، زمینه مصرف مواد و سیگار را در جوانان فراهم می‌کند. بشارت، نوربخش، رستمی و فراهانی (۱۳۹۱) نیز به این نتیجه رسیدند که سبک‌های دل‌بستگی از طریق ارتباط با خودتنظیم‌گری هیجانی روی اختلال‌های مصرف مواد تأثیر می‌گذارد. برنان و شاور (۱۹۹۵)، توربرگ

و لیورز (۲۰۰۶)، کوپر^۲ و همکاران (۲۰۰۴)، مک-نالی^۳ و همکاران (۲۰۰۳) و ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۸) نیز به این نتیجه رسیدند که افراد دارای سبک دل‌بستگی نایمن بیشتر به دنبال مصرف مواد، الکل و رفتار سیگار کشیدن می‌روند.

وجود مشکلات ارتباطی و تعامل خانوادگی افراد و عدم وجود روابط صمیمانه میان اعضای این خانواده‌ها، سبک دل‌بستگی نایمن را در افراد سیگاری تبیین می‌کند (اصغری‌مقدم و فقیهی، ۱۳۷۹). 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، ۱۳۹۰). به نظر می‌رسد افراد دارای وابستگی به مواد و سیگار ارتباطات ضعیف و کم توجهانه‌ای از والدین خود و به‌ویژه مادر دریافت کرده‌اند 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 هیجانی از جلب حمایت‌های اجتماعی استفاده می‌کنند، درحالی‌که اشخاص دارای دل‌بستگی نایمن هنگام مواجهه با استرس‌های هیجانی از روش‌های دیگر مانند سوءمصرف الکل، دارو و سیگار برای مقابله با این موقعیت‌ها کمک می‌گیرند (کاسل و همکاران، ۲۰۰۷؛ برنان و شاور، ۱۹۹۵).

3. McNally

1. Hussong & Chassin

2. Cooper

نتایج پژوهش نیز نشان داد که بین افراد سیگاری و غیر سیگاری 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، بدین معنا که افراد سیگاری از احساس تنهایی بیشتری برخوردارند. این یافته با یافته‌های هاوس، لاندیس و امبرسون (۱۹۸۸)، دوال و پوندجر، (۲۰۱۱)، راسل، کاترونا، دلامورا و والاس (۱۹۹۷) و کاپرچئون و جونز (۲۰۰۶) همسو است. هاوکلی، بارلسون، برنتسون^۱ و کاسپیو (۲۰۰۳) نتیجه گرفتند که بین احساس تنهایی و مصرف سیگار ارتباط وجود دارد و این ارتباط در میان جوامعی که مصرف سیگار از لحاظ اجتماعی قابل پذیرش است قوی‌تر است. افرادی که احساس تنهایی می‌کنند به این باور که برای کاهش وزن می‌توان از قدم زدن (برای تفریح و گذراندن اوقات فراغت) استفاده کرد کمتر تمایل دارند و بیشتر از رفتارهای ناسازگارانه‌ای مثل سیگار کشیدن استفاده می‌کنند (لودرا و همکاران، ۲۰۰۶)؛ 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 سیگار کشیدن، ورزش نکردن و بیماری‌های قلبی و روانی می‌برد.

همان‌طور که قبلاً ذکر شد تحقیقات دیگری نتایج متناقضی به دست آورده‌اند. کاسپیو و همکاران (۲۰۰۰) به این نتیجه رسیدند که بین افراد

تنها و افرادی که ارتباطات اجتماعی زیاد دارند تفاوتی در ساعت‌های ورزشی هفتگی، مصرف الکل و سیگار وجود ندارد. با توجه به نتایج متناقض تحقیقات می‌توان گفت این خود تنهایی نیست که منجر به مصرف سیگار می‌شود بلکه احساس تنهایی و ادراکی است که فرد از تنها بودنش دارد و همچنین می‌توان گفت که احساس تنهایی به‌طور غیرمستقیم و از طرق پیامدهای شناختی، رفتاری و جسمانی که دارد با مصرف سیگار و الکل ارتباط پیدا می‌کند (لویز، هاوکلی^۲ و کاسپیو، ۲۰۰۳).

پگ^۳ و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که افراد سیگاری در جنوب شرق آسیا نسبت به غیر سیگاری از احساس تنهایی بیشتری برخوردارند در حالی که در اروپایی شرقی بین افراد سیگاری و غیر سیگاری در مقیاس احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود نداشت. این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و یا عوامل دیگر باشد. مطالعات بین فرهنگی اغلب این تفاوت‌ها را در جهت‌گیری‌های متفاوت جمع‌گرایان و فردگرایان فرهنگی‌ها و گروه‌های مختلف می‌دانند (هافستید^۴، ۲۰۰۱؛ هانگ^۵، ۲۰۰۵).

ارتباط با دیگران و بخصوص افراد مصرف‌کننده سیگار و متغیرهای اجتماعی از قبیل فشار اجتماعی و هم‌نویی در افرادی که ارتباطات اجتماعی زیاد دارند می‌تواند در گرایش به مصرف سیگار مؤثر باشد؛ بنابراین هم تنهایی و هم ارتباط با دیگران

4. Hofstede
5. Huang

1. Hawkley, Burlison & Berntson
2. Louise & Hawkley
3. Page

دوسویه است و حتی ممکن است مصرف سیگار عاملی برای شروع اختلالات روانی باشد. (کوچپرس، اسمیت و تن‌هاوا، ۲۰۰۷). با توجه به پژوهش حاضر نیز می‌توان نتیجه‌گیری کرد که سلامت روان عامل تعیین‌کننده‌ای در گرایش به مصرف سیگار است.

محدودیتی که در اغلب پژوهش‌های حوزه علوم انسانی وجود دارد و این پژوهش نیز از این قاعده مستثنا نبود نحوه پاسخگویی شرکت‌کنندگان 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 به‌موقع از گرایش دانشجویان به مصرف سیگار می‌توان جلوگیری کرد. همچنین در سطح نظری به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که علاوه بر عوامل فردی و روان‌شناختی مؤثر در گرایش به مصرف سیگار در دانشجویان به بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی نیز توجه کنند.

اصغری‌مقدم، محمدعلی؛ و فقهی، سعید. (۱۳۷۹). تعیین اعتبار آزمون SF-36 سؤالی با استفاده از یک ملاک خارجی. گزارش تحقیق. تهران: گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد.

بشارت محمدعلی، شریفی ماندانا، ابروانی محمد (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دل‌بستگی و مکانیسم‌های دفاعی. مجله روانشناسی، شماره ۱۹، ۲۷۷-۲۸۹.

می‌توانند در ارتباط با متغیرها دیگر منجر به مصرف سیگار شوند.

همچنین نتایج نشان داد که بین افراد سیگاری و غیر سیگاری در مقیاس سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد و افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیر سیگاری از سلامت روان پایین‌تری برخوردارند. این یافته نیز با یافته‌های پیشین همسو است (لودرا و همکاران، ۲۰۰۶؛ کوچپرس و همکاران، ۲۰۰۷؛ مالون، وایتمکس و هاس، ۲۰۰۳؛ جوکاما و همکاران، ۲۰۰۱).

افراد سیگاری از کیفیت زندگی پایین‌تر، علائم روان‌شناختی و بدعملکردی بیشتری در مقایسه با افراد غیر سیگاری برخوردارند (هیلدجستین و استیونز، ۲۰۰۶). معمولاً سلامت روان به‌عنوان یک عامل میانجی عمل می‌کند و متغیرهای مثل دل‌بستگی و احساس تنهایی با تأثیر بر روی سلامت روان با مصرف سیگار ارتباط برقرار می‌کنند (کاسیویو و پاتریک، ۲۰۰۸). ارتباط مصرف سیگار و مشکلات روان‌شناختی یک ارتباط

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ محمودی، هیوا و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۸۸). بررسی نقش سبک‌های دل‌بستگی و مکانیسم‌های دفاعی در تمیز دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۶(۳): ۱۳۴-۱۴۱.
- احدی، بتول (۱۳۸۷). رابطه احساس تنهایی و عزت‌نفس با سبک‌های دل‌بستگی دانشجویان. مطالعات روان‌شناختی، دوره ۵- (۱): ۹۵-۱۱۲.

1. Heiligenstein & Stevens

2. Cuijpers, Smit & ten Have

دهشیری، غلامرضا؛ برج علی، احمد؛ شیخی، منصوره؛ حبیبی، مجتبی (۱۳۸۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان. *مجله روانشناسی*، ۱۲(۳): ۲۸۲-۲۹۶.

رضوانفرد، مهرانز؛ اختیاری، حامد؛ مکرری، آدرخش و کاویانی، حسین (۱۳۸۶). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و تکانشگری با میزان وابستگی نیکوتین در افراد سیگاری. *تازه‌های علوم شناختی*، ۹(۴): ۳۳-۴۹.

بشارت، محمدعلی، نوربخش، سیده نجمه، رستمی، رضا، فراهانی، حجت اله (۱۳۹۱). نقش تعدیل‌کننده خودتنظیم‌گری در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و شدت اختلال‌های مصرف مواد. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۳): ۲۱-۳۲.

پاکدامن، شهلا (۱۳۸۰). بررسی ارتباط بین دل‌بستگی و جامعه طلبی در نوجوانان. پایان‌نامه‌ی دکتری، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.

Reference

- Ahmadi, J., Khalili, H., Jooybar, R., Namazi, N. & Mohammadaghaei, P. (1999). "Epidemiology of cigarettesmoking among Iranian population". Presented at World Psychiatric Association, Regional Congress, Preventive Psychiatry, Athens, Greece.
- Barrett, A.E. & Turner, R.J. (2006). "Family structure and substance use problems in adolescenceand 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 omantic

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 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 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.
- Hawkey, L.C., Burlison, 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 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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 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) "Serous mental illness and tobacco addiction: A model program to address this common but neglected issue". *Am J Med Sci*, 326 (4):230-223.