

بررسی نقش سبک‌های دل‌بستگی و مکانیزم‌های دفاعی در تمیز دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری

عباس ابوالقاسمی^۱، هیوا محمودی^۲، اسماعیل سلیمانی^۳

^۱ دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی

نشانی نویسنده مسئول: اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده ادبیات علوم انسانی، گروه روانشناسی، دکتر عباس ابوالقاسمی

E-mail: abolghasemi1344@uma.ac.ir

وصول: ۸۸/۶/۷، اصلاح: ۸۸/۸/۲۵، پذیرش: ۸۸/۹/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: این اعتقاد وجود دارد که سبک‌های دل‌بستگی نا ایمن و مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته افراد را برای مصرف سیگار و مواد آسیب‌پذیر ساخته و این افراد هیجان‌ات منفی‌تری تجربه می‌کنند و گزینه‌های کمتری برای کاهش آشفتگی‌های روانشناختی دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش سبک‌های دل‌بستگی، مکانیزم‌های دفاعی و وضعیت بهداشتی در تمیز دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مورد-شاهدی است. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ دانشجوی سیگاری و ۱۰۰ دانشجوی غیرسیگاری بود که از میان دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی انتخاب گردیدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی، مقیاس سبک‌های دل‌بستگی و پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل ممیز با نرم افزار SPSS.14 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۷۱ درصد پراش سه متغیر دل‌بستگی نا ایمن، مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و وضعیت بهداشتی برای تنها تابع ممیز از اختلاف بین دو گروه سیگاری و غیر سیگاری تبیین می‌شود. تابع ممیز به‌دست آمده با روش همزمان ۹۴/۵ درصد سیگاری‌ها و با روش گام به گام ۹۳/۵ درصد غیرسیگاری‌ها به درستی طبقه‌بندی شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری را می‌توان از روی مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته، سبک دل‌بستگی نا ایمن و وضعیت بهداشتی تمیز داد. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۶/شماره ۳/صص ۱۴۱-۱۳۴).

واژه‌های کلیدی: سبک‌های دل‌بستگی؛ مکانیزم‌های دفاعی؛ وضعیت بهداشتی؛ سیگاری.

مقدمه

مصرف سیگار می‌میرند. اما در دهه‌های ۲۰۲۰ و ۲۰۳۰ پیش‌بینی شده است که سالانه ۱۰ میلیون مرگ در اثر مصرف سیگار رخ خواهد داد (۱). دلایل مختلفی برای گرایش به سیگار و سایر مواد ذکر شده است. برخی افراد

یکی از موضوعات مهم در مورد سلامت جوانان، مصرف سیگار است. بر اساس تخمین سازمان جهانی بهداشت در دهه نود، سالانه ۴ میلیون نفر در جهان در اثر

برای پذیرفته شدن در جامعه به سمت سیگار می‌روند و برخی دیگر از این طریق سعی می‌کنند خود را رشد یافته- تر و بزرگ‌تر جلوه دهند و برخی برای تسکین خود به سیگار پناه می‌برند (۲). مصرف سیگار به متغیرهای روانشناختی دیگری از جمله احساس ناامنی و سبک‌های دفاعی ناکارآمد بستگی دارد (۳،۴).

دل بستگی (attachment) تجربه‌ای مهم در زندگی است و در بهداشت و سلامت روانی افراد تأثیری شگرف دارد (۵). یافته‌های پژوهشی، مصرف بیشتر مواد را در بین اعضای خانواده‌هایی که فاقد روابط صمیمی والدین- فرزندان بوده و پیوندهای ایمن را تجربه نکرده‌اند، تأیید می‌کنند (۶). کاسل و همکاران با بررسی سبک‌های دل بستگی ۲۱۲ دانشجوی در شیکاگو نشان دادند که سبک- های دل بستگی بزرگسالان بر روی مقدار مصرف الکل و سیگار تأثیر دارد و مصرف مواد موجب اختلال در نگرش‌ها و عزت نفس می‌شود (۷). همچنین نتایج همان مطالعه نشان داد که بین دل بستگی نایمن (مضطرب) و استفاده از دارو، الکل و سیگار همبستگی مثبتی وجود دارد؛ تحلیل رگرسیون چند متغیری نیز نشان داد که مصرف مکرر الکل یا سیگار بر دل بستگی (مضطرب) این افراد تأثیر می‌گذارد که این کار از طریق نگرش‌های نادرست و عزت نفس پایین صورت می‌گیرد. هوسانگ و چاسین بین آشفتگی‌های روان‌شناختی، سبک‌های دل بستگی نایمن و مصرف مواد رابطه معناداری به دست آوردند (۸). کوک و همکارش نتیجه‌گیری کرد که سبک دل بستگی نایمن ممکن است نقش مهمی در تسریع ابتلا به اختلالات مواد داشته و افراد دارای سبک دل بستگی نایمن به دنبال مصرف مواد یا سیگار می‌روند (۹). برنان و شاور نیز نشان دادند دانشجویانی که دارای سبک دل بستگی 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 (۱۰). بورگ و همکاران (۱۱) و کوپر و همکاران (۱۲)

دریافتند که بین رفتار نوشیدن الکل و سبک دل بستگی نایمن ارتباط وجود دارد. مک نالی و همکاران نیز بین سبک دل بستگی نایمن و سیگار کشیدن رابطه معناداری به دست آوردند (۱۳). کاسپر و همکاران گزارش کردند کسانی که دارای سبک دل بستگی نایمن هستند، بیشتر به- دنبال مصرف مواد، مصرف الکل و رفتار سیگار کشیدن می‌روند (۱۴).

متغیر دیگری که در مصرف سیگار می‌تواند نقش اساسی داشته باشد، مکانیزم‌های دفاعی است. به نظر می- رسد بین مکانیزم‌های دفاعی ناسازگارانه و مصرف سیگار نیز رابطه‌ای وجود داشته باشد. افراد برای کاهش عواطف منفی خود در زندگی روزمره از نیکوتین استفاده می‌کنند طوری که یافته‌ها نشان داده‌اند افرادی که به سوی مصرف مواد و سیگار می‌روند، بیشتر از مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته استفاده می‌کنند (۱۵). این افراد در موقعیت‌های پر استرس، از به‌کارگیری مکانیزم‌های دفاعی مؤثر و کارآمد ناتوان هستند و به رفتارهای برانگیخته و مخرب مانند مصرف سیگار و مواد روی می‌آورند (۱۶). اکبری و همکاران در پژوهشی بر روی دانشجویان نشان دادند که بین مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته و رشد نیافته با پذیرش اعتیاد به ترتیب رابطه معناداری وجود دارد (۱۷). راینک و راجرز دریافتند که سبک‌های دل بستگی ایمن با مکانیزم- های مقابله‌ای سازگارانه و سبک‌های دل بستگی نایمن با مکانیزم‌های مقابله‌ای ناسازگارانه ارتباط دارد (۱۸).

به‌طور کلی به نظر می‌رسد سبک‌های دل بستگی و مکانیزم‌های دفاعی می‌توانند نقش مهمی در گرایش به مصرف سیگار داشته باشند. از طرفی، اهمیت سبک‌های دل بستگی و مکانیزم‌های دفاعی در آسیب‌شناسی مصرف سیگار برجسته نشده است (۱۵ و ۱۷). لذا بررسی این متغیرها می‌تواند در تمیز افراد در معرض خطر سیگار و مصرف مواد نقشی مؤثر و مهم داشته باشد. از این رو، هدف پژوهش نقش سبک‌های دل بستگی ایمن و نایمن، مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته و رشد نیافته در تمیز

دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش: پژوهش حاضر یک پژوهش مورد - شاهدی است و با هدف پیش‌بینی عضویت (سیگاری و غیر سیگاری) و دستیابی به ممیز طراحی شده است. در واقع به منظور پاسخ به این سؤال که آیا مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته و رشد نیافته، سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن و وضعیت بهداشتی، عضویت گروهی (سیگاری و غیر سیگاری) را پیش‌بینی می‌کند، از روش آماری تحلیل ممیز استفاده شده است.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال ۱۳۸۶ بود (حدود ۴ هزار نفر). منظور از دانشجویان سیگاری دانشجویانی بودند که حداقل سه سال سابقه مصرف سیگار به صورت دائمی (حداقل روزی ده نخ) داشتند. منظور از دانشجویان غیرسیگاری دانشجویانی بودند که اصلاً سابقه استفاده سیگار را حتی به صورت تفننی نداشتند. حجم نمونه این پژوهش شامل ۱۰۰ دانشجوی سیگاری و ۱۰۰ دانشجوی غیرسیگاری بود که از میان دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی انتخاب شدند. ضمناً گروه غیر سیگاری از نظر ویژگی‌های سن، رشته تحصیلی و بومی - غیربومی هم‌تا گردیدند. حداکثر حجم نمونه با استفاده از فرمول نمونه در پژوهش‌های همبستگی بر اساس پژوهشی با اطمینان ۹۵ درصد و توان آماری ۹۰ درصد، برای هر گروه ۸۵ نفر می‌باشد، در این پژوهش برای افزایش اعتبار بیرونی، ۱۰۰ آزمودنی برای هر گروه در نظر گرفته شده است.

ابزار پژوهش: در این پژوهش از ابزارهای ذیل استفاده شد:

۱- پرسشنامه سبک‌های دلبستگی: پرسشنامه سبک‌های دلبستگی (Attachment Styles Inventory) توسط سیمپسون ساخته شد که ۱۳ جمله دارد و سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن را اندازه‌گیری می‌کند. پرسشنامه

سیمپسون ضریب پایایی همسانی درونی و بازآزمایی (با فاصله زمانی ۵ هفته) را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۰ گزارش کرده است (۱۹). رضازاده نیز ضریب پایایی این آزمون را بعد از ۶ هفته ۰/۶۸ به دست آورده است (۱۹). ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر نیز ۰/۸۶ به دست آمد.

۲- پرسشنامه سبک دفاعی: پرسشنامه سبک دفاعی (Defense Style Questionnaire) (۲۰) ۴۰ سؤال دارد و ۲۰ مکانیزم دفاعی را بر حسب سه سبک دفاعی رشد یافته، نوروپیک و رشد نیافته می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ سبک‌های رشد یافته، نوروپیک و رشد نیافته به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمده است. بین این پرسشنامه و فهرست دلبستگی بزرگسالان ضریب همبستگی معناداری گزارش شده است. به عبارت دیگر، افراد دارای دلبستگی ایمن از سبک‌های دفاعی رشد یافته و افراد دارای سبک‌های دلبستگی نایمن از سبک‌های دفاعی رشد نیافته بیشتر استفاده می‌کنند (۲۱). از این مقیاس به منظور اندازه‌گیری مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته و رشد نیافته استفاده شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد.

۳- پرسشنامه سلامت عمومی: فرم کوتاه ۳۶ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی (Short-Form General Health Survey) توسط استوارت و همکاران ساخته شد که برای بررسی اعتبار این آزمون، نمره‌های گروه‌های بیمار و افراد سالم را با یکدیگر مقایسه و تفاوت معناداری بین دو گروه به دست آمد (۲۲). در مطالعه اصغری مقدم و فقیهی جهت تعیین اعتبار این پرسشنامه، نمره‌های گروه بیماران با گروه افراد سالم مورد مقایسه قرار گرفت. تفاوت میانگین دو گروه در تمامی مقیاس‌های پرسشنامه معنادار بود. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ می‌باشد (۲۳). همچنین استوارت و همکاران ضرایب پایایی را برای مقیاس‌های مختلف از ۰/۸۱ تا

۱۶/۱۱) و وضعیت بهداشتی (۴/۴۳ در مقابل ۶/۱۰) بود (جدول ۱).

مقدار ویژه تنها تابع ممیز ۲/۵۴۶ (به روش همزمان) و ۲/۴۳۷ (به روش گام به گام) می‌باشد. مجذور انا برای تحلیل ممیز به روش همزمان ۰/۷۱۷ و به روش گام به گام ۰/۷۰۸ است. بنابراین، ۷۱ درصد پراش ۳ متغیر پیش‌بین به روش گام به گام برای تنها تابع ممیز از اختلاف بین دو گروه سیگاری و غیر سیگاری تبیین می‌شود. مقدار لامبدای ویلکز برای تابع ممیز به روش همزمان ۰/۲۸۲ و برای تابع میز به روش گام به گام ۰/۲۹۱ است ($P < ۰/۰۰۱$). مقدار مجذور کای برای تنها

۰/۸۸ گزارش کردند (۲۲). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد.

روش اجرا: در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری مشخص شدند. سپس اهداف تحقیق برای هر یک از آزمودنی‌ها توضیح داده شد و پرسشنامه‌های تحقیق در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که به دقت سؤالات را مطالعه نموده و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. سپس داده‌های جمع‌آوری شده با روش آماری تحلیل ممیز مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. ضمناً تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی و زمان اجرای آن‌ها حدود ۲۵ دقیقه بود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل ممیز به روش‌های ورود و گام به گام استفاده شد. این تجزیه و تحلیل آماری به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها به ترتیب ۲۲/۹۵ سال و ۱/۹۸ سال با دامنه سنی ۲۰ تا ۲۷ سال بود. در مجموع، ۸۹ درصد آزمودنی‌ها در مقطع کارشناسی و ۱۱ درصد آن‌ها در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. میانگین و انحراف معیار مدت مصرف سیگار در گروه سیگاری $۵/۸۴ \pm ۲/۴۱$ سال بود. همچنین ۳۸ درصد (۷۶ نفر) دانشجویان بومی و ۶۲ درصد (۱۲۴ نفر) آزمودنی‌ها غیر بومی بودند. از طرفی، ۶۴ درصد (۶۴ نفر) آزمودنی‌ها از گروه سیگاری تمایل به ترک داشتند.

میانگین مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته (۶/۸۶) در مقابل (۸/۶۴) و مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته (۱۵/۶۵) در مقابل (۱۰/۲۲)، سبک‌های دلبستگی ایمن (۲۱/۱۶) در مقابل (۱۲/۱۰)، سبک‌های دلبستگی نایمن (۱۴/۵۹) در مقابل

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری

| گروه | سیگاری | غیرسیگاری |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| متغیر | انحراف معیار \pm میانگین | انحراف معیار \pm میانگین |
| مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته | ۳/۰۲ \pm ۶/۸۶ | ۲/۲۵ \pm ۸/۶۴ |
| مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته | ۳/۷۲ \pm ۱۵/۶۵ | ۲/۵۶ \pm ۱۰/۲۲ |
| دلبستگی نایمن | ۳/۸۵ \pm ۲۱/۱۶ | ۳/۸۹ \pm ۱۲/۱۰ |
| دلبستگی ایمن | ۴/۵۲ \pm ۱۴/۵۹ | ۵/۶۷ \pm ۱۶/۱۱ |
| وضعیت بهداشتی | ۳/۷۶ \pm ۴/۴۳ | ۲/۵۶ \pm ۶/۱۰ |

جدول ۲: تابع ممیز متعارف و اطلاعات مهم تابع به روش تحلیل ممیز و گام به گام

| اطلاعات مهم مربوط به تابع ممیز | تحلیل ممیز | |
|----------------------------------|------------|----------------|
| | روش همزمان | روش گام به گام |
| مقدار ویژه | ۲/۵۴۶ | ۲/۴۳۷ |
| همبستگی متعارف | ۰/۸۴۷ | ۰/۸۴۲ |
| مجذور انا | ۰/۷۱۷ | ۰/۷۰۸ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۲۸۲ | ۰/۲۹۱ |
| مجذور کای | ۲۴۵/۵۷۰ | ۲۴۲/۵۸۰ |
| درجه آزادی | ۵ | ۳ |
| معنی داری تابع ممیز | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| مرکز واره نمره‌ها برای سیگاری‌ها | -۱/۵۸۸ | -۱/۵۵۳ |
| مرکز واره نمره‌ها غیر سیگاری‌ها | ۱/۶۵۳ | ۱/۶۳۲ |
| پیش‌بینی عضویت گروهی | ۹۴/۵ | ۹۳/۵ |

جدول ۳: تحلیل رگرسیون همراه با لامبدای ویلکز

| مرحله | وارد شده | تعداد متغیر | لامبدای ویلکز | | F دقیق | | |
|-------|------------------------------|-------------|---------------|--------------|--------------|-----------|-------|
| | | | آماره | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | معنی داری | |
| ۱ | مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته | ۱ | ۰/۴۱۹ | ۲۷۴/۹۳ | ۱ | ۱۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| ۲ | دلبستگی نایمن | ۲ | ۰/۲۹۷ | ۲۳۳/۵۰ | ۲ | ۱۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| ۳ | وضعیت بهداشتی | ۳ | ۰/۲۹۱ | ۱۵۹/۲۰ | ۳ | ۱۹۸ | ۰/۰۰۱ |

تحلیل شدند که F برای هر سه متغیر در سطح $P < 0/001$ معنادار است (جدول ۳).

ضرایب استاندارد با روش تحلیل همزمان سهم مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و با روش گام به گام سهم متغیر مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته در تفاوت‌های گروهی از سایر متغیرها بیشتر است. ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز به روش تحلیل همزمان گروه غیر سیگاری در مقایسه با گروه سیگاری در متغیرهای مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و سبک دلبستگی نایمن نمره پایین‌تر و در متغیر وضعیت بهداشتی نمره بالاتری را نشان می‌دهد. همین وضعیت هم برای ضرایب طبقه‌بندی به روش گام به گام برای ۳ متغیر باقی‌مانده در تحلیل یعنی مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته، سبک دلبستگی نایمن و وضعیت بهداشتی صادق است. بزرگ‌ترین همبستگی مطلق بین مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و تنها تابع ممیز می‌باشد. تنها تابع ممیز بیشترین همبستگی را با متغیر مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته دارد. لذا می‌توان تنها تابع ممیز را به مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته نامگذاری نمود.

با توجه به ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز و مقادیر همزمان و هم به روش گام به گام می‌توان دو معادله ممیز تشکیل داد و با قرار دادن نمره‌های افراد سیگاری و غیرسیگاری در دو معادله دو نمره ممیز به دست آورد.

چنانچه نمره به دست آمده به مرکز واره داده‌های افراد سیگاری نزدیک‌تر باشد، پیش‌بینی می‌شود که به افراد سیگاری متعلق باشد. چنانچه نمره به دست آمده به مرکز واره نمره‌های افراد غیر سیگاری نزدیک‌تر باشد، پیش‌بینی می‌شود که به افراد غیر سیگاری متعلق باشد (جدول ۴).

تابع ممیز معنادار است ($P < 0/001$). بنابراین، تابع ممیز به دست آمده به طور معناداری از قدرت تشخیصی قابل توجهی برای دو سطح از متغیر ملاک برخوردار است. مرکز واره نمره‌ها برای تنها تابع ممیز به روش تحلیل همزمان ۱/۵۸۸- برای گروه سیگاری و ۱/۶۵۳+ برای گروه غیرسیگاری و به روش تحلیل گام به گام ۱/۵۵۳- برای گروه سیگاری و ۱/۶۳۲+ برای گروه غیر سیگاری و غیر بدان معناست که نقطه برش تمیز برای سیگاری و غیر سیگاری برای تابع ممیز به دست آمده صفر است و تابع ممیز به دست آمده، تابع تشخیصی بسیار مناسبی در متمایز نمودن گروه‌های سیگاری و غیر سیگاری است. به این ترتیب، اگر نمره‌های یک فرد در معادله ممیز به دست آمده گذاشته شود و نمره به دست آمده مثبت باشد، پیش‌بینی می‌شود که آن غیر سیگاری و اگر منفی باشد پیش‌بینی می‌شود که آن فرد سیگاری خواهد بود.

تابع ممیز به دست آمده با روش همزمان (۵ متغیر پیش‌بین) به طور کلی ۹۴/۵ درصد سیگاری‌ها و با روش گام به گام (۳ متغیر پیش‌بین) ۹۳/۵ درصد غیر سیگاری‌ها به درستی طبقه‌بندی شده‌اند. به عبارت دیگر، در تابع ممیز همزمان از ۱۰۰ فرد سیگاری ۹۰ فرد به درستی در گروه سیگاری و ۱۰ فرد به اشتباه در گروه غیرسیگاری و از ۱۰۰ فرد غیرسیگاری، ۹۷ فرد به درستی در گروه غیرسیگاری و ۳ فرد در گروه سیگاری به اشتباه قرار گرفته‌اند (جدول ۲).

با انجام تحلیل ممیز به روش گام به گام پس از ارائه ۵ متغیر، ۳ متغیر در تحلیل باقی ماندند. در گام اول متغیر مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته، در گام دوم متغیر دلبستگی نایمن و در گام سوم وضعیت بهداشتی وارد

جدول ۴: ضرایب استاندارد، غیر استاندارد، ضرایب ساختاری و ضرایب طبقه بندی تابع ممیز به روش همزمان و گام به گام

| متغیر | تابع به روش همزمان | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------|-----------|-----------|-----------|--------|---------------------|---------|-----------|--------|------------|
| | تابع به روش گام به گام | | | | | تابع به روش همزمان | | | | |
| | ضرایب طبقه بندی شده | | ضرایب غیر | | ضرایب | ضرایب طبقه بندی شده | | ضرایب غیر | | ضرایب |
| گروه | ساختاری | استاندارد | تابع | استاندارد | تابع | گروه | ساختاری | استاندارد | تابع | پیش بین ها |
| مکانیزم های دفاعی رشد یافته | -۰/۴۵۳ | -۰/۳۶۲ | -۰/۷۴۵ | -۰/۳۳ | -۰/۱۳۷ | -۰/۴۴۹ | -۰/۳۵۸ | -۰/۷۳۹ | -۰/۳۹ | -۰/۱۰۵ |
| وضعیت بهداشتی | - | - | - | - | - | -۰/۶۹۴ | -۰/۶۳۹ | -۰/۶۳۱ | -۰/۱۷ | -۰/۱۰۷ |
| مکانیزم های دفاعی رشد نیافته | -۰/۲۳۹ | -۰/۲۲۰ | -۰/۱۳۱ | -۰/۴۹ | -۰/۳۴۸ | -۰/۲۳۶ | -۰/۲۲۷ | -۰/۱۷۳ | -۰/۰۳ | -۰/۳۳۰ |
| سبک دلبستگی نا ایمن | ۱/۴۶۸ | ۱/۳۵۰ | -۰/۰۴۱ | -۰/۳۸ | -۰/۱۶۹ | ۲/۴۶۷ | ۲/۳۶۰ | -۰/۱۱۶ | -۰/۳۴ | -۰/۱۵۰ |
| سبک دلبستگی ایمن | - | - | - | - | - | ۱/۸۸۶ | ۱/۰۵۴ | -۰/۰۹۱ | -۰/۰۶ | -۰/۰۳۰ |
| عدد ثابت | -۲۵/۵۷۴ | -۳۳/۵۵۳ | - | -۰/۵۶۸ | - | -۷۷/۹۳۴ | ۸۲/۵۵۴ | - | -۹/۴۵۶ | - |

بحث

(۲۴). می‌توان چنین گفت که افراد دارای وابستگی به مواد و سیگار، از تجربیات دردناک ناشی از سرخوردگی‌های شدید در ارتباط با والدین به ویژه مادر رنج برده و در نتیجه، این افراد به امور و اشیای بیرونی وابستگی پیدا می‌کنند و مصرف مواد یکی از شیوه‌های جبران کمبودهای درونی آن‌ها در دوره‌های بعدی زندگی محسوب می‌شود (۲۵).

افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن برای خودتنظیم‌گری عاطفی به روش‌های دیگر مانند مصرف الکل، مواد مخدر و سیگار کشیدن پناه می‌برند (۲۶). بر این اساس، می‌توان از شیوه‌های مقابله هیجان مدار به-عنوان یکی از مکانیسم‌های تأثیرگذار بر شدت ابتلا به سوء مصرف مواد و سیگار برای تبیین این نتیجه استفاده نمود. در صورتی که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن هنگام مواجهه با استرس‌های هیجانی، به جستجوی حمایت اجتماعی می‌پردازند، احتمالاً جستجوی حمایت-های اجتماعی هنگام مواجهه با استرس‌های هیجانی در افراد ایمن، فقدان مصرف مواد و سیگار را در این افراد را توجیه می‌کند (۲۷).

نتایج پژوهش نیز نشان داد که از میان مکانیزم‌های دفاعی، فقط مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته، گروه سیگاری را از غیر سیگاری تمیز می‌دهد. این نتیجه در راستای یافته‌های اکبری و همکاران است که بین مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و پذیرش اعتیاد رابطه مثبت وجود دارد (۱۷). این نتایج نشان می‌دهد افرادی که درگیر مصرف

هدف این پژوهش بررسی نقش سبک‌های دلبستگی ایمن و ناایمن، مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و وضعیت بهداشتی در تمیز دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری بود. نتایج پژوهش نشان داد که از میان سبک‌های دلبستگی، فقط سبک دلبستگی ناایمن گروه سیگاری را از غیرسیگاری تمیز می‌دهد. این نتیجه با این بخش از یافته کاسل و همکاران همخوانی دارد که مصرف مکرر الکل یا سیگار بر دلبستگی (مضطرب) این افراد تأثیر می‌گذارد. می‌توان بیان کرد که نگرش‌های نادرست و عزت نفس پایین آن‌ها سبب گرایش به سیگار در آن‌ها می‌شود. همچنین در راستای یافته پژوهشی فوق، هوسانگ و چاسین نتیجه‌گیری کردند که سبک‌های دلبستگی ناایمن با ایجاد آشفتگی‌های روان شناختی، زمینه مصرف مواد و سیگار را در جوانان فراهم می‌کنند (۸). کوک و شیم نیز نتیجه‌گیری کردند که سبک دلبستگی ناایمن ممکن است نقش مهمی در تسریع ابتلا به اختلالات مواد داشته باشد (۹). بورگ و همکاران (۱۱) و کوپر و همکاران (۱۲)، مک نالی و همکاران (۱۳) و کاسپر و همکاران (۱۴) نیز به این نتیجه رسیدند که افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن، 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 ناایمن را در افراد سیگاری تبیین می‌کند

بر این اساس، می‌توان از سبک دلبستگی ناایمن و مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته به‌عنوان مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سوء مصرف مواد و سیگار استفاده نمود. نوع پژوهش و محدودیت جامعه آماری پژوهش (دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی) گستره تعمیم نتایج و تفسیرها را محدود می‌سازد. نمونه مورد بررسی در این پژوهش یک نمونه دانشجویی بوده که در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها می‌بایست احتیاط کرد. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان پیشنهاد کرد که در سطح عملی، تهیه برنامه‌های آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند در استفاده بیشتر از مکانیزم‌های رشدیافته و سازگارانه کمک کند. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش می‌تواند نظریه‌های مربوط به نقش سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی در گرایش به مصرف سیگار را تأیید کند و پرسش‌های جدیدی را نیز در این ارتباط مطرح نماید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از دانشجویان محترم شرکت‌کننده در این تحقیق و مسئولین محترم دانشگاه که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

سیگار شده‌اند، مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته بیشتری دارند. به‌عبارت دیگر، در مواجهه با موقعیت‌های دشوار و پراسترس، توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح فرد کاهش و احتمال رفتارهای ناسازگارانه افزایش می‌یابد. در این مفهوم می‌توان مصرف سیگار را به‌عنوان یک مکانیزم دفاعی رشد نیافته در نظر گرفت که افراد در مواجهه با موقعیت‌های مشکل به آن متوسل می‌شوند. همچنین می‌توان بیان داشت که وقتی اطلاعات هیجانی و شناختی به درستی در فرآیند پردازش، ادراک و ارزیابی نشوند، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد عملکرد بهینه‌ای نخواهند داشت و در نتیجه، احتمال استفاده از مکانیزم‌های رشد نیافته در شرایط استرس‌زا افزایش می‌یابد. به اعتقاد وایلنت، مکانیزم‌های دفاعی به‌طور خودکار برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده عمل می‌کنند (۲۸). در پژوهش حاضر نیز، سبک دفاعی غالب افراد سیگاری رشد نیافته بود و در چنین شرایطی فرد معمولاً از طریق انکار، ابطال، نارزنده‌سازی و جابجایی، با استرس و موقعیت استرس‌زا مواجه می‌شود.

در مجموع سبک‌های دلبستگی ناایمن، مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته و وضعیت بهداشتی، در تمیز دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری نقش معناداری دارند.

منابع

- ۱- مسجیدی محمد رضا، آذری پورماسوله حسن، حیدری غلام رضا. سیگار و زیان‌های ترک سیگار. چاپ اول، تهران، مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماریهای ریوی، ۱۳۷۸.
2. Jessor R. Adolescent development and behavioral health. In Matarazzo JD, Weiss SM, Herd JA, Miller NE & Weiss SM, editors. Behavioral health: a Handbook of health enhancement and disease prevention (PP. 69-90). New York: John Wiley & Sons. 1984.
3. Finn PR, Hall J. Cognitive ability and risk for alcoholism: Short-term memory capacity and intelligence moderate personality risk for alcohol problems. J Abnorm Psychol. 2004; 113(4): 569-81.
4. Harakeh Z, Scholte RH, de Vries H, Engels RC. Association between personality and adolescent smoking. Addict Behav. 2006; 31(2): 232-45.
5. Bowlby J. Attachment and loss: Attachment. (Vol 1). London: Hogarth Press. 1969.

6. DeFronzo J, Pawlak R. Effects of social bonds and childhood experiences on alcohol abuse and smoking, *J Soc Psychol.* 1993 133: 635-642.
7. Kassel JD, Wardle M, Roberts JE. Adult attachment security and college student substance use. *Addict Behav.* 2007; 32(6): 1164-76.
8. Hussong AM, Chassin L. The stress-negative affect model of adolescent alcohol use: Disaggregating negative affect. *J Stud Alcohol.* 1994; 55(6): 707-18.
9. Cook DR. Shame, attachment, and addictions: Implications for family therapists *Contemporary Family Therapy.* 1991; 13: 405-19.
10. Brennan KA, & Shaver, PR. Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin.* 1995; 21(3): 267-83
11. Burge D, Hammen C, Davila J, Daley SE, Paley B, Lindberg N, et al.. The relationship between attachment cognitions and psychological adjustment in late adolescent women. *Dev Psychopathol.* 1997; 9(1): 151-67.
12. Cooper ML, Albino AW, Orcutt HK, Williams, N. Attachment styles and intrapersonal adjustment: A longitudinal study from adolescence into young adulthood. In: Rholes WS, Simpson JA, Editors. *Adult attachment: Theory, research, and clinical implication.* New York: Guilford Press; 2004. pp. 438-466.
13. McNally AM, Palfai TP, Levine RV, Moore BM. Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives *Addict Behav.* 2003; 28(6): 1115-27.
14. Caspers KM, Cadoret RJ, Langbehn D, Yucuis R, Troutman B. Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addict Behav.* 2005; 30(5): 1007-11.
15. Bulik CM, Sullivan PF, Carter FA, Joyce PR. Lifetime co morbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addict Behav.* 1997; 22(4): 437-46.
16. Nickel R, Egle UT. Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(2): 157-70.
- ۱۷- اکبری سعید، رستمی رضا، و زارعان مصطفی. رابطه هوش هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی با اعتیاد. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۱۳۸۷: سال ۴، شماره ۱۵، صفحات ۲۹۳ تا ۳۰۳.
18. Ognibene TC, Collins NL. Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships.* 1998; 15(3): 323-345.
19. Simpson, Jeffrey A. Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1990; 59: 971-80.
20. Reza zadeh MR. relationship of attachment styles and relationship skills with marital consistency in the students of Tehran university. *Tarbiat Modaress University,* 1370.
21. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181(4):246-56.
- ۲۲- بشارت محمد علی، شریفی ماندانا، ایروانی محمد. بررسی رابطه سبک های دلبستگی و مکانیزم های دفاعی. مجله روانشناسی. ۱۳۸۰: شماره ۱۹، صفحات ۲۷۷ تا ۲۸۹.
23. Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS short-Form general health survey: Reliability and validity in a practice population. *Medical Care.* 1988; 26(7): 724-35.
- ۲۴- اصغری مقدم محمد علی، فقیهی، سعید. تعیین اعتبار آزمون SF-36 سؤالی با استفاده از یک ملاک خارجی. گزارش تحقیق. تهران: گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، ۱۳۷۹.
25. Tareman F. Abuse substance in the adolescents. Tehran: Tarbiat Publisher, 1380.(Persian).
26. Kohut H. The restoration of the self. Chicago: University of Chicago press, 1992.
27. Torberg FA, Lyvers M. Attachment, fear, intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addict Behav.* 2006 Apr;31(4):732-7. 28- Cassidy J, Shaver PR. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical application.* New york: Guilford Press, 1999.
28. Vailant GE. Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers. Washington: American Psychiatric Press, 1992.