

## Comparing metacognition beliefs and emotional regulation and Smoking among adolescents ordinary in Sanandaj

Mozhde Taajobi<sup>1</sup>, Omid Moradi<sup>2\*</sup>

1- MA in psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

2- Ph.D. in counselling, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Sanandaj Branch  
(Corresponding Author)

### Abstract

**Introduction:** The present study aims to compare metacognition beliefs and emotional regulation and Smoking among adolescents ordinary in Sanandaj.

**Method:** The research method in terms of purpose is comparative and in terms of implementation method is descriptive comparative. The study population consists of all adolescent girls and boys in Sanandaj in the second half of 1394 normal adolescents and 100 cigarettes (each n=50) were selected through purposive sampling method. The Standard data collection tools in this research are emotion regulation questionnaire Gross and John (2003) and metacognitive beliefs Wells (1997).

**Results:** Statistical data analysis using logistic analysis was used. The results show no significant difference between emotion regulation and cognitive beliefs in normal adolescents and smokers ( $P < 0/05$ ). The test also shows significant differences in measures of emotion regulation scale of repression in normal adolescents and smokers ( $P < 0/05$ ). Also positive worry beliefs, negative metacognition, lower cognitive functioning, negative metacognition about thoughts and self-awareness in normal young adults and smokers were significantly different ( $P < 0/05$ ).

**Conclusion:** From the results, it could be deduced that modifying the metacognitive beliefs and teaching young people self-regulation strategies can substantially reduce smoking by reducing the negative emotions and can have a significant impact.

**Keywords:** Metacognition, Emotion regulation, Normal adolescent smokers

## مقایسه باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان در بین نوجوانان سیگاری و غیرسیگاری شهر سنندج

مژده تعجبی<sup>۱</sup>، امید مرادی<sup>۲\*</sup>

۱- کارشناس ارشد، روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد سنندج

۲- هیئت علمی، روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد سنندج (مؤلف مسئول)

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان در بین نوجوانان سیگاری و غیرسیگاری شهر سنندج می-باشد.

**روش بررسی:** روش پژوهش از حیث هدف کاربردی و از لحاظ روش اجرا از نوع توصیفی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان دختر و پسر شهرستان سنندج در نیمه دوم سال ۹۴ بود که تعداد ۱۰۰ نفر از نوجوانان عادی و سیگاری (هر گروه ۵۰ نفر) از طریق شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه‌های استاندارد تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و باورهای فراشناختی ولز (۱۹۹۷) می‌باشد.

**یافته‌ها:** داده‌ها با استفاده از آزمونهای آماری تحلیل لوجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده تفاوت معنی‌داری بین تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در نوجوانان عادی و سیگاری بود ( $P < 0/05$ ). در آزمون خرده مقیاس-های تنظیم هیجان نیز تفاوت معنی‌داری بین خرده مقیاس سرکوبی نوجوانان عادی و سیگاری وجود داشت ( $P < 0/05$ ). همچنین باورهای نگرانی مثبت، باورهای فراشناختی منفی، کارآمدی شناختی پایین، باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار و خودآگاهی شناختی در نوجوانان عادی و سیگاری تفاوت معنی‌داری داشت ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** از یافته‌های پژوهش می‌توان استنباط کرد که تعدیل و اصلاح باورهای فراشناختی نوجوانان و آموزش راهبردهای خود تنظیمی می‌تواند از طریق کاهش هیجان‌ات منفی بر کاهش قابل ملاحظه‌ی مصرف سیگار تاثیر به‌سزایی داشته باشد.

**کلید واژه‌ها:** باورهای فراشناختی، تنظیم هیجان، نوجوانان عادی و سیگاری.

[دریافت مقاله: پذیرش مقاله: ]

## مقدمه

مساله اعتیاد به سیگار در جهان امروز از مسائل مهم اجتماعی است و یکی از مشکلات عمده جوامع محسوب می شود. دخانیات و مصرف فراوان آن در جامعه از معضلاتی است که اغلب کشورهای دنیا با آن دست به گریبانند و طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)<sup>۱</sup> مصرف سیگار در سال به طور تقریبی ۴ میلیون مرگ را در پی دارد و تخمین زده می شود در سال ۲۰۲۰ این عدد به ۸/۴ میلیون افزایش یابد. (نقل از صادقی و گیلانی پور، ۱۳۸۸). از مصرف سیگار به عنوان اولین علت قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان نام برده می شود (هایس و ایرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) و از جمله مشکلات همه جانبه بشر متمدن امروز محسوب می شود که مرگ زودرس قابل پیشگیری میلیون ها نفر از افراد آموزش دیده و مهارت یافته در سنین دارای حداکثر بازدهی نتیجه آن است (قدوسی و عطاری، ۱۳۹۱). علاوه بر آن بسیاری از افراد غیر سیگاری نیز از مواجه ناخواسته با دود سیگار و همچنین خطر رشد و پیشرفت بیماری ناشی از آن رنج می برند (شریفی راد، ۱۳۸۶). مصرف سیگار یکی از خطرناکترین رفتارهای غیر بهداشتی است که هزینه ی اقتصادی و اجتماعی زیادی بر جوامع تحمیل کرده است (محتشم امیری و رحیم زاده، ۱۳۸۴). سیگار باعث ایجاد بسیاری از بیماری های جسمی و روانی از جمله افسردگی، سرطان ریه و گرایش به مصرف مواد مخدر می گردد (حاتمی زاده، ۱۳۸۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت روزانه بین ۸ تا ۱۰ هزار جوان شروع به مصرف فرآورده های دخانیاتی می کنند که اکثر آن ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند (نقل از احمدی و نجفی، ۱۳۹۳). هنوز عامل مشخصی در گروه

های مختلف قومی و نژادی در دنیا یافت نشده که بتوان سیگار را به آن ربط داد، اما مطالعات مختلف، عوامل متعددی از جمله تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی را در مصرف سیگار دخیل می دانند (قهوه چی و محمد خانی، ۱۳۹۱). تنظیم هیجان بیش تر شامل ارزیابی اتفاقات استرس زا در رابطه با تهدید آمیز بودن یا نبودن آنها و به علاوه راه هایی که یک فرد با استرس زاها روبرو می شود است (گراس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از اله بیگدلی، ۱۳۹۲) و فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است و به دانش و باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می کنند، اشاره دارد (شاره<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). این مفهوم در برگیرنده ی دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، بر آن نظارت و یا آنرا کنترل می کند (ولز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). هنگامی که یک شخص، برای مصرف سیگار تحت فشار قرار می گیرد، مدیریت مؤثر هیجان ها خطر مصرف را کاهش می دهد. توانایی مدیریت هیجان ها باعث می شود که فرد در موقعیت هایی که خطر استعمال سیگار بالاست، از راهبردهای مقابله ای مناسب استفاده کند (بیرامی و موحدی، ۱۳۹۲). افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش بینی خواسته های دیگران توانایی بیش تری دارند. آن ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان های خود را بهتر مهار می کنند و در نتیجه در برابر مصرف سیگار مقاومت بیش تری نشان می دهند در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایین تری دارند، برای مقابله با هیجان های منفی خود، اغلب به سوی مصرف سیگار کشیده می شوند (ترمیمداد و جانسون، ۲۰۰۲؛ به نقل از موحدی و بیرامی، ۱۳۹۲). تنظیم هیجانی با توانایی ذهنی بیشتر برای پردازش اطلاعات

3. Gross  
4. Shareeh  
5. Wells

1. World Health Organization  
2. Hays & Ebbert

نوجوان سیگاری و ۵۰ نفر عادی انتخاب و پرسشنامه ها روی آن ها اجرا گردید. معیارهای انتخاب نمونه گروه سیگاری:

۱- دامنه سنی بین ۱۴-۱۷ سال  
 ۲- گرایش به مصرف سیگار و حداقل ۴ ماه از سیگاری بودن گذشته باشد.

۳- داوطلب پاسخ دادن به پرسشنامه  
 ۴- نداشتن مشکلات سوء سابقه قانونی  
 ۵- نداشتن بیماری های روانی  
 ۶- مصرف سیگار به صورت عادت در آمده باشد.

معیارهای انتخاب گروه نمونه غیر سیگاری:

۱- دامنه سنی بین ۱۴-۱۷ سال  
 ۲- گرایش به مصرف سیگار نداشته باشند  
 ۳- داوطلب پاسخ دادن به پرسشنامه  
 ۴- نداشتن مشکلات سوء سابقه قانونی  
 ۵- نداشتن بیماری های روانی

پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب مشارکت و همکاری آزمودنیها پرسشنامه های استاندارد تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و باورهای فراشناختی ولز (۱۹۹۷) اجرا شد. برای تحلیل داده ها از شاخص ها و روشهای آماری از جمله تحلیل رگرسیون لجستیک از طریق نرم افزار SPSS استفاده شد.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه ی استاندارد باورهای فراشناختی ولز (۱۹۹۷)**

فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت به منظور سنجش باورهای فراشناختی توسط ولز در سال (۱۹۹۷) ساخته شده است. این پرسشنامه 30 سوال دارد که پنج خرده مقیاس خود کارآمدی شناختی، باورهای مثبت در مورد نگرانی، خود آگاهی شناختی، باورهایی منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار را می سنجد و هر آزمودنی به

اجتماعی همراه است. این توانمندی می تواند به افراد کمک کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و زیانبار مصرف سیگار داشته باشند و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف سیگار موفق تر عمل کنند (آتاو و اسپنسر، ۲۰۰۰).

همچنین محققان معتقدند تعدیل و اصلاح باورهای فراشناختی نوجوانان و آموزش راهبردهای خود تنظیمی می تواند از طریق کاهش هیجانات منفی بر کاهش قابل ملاحظه‌ی مصرف سیگار تاثیر به سزایی داشته باشد (قهوه چی و محمد خانی، ۱۳۹۱).

نتایج تحقیقات متعدد نشان داده است که باورهای فراشناخت، هیجانات منفی و راهبردهای خود تنظیمی با مصرف سیگار در ارتباط می باشند (قهوه چی و محمد خانی، ۱۳۹۱؛ بیرامی و موحدی، ۱۳۹۲؛ احمدی، ۱۳۹۰). همچنین باورهای فراشناختی مختل تر و تحمل ابهام پایین به عنوان دو عامل روان شناختی مهم در پیش بینی گرایش افراد به مصرف مواد عمل می کنند و توجه به آنها می تواند نقش مهمی در پیشگیری از سوء مصرف مواد داشته باشد (احمدی و نجفی، ۱۳۹۳). با توجه به مطالب ذکر شده و مشکلات ناشی از سیگار این پژوهش درصدد است که به این سوال که آیا بین باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان در نوجوانان عادی و سیگاری تفاوت وجود دارد؟

### روش بررسی

روش تحقیق حاضر از لحاظ هدف، بنیادی- کاربردی و از لحاظ روش، علی-مقایسه ای می باشد. جامعه آماری پژوهش را تمامی نوجوانان دختر و پسر شهرستان سنندج در نیمه دوم سال ۹۴ تشکیل داده اند و با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند تعداد ۵۰ نفر

### پرسشنامه ی استاندارد تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳)

به منظور اندازه گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس و جان در سال (۲۰۰۳) در ۱۰ سوال تدوین شده است. این پرسشنامه مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ سوال و سرکوبی با ۴ سوال می باشد. آزمودنی ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از به کاملاً مخالفم (با نمره ۱) تا کاملاً موافقم (با نمره ۵) پاسخ می دهند و دامنه نمرات برای تنظیم هیجان از ۱۰ تا ۵۰ و برای خرده مقیاس های ارزیابی مجدد از ۶ تا ۳۰ و سرکوبی از ۴ تا ۲۰ در نوسان است. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (گراس و جان، ۲۰۰۳). ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای سرکوبی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به دست آمده است. این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است. اعتبار مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶ تا ۰/۸۱) و روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مولفه های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس ( $r=0/13$ ) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (قاسم پور، ایلیبگی و حسن زاده، ۱۳۹۱). جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشان می دهد ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۳ و برای سرکوبی ۰/۸۱ و پایایی کل نیز ۰/۷۷ بود.

سوالات به صورت چهار گزینه ای (موافق نیستم=۱ تا خیلی موافقم=۴) پاسخ می دهد و دامنه نمرات برای باورهای فراشناختی از ۳۰ تا ۱۲۰ و برای هر کدام از خرده مقیاس ها نیز از ۶ تا ۲۴ در نوسان است. شیرین زاده (۱۳۸۷) این پرسشنامه را برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده نموده است. نمونه ای به حجم 258 نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و مورد آزمون قرار گرفتند. نمونه بالینی نیز متشکل از 25 بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری، 25 بیمار مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و 25 فرد بهنجار بود که به روش نمونه گیری در دسترس، از مراکز درمانی شیراز انتخاب شدند. تحلیل عاملی به روش تحلیل مولفه های اصلی با چرخش 5 عامل واریماکس برای کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، خودآگاهی شناختی، اطمینان شناختی و باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر را استخراج کرد. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های کنترل ناپذیری، باورهای فراشناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است. لازم به ذکر است که شماره (۱۳۸۸) مطرح کرد که با توجه به اینکه فرم ترجمه شده این پرسشنامه با فرم اصلی تفاوت هایی داشت، در برخی از آیتم ها تغییرات جزئی اعمال شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ به دست آورد، (احمدی، ۱۳۹۰).

جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج نشان می دهد زیرمقیاس های کنترل ناپذیری ۰/۸۳، باورهای فراشناختی ۰/۷۱، اطمینان شناختی ۰/۸۸، نیاز به کنترل افکار ۰/۸۴ و پایایی کل نیز ۰/۸۷ بود.

**یافته‌ها**

دهندگان عادی، تعداد ۳۰ نفر (۶۰ درصد) ۱۴ سال و بقیه بالای ۱۴ سال بودند از این تعداد ۱۳ نفر (۲۶ درصد) دختر و ۳۷ نفر (۶۴ درصد) پسر بودند.

از بین پاسخ دهندگان سیگاری ۳۶ نفر (۷۲ درصد) ۱۶ سال و بقیه زیر ۱۶ سال بودند از این تعداد ۴۲ نفر (۸۴ درصد) پسر و ۸ نفر (۱۶ درصد) دختر و در پاسخ

**جدول ۱: نتایج برآورد مدل لجستیک باورهای فراشناختی و تنظیم هیجانات نوجوانان عادی و سیگاری**

متغیر	ضریب برآورد شده	آماره والد	سطح معنی داری	EXP(B)	95% CI	
					کران بالا	کران پایین
عرض از مبدأ	-۶/۴۱	۹/۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۲	-	-
باورهای فراشناختی	-۰/۰۴	۳/۸۶	۰/۰۴۹	۰/۸۴۱	۱/۰۸۳	۰/۸۰۷
تنظیم هیجان	-۰/۰۹۸	۶/۶۶	۰/۰۱	۰/۹۰۳	۱/۱۸۹	۰/۸۲۴

عاملی ۰/۸۴ (۹۵ درصد CI، ۰/۸۰۷ تا ۱/۰۸۳) همراه است و افزایش هر واحد در نمره تنظیم هیجان با کاهش شانس سیگاری شدن با عاملی ۰/۹ (۹۵ درصد CI، ۰/۸۲۴ تا ۱/۱۸۹) همراه است.

جدول فوق نشان می دهد که هم متغیر تنظیم هیجان و هم باورهای فراشناختی سیگاری شدن را پیش بینی می کند. مقادیر ضرایب نشان می دهد که افزایش باورهای فراشناختی با کاهش شانس سیگاری شدن با

**جدول ۲: نتایج برآورد مدل لجستیک برای مولفه های باورهای فراشناختی نوجوانان عادی و سیگاری**

متغیر	ضریب برآورد شده	آماره والد	سطح معنی داری	EXP(B)	95% CI	
					کران بالا	کران پایین
عرض از مبدأ	-۸/۱۵۳	۹/۷۴	۰/۰۰۲	۰/۲۱۱	-	-
باورهای نگرانی مثبت	-۰/۳۷۵	۱۳/۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	۰/۸۳۷	۰/۵۶۵
باورهای فراشناختی منفی	-۰/۳۵۹	۸/۸	۰/۰۰۳	۰/۶۹۸	۰/۸۸۵	۰/۵۵۱
کارآمدی شناختی پایین	۰/۵۶۹	۲۱/۰۵	۰/۰۰۱	۱/۷۶۷	۲/۲۵	۱/۳۸۶
باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار	۰/۲۸۸	۴/۷	۰/۰۳	۱/۳۳	۱/۷۲	۱/۰۲۹
خودآگاهی شناختی	۰/۳۴۵	۱۰/۲	۰/۰۰۲	۱/۴۱۲	۱/۷۴۶	۱/۱۴۳

افزایش باورهای فراشناختی منفی نیز با کاهش شانس سیگاری شدن با عاملی ۰/۶۹۸ (۹۵ درصد CI، ۰/۵۵۱ تا ۰/۸۸۵) همراه است، هر واحدی که نمره کارآمدی شناختی پایین اضافه شود با افزایش شانس سیگاری شدن با عاملی ۱/۷۶۷ (۹۵ درصد CI، ۱/۳۸۶ تا ۲/۲۵۳) همراه است، هر واحدی که نمره باور فراشناختی منفی افکاری اضافه شود با افزایش شانس سیگاری شدن با

جدول ۲ نشان می دهد که متغیرهای باورهای نگرانی مثبت، باورهای فراشناختی منفی، کارآمدی شناختی پایین، باور فراشناختی منفی افکاری و خود آگاهی شناختی سیگاری شدن را پیش بینی می کند. مقادیر ضرایب نشان می دهد که افزایش باورهای نگرانی مثبت با کاهش شانس سیگاری شدن با عاملی ۰/۶۸۸ (۹۵ درصد CI، ۰/۵۶۵ تا ۰/۸۳۷) همراه است،

عاملی ۱/۳۳۳ (۹۵ درصد CI، ۱/۰۲۹ تا ۱/۷۲۸) همراه است و هر واحدی که نمره خود آگاهی شناختی ۱/۴۱۲ (۹۵ درصد CI، ۱/۱۴۳ تا ۱/۷۴۶) همراه است.

جدول ۳: نتایج برآورد مدل لجستیک برای مولفه های تنظیم هیجان در نوجوانان عادی و سیگاری

95% CI		EXP(B)	سطح معنی داری	آماره والد	ضریب برآورد شده	متغیر
کران بالا	کران پایین					
-	-	۰/۰۱۲	۰/۰۱۲	۶/۳۲	-۳/۱	عرض از مبدأ
۱/۰۸۴	۰/۷۳۴	۰/۷۵۳	۰/۰۱	۶/۶	-۰/۱۴۲	سرکوبی
۱/۱۷	۰/۹۷۶	۱/۰۷	۰/۱۴۸	۲/۰۹	۰/۰۶۸	ارزیابی مجدد

در خصوص بررسی سوال فرعی دوم پژوهش نیز نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که افزایش سرکوبی با کاهش شانس سیگاری شدن همراه است.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های بیرامی و موحدی (۱۳۹۲)، قهوه چی و محمد خانی (۱۳۹۱)، احمدی طهور سلطانی و نجفی (۱۳۹۰) و سپادا (۲۰۰۷) همخوانی و همسویی دارد. بیرامی و موحدی (۱۳۹۲) در تحقیق خود نشان دادند که بین دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری در مؤلفه های تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین گونه که دانشجویان سیگاری بیش تر از راهبردهای تنظیم شناختی منفی استفاده می کنند. قهوه چی و محمد خانی (۱۳۹۱) نشان دادند که باورهای فراشناختی و راهبردهای خود تنظیمی با مصرف سیگار ارتباط دارند. احمدی طهور سلطانی و نجفی (۱۳۹۰) در تحقیق خود تحت نشان دادند که بین نمره کلی باورهای فراشناختی افراد معتاد با گروه سیگاری و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. سپادا (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان داد که افراد سیگاری یا افرادی که دارای مشکلاتی در ارتباط با سیگار کشیدن هستند به طور معناداری نمرات پایین تری در ابعاد فراشناخت نسبت به افراد عادی اجتماع کسب می کنند.

جدول ۳ نشان می دهد که مولفه سرکوبی، سیگاری شدن را پیش بینی می کند. مقادیر ضرایب نشان می دهد که افزایش سرکوبی با کاهش شانس سیگاری شدن با عاملی ۰/۷۵۳ (۹۵ درصد CI، ۰/۷۳۴ تا ۱/۰۸۴) همراه است.

## بحث

به منظور بررسی سوال اصلی پژوهش مبنی بر اینکه «آیا بین باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان نوجوانان عادی و سیگاری تفاوت وجود دارد؟» از رگرسیون لجستیک استفاده شد. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که هم متغیر تنظیم هیجان و هم باورهای فراشناختی سیگاری شدن را پیش بینی می کند. مقادیر ضرایب نشان داد که افزایش باورهای فراشناختی با کاهش شانس سیگاری شدن همراه است و هر واحدی که نمره تنظیم هیجان اضافه شود با کاهش شانس سیگاری شدن همراه است. در خصوص بررسی سوال فرعی اول پژوهش نیز نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که افزایش باورهای نگرانی مثبت و افزایش باورهای فراشناختی منفی با کاهش شانس سیگاری شدن همراه است و هر واحدی که نمره کارآمدی شناختی پایین ، باور فراشناختی منفی افکاری و خود آگاهی شناختی اضافه شود با افزایش شانس سیگاری شدن همراه است.

فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است که شامل دانش (باور)، پردازش و راهبردهایی می‌شود که ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت را بر عهده دارند (بهرامی، ۱۳۸۲). بیشتر فعالیت‌های شناختی، وابسته به عامل فراشناختی هستند که این فعالیت‌ها را نظارت و کنترل می‌کنند. به علاوه، اطلاعاتی که از نظارت فراشناختی استخراج می‌شوند اغلب به عنوان احساسات ذهنی که می‌توانند بر افراد تأثیر گذار باشند، تجربه می‌شوند. سندرم شناختی - توجهی که به عنوان اصل بنیادی درمان فراشناختی مطرح است، شامل نوع سبک تفکر مداوم به شکل نگرانی متمرکز بر رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه (مانند واپس رانی فکر، اجتناب و مصرف مواد) است. این سبک پیامدهایی دارد که به حفظ و تداوم هیجان‌ها و تقویت افکار منفی منجر می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد فراشناخت افرادی که سیگار مصرف می‌کنند از برخی جهات با افراد عادی تفاوت داشته باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از نمونه گیری هدفمند می‌باشد که این امر تعمیم پذیری یافته‌ها به دیگر جوامع را دچار مشکل می‌کند. و نیز عدم توانایی کنترل همه متغیرهای مداخله‌گر مانند: موقعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ... بود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در ارتباط با تحقیقات آینده، نقش متغیرهای دیگر در ارتباط با باورهای فراشناختی و تنظیم هیجان از قبیل نارسایی‌های شناختی را بررسی کنند تا تبیین جامع‌تری فراهم شود و درک عمیق‌تری از عوامل موثر بر مصرف سیگار به دست آید.

گراس (۱۹۹۸) معتقد است تنظیم هیجان یک زمینه مطالعاتی است که بررسی می‌کند چطور افراد بر هیجان‌هایشان تأثیر می‌گذارند، مهارشان می‌کنند یا آن‌ها را تجربه و بیان می‌کنند. تنظیم هیجان تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرآیندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها است و به طور خودکار یا مهار شده، هشیار یا ناهشیار و از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان انجام می‌گیرد. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیش‌تری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف سیگار مقاومت بیش‌تری نشان می‌دهند در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف سیگار کشیده می‌شوند. تنظیم هیجانی با توانایی ذهنی بیشتر برای پردازش اطلاعات اجتماعی همراه است. این توانمندی می‌تواند به افراد کمک کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و زیانبار مصرف سیگار داشته باشند و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف سیگار موفق‌تر عمل کنند. تعدیل و اصلاح باورهای فراشناختی نوجوانان و آموزش راهبردهای خود تنظیمی می‌تواند از طریق کاهش هیجان‌های منفی بر کاهش قابل ملاحظه‌ی مصرف سیگار تأثیر به‌سزایی داشته باشد

## References

Ahmadi, M, & Najafi, M. ( 2014). Comparison of metacognitive beliefs and

tolerance of ambiguity on smokers,smokers and normal.Journal of Clinical Psychology.Number 8,44-67



Allah Bigdeli, I.(2013). Relationship between attachment styles, emotional adjustment and resilience and well-being in medical students. *Journal of Medical Education*. 14, 721-729.

Atav S, Spencer GA.(2002). Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: A comparative study. *J Fam Commu Heal*. 25(2): 53-64.

Beyrami, M, & Movahedi, Y.(2013). Comparing students' cognitive emotion regulation in smokers and non-smokers. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, Issue 109,142-150

Gross, J.J., Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In JJ. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.

Ghodusi, A, & Atari, A.(2012). The Prevalence of smoking in students of Islamic Azad University Khvrasan and its relationship with some demographic and psychiatric symptoms. *Journal of Behavioral Sciences*. No. 6, 401-410

Ghahvechi, F, & Mohammadkhani, Sh.(2012). Relationship between metacognitive beliefs, self-regulation and negative emotions in students' smoking, *Zanjan University of Medical Sciences Journal*, 81, 93-102.

Hatamizadeh N, Ziayee P, Dolatabadi Sh, Vameghi R, Vasseghi R. (2003). Evaluation of Tehran pre-university students. awareness of effects of cigarette smoking.

Hays JT, Ebbert JO(2003). Bupropion for the treatment of tobacco dependence: guidelines for balancing risks and benefits. *CNS Drugs*. 17: 71-83.

Mohtasham Amiri Z, Rahim zade H.(2003). Prevalence of smoking between male high school's teachers of Rasht in. *J Zanjan Univ Med Sci.*; 13: 39-45.

Sadeghi, M, & Gilanipur, M.(2009). Check the status of youth health, research unit. Growth. Tehran: Campus.

Sharifi-rad G.(2007) . The effect of health education based on health belief

model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 10(1):1-8. [Article in Persian].

Spada MM.(2007) Nikcevic AV. Metacognitions in problem drinks. *Cognitive Therapy and Research*. *PersIndivDif* . 31(5),709-716.

Wells A.(2000). Emotion disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. Chichester :Wiley and sons. 55: 520-25.