

بررسی رابطه مصرف و نگرش دانشجویان به دخانیات با چهار الگوی رفتاری شخصیتی A,B,C,D

زهرا امینی^۱، علی ترکاشوند^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، گروه کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، گروه کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره سوم، شماره یازدهم، پاییز ۱۴۰۰، صفحات ۱۵۴-۱۴۳

چکیده

در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، رفتارهای پرخطر جوانان، ازجمله نگرش به مصرف سیگار، از سوی سازمان‌های بهداشتی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات موجود در جامعه موردتوجه قرار گرفته است. مصرف سیگار یکی از رفتارهای غیربهداشتی در جوامع بشری است که متأسفانه شیوع روزافزون آن در بین همه اقشار، به‌خصوص قشر جوان، نگرانی‌های زیادی به وجود آورده است. هدف این پژوهش بررسی رابطه نگرش دانشجویان به دخانیات و مصرف آن با چهار الگوی رفتاری شخصیتی A, B, C, D بود. جامعه موردپژوهش ما دانشجویان شرکت‌کننده درترم تابستان ۱۳۹۸ دانشگاه بوعلی بود که از این افراد ۳۰۰ نفر دانشجو (۱۷۸ دختر و ۱۲۲ پسر) به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تیپ شخصیتی A و B (روز من و فریدمن، ۱۹۷۴)؛ تیپ شخصیتی C (هوساكا و فوکوشی، ۱۹۹۹)؛ تیپ شخصیتی D (دنولت، ۱۹۹۸) اندازه‌گیری نگرش نسبت به سیگار، (رجبی، ۱۳۸۵) و یک سری سؤالات محقق افزوده استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از رگرسیون لجستیک در نرم‌افزار spss-۱۶ استفاده شد. در تحلیل رگرسیون لجستیکی که اجرا شد عامل نگرش مثبت و منفی به دخانیات به‌عنوان متغیر ملاک و تیپ‌های شخصیتی A, B, C, D به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین به کار رفتند و مدل به‌طور معنی‌داری پایا بود ($p < 0.013$ و $df = 8$ و $Chi-square = 8.63$). این مدل بین ۱۲/۹ تا ۸/۷ از واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند. درصد پیش‌بینی درست برای نگرش مثبت ۶۶/۷ و برای نگرش منفی به دخانیات ۶۰/۳ است و در کل ۶۳/۳ درصد پیش‌بینی‌ها درست بود. در مورد پیش‌بینی الگوهای رفتاری شخصیتی و پیش‌بینی مصرف دخانیات نتایج نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از تیپ‌های شخصیتی نقش معناداری در پیش‌بینی مصرف یا عدم مصرف دخانیات نداشتند. نتایج این مطالعه نشان داد می‌توان نگرش مثبت یا منفی به دخانیات را از طریق الگوهای رفتاری شخصیتی پیش‌بینی کرد. نتایج این مطالعه از پیش‌بین بودن الگوهای رفتاری شخصیتی A, B, C, D برای مصرف دخانیات (سیگار و قلیان) پشتیبانی نمی‌کند.

واژه‌های کلیدی: الگوهای رفتاری شخصیتی، نگرش به دخانیات، استعمال دخانیات، دانشجویان.

مقدمه

نیکوتین عنصر اعتیادآور تنباکو است. نیکوتین معمولاً به صورت سیگار (سیگارهای معمولی)، سیگار برگ، تنباکوی جویدنی، مکیدنی پودری و توتون پیپ مصرف می شود دود کردن (تدخين) سیگار، در مقایسه با تزریق درون رگی، نیکوتین را سریع تر به مغز می رساند؛ بنابراین تدخين سریع ترین و مؤثرترین روش برای تجربه آثار این ماده است. نیکوتین ماده ای است که اعتیاد روانی به همراه می آورد. بعد از الکل، نیکوتین دومین ماده ای است که بیشترین میزان مصرف را دارد. حدود یک سوم جمعیت بزرگسال جهان سیگار مصرف می کنند. (منظور از مصرف سیگار، انواع شیوه های دخانیات است). حدود یک پنجم نوجوانان دنیا سیگار مصرف می کنند. نرخ سیگار در کشورهای پیشرفته رو به کاهش است، اما در کشورهای رو به توسعه، سالی ۳,۴٪ رشد دارد.

استعمال سیگار علت قابل پیشگیری بسیار مهم مرگ در کشورهای صنعتی است. از هر سه جوانی که به طور منظم سیگار می کشند، یکی در اثر بیماری مرتبط با سیگار کشیدن از بین می رود و اکثر افراد سیگاری حداقل به یک بیماری جدی مبتلا خواهند شد (ادهیکاری^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). احتمال مرگ زودهنگام با تعداد سیگارهای مصرف شده افزایش می یابد. درعین حال، از جمله منافع ترک سیگار این است که افراد ظرف مدت یک تا ده سال از نظر مخاطرات بیماری، به سطح غیر سیگاری برمی گردند. در یک تحقیق روی ۱/۲ میلیون زن بریتانیایی، آنهایی که سیگاری منظم بودند، ولی قبل از رسیدن به ۴۵ سالگی سیگار را ترک کرده بودند، از ۹۰ درصد خطر بیشتر برای مرگ زودهنگام ناشی از سیگار، اجتناب کردند (پیرای^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین آنهایی که قبل از ۳۵ سالگی ترک کرده بودند، از ۹۷ درصد خطر بیشتر اجتناب کردند (پیرای و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، آنهایی که قبل از ۳۵ سالگی ترک کرده بودند، از ۹۷ درصد خطر بیشتر اجتناب ورزیدند.

یکی از پرسش های اصلی برای روان شناسان و پژوهشگران حوزه علوم اعتیاد این است که آیا ویژگی های شخصیتی خاص، معتادان را از افراد عادی متمایز می سازد، آیا اعتیاد ریشه در سازه های بنیادین و اساسی تری دارد؟ و آیا این صفات و ویژگی ها ناشی از تغییراتی است که به علت استعمال دخانیات برای مدت طولانی ایجاد گشته و یا شخص خود قبل از اعتیاد چنین صفات و ویژگی هایی را دارا بوده است؟ به عقیده برخی از پژوهشگران، صفات و ویژگی هایی که منیجر در شخصیت الکلیک گزارش نمود، شاید از اولین تلاش های علمی در جهت توصیف شخصیت معتاد باشد. عدم رشد عاطفی و دوسوگرایی نسبت به افرادی که در زندگی شخص دارای نقش هستند، پایین بودن آستانه تحمل شکست احساس گناه آشفتگی نقش جنسی از جمله ویژگی هایی هستند که در پژوهش های گوناگون به آن ها اشاره شده است. تقریباً ۷۰ درصد سیگاری های ایالات متحده می گویند می خواهند کاملاً ترک کنند، اما کمتر از نیمی از آن ها در سال گذشته به دکتر خود مراجعه کرده بودند، برای انجام این کار توصیه دریافت نمودند (مراکز پیشگیری و کنترل بیماری، ۲۰۱۲). گرچه میلیون ها نفر بدون کمک سیگار کشیدن را ترک کرده اند، ولی خیلی از آن هایی که از وسایل کمکی برای ترک سیگار استفاده کرده اند (برای مثال: آدامس نیکوتین، اسپری بینی، یا برچسب های نیکوتین که برای کاهش وابستگی تدارک دیده شده اند) یا در برنامه های درمان شرکت کرده اند، شکست می خورند: بعد از شش ماه، ۹۰ درصد دوباره سیگار کشیدن را از سر

¹. Edikari

². Pirai

می‌گیرند (اوبارد و راو، ۲۰۱۲). متأسفانه درمان‌های محدودی به‌قدر کافی دوام می‌آورند تا به‌طور، مهارت‌هایی را برای اجتناب از برگشت آموزش دهند.

یکی از عواملی که می‌تواند در مصرف یا نگرش افراد به سیگار مؤثر باشد ویژگی‌های شخصیتی می‌باشد. می‌توان شخصیت را این‌گونه توصیف کرد: ویژگی‌های دائمی که تعیین می‌کند فرد به رویدادها و تجربه زندگی چگونه واکنشی نشان می‌دهد. شخصیت ابزاری است برای دیگران که فرد را با آن شناسایی کنند و طبق آن واکنش نشان دهند؛ بنابراین، شخصیت عبارت است از یک اصطلاح کلی که می‌گوید فرد چگونه با انواع رویدادهای زندگی مانند چالش‌ها، شکست‌ها، فرصت‌ها، موفقیت‌ها و سرخوردگی‌ها، مقابله می‌کند، با آن‌ها سازگار می‌شود و به آن‌ها واکنش نشان می‌دهد. ویژگی‌های اصلی شخصیت نسبتاً دائمی و ثابت هستند، اما اکثر مردم بر اساس تجربه‌های خود متحول می‌شوند برای واکنش دادن در مقابل رویدادهای زندگی رفتارهای جدید و مؤثرتری یاد می‌گیرند و این یادگیری‌ها به آن‌ها اجازه می‌دهند که با موفقیت‌های بیشتری با الزام‌های زندگی سازگار شوند.

یکی از مشهورترین الگوهای شخصیتی - رفتاری که از سال ۱۹۵۹ تاکنون در متون روانشناسی و روان‌پزشکی مطرح شده و مورد توجه فراوان قرار گرفته است، تیپ شخصیتی A می‌باشد. در سال ۱۹۱۹ دو متخصص قلب به نام‌های فریدمن^۱ و روزمن^۲ مشاهده کردند که مردان و زنانی که دارای ویژگی‌های/زقبیل تکلم سریع، رقابت‌جویی، بی‌حوصلگی، سخت‌کوشی، پرخاشگری و خشونت هستند، حدوداً هفت برابر بیش‌تر از افراد فاقد چنین ویژگی‌هایی مستعد ابتلا به بیماری‌های کرونر قلبی می‌باشند (فریدمن و المر^۳، ۱۹۸۴). مفهوم مقابل تیپ A، تیپ B می‌باشد که فاقد ویژگی‌های رفتاری تیپ A می‌باشد و دربرگیرنده یک الگوی رفتاری سالم است (گروسارت-ماتیسک^۴ و آیزنک^۵، ۱۹۹۵).

مفهوم تیپ C، برای نخستین بار در سال ۱۹۸۰ توسط موریس و گریئر^۶ که این سبک را به‌عنوان ویژگی بیماران سرطانی مورد مطالعه قرار دادند، ابداع شد. افراد تیپ C به‌عنوان افرادی مهربان، دوستانه، کمک‌کننده به سایرین که به‌ندرت وارد بحث و مشاجره می‌شوند، معرفی شدند. تیپ C یا الگوی مستعد به سرطان با ویژگی‌های سرکوبی عواطف و هیجانات به‌ویژه خشم، ناتوانی در غلبه بر رفتارهای روانی - عصبی، بازداري هیجان‌ها، تسلیم‌پذیری، مهربانی بیمارگون، پذیرندگی، رفتار همکاری‌کننده، صبوری مفرط و کنترل شدید تظاهرات هیجانی (ضد تهییج‌پذیری) مشخص می‌شود (جعفری و همکاران، ۱۳۸۸). با مطالعه‌ای که تموشوک در سال ۱۹۸۷، بر روی افراد سرطانی انجام داد به این نتیجه رسید که این افراد با ویژگی سرکوب احساسات به‌ویژه خشم و تمایل به نشان دادن رفتارهای خود قربانی‌سازی به همراه انفعال، مشخص می‌شوند، این رفتارها و احساسات به‌عنوان تیپ شخصیتی C شناخته می‌شوند (هوساکا^۷ و همکاران، ۱۹۹۹).

1. Friedman

2. Rosenman

3. Ulmer

4. Grossath-Maticek

5. Eysenck

6. Morris and Grier

7. Husaka

با توجه به نتایج یادشده دولت کوششی را آغاز کرد تا تیپ شخصیتی دیگری را معرفی نماید که با بیماری‌های قلبی مرتبط باشد. از این رو دولت^۱ (۱۹۹۸) پرسشنامه‌های SCL90 و پذیرش اجتماعی مارلو-کراون^۲ را روی تعدادی از بیماران قلبی اجرا کرد و پس از انجام روش تحلیل عوامل، دو زیر مقیاس هیجان‌های منفی (اضطراب، افسردگی) و بازداری اجتماعی را استخراج کرد. دولت نام این مقیاس را تیپ شخصیتی D گذاشت. تیپ شخصیتی D یا شخصیت مضطرب هم تمایل به تجربه بالای عواطف منفی و مهار اجتماعی را دارد و به عنوان یک تیپ شخصیتی آشفته تعریف می‌شود. این تیپ با خطر فزاینده بیماری افسردگی، بیگانگی اجتماعی و اختلال در عملکردهای اجتماعی روزمره، خشم و اضطراب، ضعف یا کاهش قدرت حیاتی، توسعه سرطان در مردان و اختلالات قلبی عروقی در رابطه است. این افراد از وضعیت موجود شکایتی ندارند و عامل عدم اقدام به بهبود و سلامتی خود، نوعی بی تفاوتی است. پژوهش‌های متعددی رابطه بین ویژگی‌ها و ابعاد شخصیتی را با مصرف، وابستگی و اعتیاد به سیگار را بررسی کرده‌اند. نتایج حاصل از پژوهش نوروزی، (۱۳۹۰) نشان داد که؛ ابعاد شخصیت، آسیب‌گریزی بالا و خود-راهبری پایین به عنوان مهم‌ترین پیش‌بین شخصیتی تشخیص وابستگی به سیگار می‌باشد. مطالعات وین^۳ و همکاران (۲۰۰۴) و همچنین روتران-فولر^۴، شاپتا^۵، برمن^۶ و لندن^۷ (۲۰۰۳) نشان داده که افراد سیگاری با وابستگی بالا و پایین و افراد غیر سیگاری از نظر آزمون‌های شخصیتی و رفتاری با یکدیگر تفاوت دارند و از نظر نمره پرسشنامه افسردگی بک هم متفاوت‌اند.

دین^۸، آسیسگی^۹ و هاریس^{۱۰}، (۲۰۰۴)، معتقدند بسیاری از افراد سیگاری با هدف یاری جستن از آثار شادی‌آور و بالابرنده خلق به سیگار رو می‌آورند همچنین سیستم اوربیتوفرونتال نقش مهمی در تحلیل اطلاعات احساسی به‌ویژه حساسیت به پاداش و تنبیه دارد (بیکر^{۱۱}، فریت^{۱۲} و دلان^{۱۳}، ۱۹۹۷؛ اهرتی^{۱۴}، کرینگلبک^{۱۵}، رلس^{۱۶}، هرناک^{۱۷} و اندرس^{۱۸}، ۲۰۰۱) استعمال دخانیات با صفات شخصیتی

¹. Denolet

². Marillo-Crown

³. Wayne

⁴. Rotran-Fuller

⁵. Shapta

⁶. Bremen

⁷. London

⁸. Dinn

⁹. Aycicegi

¹⁰. Harris

¹¹. Baker

¹². Frith

¹³. Dolan

¹⁴. O, Doherty

¹⁵. kringelback

¹⁶. Rolls

¹⁷. Hornak

¹⁸. Andreews

چون برونگرایی (ایمپرتو^۱ و میچل^۲، ۱۹۸۶) تکانشگری (میچل، ۱۹۹۹؛ اسکینر^۳، اوبین^۴ و برلین^۵، ۲۰۰۴؛ بیکل^۶، اودوم^۷ و مادان^۸، ۱۹۹۹)، خطر پذیری (بارت^۹، دین، پترسون^{۱۰} و مارسون^{۱۱}، ۲۰۰۰؛ لجویز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۳) نوجویی و اجتناب از یکنواختی (هارمسن^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۶؛ لجویز و همکاران، ۲۰۰۳) و شخصیت ضد اجتماعی (بری^{۱۴} و همکاران، ۱۹۹۷) همراه است. افراد با توجه به شرایط زندگی و محیط اجتماعی، امکان دارد تصوراتی مثبت یا منفی از فرد سیگاری داشته باشند و این تصورات می تواند در به وجود آمدن تمایل به مصرف سیگار مؤثر باشند (مروتی و همکاران، ۱۳۹۱). استعمال دخانیات در دانشجویان با الگوبرداری از دیگران (از جمله الگوبرداری از والدین و برادران و خواهران آنها) مربوط باشد (توکلی زاده، ۱۳۹۱). با توجه به پژوهش سید فاضل پور و همکاران در ارتباط با «تعیین نگرش دانشجویان علوم پزشکی گیلان در ارتباط با سیگار کشیدن» نتایج نشان داد که ۸۶/۹ درصد نمونه ها نگرش مناسب (ضد سیگار) نسبت به سیگار داشتند. همچنین ارتباط بین جنس و نگرش نسبت به سیگار کشیدن از لحاظ آماری معنادار نبود. ارتباط بین مقطع تحصیلی و نگرش نسبت به سیگار کشیدن از نظر آماری معنادار بود. مناسب ترین نگرش در دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد و کاردانی وجود داشت. ارتباط بین تاریخچه فردی مصرف سیگار و نگرش نسبت به سیگار کشیدن از نظر آماری معنادار بود. یافته های پژوهش موسوی (۱۳۸۴) نشان داد که دو عامل داشتن والدین سیگاری و دوستان سیگاری در روی آوردن جوانان به کشیدن سیگار مؤثر است. با توجه به موارد بالا پژوهشی یافت نشد که رابطه بین الگوهای رفتاری - شخصیتی A, B, C, D را با نگرش و مصرف دخانیات بررسی کرده باشد، حال سؤال این پژوهش این است که آیا الگوهای رفتاری-شخصیتی در پیش بینی نگرش به دخانیات و مصرف آن نقش دارند؟

روش پژوهش

جامعه مورد نظر پژوهش دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا همدان در ترم تابستان می باشد که تعداد آنها ۲۰۰۰ نفر بود؛ که برای نمونه بین ۳۰۰ دانشجو به طور تصادفی پرسشنامه توزیع شد که از این ۳۰۰ نفر دانشجو ۱۷۸ نفر دختر و ۱۲۲ نفر دانشجوی پسر بودند. دانشجویان مشارکت کننده از شش گروه رشته بر اساس دانشکده یعنی گروه علوم انسانی، مهندسی، علوم پایه، کشاورزی، تربیت بدنی و هنر معماری و سه پایه تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری بودند.

¹.Imperato

².Mitchell

³.Skinner

⁴.Aubin

⁵.Berlin

⁶.Bickel

⁷.Odum

⁸.Madden

⁹.Burt

¹⁰.Peterson

¹¹.Marson

¹².Lejuez

¹³.Harmsen

¹⁴.Bery

ابزاری که برای این پژوهش به کار گرفته شد یک پرسشنامه ترکیبی است که به پنج بخش تقسیم می‌شود، اول پرسشنامه شخصیتی تیپ A و B که ۲۵ سؤال را شامل می‌شود، پایایی این آزمون در اکثر بررسی‌ها بالاتر از ۰/۷۰ و ۰/۸۰ بوده است روایی آزمون هم مورد تأیید قرار گرفته است (روز من و فریدمن، ۱۹۷۴).

پرسشنامه دوم، پرسشنامه تیپ C که خود پنج عامل را شامل می‌شود: ۱) اجتناب از تعارض ۲) سرکوب احساسات ۳) خدمات و کمک‌رسانی ۴) مدعی بودن ۵) اظهار وجود و بی‌کفایتی؛ که قابلیت اطمینان برای سازگاری داخلی با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۶۴، برای عامل دوم ۰/۷۸ و برای عامل سوم ۰/۶۶، عامل چهارم ۰/۸۴ و آخرین عامل ۰/۶۷ می‌باشد (هوساکا و فوکوشی، ۱۹۹۹).

پرسشنامه سوم، از مقیاس تیپ شخصیتی D دنولت استفاده شد، این پرسشنامه ۲۲ سوالی است که در ۵ حالت درجه‌بندی شده لیکرت به صورت درست، تقریباً درست، بی‌نظر، تقریباً غلط و غلط می‌باشد که به ترتیب نمرات ۰ تا ۴ به آن‌ها تعلق می‌گیرد. این آزمون دو زیر مقیاس دارد هیجان‌های منفی و بازداری اجتماعی، این مقیاس از نظر پایایی در سطح مطلوبی است به طوری که از طریق بازآزمایی در بلژیک ضریب ۰/۸۱ به دست آمده است بر اساس محاسبه آلفای کرونباخ پایایی این مقیاس معادل ۰/۸۶ محاسبه شده است. از نظر روایی هم در سطح مطلوبی است (دنولت، ۱۹۹۸).

بخش چهارم مقیاس اندازه‌گیری نگرش نسبت به سیگار کشیدن، این مقیاس ۱۷ گویه دارد و افراد پاسخ موردنظر خود را به هر گویه در یک پیوستار (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) رتبه‌بندی می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده که ضریب پایایی مقیاس نگرش نسبت به مصرف سیگار ۰/۹۰ و برای عامل‌های روابط بین فردی با افراد سیگاری ۰/۸۸، قوانین و محدودیت‌های اجتماعی سیگار کشیدن در اماکن عمومی ۰/۸۰، دلواپسی‌های سلامتی ۰/۷۰ و بازاریابی و فروش سیگارها ۰/۶۹ هستند (شور و همکاران، ۲۰۰۰) این نتایج در پژوهش‌های داخلی هم تأیید شده است. روایی این سازه هم توسط شور و همکاران (۲۰۰۰) و رجبی (۱۳۸۵) تأیید شده است.

بخش پنجم یک سری سؤالات محقق افزوده را شامل می‌شد که صرفاً جنبه آماری و تحلیلی داشت. جمع‌آوری اطلاعات توسط پژوهشگر در تابستان ۱۳۹۸ انجام گرفت. نمونه آماری از دانشکده علوم پایه و خوابگاه‌های دانشگاه جمع‌آوری شد. برای تحلیل و بررسی داده‌های از نرم‌افزار spss-16 استفاده شد در این پژوهش از دستورهای آماری رگرسیون و لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس جدول (۱) بیشترین درصد نگرش مثبت به دخانیات در الگوی رفتاری شخصیتی B مشاهده می‌شود، با ۷۳ درصد نگرش مثبت به دخانیات و دیگر الگوهای A, B, C, D نگرش مثبت ۶۶ درصد و نگرش منفی ۳۴ درصد می‌باشد.

جدول ۱. الگوی رفتاری شخصیتی دانشجویان و نگرش آن‌ها به دخانیات

الگوها	A		B		C		D	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مثبت	۹۱	۶۶	۱۱۹	۷۳	۲۸	۶۶	۲۰	۶۶
منفی	۴۶	۳۴	۴۴	۲۷	۱۴	۳۴	۱۰	۳۴
کل	۱۳۷	۱۰۰	۱۶۳	۱۰۰	۴۲	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

بر اساس جدول (۲) بیشترین درصد استعمال دخانیات متعلق به الگوی A با ۳۰ درصد و سپس الگوی C با ۲۴ درصد و سپس الگوی B با ۲۰ درصد و در نهایت الگوی D با ۱۶ درصد کمترین درصد در مصرف‌کنندگان را دارد.

جدول ۲. الگوهای رفتاری شخصیتی دانشجویان و مصرف دخانیات

الگوها	A		B		C		D	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
نمی‌کشد	۹۶	۷۰	۱۳۱	۸۰	۳۲	۷۶	۲۵	۸۳
می‌کشد	۴۱	۳۰	۳۲	۲۰	۱۰	۲۴	۵	۱۶
کل	۱۳۷	۱۰۰	۱۶۳	۱۰۰	۴۲	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا (۱۷۸ دختر و ۱۲۲ پسر) با میانگین سنی ۲۱,۶۶ سال بودند. برای بررسی سؤال اول پژوهش مبنی بر معنادار بودن توان پیش‌بینی تیپ‌های شخصیتی A, B, C, D در نگرش مثبت یا منفی به دخانیات در دانشجویان از رگرسیون لجستیک استفاده شد که نتایج آن را در جدول شماره ۳ و ۴ مشاهده می‌کنید.

جدول ۳. خلاصه مدل و پیش‌بینی مشاهده‌ها (نگرش مثبت و منفی به دخانیات)

مشاهده‌ها	پیش‌بینی‌ها		Chi-square	درجه آزادی	معناداری	
	نگرش به دخانیات	درصد پیش‌بینی درست				
نگرش مثبت	۹۴	۵۰	۸,۲۵	۲	۰,۰۱۳	
نگرش منفی	۵۰	۹۰				
کل		۶۳,۳				

جدول ۴. ضرایب متغیرها در معادله پیش‌بینی

متغیرهای وارد شده در مدل	ضریب رگرسیونی استاندارد نشده	خطای استاندارد	آماره والد	درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب رگرسیونی استاندارد شده
تیپ A	۱,۰۴	۰,۴۰۳	۶,۷۱	۱	۰,۰۰۹	۲,۸۵
تیپ B	۰,۵۰	۰,۴۲۶	۱,۳۸	۱	۰,۲۳۹	۱,۶۵
تیپ C	۰,۰۳	۰,۰۰۸	۱۶,۴۹	۱	۰,۰۰۱	۱,۰۳
تیپ D	۰,۰۴	۰,۰۱۰	۱۵,۷۹	۱	۰,۰۰۱	۰,۹۶۳
مقدار ثابت	۰,۱۶	۰,۸۰۸	۰,۰۴	۱	۰,۸۳۹	۱,۱۷

در تحلیل رگرسیون لجستیکی که اجرا شد عامل نگرش مثبت و منفی به دخانیات به‌عنوان متغیر وابسته و تیپ‌های شخصیتی A, B, C, D به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین به کار رفتند. در کل ۳۰۰ نفر در تحلیل وارد شدند و بر اساس نتایج جدول شماره ۱ مدل به‌طور معنی‌داری پایا بود ($p < ۰/۰۱۳$ و $df = ۸$ و $\text{Chi-square} = ۸/۶۳$). این مدل بین ۱۲/۹ تا ۸/۷ از واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند. درصد پیش‌بینی درست برای نگرش مثبت ۶۶/۷ و برای نگرش منفی به دخانیات ۶۰/۳ است و در کل ۶۳/۳ درصد پیش‌بینی‌ها درست بود. جدول شماره ۲ ضرایب و آماره wald و درجات آزادی برای هر یک از متغیرهای پیش‌بین را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که تیپ A ($p < ۰/۰۰۹$, $B = ۱/۰۴$ و $wald = ۶/۷۱$)، تیپ C ($p < ۰/۰۰۱$, $B = ۰/۰۳$ و $wald = ۱۶/۴۹$) و تیپ D ($p < ۰/۰۰۱$, $B = ۰/۰۴$ و $wald = ۱۵/۷۹$) به‌طور پایایی نگرش مثبت و منفی به دخانیات را پیش‌بینی می‌کنند. تیپ B نقشی در پیش‌بینی نگرش به دخانیات نداشت.

برای بررسی سؤال دوم پژوهش مبنی بر معنادار بودن توان پیش‌بینی متغیرهای تیپ‌های شخصیتی A, B, C, D در مصرف یا عدم مصرف سیگار در دانشجویان از رگرسیون لجستیک استفاده شد که نتایج آن را تبیین شد.

در تحلیل رگرسیون لجستیکی که اجرا شد عامل مصرف و عدم مصرف سیگار به‌عنوان متغیر وابسته و تیپ‌های شخصیتی A, B, C, D به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین به کار رفتند. در کل ۳۰۰ نفر در تحلیل وارد شدند و سطح معناداری ۰,۲۸ به دست آمد، در نتیجه مدل معنی‌دار نبود ($p > ۰/۰۵$ و $df = ۸$ و $\text{Chi-square} = ۱۴/۷۸$). نتایج نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از تیپ‌های شخصیتی نقش معناداری در پیش‌بینی مصرف یا عدم مصرف سیگار نداشتند.

برای بررسی سؤال سوم پژوهش مبنی بر معنادار بودن توان پیش‌بینی تیپ‌های شخصیتی A, B, C, D در مصرف یا عدم مصرف قلیان در دانشجویان از رگرسیون لجستیک استفاده شد که نتایج آن قابل‌بررسی است.

در تحلیل رگرسیون لجستیکی که اجرا شد عامل مصرف یا عدم مصرف قلیان به‌عنوان متغیر وابسته و تیپ‌های شخصیتی A, B, C, D به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین به کار رفتند. در کل ۳۰۰ نفر در تحلیل وارد شدند و سطح معناداری ۰,۰۶۵ به دست آمد که در نتیجه مدل معنی‌دار نبود ($p > ۰/۰۵$ و $df = ۸$ و $\text{Chi-square} = ۱۴/۷۱$). نتایج نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از تیپ‌های شخصیتی نقش معناداری در پیش‌بینی مصرف یا عدم مصرف قلیان نداشتند.

برای بررسی سؤال چهارم پژوهش مبنی بر معنادار بودن توان پیش‌بینی تیپ‌های شخصیتی A, B, C, D در مصرف یا عدم مصرف دخانیات در دانشجویان از رگرسیون لجستیک استفاده شد که نتایج آن بررسی شده است.

در تحلیل رگرسیون لجستیکی که اجرا شد عامل مصرف یا عدم مصرف قلیان به عنوان متغیر وابسته و تیپ‌های شخصیتی A, B, C, D به عنوان متغیرهای پیش‌بین به کار رفتند. در کل ۳۰۰ نفر در تحلیل وارد شدند و سطح معناداری ۰,۳۸ به دست آمد که در نتیجه، مدل معنادار نبود ($p > ۰/۰۵$ و $df = ۸$ و $\text{Chi-square} = ۸/۵۲$). نتایج نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از تیپ‌های شخصیتی نقش معناداری در پیش‌بینی مصرف یا عدم مصرف دخانیات نداشتند.

بر اساس جدول (۵) در نمونه ۳۰۰ نفری ما از دانشجویان ۱۴ درصد سیگار و ۱۹ درصد قلیان مصرف می‌کنند؛ و در کل ۲۴ درصد یکی از انواع دخانیات را استعمال می‌کنند.

جدول ۵. داده‌های مربوط به مصرف دخانیات

مصرف دخانیات	فراوانی	درصد
مصرف سیگار	۴۳	۱۴/۳
مصرف قلیان	۵۹	۱۹/۷
مصرف دخانیات	۷۳	۲۴/۳

بر اساس جدول (۶) بیشترین درصد علت شروع مصرف سیگار مربوط به تعریف دوستان، مشکلات اجتماعی و سپس سرگرمی و تفریح می‌باشد، اما در مورد مصرف قلیان عامل اول سرگرمی و تفریح و سپس تعارف دوستان می‌باشد.

جدول ۶. علت شروع مصرف دخانیات

	مصرف سیگار		مصرف قلیان	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تعارف دوستان	۱۱	۲۶,۲	۹	۱۵,۳
کنجکاوی	۴	۹,۵	۵	۸,۵
مشکلات خانوادگی	۸	۱۹	۳	۵,۱
مشکلات اجتماعی	۱۰	۲۳,۸	۵	۸,۵
سرگرمی و تفریح	۹	۲۱,۴	۳۷	۶۲,۷

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر جزء اولین پژوهش‌هایی است که به بررسی ارتباط الگوهای رفتاری شخصیتی چهارگانه A, B, C, D می‌پردازد. نتایج ارزیابی فرض اول پژوهش با رگرسیون لجستیکی نشان داد که الگوهای رفتاری شخصیتی A, B, C, D، ۶۳,۳ درصد قدرت پیش‌بینی طبقه‌بندی در دو گروه دانشجویان با نگرش مثبت یا منفی را دارند. این فرض قبلاً در پژوهش‌های دیگری مورد بررسی قرار نگرفته است. انتظار پژوهش این بود که الگوی رفتاری شخصیتی با نگرش مثبت یا منفی به دخانیات ارتباط داشته باشد که الگوهای A, C, D سطح ارتباطشان معنادار بود ولی الگوی رفتاری شخصیتی B سطح ارتباط معناداری را نشان نمی‌داد. این‌طور به نظر می‌رسد که افراد این سه الگو همان‌طور که در برابر بیماری‌های عصبی از جمله آسم، دردهای سیستم گوارش، بیماری عروق کرونر و سرطان آسیب‌پذیرتر هستند تفکر مثبت به دخانیات (مضر) نیز در بین آن‌ها بیشتر است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که الگوهای A, C, D نگرش مثبت به دخانیات دارند و از آنجایی که یافته‌های پژوهش فاضل پور، مقدم نیا، نصیر زاده (۱۳۸۲) مروتی

شریف‌آباد، فدایی وش، وردی پور، فلاح زاده (۱۳۹۱) نشان می‌دهد که بین نگرش مثبت به دخانیات و مصرف آن ارتباط مثبت وجود دارد، این سه گروه بیشتر مستعد مصرف دخانیات هستند. علت این مستعد بودن را می‌توان در صفات شخصیتی این سه گروه جست‌وجو کرد مثلاً گروه A: پرخاشگری، تهاجم، جاه‌طلبی، سخت‌کوشی، فعالیت زیاد، کم‌حوصلگی، تمایل به شرکت در فعالیت‌های رقابت‌آمیز، عهده‌دار بودن کارهایی که فشار زیادی به آن‌ها وارد می‌آورد تا بیشتر تولید کنند و مسئولیت‌های فراوان‌تری را متحمل شوند، خوش‌صحبت، پرحرارت، بی‌قراری، حرکات ناگهانی دست با مشت‌های گره شده و حرکات صورت با پوست کشیده. گروه C با: سرکوبی عواطف و هیجانات به‌ویژه خشم، ناتوانی در غلبه بر رفتارهای روانی - عصبی، بازداری هیجان‌ها، تسلیم‌پذیری، مهربانی بیمارگون، پذیرندگی، رفتار همکاری کننده، صبوری مفرط و کنترل شدید تظاهرات هیجانی (ضد تهییج‌پذیری) مشخص می‌شود و در نهایت گروه D: شخصیت مضطرب هم تمایل به تجربه بالای عواطف منفی و مهار اجتماعی را دارد و به‌عنوان یک تیپ شخصیتی آشفته تعریف می‌شود. این تیپ با خطر فزاینده بیماری افسردگی، بیگانگی اجتماعی و اختلال در عملکردهای اجتماعی روزمره، خشم و اضطراب، ضعف یا کاهش قدرت حیاتی، توسعه سرطان در مردان و اختلالات قلبی عروقی در رابطه است. این افراد از وضعیت موجود شکایتی ندارند و عامل عدم اقدام به بهبود و سلامتی خود، نوعی بی‌تفاوتی است.

فرض دوم پژوهش رابطه پیش‌بینی الگوهای رفتاری شخصیتی با مصرف سیگار بود که بر اساس تحلیل رگرسیون لجستیک معنادار نبود که در اینجا فرض پژوهش ما مورد تأیید قرار نگرفت. این فرضیه تاکنون در پژوهش‌های داخلی و خارجی مورد بررسی قرار نگرفته است. البته بیشترین درصد مصرف مربوط به الگوی رفتاری-شخصیتی A بود که ۳۰ درصد گروه را شامل می‌شد پس‌از آن بیشترین درصد مربوط به الگوی رفتاری-شخصیتی C با ۲۴ درصد مصرف‌کننده در گروه بود، پس‌از آن بیشترین مصرف‌کننده در گروه متعلق به الگوی رفتاری-شخصیتی B با ۲۰ درصد مصرف‌کننده در گروه و در نهایت الگوی رفتاری-شخصیتی C با ۱۶ درصد مصرف‌کننده در گروه بود. فرض سوم پژوهش رابطه پیش‌بینی الگوهای رفتاری شخصیتی با مصرف قلیان بود که بر اساس تحلیل رگرسیون لجستیک آن‌هم معنادار نبود؛ که در اینجا هم فرض پژوهش ما مورد تأیید قرار نگرفت. این فرضیه تاکنون در پژوهش‌های داخلی و خارجی مورد بررسی قرار نگرفته است. فرض چهارم پژوهش نیز رابطه پیش‌بینی الگوهای رفتاری شخصیتی با مصرف دخانیات (سیگار، قلیان) بود که براساس تحلیل رگرسیون لجستیک معنادار نبود که در اینجا فرض پژوهش ما مورد تأیید قرار نگرفت. این فرض تاکنون در پژوهش‌های داخلی یا خارجی مورد بررسی قرار نگرفته است. البته بهتر است که دیگر پژوهشگران بازهم این پژوهش را تکرار نموده تا نتایج صد درصد مطمئنی به دست بیاید و سعی شود ایرادهای کار برطرف شود ازجمله این‌که تعداد نمونه بیشتری مورد بررسی قرار بگیرد. همچنین در جوامع آماری متفاوت و با متغیرهای بیشتری مورد بررسی قرار بگیرد.

منابع

- احمد پور مبارکه، علیرضا؛ احدی، حسن؛ مظاهری، محمدمهدی؛ نفیسی، غلام رضا (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش تیپ شخصیتی D و رابطه آن با بیماری کرونری قلب. دانش و پژوهش در روانشناسی، ۳۲، ۳۷-۶۰.
- برک، لورا (۱۳۹۶). روان‌شناسی رشد-نوجوانی تا پایان عمر. (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: ارسباران.

- بیاضی، محمد حسین و رستگاری، یدالله. (۱۳۷۹). بررسی ارتباط بین تیپ‌های شخصیت، بنیه قوی و استرس در بیماری‌های عروق تغذیه ای قلب و افراد عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی. شماره ۷ و ۸، ۷۵-۸۹.
- توکلی زاده، جهانشیر؛ مشکي، مهدی؛ مقیمیان، مریم. (۱۳۹۱). بررسی شیوع مصرف سیگار و ارتباط آن با عزت نفس در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی گناباد. مجله تخصصی پژوهش و سلامت مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد، ۲(۱)، ۲۵-۱۹.
- حسن زاده، رمضان؛ فرزانه، سمیرا، غادملو، عزیز. (۱۳۹۳). نظریه‌ها و کاربرد آزمون‌های روانشناختی و شخصیت. تهران: ارسباران.
- ذوالجنانی، اهدا؛ وفایی، مریم. (۱۳۸۵). رابطه بین تیپ شخصیتی D با سیستم‌های بازداری رفتاری و فعال سازی رفتاری. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه تبریز، (۲ و ۳)، ۱۲۳-۱۴۲.
- رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۵). اعتبار یابی مقیاس اندازه‌گیری نگرش نسبت به سیگار کشیدن. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۲(۶)، ۱۱۱-۱۱۹.
- سید علی، رضا؛ خرم پور، یاسین؛ سجاد بهار. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین دینداری و نگرش به مصرف سیگار در بین دانشجویان دانشگاه یزد. فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، ۸(۱)، ۵۹-۸۰.
- صالحی، مرتضی (۱۳۹۲). اعتیاد. تهران: انتشارات رشد.
- گنجی، مهدی (۱۳۹۵). آسیب شناسی روانی براساس DSM5. جلد ۲. تهران: ساوالان.
- مروتی شریف آباد، محمدعلی؛ فدایی وش، نسرين؛ وردی پور، حمیداله؛ فلاح زاده، حسن (۱۳۹۱). بررسی پیشگویی کننده های مصرف سیگار براساس الگوی تصورات-تمایلات در دانش آموزان دبیرستانی شهر مراغه. فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، ۱۱(۳)، ۳۵-۲۵.
- موسوی، فاطمه (۱۳۸۴). رابطه مصرف سیگار در افراد سیگاری با مصرف سیگار والدین و دوستان. روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۴۵، ۳۴۵-۳۴۲.
- نادری، سپیده، بنی طالبی دهکردی، بهاره، غضنفری، احمد. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر تیپ‌های شخصیتی حسابرسان بر محتوای گزارش حسابرسی A, B, C و D. فصلنامه دانش حسابداری و حسابرسی مدیریت، ۵(۲۰)، ۷۱-۸۶.
- جعفری، عیسی، سهرابی، فرامرز، جمهری، فرهاد، نجفی، محمود. (۱۳۸۸). رابطه تیپ شخصیتی C. منبع کنترل و سخت رویی در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی-مجله روانشناختی بالینی، ۱(۱)، ۵۷-۶۶.
- Grossarth Maticek, R., Eysenck, H.J. (1995). Self-regulation and mortality from cancer, coronary heart disease and other causes: Aprospective study. Personality and individual Differences, 19(60), 781-795.
- Hosaka, T., Fukunishi, I., Aoki, Takayuki, R., Richard, F., Solomon, G. (1999). Development of 'Type C' inventory: cross-cultural applications. Department of psychiatry and behavioral science. Tokai university school of medicine, 24(2), 73-76.
- Meyer Fridman, A.E., Brown, R., Rosenman, H. (1969). Voice Analysis Test for Detection of Behavior pattern: Responses of Normal Men and Coronary Patients. Journal of the American Medical Association, 208, 828-36.

- Meyer Fridman, A.E., Brown, and Ray, H. (1959). Association if Specific Overt Behavior Pattern with Bliid and Cardiovascular Findings: Boold Clitting Time Incidence of Arcus Senilis, and Clinical Coronary Artery Disease. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-96.
- Denollet, J. (1998). Personality and cononary heart Disease: the type. D scale-16(DS16), *Annals of Behavioral Medicione*, (20), 3, 209-215.
- Baker, S. C., Frish, C.D., Dolan, R.J. (1997).The Interaction Between Mood and Coagnitire Function Studied With Pet. *Psychological Medicine*, 27, 565-578.
- O"Doherty, J., Kringelbach, M. L., Andrews, C. (2001).Abstract reward and Punishment representations in human or bi frontal cortex. *Nature Neuroscience*, 9, 95-102.
- Imperatop, J., Mitchel, G. (1986). Cigarette Smoking: a "chosen" Risk. *Newyork State Jornal of Medicine*, 86 (9), 485-489.
- Vincent-Wayne, M. (1999). Consumer Perceived risk: Conceptualisation and Models. *European Jornal of Marketing*, 33(1/2), 163-195.
- Marrilyn, D., Skinner, Henri-Jean, A. (2004). Impulsivity in Smoking, Non Smoking, and Ex-Smoking alcoholics. *Addictive Behaviors*, 5(29), 973-978.
- Bickel, W. K., Odum, A. L., Madden, G. J. (1999). Impulsivity and Cigarette Smoking: Delayiscounting in Current, Never, and Ex-Smokers. *Psychopharmacology*, 146, 447-454.
- Richard, D., Burt, K., Dinh, T., Arthur, V., Peterson, JR., Irwin, G. S. (2000). Predicting Adolescent Smoking: A Prospective Study of Personality Variable. *Preventive Medicine*, 2(30), 115-125.
- Lejuez, C. W., Aklin, W., Jones, H. A., Richards, J.B., et al (2003). The Balloon Alalogue Task (BART) Differentiates Smokers and NonSmokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 1(11), 26-33.
- Harmsen, H., Bischof, G., Brooks, A., Hohagen, F., Rumpf, H. J. (2006). The Relationship Between Impaired Decision-Making, Sensation Seeking and Readiness to Change in Cigarette Smokiers. *Addictive Behaviors*, 31(4), 581-592.
- Eric, D., Gould, B., Weinberg, A., David, B., (2002). Crime Rates and Lcal Labor Marke Topportunitis in The United States: 1979-1997. *Economics and Statistics*, 84(1), 45-61.
- Powell, L. H., Friedman, M., Thoresen, C. E., Gill, J.J., Ulmer, D. K. (1984). Can the type A Beehavior Pattern be Altered after Myocardialial in Farction? A Second year Report From The Recurrent Coronary Prevention Project. *Psychosomatic Medicine*, 46 (4), 293-313.
- Antoniociconte, P., et al. (2018). Effect of Type D Personality on Smoking Status and Their Combined Impact on Outcome after myo cardial infarction. *Clinical Cardiology* 41 (3), 321-325.
- Ranniek, S., Angelinar, S., Martina, L., Pauline, C., Antonio, T. (2019). Cigarette Smoking and Personality Change Across Adultood: Finding From Five logitudinal Samples. *Jornal of Researchin personality*, 81, 187-194.
- Kryzysz, T. (2020). Adolescont Personality Risk Factors for tobcco Smoking and Alcohol Misuse in adult men. *Substance Use & Misuse*, 55 (10), 1567-1574.
- Jenny, E., Ozga-Hess, Katelyn, F., Romm, N., Turriano, A. (2020). Personality and Impulsivity s Predictors of tobacco Use among Emerging adults: A latent Class analysis. *Jornal of The Personality and Individual Difference* 163, 110076.
- Solb, S., ET AL. (2021). Smoking and Snus Use among Norwegian student: Demographic, Personality and Substance Use Characteristics Nordic studies on Alcohol and Druge, 1-20.