

مقایسه سلامت روان دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران در سال ۱۳۸۹

سعید اسد پور^۱، علیرضا قربانی بیرگانی^{۱*}، کوروش زارع^۲، اشرف السادات حکیم^۲

چکیده:

مقدمه و هدف: یکی از مفاهیم ضروری و چالش برانگیز دنیای امروز مفهوم سلامتی است. از دیدگاه روانشناسی، سلامت روان در برگیرنده توانایی های فردی، برای لذت بردن از زندگی و یافتن تعادل بین فعالیت های زندگی و تلاش برای دستیابی به انعطاف روان است. هدف از این مطالعه مقایسه سلامت روان دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران می باشد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقایسه ای است. در این مطالعه تعداد ۳۶۰ نفر دانشجوی پسر مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران در فاصله زمانی بین مهر ماه الی آذر ماه ۱۳۸۹ و با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. جهت گرد آوری داده ها از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی گلدبرگ استفاده گردید. این مطالعه بر روی دو گروه صورت گرفت، گروهی که دارای رفتار مورد مطالعه بودند (کشیدن سیگار) و گروهی که این رفتار در آنها دیده نمی شد. در پایان داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و شاخص های توصیفی و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج به دست آمده نشان می دهد که میانگین اضطراب، افسردگی، کژکاری اجتماعی و نشانه های بدنی در دانشجویان سیگاری بیش از دانشجویان غیر سیگاری بوده و تفاوت سلامت روان در افراد سیگاری و غیرسیگاری معنی دار می باشد.

نتیجه گیری: افراد غیرسیگاری از سلامت روان بیشتری نسبت به افراد سیگاری برخوردار هستند و سلامت روان دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری تفاوت دارد، بنابراین جهت ارتقای سطح آگاهی دانشجویان، برگزاری همایش ها و کارگاه های تخصصی، دعوت از متخصصین جهت آموزش ترک سیگار، قرار دادن تسهیلات مشاوره ای برای دانشجویان سیگاری و وارد کردن دانشجویان سیگاری در عرصه پژوهش در زمینه سیگار توصیه می شود.

کلید واژه ها: سلامت روان، فرد سیگاری، دانشجو، دانشگاه

^۱ گروه پرستاری - دانشگاه آزاد اسلامی

واحد گچساران، گچساران، ایران

^۲ گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

تاریخ وصول: ۹۰/۶/۲

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۱/۱

*نویسنده مسئول: گچساران -

دانشگاه آزاد اسلامی - دانشکده

پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۷۴۲۳۳۳۴۶۰۰

پست الکترونیکی:

Alenc5@gmail.com

مقدمه

۱۱۰ هزار بیمار روانی حاد در کشور وجود دارد، که فقط ۴۵ هزار نفر از آنها از خدمات دولتی کمک دریافت می‌کنند (۴).

آغاز مصرف سیگار در سنین جوانی و میان سالی ممکن است تأثیر چندانی بر خلیات فرد نداشته باشد، ولی تجربه استعمال سیگار تا قبل از بیست سالگی یعنی در بحرانی ترین سنین نوجوانی به دلیل این که دوران شخصیت سازی نوجوان است و هر تجربه ای را تا آخر عمر فرا راه خود قرار می دهد، ممکن است زبان های جبران ناپذیری را به ویژه بر روان و شخصیت فرد باقی بگذارد (۴). نکته تلخ این که ۵۰۰ هزار دانش آموز در معرض خطر اعتیاد به سیگار قرار دارند و از هر سه جوانی که به طور تفریحی یک پک به سیگار می‌زنند، حتماً یک نفر از آنان سیگاری می‌شود. بر اساس تحقیق به عمل آمده افراد معتاد هنگام کشیدن سیگار به نوعی احساس آرامش می‌کنند، یعنی با کشیدن سیگار خوش هستند و آن را وسیله آرام بخش برای خود می‌پندارند. از این نکته می‌توان متوجه شد، افراد هنگامی که تحت فشار مسایل روانی هستند، احتیاج به بیرون رفتن از دنیای سیاه و سخت خود دارند و مصرف سیگار را به عنوان آغازگر آرامش روانی خود انتخاب و در نهایت به اعتیاد روی می‌آورند (۶).

رحمتی (۱۳۸۱) می نویسد که در ایران ۱۲/۰۷ درصد دانش آموزان پسر پایه دهم تاکنون الکل مصرف کرده و ۲ درصد آنها به مصرف داروهای غیر مجاز روی آورده اند (۷). همچنین مطالعه احمدی و همکاران (۲۰۰۱) در ایران نشان می دهد شیوع مصرف سیگار در مردان ۲۶ درصد و در زنان ۳/۶ درصد بوده است که دلالت بر شیوع بسیار بیشتر مصرف سیگار در مردان در مقایسه با زنان دارد (۸). همچنین در مطالعه دیوسالار و همکاران (۱۳۸۶) نشان داده شد که ۴۰/۱ درصد از دانشجویان مذکر و ۵/۸ درصد از دانشجویان مؤنث، سیگاری بودند (۹). برخی از پژوهش ها نیز نشان داده است که ۳۳/۳ درصد از دانشجویان سیگاری، مشکلات تحصیلی پس از ورود به دانشگاه را عامل سیگاری شدن خود بر شمرده اند (۱۰).

با توجه به اهمیت موضوع و نبود آمار و اطلاعات لازم و کافی، پژوهشگران تصمیم به انجام این پژوهش با

یکی از مفاهیم ضروری و چالش برانگیز دنیای امروز، مفهوم سلامتی است. سلامتی، کیفیتی از زندگی است که تعریف آن مشکل و اندازه گیری واقعی آن تقریباً غیرممکن است. متخصصان، تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه داده اند، که وجه مشترک این تعاریف مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم است (۱). از دیدگاه روانشناسی مثبت‌گرا یا کل‌نگر، سلامت روان در برگیرنده توانایی های فردی است برای لذت بردن از زندگی و یافتن تعادل بین فعالیتهای زندگی و تلاش برای دستیابی به انعطاف روانی. اخیراً سازمان بهداشت جهانی عنوان کرده است که سلامت روان حیطه ای از مطالعه، پژوهش و کار عملی است که مقدمات توسعه سلامت و دستیابی برابر و کامل به سلامتی روان برای تمامی مردم جهان را فراهم می سازد (۲). ۲۵ درصد جوامع با بیماری های روان شناختی دست به گریبان اند، به طوری که نمی توان گفت از هر چهار نفر یک نفر بیمار روانی است، بلکه طیف های گوناگون مشکلات روانی در آنها وجود دارد. از بین علل مهم مرگ و میر در دنیا که شامل؛ بیماری قلبی- عروقی، ریوی، دیابت، افسردگی و بیماری سرطان هستند، بیماری افسردگی ۶۰ درصد مرگ و میرهای دنیا را به خود اختصاص داده است. مطابق با این آمار افسردگی چهارمین عامل سالهای از دست رفته به دلیل ناتوانی است، که به زودی در دنیا دومین علت خواهد شد. در ایران نیز افسردگی اولین علت سالیان از دست رفته عمر به علت ناتوانی است (۳).

در ایران تا چندی پیش آمار دقیقی از تعداد این بیماران در دست نبود، اما بر اساس تازه ترین آمار اعلام شده از سوی سازمان بهزیستی، ۴۵ هزار بیمار روانی مزمن در کشور شناسایی شده است (۴)، درحالی که شیوع افسردگی در دنیا ۵/۱۲ درصد است، در ایران طیف افسردگی اساسی ۸ درصد پیش بینی شده است. بر اساس آماری که از سوی روانشناسان ارائه می‌شود، ۱۰ تا ۱۲ درصد از مردم به اضطراب و افسردگی مبتلا هستند و بیماری های روانی رتبه دوم بیماری ها را در کشور دارد (۵). هم اکنون بیش از ۲۰ هزار تخت روان پزشکی در کشور وجود دارد، اما بر اساس آمار غیر رسمی حدود

هدف مقایسه سلامت روان دانشجویان کارشناسی سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران گرفتند.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع توصیفی-مقایسه ای می باشد. در این نوع پژوهش آزمودنی هایی که دارای رفتار مورد مطالعه بودند با آزمودنی هایی که این رفتار در آنها مشاهده نمی شد، مورد مقایسه قرار گرفتند. جامعه مورد پژوهش را تمامی دانشجویان کارشناسی پسر مشغول به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران در سال ۱۳۸۹ که تعداد آنها ۴۸۷۵ نفر بود، تشکیل می داد. تعداد نمونه ها ابتدا از طریق نمونه گیری تصادفی طبقه ای از روی سال ورود و رشته و تعداد ورودی های هر دوره مشخص شد و سپس با روش نمونه گیری تصادفی ساده و استفاده از جدول Karejcie & Morgan نمونه های هر طبقه تعیین گردید (۱۱). بر این اساس ۳۵۵ نمونه انتخاب گردید که جهت پیش بینی ریزش نمونه ها، ۳۶۰ نفر در نظر گرفته شد. از این رو تعداد نمونه در این پژوهش عبارت بود از ۲۲۵ دانشجوی غیر سیگاری و ۱۳۵ دانشجوی سیگاری. از میان رشته ها نیز ۷۶ نفر از رشته صنایع، ۶۹ نفر نفت، ۷۸ نفر مدیریت، ۹۱ نفر شیمی، ۳۴ نفر فقه، ۵ نفر حسابداری و ۷ نفر نیز در سایر رشته ها مشغول به تحصیل بودند. دانشجویانی که در شش ماه اخیر، تجربه رویدادهای تنش زا (مانند؛ مرگ یکی از نزدیکان، تصادف، طلاق، درگیری های شغلی و...) و ابتلا به بیماریهای روانی حاد را داشتند، از مطالعه حذف گردیدند.

پژوهشگر برای گردآوری داده ها شخصاً به میان دانشجویان دانشکده های علوم انسانی و مهندسی رفته و پس از انتخاب دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری از آنها تقاضای تکمیل پرسشنامه ها را نمود. این مطالعه بر روی دو گروه صورت پذیرفت؛ گروهی که دارای رفتار مورد مطالعه بودند (کشیدن سیگار) و گروهی که این رفتار در آنها دیده نمی شد. پژوهشگران پس از توجیه آزمودنی ها و جلب رضایت آنها جهت شرکت در پژوهش، پرسشنامه های اطلاعات جمعیت شناختی و سلامت عمومی گلدبرگ (General Health Questionnaire of Goldberg= GHQ)

را جهت تکمیل بین آنها توزیع کردند. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ ساخته شده است و یک پرسشنامه مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه های بالینی با هدف تشخیص کسانی که دارای اختلالات روانی هستند، مورد استفاده قرار می گیرد (۱۲). GHQ دارای چهار زیر مقیاس نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی وخیم است. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی آن استفاده شده است که نمره گذاری آن با استفاده از مقیاس سه گزینه ای لیکرت صورت گرفت. هر فرد در این آزمون چهار نمره دریافت می کرد و از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می آمد. Jorge و همکاران (۲۰۰۳)، از نظر ویژگیهای روان سنجی، ثبات درونی GHQ را ۰/۸۳ و همسانی درونی زیر مقیاسهای GHQ را با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ برای علایم جسمانی ۰/۸۵، علایم اضطراب و بی خوابی ۰/۸۷، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹، علایم افسردگی وخیم ۰/۹۱ و برای کل مقیاس که نشان دهنده سلامت عمومی است ۰/۸۳ بیان کرده اند (۱۳). همچنین در اعتبار سنجی که به وسیله نور بالا و همکاران (۱۳۸۰) انجام شد، اعتبار همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه The Symptom Checklist -90-Revised (SCL-90-R) این چنین به دست آمد؛ علایم جسمانی ۰/۸۰، اضطراب ۰/۹۲، افسردگی ۰/۸۸، عملکرد اجتماعی ۰/۷۵. همچنین به منظور به دست آوردن پایایی پرسشنامه به وسیله نور بالا و همکاران (۱۳۸۰) با استفاده از روش آزمون- باز آزمون (Test-retest)، ۹۰ نفر از افراد با فاصله زمانی یک هفته مورد آزمون قرار گرفتند و میزان همبستگی به دست آمده $r=0/85$ و در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار بود (۱۴).

از آنجا که این پژوهش میدانی و غیر آزمایشگاهی بود، پرسشنامه در پردیس دانشگاه در شرایط همسان به دست دانشجویان داده شد و آنها شخصاً مبادرت به پرکردن پرسشنامه ها نمودند. از این رو هیچ گونه کنترل یا دستکاری بر نمونه ها جهت پرکردن پرسشنامه صورت نپذیرفت.

پس از جمع آوری داده ها، به منظور تفسیر دقیق اطلاعات، با استفاده از نرم افزار SPSS، داده ها

مورد پردازش قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده های جمعیت شناختی که به صورت اسمی بود از آمار توصیفی به صورت فراوانی، درصد و نمودار استفاده شد و برای داده هایی که به صورت فاصله ای بودند از آمار توصیفی میانگین، میانه، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین استفاده گردید. همچنین برای آزمون فرضیه ها و پاسخگویی به پرسشهای پژوهشی از آمار استنباطی استفاده شد. از آنجا که مقایسه بین دو گروه مستقل صورت پذیرفته است، آزمون آماری مورد استفاده، آزمون تی مستقل بود.

یافته ها

نتایج حاصل نشان داد که سن اکثریت نمونه ها ۲۰ تا ۲۴ سال (با میانگین سنی ۲۴/۳۵ سال) بوده است. بر اساس نتایج، بیشترین آمار سیگاری ها را رشته مدیریت با ۱۰/۲۷ درصد و بیشترین درصد دانشجویان (چه سیگاری و چه غیر سیگاری) را افراد مجرد که مربوط به ورودی های سال ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ بودند، تشکیل می داد. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پسر سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران نشان داد که ۳۷/۵ درصد (۱۳۵ نفر) از دانشجویان، سیگاری و ۶۲/۵ درصد (۲۲۵ نفر)، غیر سیگاری بودند. میانگین سن شروع مصرف سیگار در افراد سیگاری ۱۷ سال بود که بیشترین درصد مصرف سیگار بین سنین ۱۵ تا ۱۹ سالگی

بوده است و میانگین تعداد ماههای مصرف سیگار ۸۴ ماه بوده است. همچنین ۲۷/۴ درصد از مصرف کنندگان سیگار (بیشترین تعداد)، کمتر از ۵ نخ در روز، کمترین تعداد (۸/۹ درصد) بین ۵ تا ۱۰ نخ در روز و ۱۲/۶ درصد نیز بیش از ۲۰ نخ در روز سیگار می کشیدند.

میانگین سلامت روان در افراد سیگاری ۳۲/۴۷ با انحراف معیار ۱۶/۳۹ و در افراد غیر سیگاری ۲۴/۸۲ با انحراف معیار ۱۳/۳۹ بود (جدول شماره ۱). بر اساس جدول شماره ۱، میانگین بروز نشانه های بدنی در افراد سیگاری ۷/۵۷ درصد و در افراد غیر سیگاری ۵/۱۷ درصد است. میانگین اضطراب در افراد سیگاری ۸/۲۴ درصد و در افراد غیر سیگاری ۶/۳ درصد می باشد. میزان کژکاری اجتماعی در افراد سیگاری ۱۰/۲۵ درصد است و در افراد غیر سیگاری ۹/۳ درصد و میانگین افسردگی در افراد سیگاری ۶/۲۷ درصد و در افراد غیر سیگاری ۴/۰۳ درصد می باشد. همچنین، میزان تی به دست آمده نشان می دهد تفاوت سلامت روان در افراد سیگاری و غیر سیگاری معنی دار است، بدین معنی که افراد غیر سیگاری از سلامت روان بیشتری نسبت به افراد سیگاری برخوردار هستند.

بر اساس جدول شماره ۲، ۴۶/۳ درصد افراد سیگاری از سلامت روان مطلوب، ۴۴/۸ درصد از سلامت روان متوسط و تنها ۹ درصد از سلامت روان نامطلوبی برخوردار بوده و در مقابل، ۶۸/۴ درصد افراد غیر سیگاری از سلامت روان مطلوب، ۲۸/۹ درصد از سلامت روان متوسط و تنها ۲/۷ درصد از سلامت روان نامطلوبی برخوردار بودند

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف معیار و تفاوت مؤلفه های سلامت روان از نظر سطح معنی داری در دانشجویان پسر سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران در سال ۱۳۸۹

فراوانی مؤلفه های سلامت روان	دانشجویان سیگاری		دانشجویان غیر سیگاری		تفاوت مؤلفه ها در دو گروه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آزمون تی مستقل	سطح معنی داری
نشانه های بدنی	۷/۵۷	۵/۲۷	۵/۱۷	۳/۶۹	۴/۶۲	۰/۰۰۶
اضطراب	۸/۴۲	۵/۳	۶/۳	۴/۴۹	۳/۸۸	۰/۰۰
کژکاری اجتماعی	۱۰/۲۵	۳/۴۴	۹/۳	۲/۹۹	۲/۶۴	۰/۰۰۹
افسردگی	۶/۲۷	۶/۲	۴/۰۳	۴/۸۸	۳/۵۸	۰/۰۰
جمع	۳۲/۴۷	۱۶/۳۹	۲۴/۸۲	۱۳/۳۹	۴/۶۵	۰/۰۰۶

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی و میانگین میزان سلامت روان در دانشجویان پسر سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران در سال ۱۳۸۹

فراوانی سلامت روان	دانشجویان سیگاری		دانشجویان غیر سیگاری	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مطلوب	۶۲	۴۶/۳	۱۵۴	۶۸/۴
متوسط	۶۰	۴/۸	۶۵	۲۸/۹
نامطلوب	۱۲	۹	۶	۲/۷
جمع	۱۳۴	۱۰۰	۲۲۵	۱۰۰
میانگین	۳۲/۴۷		۲۴/۸۲	
انحراف معیار	۱۶/۳۹		۱۳/۳۹	

بحث

با توجه به این که سیگار کشیدن باعث ایجاد عوارض زیادی روی روح و روان انسانها می شود، مطالعه حاضر با هدف مقایسه سلامت روان در بین دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری انجام گرفته است.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که سن اکثریت نمونه ها ۲۰ تا ۲۴ سال بوده است. سن شروع مصرف سیگار در آنها ۱۷ سالگی گزارش شد. در پژوهشی که به وسیله صمیمی و ولی زاده (۱۳۸۶) در زمینه ارتباط مصرف سیگار با ویژگی های جمعیت شناختی صورت گرفته است، نشان داده شد که مصرف سیگار رابطه معنی داری با سن و وضعیت سکونت ندارد، اما با جنسیت رابطه دارد (۱۵). همچنین در پژوهشی که به وسیله آریانپور و همکاران (۱۳۸۷) انجام شد، میانگین سن شروع مصرف سیگار ۲۰ سالگی گزارش گردید (۱۶) که با نتایج پژوهش حاضر شباهت دارد.

در پژوهش حاضر بیشترین درصد نخ مصرفی در روز کمتر از ۵ نخ سیگار می باشد، اما در پژوهش ضیاء الدینی و ضیاء الدینی (۱۳۸۵)، متوسط مصرف نخ سیگار در روز ۱۱ نخ بوده است (۱۷). در مجموع، کمترین میزان در مؤلفه های سلامت روان را افسردگی و بیشترین میزان را کژکاری اجتماعی در بر دارد. از این رو به عنوان یک احتمال می توان گفت مصرف سیگار در نمونه های حاضر بیش از این که بر خود افراد تأثیرگذار باشد، بر اجتماع

تأثیر داشته و باعث کژکاریهای اجتماعی افراد در جامعه می شود.

بر طبق آمارهای داده شده از سوی مؤسسه سلامت روان (۲۰۰۷) در لندن، سیگار کشیدن افراد افسرده دو برابر افراد عادی است (۱۸)، اما یافته های پژوهش حاضر میزان افسردگی را در میان مصرف کنندگان سیگار پایین یا متوسط نشان می دهد. مطالعه Ratschen و همکاران (۲۰۰۹) تأثیر مصرف سیگار بر افزایش مصرف داروهای ضد افسردگی در دانشجویان را تأیید کرده است. همچنین در همین پژوهش، بروز مشکلات روانشناختی در درصد بالایی از مصرف کنندگان سیگار دیده شد که نشان دهنده ارتباط مثبت میان مصرف سیگار و کاهش سلامت روان است (۱۹)، اما در پژوهش حاضر چنین مواردی مشاهده نشد. شاید بتوان گفت؛ تفاوت گروه نمونه مورد مطالعه راشن و همکاران (۱۹) با نمونه حاضر موجب به دست آمدن چنین نتایج متفاوتی شده است. همچنین طبق یافته های Horn و همکاران (۲۰۰۴) نیز کسانی که در معرض خطر سیگار هستند به میزان بیشتری دچار افسردگی و اضطراب می شوند (۲۰). در پژوهش حاضر نیز گرچه افسردگی و اضطراب در افراد سیگاری وجود دارد، اما درصد آن بسیار پایین است.

در مطالعه حاضر، میانگین سلامت روان در افراد غیرسیگاری ۲۴/۸۲ درصد با انحراف استاندارد ۱۲/۵۳ است که نشان دهنده وضعیت سلامت روان بهتر این افراد

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر میان افراد سیگاری و غیرسیگاری تفاوت معنی دار وجود دارد و همین تفاوت معنی دار به دست آمده می تواند زنگ خطری برای قشر مصرف کننده سیگار باشد.

از آنجایی که این پژوهش تنها بر روی دانشجویان پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران انجام شده است نمی توان آن را به افراد دیگر جامعه هم تعمیم داد. این نکته شایان ذکر است که از آنجایی که کار آزمایشی و قابل دستکاری نبود، کنترلی بر دو گروه انجام نشد و صرفاً تفاوت سلامت روان در دو گروه سیگاری از غیرسیگاری بررسی شده است.

از آنجا که پژوهش حاضر تنها بر روی دانشجویان مذکر انجام شد، بهتر است در پژوهشی تفاوت میان سلامت روان دختران و پسران دانشجوی سیگاری نیز مورد سنجش قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می شود مشابه این پژوهش در اقشار دیگر جامعه با سطوح تحصیلی مختلف (دانشگاهی و غیر دانشگاهی) و بر حسب نوع مشاغل، سن و سطوح اقتصادی صورت گیرد تا تفاوتها بیشتر مشخص گردد. برگزاری کارگاههای تخصصی و دعوت از متخصصین، روشهای علمی ترک سیگار به دانشجویان آموزش داده شود. قرار دادن تسهیلات مشاوره ای برای دانشجویان سیگاری جهت ترک اعتیاد به سیگار، وارد کردن دانشجویان سیگاری در عرصه پژوهش جهت آشنایی بیشتر آنها با خطرات و مضرات مصرف سیگار و ایجاد انگیزه بیشتر در زمینه مضرات مصرف سیگار نیز از دیگر اقدامات پیشنهادی می باشد.

قدردانی

بدین وسیله از تمامی دانشجویان شرکت کننده در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می آید.

در مقایسه با افراد سیگاری است. با توجه به این که ۶۸/۴ و ۲۸/۹ درصد افراد به ترتیب؛ دارای سلامت روان در حد مطلوب و متوسط هستند و تنها ۲/۷ درصد از سلامت روان نامطلوبی برخوردار بودند. بنابراین می توان گفت در مجموع میزان سلامت روان و مؤلفه های آن در افراد غیر سیگاری بالاتر و بهتر است.

در پژوهشی که از سوی مرادی و همکاران (۱۳۸۷) انجام شد، نشان داده شد سلامت روان به طور معنی داری پیش بینی کننده اعتیادپذیری دانش آموزان پسر است (۲۱). معنی داری تفاوت سلامت روان در پژوهش حاضر، یافته های این پژوهش را تأیید می کند. یافته های Ratschen و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که میان مصرف سیگار و سلامت روان، رابطه معنی داری وجود دارد (۱۹).

یافته ها تفاوتی معنی داری را در بین مؤلفه های سلامت روان نشان می دهد. هورن و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی نشان دادند جوانان روستایی که سیگاری بوده بیشتر دچار مشکلات روانی از جمله افسردگی و اضطراب بودند (۲۰). در پژوهش حاضر نیز طبق یافته های به دست آمده میزان اضطراب و افسردگی دانشجویان پسر سیگاری از دانشجویان غیر سیگاری بیشتر است که می تواند یافته های Horn و همکاران (۲۰۰۴) (۲۰) را تأیید کند. یافته های پژوهش Murphy و همکاران (۲۰۰۳) نیز که در زمینه افسردگی در معنادار صورت پذیرفته است. اگرچه چندان تأییدکننده رابطه معنادار میان افسردگی و سلامت روان نیست، اما بیانگر این واقعیت است که افرادی که افسرده می شوند، افرادی هستند که بیشتر تمایل به کشیدن سیگار و ادامه دادن آن دارند و افراد افسرده نسبت به افرادی که هرگز افسرده نشدند، کمتر مایل به ترک سیگار هستند (۲۲). یافته های پژوهش حاضر نیز مبنی بر تفاوت میزان افسردگی در افراد سیگاری و غیرسیگاری می تواند یافته های پژوهش مورفی و همکاران را تأیید کند.

References

1. BabapourKheirodin J, RasoulzadehTabatabaee K, Egeie MJ, FathiAshtiani J. Relationship of problem-solving techniques and psychological health of students. *Psychological Research*. 2003; 25(1): 16-23.
2. World Health Organization. *World on-Tobacco Alert*. London: Oxford University Press; 2007.
3. Patel V, Prince M. Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA*. 2010; 303(19): 1976-77.
4. Hojjati H, Aloustani S, Akhondzadeh G, Heidari B, Sharif_Nia H. Study of mental health and its relation with quality of life in addicts. *JSSU*. 2010; 18(3): 207-14.
5. Yari M. Teenage, Smoking, Prevention. *Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2008; 1(4): 5-6.
6. Jamshidi M. Smoking opened the way for cannabis. *Development Journal*. 2007; 1(3): 6-7.
7. Rahmati MM. Factors in related to beginning of drug abuse referring to the status of women drug users. *Journal of Addiction*. 2002;1(1): 133.
8. Ahmadi J, Khalili H, Jooybar R, Namazi N, Mohammadagaei P. Prevalence of cigarette smoking in Iran. *Psychol Rep*. 2001; 89(2): 330-41.
9. Divsalar K, Nakhaee N, Amini MR. Relationship between religious activities and smoking in students of Tehran universities. *Journal of Medicine and Purification*. 2007; 13(3-4): 63-9
10. Mohammadian F, Khorshidi A, Kazemi A. Prevalence and causes of the trends to smoking in male students of Ilam University of Medical Sciences. *Third seminar of student mental health*. 2006; Tehran.
11. Powel RR. *Basic Research Methods for Librarians*. Translation by Hariri N. Tehran: Scientific Publications Press of Islamic Azad University; 2000.
12. Vrdoljak D, Rumboldt M. Quality of life after stroke in Croation patients. *Coll Antropol*. 2008; 32(2): 355-9.
13. Jorge RE, Robinson RG, Arndt S, Starkstein S. Mortality and poststroke depression: a placebo-controlled trial of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(10): 1823-9.
14. Noorbala AA, BagheriYazdi SA, Kazem M. Validated 28 question General Health Questionnaire as screening instruments in psychiatric disorders in Tehran-2001. *Hakim Journal*. 2008; 11(4): 47-53.
15. Samimi R, Valizadeh A. Relationship between smoking and general health of Iran University of Medical Sciences Students. *Hormozgan Medical Journal*. 2007; 11(4): 305.
16. Arianpour M, Heidari G, Tarahomi M, Akhondi MM, Zeraati H, Masjedi MM. Prevalence of Tobacco smoking among infertile couples in Tehran. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2009; 9(37): 342-49.
17. Ziaodini H, Ziaodini MR. Epidemiology of tobacco usage and its relationship with some demographic factors in a rural area in Kerman. *Journal of Mental Health Principles*. 2006; 29-30(8):
18. Mental Health Foundation. *Promoting Mental Health*. London: Oxford University Press; 2007.
19. Ratschen E, Britton J, McNeill A. "Implementation of smoke-free policies in mental health in patient settings in England". *Br J Psychiatry*. 2009; 194(6): 547-51.
20. Horn K, Dino G, Kalsekar I, Massey CJ, Manzo-Tennant K, McGloin T. Exploring the relationship between mental health and smoking cessation: A study of rural teens. *Prev Sci*. 2004; 5(2): 113-26.
21. Moradi AD, Ahmadi D. An assessment of trend to addiction in high school male students in Fareidan city. *Journal of Psychological Studies*. 2008; 4(3): 25.
22. Murphy JM, Horton NJ, Monson RR, Laird NM, Sobol AM, Leighton AH. Cigarette smoking in relation to depression: Historical trends from the stirling county study. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(9): 1663-9.