

## Comparison of psychological symptoms in smokers, non-smokers and smokers referring for cessation

Ashraf Sadat Mousavi

University of Tehran, M.A.

Fateme Matin-Khah

University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, M.A.

Fateme Asef

University of Tarbiyat Moallem, B.A.

## مقایسه نشانه‌های روان‌شناختی افراد سیگاری، غیرسیگاری و سیگاری خود معرف برای ترک

اشرف سادات موسوی\*

کارشناس ارشد دانشگاه تهران

فاطمه متین‌خواه

کارشناس ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

فاطمه آصف

کارشناسی دانشگاه تربیت معلم

### Abstract

The aim of this study was to compare the psychological symptoms in three groups of smokers, smokers self referred for cessation, and non-smokers. Method of research was ex post facto and the statistical population was three groups of smokers, self referred smokers for cessation and non-smokers in Tehran city, among them 46 smokers, 50 self referred smokers for cessation and 50 non-smokers were selected through convenience sampling. The research instrument was Hopkins Symptom Checklist (Derogatis et al, 1974). Data were analyzed through multivariate covariance analysis and scheffe's post hoc test. Results showed that there is a significant difference among three groups in somatization and anxiety ( $P < 0.05$ ). The results of scheffe analyses showed that there is a difference between self referred smokers for cessation and non-smokers in somatization ( $P < 0.05$ ) and between smokers and non-smokers in somatization ( $P < 0.01$ ) and anxiety ( $P < 0.05$ ).

**Keywords:** smoking, smoking cessation, psychological symptoms.

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه نشانه‌های روان‌شناختی افراد سیگاری، سیگاری خود معرف برای ترک و افراد غیرسیگاری اجرا شد. پژوهش از نوع پس‌رویدادی و جامعه آماری سه گروه افراد سیگاری، غیرسیگاری و سیگاری خود معرف برای ترک در شهر تهران بودند که از میان آنها، ۴۶ نفر سیگاری، ۵۰ نفر سیگاری خود معرف برای ترک و ۵۰ نفر غیرسیگاری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار سنجش فهرست نشانه‌ای هوپکینز (دروگاتیس و همکاران، ۱۹۷۴) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی شفه تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد میان افراد سیگاری، سیگاری خود معرف برای ترک و غیرسیگاری در جسمانی‌سازی و اضطراب تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0.05$ ). نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد میان دو گروه غیرسیگاری و سیگاری خود معرف برای ترک در جسمانی‌سازی ( $P < 0.05$ ) و میان دو گروه سیگاری و غیرسیگاری در جسمانی‌سازی ( $P < 0.01$ ) و اضطراب ( $P < 0.05$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. واژه‌های کلیدی: سیگار، ترک سیگار، نشانه‌های روان‌شناختی.

\* نویسنده مسؤول؛ تهران، ستارخان، خیابان نیاش، خیابان شهید منصوری، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دفتر فصل‌نامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی

بالینی. پست الکترونیک (رایانامه): ashraf.mousavi@gmail.com

وصول: ۸۹/۲/۶ پذیرش: ۸۹/۹/۱۶

## مقدمه

کمتر عادت‌ی وجود دارد که مانند سیگار کشیدن عامل بالقوه مرگ باشد. در آمریکا هر سال حدود ۳۹۰ هزار نفر در نتیجه کشیدن سیگار، قبل از زمان طبیعی می‌میرند (اداره دخانیات و سلامت آمریکا<sup>۱</sup>، ۱۹۷۹؛ اداره خدمات انسانی و سلامت آمریکا<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹، به نقل از دیماتو، ۱۳۷۸). به بیان دیگر مصرف سیگار به‌عنوان یکی از مهمترین علل قابل پیشگیری مرگ‌های زودرس در دنیا و قابل پیشگیری‌ترین بیماری در جهان است (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۱۹۹۹؛ ریکو، ۲۰۰۰). سیگاری‌ها نسبت به غیرسیگاری‌ها از سلامت کمتری برخوردارند و امکان مرگ آنان در هر سال تقریباً دو برابر است (دیماتو، ۱۳۷۸). استعمال دخانیات عامل اصلی ۹۰ درصد از سرطان‌های ریه، ۴۰ درصد از دیگر سرطان‌ها، ۵۰ درصد از بیماری‌های قلبی - عروقی، ۷۵ درصد از بیماری‌های تنفسی، ۱۲ درصد از میزان مرگ و میر و ۳۰ درصد از مرگ‌هایی است که در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال رخ می‌دهد (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۱۹۹۹). در عین حال به نظر می‌رسد مصرف سیگار، بیماری‌ها و مرگ و میرهای ناشی از آن در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش باشد (سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). بر پایه بررسی‌های انجام شده افراد سیگاری نسبت به افراد غیرسیگاری بسیار بیشتر به اختلالات روانی مبتلا می‌شوند و از طرف دیگر نیز افرادی با اختلالات روانی نسبت به افراد بدون اختلال روانی، حدود دو برابر بیشتر احتمال دارد که سیگار مصرف کنند (کالمن، مورستی و جورج، ۲۰۰۵). همین امر نیز انگیزه بسیاری از پژوهشگران برای انجام پژوهش در خصوص علل و عوارض استعمال سیگار بوده است. تاکنون در منابع علمی علل مختلفی برای گرایش به مصرف سیگار ذکر شده که از مهمترین آنها می‌توان به این عوامل اشاره کرد؛ اعتیاد جسمی و روانی به نیکوتین، مقابله با تنش، ناراحتی و موقعیت‌های کسل‌کننده، فرایندهای شرطی‌سازی کلاسیک<sup>۴</sup>، بالا بودن توان تقویت‌کنندگی سیگار در موقعیت‌های معین، فشار همسالان، احساس رشدیافتگی، کاهش اضطراب، افزایش تحریک، احساس آرامش،

ارضای نیازهای حسی - حرکتی و عوامل ژنتیک (گیلبرت و گیلبرت، ۱۹۹۵؛ اندریوز، تیلدسلی، هاپز و لی، ۲۰۰۲؛ تسای، ون، تسای و تسای، ۲۰۰۹).

در کنار بررسی علل گرایش به مصرف سیگار، بسیاری از پژوهش‌ها به ارتباط بین نشانه‌های روانی و مصرف سیگار توجه نشان داده‌اند. برای نمونه نشان داده شده که افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری احتمال بیشتری دارد که نشانه‌های افسردگی<sup>۵</sup> داشته باشند (گلسمن، هلزر، کاوی، کاتلر، استنر و همکار، ۱۹۹۰؛ آندا، ویلیامسون، اسکابودو، مست، گیوونینو و همکار، ۱۹۹۰؛ کنکت، ریتاسالو، هلیووارا، لتینن، پاکالا و همکار، ۱۹۹۶) و افرادی با تاریخچه‌ای از افسردگی بیشتر احتمال دارد به نیکوتین وابسته شوند (برسلا، کیلی و آندرسکی، ۱۹۹۱) و به زمان بیشتری برای ترک سیگار نیاز دارند (برندان، ۲۰۰۰). ارتباط میان مصرف سیگار و دیگر نشانه‌های روان‌شناختی نیز در دیگر پژوهش‌ها بررسی شده است. اپشتاین، بوتوین و دیاز (۱۹۹۹) در پژوهشی نشان دادند مهارت‌های تصمیم‌گیری ضعیف<sup>۶</sup> و بهزیستی روان‌شناختی پایین<sup>۷</sup> مصرف سیگار را پیش‌بینی می‌کنند. بررسی دیگری بر روی دانشجویان نشان داد گرایش به خطرپذیری<sup>۸</sup>، افسردگی و باورهای هنجاری اجتماعی<sup>۹</sup> تعیین‌کننده رفتار مصرف سیگار هستند (کیپر، ۲۰۰۲). از طرف برخی پژوهشگران شواهدی ارائه شده که نشان می‌دهد مصرف سیگار و دیگر مشتقات تنباکو با سطوح پایین فعالیت بدنی و روشهای مقابله‌ای غیرانطباقی<sup>۱۰</sup> در پاسخ به پریشانی‌های هیجانی رابطه دارد (ویکرز، پتن و لین، ۲۰۰۳).

مطالعاتی که در آنها رابطه رضایت از تصویر بدنی<sup>۱۱</sup> و مصرف سیگار بررسی شده، نشان داده که افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیرسیگاری احساس جذابیت کمتر، نارضایتی بدنی بیشتر و انگیزش بیشتری برای کنترل وزن بدن دارند (کینگ، ماتاسین و مارکوس، ۲۰۰۰؛ بولس و جانسون، ۲۰۰۱). کاردیا، پاملیوب، رازکا و مارکز (۲۰۰۳) نشان دادند، مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، الکلیسم<sup>۱۲</sup> و اختلال‌های خوردن<sup>۱۳</sup> با سیگار کشیدن رابطه دارند. جانسون، کوهن، پاین، کلین، کازن و

1. U.S. office on smoking and health
3. World Health Organization (WHO)
5. depression
7. low psychological well-being
9. social normative believes
11. body image satisfaction
13. eating disorder

2. U.S. department of health and human services
4. classical conditioning processes
6. weak decision making skills
8. risk-taking tendency
10. maladaptive coping style
12. alcoholism

نشانه‌هایی نظیر جسمانی‌سازی، حساسیت در روابط بین فردی و وسواس - اجبار توجه چندانی نشده است. تفاوت در نشانه‌های روان‌شناختی بجز اضطراب و افسردگی هم ممکن است بهداشت روانی افراد سیگاری را با مشکل روبه‌رو سازد (زولنسکی، استوارت، ووجانویک، گاوریک و استیوز، ۲۰۰۹؛ هبرت، کامینز، هراندز، تدچی و زهو، ۲۰۱۱). نکته آخر اینکه در بسیاری از مطالعات نشانه‌های روان‌شناختی در افراد سیگاری خودمعرف برای ترک مورد بررسی قرار نگرفته است. از همین منظر ضرورت این پژوهش در این است که مشخص می‌سازد در چه مواردی نشانه‌های روان‌شناختی در افراد سیگاری، با افراد سیگاری خودمعرف برای ترک و افراد غیرسیگاری متفاوت است. با توجه به موارد مطرح شده، هدف این پژوهش بررسی نشانه‌های روان‌شناختی در گروه افراد سیگاری، افراد سیگاری خودمعرف برای ترک و افراد غیرسیگاری در نظر گرفته شد، تا از آن طریق اطلاعات تطبیقی در مورد نشانه‌های روان‌شناختی افراد سیگاری با افراد سیگاری خودمعرف برای ترک و افراد غیرسیگاری به دست آید.

### روش

**روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه؛ روش پژوهش** پس‌رویدادی<sup>۱</sup> بود و جامعه آماری پژوهش را گروهی از افراد سیگاری، افراد سیگاری خودمعرف برای ترک (افراد مراجعه‌کننده به کلینیک ترک سیگار جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات و کلینیک ترک سیگار پیروزی شهر تهران) و افراد غیرسیگاری تشکیل دادند. نمونه پژوهش در سه گروه افراد سیگاری (۶۶ نفر)، افراد سیگاری خودمعرف برای ترک (۵۰ نفر) و افراد غیرسیگاری (۵۰ نفر) به‌صورت در دسترس<sup>۲</sup> (سهل‌الوصول) انتخاب شدند. نمونه افراد سیگاری و غیرسیگاری به‌صورت در دسترس از پارک‌های شهر تهران انتخاب شدند. بر پایه روش‌شناسی پژوهش برای تحقیقات پس‌رویدادی تعداد ۳۰ تا ۵۰ نفر برای حجم نمونه کفایت می‌کند (هومن، ۱۳۷۸). در جدول ۱ فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های سه‌گانه پژوهش در متغیرهای وضعیت تأهل و تحصیلات همراه با میانگین و انحراف معیار سن ارائه شده است.

همکار (۲۰۰۰) نیز نشان دادند مصرف افراطی<sup>۱</sup> سیگار در طول سالهای نوجوانی با هراس از مکان‌های باز<sup>۲</sup>، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته<sup>۳</sup> و اختلال وحشتزدگی<sup>۴</sup> در ارتباط است. این یافته پس از کنترل سن، جنسیت، خلق‌وخوی دشوار کودکی<sup>۵</sup>، مصرف مواد مخدر و الکل، حالات افسردگی و اضطراب مربوط به نوجوانی، سیگار کشیدن والدین و سطح تحصیلات نیز معنادار بود. در کنار شواهد مورد اشاره شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، مصرف سیگار و دیگر مشتقات تنباکو با عزت‌نفس<sup>۶</sup> پایین (ابرناتی، مسد و رومانو - دویر، ۱۹۹۵؛ استوارت، کینگ و کیلن، ۱۹۹۵) و با نشانه‌های روان‌رنجوری<sup>۷</sup> (هندرسون، لويس، هاول و راینر، ۱۹۸۱) رابطه دارد. این یافته‌ها در کنار سطوح بالای نشانه‌های افسردگی و اضطراب، نشان‌دهنده وجود رابطه میان مصرف سیگار و نشانه‌های روان‌شناختی است (گلسمن و همکاران، ۱۹۹۰؛ رومنز، مک‌نو، هریسون، والتون و مالن، ۱۹۹۳). زمینه‌یابی‌های انجام شده با بیماران روانپزشکی نیز یافته‌های مشابهی به‌دست داده‌اند؛ برای مثال یافته‌های یک پژوهش نشان داد شیوع استعمال سیگار در میان بیماران روانپزشکی بیشتر از دیگر گروه‌هاست (هیوز، هاتسوکامی، میچل و دالگرن، ۱۹۸۶). در پژوهشی نیز که در ایران انجام شد (رضوانفرد و اختیاری، ۱۳۸۶) میان سه گروه افراد غیرسیگاری، افراد با وابستگی بالا به نیکوتین و افراد با وابستگی پایین به نیکوتین در نمره افسردگی یک تفاوت معنادار به‌دست آمد، ولی در نمره اضطراب کتل تفاوت معنادار به‌دست نیامد.

در جمع‌بندی نتایج پژوهش‌های اشاره شده چند نکته روشن است؛ نکته اول اینکه اغلب این پژوهش‌ها ماهیت ارتباط‌سنجی دارند که اغلب در آنها متغیرهایی نظیر سن (برترام، لیم، والاس و واس، ۲۰۰۷؛ کگلر، اسکافری، گروف، باتلر و فورمن، ۲۰۰۷) و وضعیت تأهل (شلی، یرنی، هیونگ، داس و فاس، ۲۰۰۷؛ لیم، چونگ، کیم و لی، ۲۰۱۰) که تحقیقات نشان می‌دهند با مصرف سیگار ارتباط دارند بررسی نشده‌اند. دوم اینکه نشانه‌های روان‌شناختی در بین افراد سیگاری و غیرسیگاری در مواردی با یکدیگر تفاوت دارند. این تفاوت‌ها بیشتر تاکنون بر افسردگی و اضطراب متمرکز بوده و به

1. heavy
3. generalized anxiety disorder
5. difficult childhood temperament
7. neuroticism
9. convenience sampling

2. agoraphobia
4. panic disorder
6. self-esteem
8. ex post-facto

جدول ۱- فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های نمونه سه‌گانه پژوهش در متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیرهای جمعیت‌شناختی		گروه سیگاری		گروه غیرسیگاری		گروه سیگاری
		خودمعرف برای ترک				
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
رشدین ناهل	مجرد	۹	۱۹/۶	۱۱	۲۲	۴۶
	متاهل	۲۳	۵۰/۰	۳۹	۷۸	۱۲/۷
	مطلقه	۴	۸/۷	-	-	-
	نامشخص	۱۰	۲۱/۷	-	-	۳/۶
تخصصی	کمتر از دیپلم	۲۰	۴۳/۵	۱۹	۳۸	۱۸/۲
	فوق دیپلم و کارشناسی	۱۲	۲۶/۱	۲۸	۵۶	۴۵/۲
	کارشناسی ارشد و دکتری	۴	۸/۶	۳	۶	۳۰/۹
	نامشخص	۱۰	۲۱/۷	-	-	۵/۵
۳	میانگین	۳۸/۰۹		۳۵/۲۴		۲۵/۳۳
	انحراف معیار	۱۰/۰۹		۱۱/۸۳		۶/۶۲

### ابزار سنجش

فهرست نشانه‌های هوپکینز<sup>۱</sup>؛ برای اندازه‌گیری نشانه‌های روان‌شناختی از فهرست نشانه‌های هوپکینز (دروگاتیس، لیپمن، ریکلز، یولنهات و کووی، ۱۹۷۴) با پنج خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب، جسمانی‌سازی<sup>۲</sup>، حساسیت در روابط بین‌فردی<sup>۳</sup> و وسواس-اجبار<sup>۴</sup> استفاده شد. قابل ذکر است که فهرست نشانه‌های هوپکینز نسخه تجدیدنظر شده<sup>۵</sup> فهرست نشانه‌های ۹۰ سؤالی<sup>۶</sup> (SCL-90) است (دروگاتیس، لیپمن و کووی، ۱۹۷۳). مقیاس پاسخگویی این فهرست ۵ درجه‌ای (اصلاً تا خیلی زیاد) است و هنگامی که به دیگر زبان‌ها ترجمه شده، روایی<sup>۶</sup> خود را حفظ کرده است (قربانی، واتسون، قرامالکی، موریس و هود، ۲۰۰۲). برای افسردگی، اضطراب، جسمانی‌سازی، حساسیت در روابط بین‌فردی و وسواس-اجبار پایایی بازآزمایی<sup>۷</sup> به ترتیب

برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۸۷ و پایایی بین‌ارزیابان<sup>۸</sup> به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۷، ۰/۷۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۷ گزارش شده است (دروگاتیس و همکاران، ۱۹۷۴). نسخه فارسی مورد استفاده در این پژوهش را قربانی و همکاران (۲۰۰۲) در یک بررسی میان‌فرهنگی بین ایران و آمریکا ترجمه و آماده اجرا کردند. این پژوهشگران در نمونه ایرانی همبستگی مثبت بین ۰/۶۲ (جسمانی‌سازی-حساسیت بین‌فردی) تا ۰/۸۴ (افسردگی-روان‌پریشی) و در نمونه آمریکایی همبستگی مثبت بین ۰/۵۴ (حساسیت بین شخصی، وسواس-اجبار) تا ۰/۷۹ (افسردگی-حساسیت بین شخصی) را برای این فهرست گزارش نموده‌اند.

افزون بر آن در نمونه ایرانی این مقیاس با مقیاس جهت‌گیری دینی ارتباط داشت: جهت‌گیری درونی با سطوح پایین افسردگی (۰/۱۵-) و روان‌پریشی (۰/۱۷-) و

1. -Hopkins Symptom Check List (HSCL)

3. interpersonal sensitivity

5. Symptom Check List- 90 (SCL-90)

7. test-retest reliability

2. somatization

4. obsessive compulsive

6. validity

8. interrator reliability

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک گروهها

گروه غیرسیگاری		گروه سیگاری خود معرف برای ترک		گروه سیگاری		متغیرهای مورد مقایسه
SD	M	SD	M	SD	M	
۰/۷۶	۰/۸۲	۰/۸۳	۱/۲۳	۰/۹۷	۱/۴۱	جسمانی سازی
۰/۶۷	۰/۸۲	۰/۶۰	۱/۱۵	۰/۹۸	۱/۳۷	اضطراب
۰/۶۶	۱/۱۵	۰/۶۶	۱/۴۲	۰/۸۸	۱/۷۶	افسردگی
۰/۵۸	۱/۲۹	۰/۶۴	۱/۶۸	۰/۹۰	۱/۶۸	حساسیت در روابط بین فردی
۰/۵۷	۱/۴۳	۰/۵۰	۱/۶۰	۰/۷۹	۱/۶۹	وسواس اجبار

تکمیل شدند. شیوه پاسخدهی به فهرست نشانه‌های روان‌شناختی به صورت خود گزارش دهی<sup>۲</sup> و طول زمان پاسخگویی حدود ۱۰ دقیقه بود. داده‌ها با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی<sup>۳</sup> نسخه ۱۶ (SPSS16) و از طریق تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا)<sup>۴</sup> تحلیل شدند. در تحلیل کواریانس انجام شده گروه و وضعیت تأهل متغیر پایه برای مقایسه، سن به عنوان متغیر همپراش<sup>۵</sup> (کمکی) و اضطراب، افسردگی، جسمانی سازی، حساسیت در روابط بین فردی و وسواس - اجبار متغیرهای ملاک بودند.

### یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) پنج متغیر پژوهش ارائه شده است. نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌طور که در ردیف‌های ۱۱ و ۱۲ جدول ۳ مشاهده می‌شود، میان سه گروه در جسمانی سازی و اضطراب تفاوت معناداری ( $P < 0/05$ ) وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی شفه<sup>۶</sup> در جدول ۴ ارائه شده است.

جهت گیری بیرونی به طور مثبت با اضطراب (۰/۳۰)، افسردگی (۰/۳۰)، وسواس - اجبار (۰/۲۴)، روان پریشی (۰/۲۹) و حساسیت در روابط بین فردی (۰/۲۶) رابطه داشت. همچنین آلفای کرونباخ برای اضطراب، افسردگی، وسواس اجبار، روان پریشی، حساسیت در روابط بین فردی و جسمانی سازی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۸۳ و ۰/۸۸ گزارش شده است (قربانی و همکاران، ۲۰۰۲). در مطالعه دیگری همسانی درونی<sup>۱</sup> نسخه فارسی این مقیاس برحسب آلفای کرونباخ برای پنج خرده مقیاس به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۸۹، ۰/۷۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ گزارش شده است (موسوی و قربانی، ۱۳۸۵). آلفای کرونباخ افسردگی، اضطراب، جسمانی سازی، حساسیت در روابط بین فردی و وسواس - اجبار در مطالعه حاضر به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۸۹، ۰/۷۹، ۰/۷۹ به دست آمد. نمونه‌ای از سؤالات این فهرست شامل احساس ناتوانی در رهایی از افکار و ایده‌های بد است. روش اجرا و تحلیل؛ شرکت کنندگان در پژوهش آگاهانه در پژوهش شرکت کردند و پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام

1. internal consistency

2. self report

3. Statistical Package for the Social Science- version 16 (SPSS16)

4. Multivariate Analyses of Covariance (MANCOVA)

5. covariate

6. Scheffe

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مقایسه گروهها با بررسی سن و وضعیت تأهل

P	F	MS	df	SS	متغیرهای پنجگانه پژوهش	وضعیت تأهل
P>۰/۰۵	۰/۶۸۲	۰/۴۰۲	۱	۰/۴۰۲	جسمانی‌سازی	۱
P>۰/۰۵	۰/۰۱۰	۰/۰۰۶	۱	۰/۰۰۶	اضطراب	۲
P>۰/۰۵	۰/۰۱۲	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۰۷	افسردگی	۳
P>۰/۰۵	۰/۲۶۶	۰/۱۹۶	۱	۰/۱۹۶	حساسیت در روابط بین فردی	۴
P>۰/۰۵	۰/۱۱۹	۰/۰۶۴	۱	۰/۰۶۴	وسواس - اجبار	۵
P>۰/۰۵	۰/۶۱۳	۰/۳۶۲	۲	۰/۷۲۴	جسمانی‌سازی	۶
P>۰/۰۵	۰/۶۴۳	۰/۴۰۴	۲	۰/۸۰۸	اضطراب	۷
P>۰/۰۵	۱/۵۱۲	۰/۸۷۵	۲	۱/۷۵۱	افسردگی	۸
P>۰/۰۵	۰/۰۳۳	۰/۰۲۴	۲	۰/۰۴۸	حساسیت در روابط بین فردی	۹
P>۰/۰۵	۰/۳۵۶	۰/۱۹۱	۲	۰/۳۸۱	وسواس - اجبار	۱۰
P<۰/۰۵	۳/۹۳۴*	۲/۳۲۲	۲	۴/۶۴۴	جسمانی‌سازی	۱۱
P<۰/۰۵	۳/۳۲۹*	۲/۰۹۲	۲	۴/۱۸۵	اضطراب	۱۲
P>۰/۰۵	۱/۵۶۲	۰/۹۰۷	۲	۱/۸۱۵	افسردگی	۱۳
P>۰/۰۵	۱/۷۸۹	۱/۳۱۷	۲	۲/۶۳۵	حساسیت در روابط بین فردی	۱۴
P>۰/۰۵	۱/۲۳۸	۰/۶۶۳	۲	۱/۳۲۶	وسواس - اجبار	۱۵
P>۰/۰۵	۰/۳۲۵	۰/۱۹۲	۲	۰/۳۸۳	جسمانی‌سازی	۱۶
P>۰/۰۵	۰/۶۹۵	۰/۴۳۷	۲	۰/۸۷۴	اضطراب	۱۷
P>۰/۰۵	۰/۰۰۴	۰/۰۰۲	۲	۰/۰۰۵	افسردگی	۱۸
P>۰/۰۵	۰/۲۶۶	۰/۱۹۶	۲	۰/۳۹۲	حساسیت در روابط بین فردی	۱۹
P>۰/۰۵	۰/۳۴۹	۰/۱۸۷	۲	۰/۳۷۳	وسواس - اجبار	۲۰

\* P<۰/۰۵

برای مقایسه‌های چندگانه میان گروهها آزمون تعقیبی شفه به کار رفت. چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود میان دو گروه غیرسیگاری و سیگاری خود معرف برای ترک در جسمانی‌سازی (P<۰/۰۵) و میان دو گروه سیگاری و غیرسیگاری در جسمانی‌سازی (P<۰/۰۱) و اضطراب

برای مقایسه‌های چندگانه میان گروهها آزمون تعقیبی شفه به کار رفت. چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود میان دو گروه غیرسیگاری و سیگاری خود معرف برای ترک در جسمانی‌سازی (P<۰/۰۵) و میان دو گروه سیگاری و غیرسیگاری در جسمانی‌سازی (P<۰/۰۱) و اضطراب

جدول ۴- مقایسه چندگانه از طریق آزمون شفه میان میانگین‌های سه گروه در جسمانی سازی و اضطراب

ردیف	متغیرها	شاخص‌های آماری	سیگاری خودمعرف	سیگاری خود	سیگاری -
۱	جسمانی سازی	میانگین تفاوت	۰/۴۵*	۰/۱۴	۰/۵۹**
		سطح معناداری	P<۰/۰۵	P>۰/۰۵	P<۰/۰۱
۲	اضطراب	میانگین تفاوت	۰/۳۱	۰/۲۵	۰/۵۶*
		سطح معناداری	P>۰/۰۵	P>۰/۰۵	P<۰/۰۵

\* P<۰/۰۵      \*\*P< ۰/۰۱

### بحث

نتایج پژوهش نشان داد میان افراد سیگاری، افراد سیگاری خودمعرف برای ترک و افراد غیرسیگاری در جسمانی سازی و اضطراب تفاوت وجود دارد (جدول ۳). مقایسه دوبه‌دوی گروهها نیز نشان داد (جدول ۴) بین افراد غیرسیگاری و افراد سیگاری خود معرف برای ترک در جسمانی سازی و بین افراد سیگاری و غیرسیگاری در جسمانی سازی و اضطراب تفاوت وجود دارد (جدول ۴). این نتایج نشان دهنده میزان بالاتر نشانه‌های آسیب‌شناختی در میان افراد سیگاری (هم خودمعرف و هم غیرخودمعرف) بود و تا اندازه زیادی با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها که طی آنها نشان داده شده اضطراب (جانسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ برندان، ۲۰۰۰؛ کاردیا و همکاران، ۲۰۰۳؛ زولنسکی و همکاران، ۲۰۰۹؛ رضوانفرد و اختیاری، ۱۳۸۶) در میان افراد سیگاری نسبت به افراد غیرسیگاری بیشتر است همسویی دارد.

دیگر پژوهش‌ها نیز از وجود رابطه بین مصرف سیگار با نشانه‌های روان‌رنجوری (هندرسون و همکاران، ۱۹۸۱)، بهزیستی روان‌شناختی پایین (اپشتاین و همکاران، ۱۹۹۹)، مشکلات روان‌شناختی (رومنز و همکاران، ۱۹۹۳) و افسردگی (کاردیا و همکاران، ۲۰۰۳؛ ویکرز و همکاران، ۲۰۰۳؛ هبرت و همکاران، ۲۰۱۱) خبر می‌دهند. به هر حال در حوزه‌هایی نظیر افسردگی که در این پژوهش تفاوت معناداری بین افراد سیگاری و غیرسیگاری به‌دست نیامد، یافته‌ها با یافته‌های برخی پژوهش‌های مورد اشاره همسویی ندارد. تفاوت ابزارهای به‌کار رفته و تفاوت‌های روش‌شناختی می‌تواند از دلایل تفاوت یافته‌ها باشد. از طرف دیگر از آنجایی که سیگار کشیدن فرایندی پویاست که با تغییرهای متعددی تعامل می‌نماید، به همین دلیل ممکن است شرایط خاص نمونه‌های شرکت‌کنندگان در

این پژوهش و حتی شیوه نمونه‌گیری در دسترس که مورد استفاده قرار گرفته باعث شده باشد تا بین گروه‌های سیگاری و غیرسیگاری تفاوتی در افسردگی به‌دست نیاید. همچنین متغیرهای روان‌شناختی می‌توانند شروع سیگار کشیدن، انتقال به حالت مصرف منظم و فرایند ترک را تحت تأثیر قرار دهند. در عین حال باید نقش احتمالی ژنتیک را نیز در بروز مشکلات تعیین‌کننده‌ای مانند اضطراب، افسردگی، سوء‌مصرف سایر مواد و سابقه خانوادگی مصرف مشتقات تنباکو مدنظر قرار داد (گیلبرت و گیلبرت، ۱۹۹۵). عواملی که کنترل شدن یا نشدن آنها می‌تواند یافته‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. افزون بر این نقش عوامل واسطه‌ای چون میزان هوش، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، عوامل محیطی - اجتماعی، مانند تعداد دوستان سیگاری و یا طرد شدن از محیط خانواده را نیز نباید از نظر دور داشت (اندریوز و همکاران، ۲۰۰۲).

اگرچه تفاوت معناداری میان دو گروه سیگاری و سیگاری خودمعرف برای ترک در اغلب نشانه‌های روانی به‌دست نیامد، ولی میانگین‌های نشانه‌های روانی میان سه گروه (جدول ۲) نشان می‌دهد افراد سیگاری در بدترین وضعیت و افراد غیرسیگاری در بهترین وضعیت هستند. به بیان دیگر، افرادی که برای ترک سیگار اقدام کرده‌اند از مشکلات روان‌شناختی کمتری نسبت به افراد سیگاری برخوردارند. یافته دیگر این پژوهش نشان داد ارتباط میان مدت و میزان مصرف سیگار و مشکلات روان‌شناختی معنادار نیست. در صورتی که مصرف سیگار علت بروز مشکلات روان‌شناختی بود، انتظار می‌رفت با میزان یا مدت زمان بیشتر مصرف سیگار، شدت مشکلات روان‌شناختی افزایش می‌یافت، ولی از آنجا که این ارتباط معنادار نبود، می‌توان گفت که این مشکلات روان‌شناختی است که به مصرف سیگار می‌انجامد.

- Abernathy, T.J., Massad, L., & Romano-Dwyer, L. (1995). The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*, 30 (120), 899-907.
- Anda, R.F., Williamson, D.F., Escobedo, L.G., Mast, E.E., Giovino, G.A., & Remington P.L. (1990). Depression and the dynamics of smoking: A national perspective. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1541-1545.
- Andrews, J.A., Tildesley, E., Hops, H., & Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology: Official Journal of the American Psychological Association*, 21, 349-357.
- Bertram, M.Y., Lim, S.S., Wallace, A.L., & Vos, T. (2007). Costs and benefits of smoking cessation aids: Making a case for public reimbursement of nicotine replacement therapy in Australia. *Tobacco Control*, 16(4), 255-260.
- Boles, S.M., & Johnson, P.B. (2001). Weight concerns and adolescent smoking. *Journal of Addictive Disorder*, 20 (2), 5-14.
- Brandon, T.H. (2000). *Smoking, stress and mood: A guide to remaining smoke free*. Tobacco research and intervention program at the H. Lee Moffitt cancer center and research institute at the University of South Florida.
- Breslau, N., Kilbey, M., & Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Achieves of General Psychiatry*, 48, 1069-1074.
- Center for Disease Control and Prevention. (1999). Tobacco use United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48, 986-993.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., & Covi, L. (1974). The Hopkins symptom checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.

در نتیجه‌گیری پایانی می‌توان گفت که تا حدودی یافته‌های این پژوهش مؤید این مطلب است که اضطراب و جسمانی‌سازی از زمره دو عامل روان‌شناختی هستند که بین افراد سیگاری و غیرسیگاری در آنها تفاوت وجود دارد. بر همین اساس پیشنهاد کاربردی مبتنی بر یافته‌های این پژوهش حول محور یاری‌رسانی به افراد سیگاری در حوزه اضطراب و جسمانی‌سازی دور می‌زند. این امر به اشکال مختلف به افراد سیگاری کمک می‌کند تا در صورت تمایل برای ترک، با احتمال موفقیت بیشتری مواجه شوند. ولی به‌عنوان یک محدودیت در پژوهش حاضر باید توجه داشت که نتیجه‌گیری در خصوص علیت، نیازمند بررسی‌های طولی است. انجام پژوهش‌های طولی می‌تواند دانش ما را از فرایند و عوامل دخیل در مصرف سیگار بیش از پیش افزایش دهند. دومین محدودیت این پژوهش استفاده از نمونه در دسترس بود که امید می‌رود در پژوهش‌های آتی این امر برطرف شود و با انجام نمونه‌گیری تصادفی، راه بر کنترل عوامل مزاحم بسته شود. کنترل نکردن دیگر عوامل جمعیت‌شناختی از جمله وضعیت اقتصادی و طبقه اجتماعی افراد نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. امید می‌رود در پژوهش‌های آتی با انجام بررسی‌های طولی، انتخاب تصادفی و کنترل هرچه بیشتر عوامل جمعیت‌شناختی دخیل در مصرف سیگار، راه بر شناخت علل مؤثر در مصرف سیگار هموار شود، تا بتوان با تکیه بر یافته‌های پژوهشی برای ترک سیگار برنامه‌ریزی علمی و مؤثر انجام داد.

### منابع

- دیماثو، ام. ر. (۱۳۷۸). روان‌شناسی سلامت. ترجمه کیانوش هاشمیان و همکاران. چاپ اول، تهران: انتشارات سمت. (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۱).
- رضوانفرد، م.، و اختیاری، ح. (۱۳۸۶). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و تکانشگری با میزان وابستگی نیکوتین در افراد سیگاری. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۹ (۴)، ۳۳-۴۹.
- موسوی، ا.، و قربانی، ن. (۱۳۸۵). خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۲ (۳) و ۷۵-۹۱، (۴).
- هومن، ح.ع. (۱۳۷۸). *استنباط آماری در پژوهش رفتاری*. چاپ چهارم، تهران: نشر پارسا.



- Epstein, J.A., Botvin, G.J., & Diaz, T. (1999). Social influence and psychological determinants of smoking among inner-city adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8(3), 1-19.
- Ghorbani, N., Watson, P.J., Gharamaleki, A.F., Morris, R.J., & Hood, R.W. (2002). Muslim-Christian religious orientation scale: distinctions, correlations and cross-cultural analysis in Iran and the United States. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 12, 69-91.
- Gilbert, D.G., & Gilbert, B.O. (1995). Personality, psychopathology and nicotine response as mediators of the genetics of smoking. *Behaviour Genetics*, 25, 133-147.
- Glassman, A.H., Helzer, J.E., Covey, L.S., Cottler, L.B., Stetner, F., & Tipp, J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1546-1549.
- Hebert, K.K., Cummins, S.E., Hernández, S., Tedeschi, G.J., & Zhu, S.H. (2011). Current major depression among smokers using a state quit line. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(1), 47-53.
- Henderson, S., Lewis, I.C., Howell, R.H., & Rayner, K.J. (1981). Mental health and the use of alcohol, tobacco, analgesics and vitamins in a secondary school population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 186-189.
- Hughes, J.R., Hatsukami, D.K., Mitchell, J.E., & Dahlgren, L.A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 993-997.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Pine, D.S., Klein, D.F., Kasen, S., & Brook, J.S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2348-2351.
- Kalman, D., Morissette, S.B., & George, T.P. (2005). Comorbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. *American Journal on Addictions*, 14, 106-123.
- Kardia, S.L.R., Pomerleau, C.S., Rozeka, L.S., & Marks, J.L. (2003). Association of parental smoking history with nicotine dependence, smoking rate, and psychological cofactors in adult smokers. *Addictive Behaviors*, 28, 1447-1452.
- Kear, M.E. (2002). Psychosocial determinants of cigarette smoking among college students. *Journal of Community Health Nursing*, 19(4), 245-257.
- Kegler, M.C., Escoffery, C., Groff, A., Butler, S., & Foreman, A. (2007). A qualitative study of how families decide to adopt household smoking restrictions. *Family & Community Health*, 30 (4), 328-334.
- King, T.K., Matarin, M., & Marcus, B.H. (2000). Body image evaluations in women smokers. *Addictive Behaviors*, 25 (4), 613-618.
- Knekt, P., Raitasalo, R., Heliövaara, M., Lehtinen, V., Pukkala, E., & Teppo, L. (1996). Elevated lung cancer risk among persons with depressed mood. *American Journal of Epidemiology*, 144, 1096-1103.
- Lim, S., Chung, W., Kim, H., & Lee, S. (2010). The influence of housing tenure and marital status on smoking in South Korea. *Health Policy*, 94(2), 101-110.
- Rekve, R. (2000). Prevalence of smoking among high school students and teachers in Hamar 1999. *Tidss Nor laegeforen*, 120 (14), 1637-1638.
- Romans, S.E., McNoe, B.M., Herbison, G.P., Walton, V.A., & Mullen, P.E. (1993). Cigarette smoking and psychiatric morbidity in women. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 399-404.
- Shelley, D., Yermeni, D.R., Hung, D., Das, D., & Fahs, M. (2007). The relative effect of household and workplace smoking restriction on health status among Chinese Americans living in New York City. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 84 (3), 360-371.

- Stewart, A.L., King, A.C., & Killen, J.D. (1995). Does smoking cessation improve health-related quality-of-life? *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 331-338.
- Tsai, Y.W., Wen, Y.W., Tsai, C.R., & Tsai, T.I. (2009). Peer pressure, psychological distress and the urge to smoke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6 (6), 1799-1811.
- Vickers, K.S., Patten, C.A., & Lane, K. (2003). Depressed versus non-depressed young adult tobacco users: Differences in coping style, weight concerns and exercise level. *Health Psychology*, 22 (5), 498-503.
- World Health Organization. (2009). Report on the global tobacco epidemic: Implementing smoke-free environments. December 2009, Available at: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>.
- Zvolensky, M.J., Stewart, S.H., Vujanovic, A.A., Gavric, D., & Steeves, D. (2009). Anxiety sensitivity and anxiety and depressive symptoms in the prediction of early smoking lapse and relapse during smoking cessation treatment. *Nicotine & Tobacco Research*, 11 (3), 323-331.