

مقایسه نگرش مذهبی، ادراک استرس و سلامت روان در دانشجویان سیگاری و

غیر سیگاری

جعفربهادری خسروشاهی^۱ / دکتر تورج هاشمی نصرت آباد^۲ / دکتر جلیل باباپورخیرالدین^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۰۲ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۱۷ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۸/۰۳

چکیده

در این مطالعه با هدف مقایسه نگرش مذهبی، ادراک استرس و سلامت روان در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری انجام شد. این پژوهش پس رویدادی از نوع مورد شاهدهی است. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۰۰ نفر دانشجوی (۱۰۰ نفر سیگاری و ۱۰۰ نفر غیرسیگاری) بودند که داوطلبانه انتخاب شدند. سپس آزمودنی ها با استفاده از پرسش نامه نگرش سنج مذهبی براهنی، مقیاس ادراک استرس (PSS) و پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ) ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که دو گروه از لحاظ نگرش مذهبی، ادراک استرس و سلامت روان تفاوت معناداری با هم دارند. به طوری که میانگین نگرش مذهبی و ادراک استرس مثبت در دانشجویان غیرسیگاری، به طور معنادار بیش تر از دانشجویان سیگاری بود و میانگین ادراک استرس منفی و سلامت روانی در دانشجویان سیگاری، به طور معناداری بیش تر از دانشجویان غیرسیگاری بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که نگرش مذهبی در هر دو گروه با ادراک استرس مثبت رابطه مثبت و با ادراک استرس منفی و سلامت روانی رابطه منفی دارد. از سویی، سلامت روانی با ادراک استرس مثبت رابطه منفی و با ادراک استرس منفی رابطه مثبت دارد. بنابراین، براساس یافته‌های پژوهش می توان نتیجه گرفت که با افزایش نگرش مذهبی دانشجویان و آموزش راهبردهای مقابله با استرس می توانیم از سیگاری شدن آن ها جلوگیری کنیم.

کلید واژه ها: ادراک استرس، دانشجویان، سلامت روانی، سیگار و نگرش مذهبی

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز

ایمیل: jafar.b2010@yahoo.com

^۲ دانشیار و هیئت علمی گروه روان شناسی دانشگاه تبریز

^۳ دانشیار و عضو هیئت علمی گروه روان شناسی دانشگاه تبریز

مقدمه

امروزه مسئله اعتیاد به مواد مخدر، دارو و دخانیات، مشکلی جهانی و فراگیر است. آمارهای منتشر شده از سوی سازمان های بین المللی به ویژه سازمان بهداشت جهانی، کمیته کنترل جهانی مواد مخدر و سازمان یونسکو حاکی از افزایش فزاینده مصرف این مواد در سطح جهان است. یکی از موضوعات مهم در مورد سلامت جوانان، مصرف سیگار است که اولین علت قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان محسوب می شود (مسرز و لونکار^۱، ۲۰۰۶) و سالیانه بیش از ۵ میلیون مرگ و میر را باعث می شود. از این رو، به عنوان اولویت اصلی فعالیت سازمان بهداشت جهانی مطرح شده است (گیندون و بويسکالر^۲، ۲۰۰۳). با توجه به روند مصرف دخانیات به نظر می رسد میزان مرگ و میر در کشورهای در حال پیشرفت در آینده چند برابر بیش تر شود (لوین و کیندر^۳، ۲۰۰۴).

تحقیقات نشان می دهند که بیش تر معتادان مصرف دخانیات را زیر سن ۱۸ سالگی و در دوران نوجوانی آغاز می کنند و هرچه افراد در سنین پایین تری شروع به مصرف سیگار کنند، احتمال سیگاری شدن آنان در دوران بزرگسالی بیش تر است. علاوه بر این، کسانی که سیگار کشیدن را از نوجوانی شروع می کنند احتمال بیش تری دارد که در بزرگسالی به سیگاری های قهاری تبدیل شوند و بنابراین خیلی احتمال دارد که در معرض مرگ و میر های ناشی از مصرف سیگار قرار بگیرند (کسلر^۴، ۱۹۹۵).

محققان دلایل بیرونی و درونی مختلفی برای گرایش به مواد مخدر و سیگار ذکر کرده اند، مثلاً برخی برای پذیرفته شدن در جامعه به سیگار روی می آورند و برخی دیگر با سیگار کشیدن سعی می کنند خود را رشد یافته تر و بزرگ تر جلوه دهند و برخی برای

¹ Mathers, C.D., & Loncar, D.

² Guindon, G.E., & Boisclair.

³ Levine, R., & Kinder, M.

⁴ Kessler, D.A.

تسکین خود به سیگار پناه می برند (فین و هال، ۲۰۰۴^۱). علاوه بر این، از عوامل دیگری که ممکن است در شروع سیگار کشیدن یا افزایش مصرف آن دخالت داشته باشد، نگرش های مذهبی^۲ افراد است. مذهب جزء لاینفک زندگی بشری در تمام اعصار بوده است. به گفته فرانکل، بنیان گذار مکتب معنادرمانی، احساس مذهبی عمیق و واقعی در اعماق ضمیر ناهوشیار هر انسانی وجود دارد. معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل زا، بهره مندی از حمایت های اجتماعی و معنوی و احساس تعلق داشتن به منبعی والا، همه از جمله روش هایی هستند که افراد مذهبی با داشتن آن ها می توانند در مواجهه با حوادث آسیب رسان، فشار کم تری را متحمل شوند (یانگ و ماو، ۲۰۰۷^۳). بنابراین با توجه به نقش مذهب و احاطه آن بر همه شئون زندگی انسان، در بازداری فرد از گرایش به سیگار کشیدن نیز نقش تعیین کننده ای دارد (سیگل و سنا، ۱۹۹۷^۴).

پژوهش ها نشان می دهند که باورهای عمیق مذهبی و انجام فعالیت های مذهبی با مصرف الکل، مصرف مواد مخدر و استعمال دخانیات رابطه ای منفی دارند (رو و ونگ، ۲۰۰۶^۵؛ استوارت^۶ ۲۰۰۱). در یک مطالعه سلامت ملی که روی ۱۸۷۷۴ نفر اجرا شد و پس از طبقه بندی گروه های سنی، جنسی، نژادی و هم‌تاسازی سطح تحصیلات، مشخص شد که افراد با گرایش های مذهبی در هر روز، به طور میانگین پنج نخ، کم تر سیگار مصرف می کنند (گیلوم، ۲۰۰۶^۷). در پژوهش دیگری (سینها، سنان و گلز، ۲۰۰۷^۸) ارتباط بین نگرش های مذهبی و رفتارهای خطرساز در جوانان را بررسی کردند و آن ها دریافتند که

¹ Finn, P.R., & Hall, J.

² religious Attitude

³ Yang, K.P., & Mao, X.Y.

⁴ Siegle & Senna.

⁵ Rew, L., & Wong, Y.J.

⁶ Stewart, C.

⁷ Gillum, R.F.

⁸ Sinha, J.W., Cnaan, R.M., & Gelles, R.G.

جوانان مذهبی، به صورت معناداری، رفتارهای خطرناکی چون مصرف سیگار و الکل، پرسه زدن در خیابان و فعالیت های جنسی نامشروع را کم تر انجام می دهند. ریچارد، بل و کارلسون^۱ (۲۰۰۰) در پژوهش خود دریافته اند که افزایش شرکت در مراسم مذهبی به کاهش مصرف مواد از سوی افراد می انجامد. در پژوهشی دیگر دیوسالار و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در دانشجویان سیگاری از لحاظ جنسیت تفاوت معناداری وجود نداشت ولی در دانشجویان غیرسیگاری این تفاوت چشمگیر بود. دانشجویان سیگاری در مقایسه با دانشجویان غیرسیگاری، سلامت روانی و نگرش مذهبی پایین تری داشتند.

متغیر دیگری که در مصرف سیگار نقش اساسی دارد، استرس^۲ است. هانس سلیه^۳ (۱۹۸۰) استرس را پاسخ نامشخص بدن به هر گونه تقاضایی نامیده است. در واقع، وقتی عامل استرس زا بر زندگی انسان تأثیر می گذارد، حالت هیجانی و تفکر فیزیولوژیکی از سطح بهنجار و متعادل خارج می شود، فعالیت شناختی آسیب پذیر، و مشکلات رفتاری به صورت احساس اضطراب و افسردگی فراخوانده می شود. (راتوس، ۲۰۰۷) استرس را انتظار انطباق، مقابله و سازگاری از سوی ارگانسیم تعریف می کند. در واقع، استرس شدید و بلندمدت نظیر تغییرات زندگی می تواند بر توانایی سازگاری فرد تأثیر بگذارد، موجب افسردگی شود و علاوه بر آسیب رساندن به بدن، لذت زندگی را از بین ببرد (کی کولت-گلاسر^۴ و همکاران، ۱۹۸۴). حسن زاده و ذبیحی (۱۳۸۰)، در پژوهشی عوامل مهم در بررسی انگیزه های مصرف سیگار را مشکلات ذهنی و استرس های روحی نام برده اند. از سویی تحقیقات نشان داده است که احساس ادراک استرس در سیگاری های معمولی، بر سیگار کشیدن مقدم است و احساس استرس آمیز تا حدودی بلافاصله بعد از سیگار

¹ Richard, J.A., Bell, C.D., & Carlson, W.J.

² stress

³ Selye, H.

⁴ Kiecolt-Glaser, J.K.

کشیدن بهبود می یابد (پاروت^۱ ۱۹۹۵). در پژوهشی دیگر (ایکارد، گرین و هورن، ۱۹۶۹)^۲ دریافتند که بسیاری از سیگاری ها هنگام مواجهه با استرس، خشم، اضطراب و ناراحتی، سیگار بیش تری دود می کنند و انتظار دارند که مصرف سیگار این هیجانات منفی را کاهش دهد؛ بنابراین، میزان استرس بیش تری را تجربه می کنند. هم چنین مطالعات نشان می دهند که بزرگسالانی که استرس زیادی دارند، نسبت به زمانی که استرس کم تری دارند، بیشتر سیگار می کشند (واربورتن، ۱۹۸۸)^۳.

متغیر دیگری که بر مصرف سیگار تأثیر دارد، سلامت روانی^۴ است. تحقیقات نشان داده است که افراد سیگاری سلامت روانی پایین تری دارند (بلاک، هاوک و کین، ۲۰۰۱)^۵. در پژوهشی که با عنوان «بررسی ارتقای سلامت و رفتارهای پرخطر در پسران نوجوان»، ثابت شد که مصرف یا عدم مصرف مواد مخدر و سیگار در زندگی با سلامت جسمی و روانی ارتباط دارد (روزموس و همکاران، ۲۰۰۵). آتاو و اسپنسر^۷ (۲۰۰۲) نشان دادند که مصرف سیگار، یکی از خطرناک ترین رفتارهای مختل کننده سلامت انسان است و باعث بروز افزایش بیماری های گوناگون می شود. همچنین پژوهش لیارد و وردوکس^۸ (۲۰۰۲) نشان داد که میزان اضطراب، افسردگی و مشکلات جسمانی و روان شناختی در افراد سیگاری دو برابر بیش تر از افراد غیرسیگاری است.

بنابراین با توجه به این که دانشجویان قشر وسیعی از افراد آگاه جامعه را تشکیل می دهند و الگوی اخلاقی و رفتاری بسیاری از مردم محسوب می شوند، لذا بر آن شدیم مطالعه ای را با هدف نگرش های مذهبی، ادراک استرس و سلامت روان بر دانشجویان

¹ Parrott, A.C.

² Ikard, F. F., Green, D. E., & Horn, D, A.

³ Warburton, D.M.

⁴ mental health

⁵ Black, J, Hawk, J.H., & Keene, A. M.

⁶ Rozmus, C.

⁷ Atav, S., & Spencer, G, A.

⁸ Liraud F., & Ver Doux, H.

سیگاری و غیرسیگاری انجام دهیم تا در نهایت، برای حل این مشکل جهانی گامی مثبت بر داشته باشیم.

روش

این پژوهش پس رویدادی از نوع مورد شاهدهی است که در نمونه‌هایی از دو گروه مردان سیگاری و غیرسیگاری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانشجویان پسر دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۳۸۹ بودند. از میان جامعه پژوهش، ۱۰۰ دانشجوی سیگاری و ۱۰۰ دانشجوی غیرسیگاری داوطلبانه انتخاب شدند. منظور از سیگاری، دانشجویانی بودند که از سه سال پیش از انجام این پژوهش، حداقل روزی سه نخ سیگار می‌کشیدند و دائم سیگار مصرف می‌کنند. دانشجویان غیرسیگاری نیز دانشجویانی بودند که اصلاً سابقه مصرف سیگار حتی به صورت تفنی را نداشتند و این دانشجویان با نظر دوستان و مشاهده پژوهشگر انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری داده از سه پرسش‌نامه استفاده شد که عبارتند از:

۱. پرسش‌نامه نگرش سنج مذهبی: این پرسش‌نامه ۲۵ عبارت نگرشی دارد که آزمودنی باید میزان باور خود را در زمینه هر یک از عبارت‌ها، روی یک مقیاس هفت درجه لیکرت مشخص کند. برای نمره‌گذاری این پرسش‌نامه هر پاسخ نمره‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) می‌گیرد. دامنه نمرات آزمودنی به طور نظری از حداقل ۲۵ تا حداکثر ۱۷۵ در نوسان خواهد بود (گلریز، ۱۳۵۳). نمره بالاتر به معنی داشتن باورهای مذهبی قوی‌تر است. اعتبار این آزمون به روش همبستگی با آزمون آلپورت برابر با ۰/۸۰ به دست آمد. در این پژوهش نیز میزان پایایی این پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

۲. مقیاس ادراک استرس (PSS)^۱: پرسش نامه استرس ادراک شده ۱۴ ماده ای را کوهن، کامارک و مرملیستین^۲، در سال ۱۹۸۳ تهیه کردند که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. این پرسش نامه افکار و احساسات مربوط به حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی می‌کند و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. هر آیتم براساس یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت پاسخ داده می‌شود که به ترتیب از ۰ تا ۴ نمره می‌گیرد. این پرسش نامه دارای دو خرده مقیاس ادراک منفی از استرس^۳ و ادراک مثبت از استرس^۴ هر یک از این دو خرده مقیاس، ۷ آیتم دارد. میمورا و گریفث^۵ (۲۰۰۳) در پژوهشی روی دانشجویان ژاپنی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۸ به دست آوردند.

۳. پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ)^۶: در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی پرسش نامه سلامت عمومی که گلدبرگ و هیلر^۷ در سال ۱۹۷۹ برای سرند کردن اختلالات روانی غیر سایکوتیک ساختند، استفاده شده است. این پرسش نامه چهار مقیاس فرعی (نشانگان جسمانی، نشانگان اضطرابی و بی‌خوابی، نشانگان اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی) دارد که هر مقیاس ۷ سؤال دارد. نمره کلی هر فرد از جمع نمره‌های چهار مقیاس فرعی به دست می‌آید (تقوی، ۱۳۸۰). ضریب آلفای کرونباخ این ابزار از ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ و پایایی آن به روش تصنیف از ۰/۸۳ تا ۰/۹۰ ذکر شده است.

¹ Perceived Stress Scale

² Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R.

³ negative perceived stress

⁴ positive perceived stress

⁵ Mimura, C., & Griffiths, P.

⁶ General Health Questionnaire

⁷ Goldberg, D. P., & Hillier, V.

یافته ها

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

دانشجویان غیر سیگاری		دانشجویان سیگاری		متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲۳/۴۵	۱۱۹/۱۷	۲۰/۰۶	۱۰۲/۳۳	نگرش مذهبی
۵/۲۲	۱۹/۲۱	۲/۵۲	۱۶/۵۲	ادراک استرس مثبت
۳/۳۶	۱۷/۳۱	۵/۷۸	۲۰/۴۹	ادراک استرس منفی
۱۲/۷۰	۲۱/۶۷	۱۸/۶۷	۳۷/۹۹	سلامت روان

چنان که جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین نمرات دانشجویان غیر سیگاری در متغیرهای نگرش مذهبی و ادراک استرس مثبت بیش تر از دانشجویان سیگاری است. یعنی دانشجویان غیر سیگاری نگرش مذهبی بالاتر و ادراک استرس مثبت بهتری دارند. از سویی، میانگین ادراک استرس منفی و سلامت روانی در دانشجویان سیگاری نسبت به دانشجویان غیر سیگاری بیش تر است. یعنی افراد سیگاری در مقیاس های ادراک استرس منفی و سلامت روانی در وضعیت پایین تری قرار دارند.

جدول ۲: نتایج حاصل از آزمون آماری t مستقل برای مقایسه متغیرهای مورد مطالعه

سطح معنی داری	درجه آزادی	t	تفاوت میانگین	تفاوت خطای معیار	
۰/۰۰۱	۵/۴۵	۱۹۸	-۱۶/۸۵	۳/۰۸	نگرش مذهبی
۰/۰۰۱	۴/۶۳	۱۹۸	-۲/۶۹	۰/۵۸	ادراک استرس مثبت
۰/۰۰۱	۴/۷۵	۱۹۸	۳/۱۸	۰/۶۶	ادراک استرس منفی
۰/۰۰۱	۷/۲۲	۱۹۸	۱۶/۳۲	۲/۲۵	سلامت روان

با توجه مندرجات جدول ۲ در می یابیم که بین میانگین دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری با احتمال ۰/۹۹ تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۳: همبستگی بین متغیرهای پژوهش در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری

متغیرها	ادراک استرس مثبت		ادراک استرس منفی		سلامت روان	
	سیگاری	غیرسیگاری	سیگاری	غیر سیگاری	سیگاری	غیرسیگاری
نگرش مذهبی	۰/۱۳	۰/۱۴	-۰/۱۳	-۰/۲۰*	-۰/۱۶	-۰/۱۴
ادراک استرس مثبت	-	-	-۰/۱۳	-۰/۱۴	-۰/۳۳**	-۰/۲۲*
ادراک استرس منفی	-	-	-	-	۰/۰۲	۰/۳۴**

** معناداری در سطح $p < 0/05$ ** معناداری در سطح $p < 0/01$

از نتایج جدول ۳ در می یابیم که، بین نگرش مذهبی و ادراک استرس مثبت در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری با سلامت روانی رابطه منفی وجود دارد. با توجه به نمره گذاری معکوس پرسش نامه سلامت عمومی، با نگرش مذهبی و ادراک استرس مثبت بالا از سلامت بهتری برخوردار هستند. از سویی، متغیر نگرش مذهبی با ادراک استرس مثبت رابطه مثبت و با ادراک استرس منفی رابطه منفی دارد. هم چنین، ادراک استرس منفی با ادراک استرس مثبت رابطه منفی و با سلامت عمومی رابطه مثبت دارد..

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که بین میانگین نگرش مذهبی در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری، تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنی که میانگین نگرش مذهبی در دانشجویان غیرسیگاری بیش تر از دانشجویان سیگاری است. این یافته با پژوهش های سینها و همکاران، (۲۰۰۷) با هیل^۱ و همکاران، (۲۰۰۶)؛ کوئنگ^۲ و همکاران، (۲۰۰۱)؛ یاکوبیان و

¹ Hill, T.D.

² Koenig, H.G.

پیتلز^۱ (۲۰۰۵) همسو است. در تبیین این یافته بیان می‌کنیم که به وسیلهٔ مذهب می‌توان بر مصرف سیگار و بهبودی از با برقراری یک نظم اخلاقی تأثیر گذاشت. علاوه بر این، مذهب راهنمایی‌ها یا قواعد خاص اخلاقی را برای کنترل خویشتن و عفت از قبیل امتناع از مصرف سیگار و دیگر مواد در اختیار فرد قرار می‌دهد. چنان‌که فردی سطح دینداری بالاتری داشته باشد، به تبع آن معنایی که به خود و جهان اطرافش می‌دهد، توأم با هدفمندی و ارزشمندی است، از این رو کم‌تر به اقداماتی نظیر مصرف مواد و سیگار دست بزند. به عبارت دیگر، مذهب به واسطهٔ نقش مقابله‌ای در برابر فشارهای روانی می‌تواند معانی در برابر وابستگی به سیگار یا استفادهٔ مکرر از مصرف مواد و سیگار باشد، زیرا باورهای شناختی افراد متدین بر واکنش فرد با نگرش مذهبی بالا در مقابله با فشار روانی تأثیرگذار است (اسمیت، ۲۰۰۳^۲). از سویی، داشتن نگرش مذهبی باعث می‌شود که افراد، شادکامی و رضایت بیش‌تری از زندگی داشته باشند و این عقاید مذهبی باعث می‌شود تا بهتر بتوانند با مشکلات زندگی سازگار شوند و کم‌تر در مواقع استرس به مصرف سیگار روی آورند. از دیدگاه زوهر و مارشال^۳ (۲۰۰۰)، داشتن نگرش مذهبی موجب می‌شود شخص از جانب همسالان برای مصرف مواد در فشار قرار نگیرد، زیرا افرادی که از لحاظ مذهبی در سطح پایینی قرار دارند منفعلانه تحت فشار دوستان و آشنایان ناخواسته به سمت مواد کشیده می‌شوند. با این حال داشتن نگرش‌های مذهبی بر مصونیت افراد در برابر مصرف سیگار می‌افزاید.

هم‌چنین، نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین ادراک استرس منفی و مثبت در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری، تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنی که میانگین ادراک استرس منفی در میان دانشجویان سیگاری و ادراک استرس مثبت در میان

^۱ Yacoubian, S., & Peters, J.

^۲ Smith, C.

^۳ Zohar, D., & Marshall, I.

دانشجویان غیرسیگاری بیش تر بود. نتایج این یافته با پژوهش های کسل، استرود و پارونیس^۱ (۲۰۰۳)، جونز^۲ (۲۰۰۶)، سیکرویرا، بودین و رولینیتسکی^۳ (۲۰۰۰) همسویی دارد. در استدلال این یافته می توان گفت که دانشجویان سیگاری بیش تر در معرض رویدادهای استرس آور و تنش زای مالی و اقتصادی قرار دارند و این رویدادهای استرس آور با رفتار سیگار کشیدن ارتباط دارد و این امر را می توان با توجه به فردی بودن ارزیابی فشارها از یک طرف و اهمیت کار، حقوق و درآمد از سوی دیگر تبیین کرد. مطالعه سیکرویرا و همکاران، (۲۰۰۰) روی سیگاری ها نشان داد که فشارهای روانی افراد سیگاری متوسط بالاتر از غیرسیگاری هاست و نیز وقایع منفی زندگی آن ها و نحوه ادراک استرس ها رابطه مستقیمی با مصرف سیگار دارد و سیگاری ها بر خلاف غیر سیگاری ها از شیوه های مقابله ای ناسازگارانه، بسیار بیشتر از رفتارهای سازگارانه استفاده می کنند. همچنین افراد سیگاری برای فرار از منبع استرس به مصرف مواد و مخصوصاً سیگار کشیدن روی می آورند، زیرا سیگار کشیدن ممکن است نشانه های استرس آن ها را برای مدتی کاهش دهد. از آنجا که ادراک استرس منفی در دانشجویان سیگاری و ادراک استرس مثبت در دانشجویان غیر سیگاری بیش تر بود، می توان گفت که افراد غیرسیگاری درک درستی از استرس دارند و این باعث می شود هنگام استرس از روش های مقابله ای بهتری استفاده کنند.

بر اساس نتایج این پژوهش از جنبه ای دیگر بین میانگین سلامت روانی دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی دانشجویان سیگاری سلامت روانی پایین تری دارند. نتایج این یافته نیز با پژوهش هایازو و موریموتو^۴ (۱۹۹۴)، وارورک

¹ Kassel, J. D., Stroud, L. R., & Paronis, C. A.

² Jones, L.R.

³ Siqueira, L., Diab, M., Bodian, C., & Rolnitzky, L.

⁴ Ezoe, S., & Morimoto, K.

و گال^۱ (۲۰۰۱)، اسمیت و لارسون (۲۰۰۳) همخوانی دارد. سیگار کشیدن باعث مشکلات جسمانی از قبیل بیماری های قلبی - عروقی، سرطان و سردرد مزمن می شود (سیمور،^۲ ۲۰۰۳). یکی از عوامل عمده گرایش افراد به مصرف سیگار، اضطراب و افسردگی است، به طوری که اضطراب و افسردگی زیاد ممکن است تعادل روانی فرد را به هم بریزد و باعث بروز اختلالات روانی شود. پس احتمال این که افراد سیگاری از نظر روانی در وضعیت بدتری قرار بگیرند، به علت وجود استرس ها و اضطراب های زیاد در زندگی بیش تر است. نتایج این یافته نشان داد که مصرف کنندگان سیگار، فشارهای روانی زیادی را متحمل می شوند و این فشارهای روحی نیز سلامت روانی آن ها را تهدید می کند و باعث می شود که سیگاری ها به اختلال های رفتاری مختلفی دچار شوند. بنابراین سیگار کشیدن با سلامت روانی رابطه منفی دارد و متعاقب آن، مصرف سیگار با سایر انحراف ها و کژرفتاری ها بر دامنه آسیب زایی آن نیز می افزاید.

نتیجه دیگر این پژوهش این است که نگرش مذهبی با سلامتی روانی و ادراک استرس منفی رابطه منفی و با ادراک استرس مثبت رابطه مثبت دارد؛ نتایج این یافته با پژوهش های ساچمن و ماتیوس^۳ (۱۹۸۸)، اوکنر و دریال^۴ (۲۰۰۶) همسویی دارد. در واقع، عقاید و باورهای مذهبی فاکتورهای حمایتی هستند که با امید دادن، قدرت و معنی بخشی به زندگی، از استرس های زندگی می کاهند و باعث سلامتی بیش تر افراد در زندگی می شوند. در واقع، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط استرس زای زندگی منابعی هستند که افراد دیندار با استعانت از آن و در مواجهه با مشکلات آسیب کم تری را متحمل می شوند و سلامت روانی بالاتری را تجربه می کنند. هم چنین، نگرش مذهبی می تواند در تمام مراحل زندگی، نقش مؤثری در استرس زایی

¹ Vaarwerk, M., & Gaal, E.A.

² Seymour, L.

³ Suchman., & Matheus.

⁴ Oconner, B., & Daryle, D.

داشته باشد و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت های مقابله، منابع حمایتی و... سبب کاهش گرفتاری روانی شود و از بروز اعتیاد به مصرف مواد و سیگار جلوگیری کند. از سویی، مذهب با نگرش مثبتی که به فرد می دهد، به حوادث زندگی معنا می بخشد و این معناداری باعث می شود که افراد مذهبی مشکلات روانی کم تری را تجربه کنند و از سلامت روان بهتری برخوردار باشند.

از این تحقیق دریافتیم که سلامت روانی با ادراک استرس منفی رابطه مثبت و با ادراک استرس مثبت رابطه مثبت دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که مشکلات و استرس های زندگی، هرچند اندک، بر سلامت روانی انسان ها تأثیر منفی دارند. بنابراین اگر فردی که استرس گرفته، بتواند درک درست و مثبتی از استرس خود داشته باشد و توانایی ها و امکانات خود را در برابر مشکل به نحو مطلوب و خوبی ارزیابی کند، سلامت روانی وی افزایش می یابد، اما اگر فرد هنگام استرس توانایی ها و امکانات خود را نادیده بگیرد و درک درستی از استرس نداشته باشد، سلامت روانی پایین تری دارد (چانگ،^۱ ۱۹۹۸).

در مجموع، با توجه به نتایج به دست آمده، ارائه راهکارهایی از قبیل آموزش مضرات سیگار، مطلع کردن دانشجویان از عوارض ناگوار سیگار بر سلامت روانی، کمک به آن ها برای داشتن درک درستی از موقعیت های استرس زا، آموزش راهبردهای مقابله با استرس و گسترش و تشویق دانشجویان به فعالیت های مذهبی می تواند در افزایش سلامت روانی و پیشگیری از افزایش مصرف سیگار مؤثر باشد. نوع پژوهش و محدودیت جامعه آماری پژوهش (دانشجویان دانشگاه تبریز) گستره تعمیم نتایج و تفسیرها را محدود می سازد. نمونه مورد بررسی در این پژوهش دانشجویی بود که در تعمیم یافته ها به دیگر جمعیت ها باید احتیاط کرد و در این زمینه مطالعات طولی انجام داد.

¹ Chang, E.C.

سپاسگزاری

این پژوهش با همکاری دانشجویان دانشگاه تبریز انجام شد که از این عزیزان بسیار تشکر و قدردانی می‌کنیم.

Archive of SID

منابع

- تقوی، س. م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسش نامه سلامت عمومی بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله روان شناسی*، سال پنجم، شماره ۴: ۳۸۱-۳۹۸.
- حسن زاده، م و ف، ذبیحی. (۱۳۸۰). عوامل مؤثر در مصرف سیگار در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله راز*، شماره ۱۹: ۷-۱۰.
- دیوسالار، ک؛ س، نژاد نادری؛ ن، نخعی و س، روحانی. (۱۳۸۹). ارتباط نگرش مذهبی با سلامت عمومی و مصرف سیگار در دانشجویان ایرانی. *اعتیاد و سلامت*، ۲(۱-۲): ۸-۱.
- گلریز، گ. (۱۳۵۳). *پژوهشی برای تهیه نگرش مذهبی و بررسی رابطه بین نگرش مذهبی با سایر بازخوردها و خصوصیات شخصیتی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- Atav, S., & Spencer, G. A. (2002). Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: A comparative study. *Fam Community Health*, 25(2):53-64.
- Black, J., Hawk, J.H., & Keene, A. M. (2001). *Medical surgical of nursing*. Philadelphia; W.B. Saunders.
- Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: ontrolling for confounding influences and relations to coping and physical adjustment. *Journal Pers Social Psychological*, 74:1109-1120.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 385-396.
- Ezoe, S., & Morimoto, K. (1994). Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory worker. *Prev Med*, 23: 98-105.
- Finn, P. R., & Hall, J. (2004). Cognitive ability and risk for alcoholism: Short-term memory capacity and intelligence moderate personality risk for alcohol problems. *Journal Abnorm Psychol*, 113(4): 569-81.
- Gillum, R. F. (2006). Frequency of Attendance at Religious Services, Overweight, and Obesity in American Women and Men: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Annals of Epidemiology*, 16: 655-660.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine* ,9: 131-145.

- Guindon, G. E., & Boisclair, D. (2003). *Past, current and future trends in tobacco use*. Washington, DC, World Bank, Available from, URL: <http://www.worldbank.org/tobacco/pdf/Guindon-Past, current- whole.pdf>.
- Hill, T. D., Burdette, A. M., Ellison, C. G., & Musick, M. A. (2006). Religious attendance and the health behaviors of Texas adults. *Preventive Medicine*, 42: 309-312.
- Ikard, F. F., Green, D. E., & Horn, D. A. (1969). Scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *Int Journal Addict*, 4: 649-59.
- Jones, L. R. (2005). *Gender and ethnic differences in perceived stress as a predictor of smoking behaviors in rural adolescents*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy at Virginia Commonwealth University. (pp.32-40).
- Kassel, J. D., Stroud, L. R., & Paronis, C. A. (2003). Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychol Bull*, 129(2): 270-304.
- Kessler, D. A. (1995). Nicotine addiction in young people. *N Engl Journal Med*, 333:186.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Speicher, C.E., Holiday, J. E., & Glaser, R. (1984). Stress and the transformation of lymphocytes by Epstein- barr virus. *Journal of Behavioral Medicine*, 7: 1-12.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Levine, R., & Kinder, M. (2004.). *Millions saved: proven success in global health*. Washington DC, Center for Global Development.
- Liraud, F., & Ver Doux, H. (2002). Effective of comorbid substance use on neuro psychological performance in subjects with psychotic or mood disorders. *Encephale*, 28(2): 160-8.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11): e442.
- Mimura, C., & Griffiths, P. (2003). The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occupational Environmental Medicine*, 60: 10-15.
- Oconer, B., & Daryl, D. (2006). Religiosity stress and psychological distress no evidence for on association among undergraduate students: *personality and Individual Difference*, 34:211-217.
- Parrott, A. C. (1995). Smoking cessation leads to reduced stress, but why?. *Inter Journal Addict*, 30(11):16-23.
- Rew, L., & Wong, Y, J. (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38: 433-442.
- Richard, J. A., Bell, C. D., & Carlson, W. J. (2000). Individual religiosity, moral Community, and drug user treatment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39(2): 240-246.

- Rozmus, C., Evans, R., Wysochansky, M., & Mixon, D. (2005). An analysis of health promotion and risk behaviours of freshman college students in a rural southern setting. *Journal Pediatr Nurs*, 20(1):25-32.
- Selye, H. (1980). The stress concept today. In I. L. Kutash, et al. (Eds.) *Handbook on stress and anxiety*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Seymour, L. (2003). *Not all in the mind: the physical health of mental health service users*. London: Mentality(pp.33-34).
- Sinha, J, W., Cnaan, R, M., & Gelles, R, G. (2007). Adolescent risk behaviors and religion. *Findings from a national study*, 30: 231-249.
- Siqueira, L., Diab, M., Bodian, C., & Rolnitzky, L. (2007). Adolescents becoming smokers: the roles of stress and coping methods. *Journal Adolesc Health*, 27(6): 399-408.
- Smith, C. (2003). Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the scientific study of religion*, 42: 17-30.
- Smith, W, K., & Larson, J, M. (2003). Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12:141-162.
- Stewart, C. (2001). The influence of spirituality on substance use of college students. *Journal of Drug Education*, 31(4), 343-51.
- Vaarwerk, M., & Gaal, E, A. (2001). Psychological distress and quality of life in drug-using and non drug-using HIV-infected women. *European Journal of Public Health*, 11: 109-115.
- Warburton, D. M. (1988). Situational determinants of smoking. *Pharmacopsychocology*, (1): 67-77.
- Yacoubian, S., & Peters, J. (2005). Identifying the prevalence and correlates of ecstasy use among high school seniors surveyed through monitoring the Future, *Journal of Alcohol and Drug Education*, 49 (1): 55-72.
- Yang, K. P., & Mao, X. Y. (2007). A study of nurses spiritual intelligence: a cross sectional questionnaire survey. *Intl Journal Nurs Stud*, 44(6): 999-1010.
- Zohar, D., & Marshall, I. (2000). *Connecting with our spiritual intelligence*. (p.324). New York: Bloomsbury Publishing.

Archive of SID