

بررسی وضعیت سلامت روانی در جوانان سیگاری و غیر سیگاری شهر گناباد

جهانشیر توکلی زاده^۱، محمد قهرمانی^۲، فاطمه هادیزاده طلاسا^۳، حمید چمنزاری^۴

چکیده:

مقدمه و اهداف: اعتیاد به سیگار به عنوان رایج ترین و ارزشنا ترین ماده اعتیاد آور دارای عوارض زیان بار جسمی و روانی است. مدارک مشخصی وجود دارد که سیگار کشیدن با وضعیت بهداشت روانی افراد هم ارتباط دارد. به همین دلیل این مطالعه به منظور بررسی وضعیت سلامت روانی جوانان سیگاری و غیر سیگاری، قشر عظیم، سازنده و فعال جامعه و سایر اهداف زیر بر اساس پرسشنامه GHQ-28 انجام گرفته است.

- ۱- تعیین فراوانی جوانان سیگاری بر حسب عوامل جمعیت شناختی مختلف و ارتباط آنها با مصرف سیگار.
- ۲- تعیین میزان موارد مشکوک به اختلال روانی در جوانان سیگاری و غیر سیگاری و در کل نمونه مورد بررسی.
- ۳- تعیین تفاوت میزان موارد مشکوک به اختلال روانی در جوانان سیگاری و غیر سیگاری.
- ۴- تعیین میانگین نمرات مقیاسهای چهار گانه آزمون GHQ-28 (شکایات جسمانی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی) و تفاوت آنها در جوانان سیگاری و غیر سیگاری.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع بررسی های زمینه یابی است که به شکل مقطعی و توصیفی - تحلیلی صورت گرفته است. نمونه مورد بررسی را ۳۵۶ نفر از جوانان جمعیت شهری گناباد که با روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شده بودند تشکیل می دهد که با پرسشنامه GHQ-28 و پرسشنامه اطلاعات فردی مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و روش های آماری توصیفی و آزمونهای مجذور کای، کندیال تای (مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج: نتایج نشان می دهد ۵/۹ درصد جوانان مبتلا به مصرف سیگار می باشند (مردان ۱۲/۹ و زنان ۱/۷ درصد) که استعمال سیگار در میان مردان، گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال و برادران و خواهران جوانان سیگاری بطور معنی داری بیشتر مشاهده گردید. یافته های این بررسی نیز مشخص نمود ۲۱ درصد افراد نمونه مشکوک به بیماری روانی می باشند که این میزان در جوانان سیگاری (۴۷/۱ درصد) بطور معنی داری از جوانان غیر سیگاری (۱۹/۳ درصد) بیشتر بود. داده ها همچنین حاکی از این بود که میانگین مقیاسهای اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی آزمون در جوانان سیگاری (به ترتیب ۷/۱۵، ۹/۱۰ و ۴/۶۳) به طور معنی داری بیشتر از جوانان غیر سیگاری (به ترتیب ۳/۷۶، ۶/۵۳ و ۲/۱۹) می باشد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج بدست آمده در مورد وضعیت بهداشت روانی جوانان سیگاری و غیر سیگاری با نتایج بسیاری مطالعات همخوانی دارد (سیر و آنست ۱۹۹۰، ملنز ۱۹۹۵، پاتون و همکاران، ۱۹۹۶؛ کاندل ۱۹۹۷، مک ماهون، ۱۹۹۹؛ وایت و همکاران ۲۰۰۲، وکسل و همکاران، ۲۰۰۳) که در مورد هر کدام در متن پژوهش بحث و تفسیر کافی صورت گرفته است. یافته های مربوط مقیاس های آزمون هم مبین این است که جوانان سیگاری مشکلات بیشتری در زمینه ناسازگاری اجتماعی، اضطراب و افسردگی دارا می باشند که این موضوع نیز با مطالعات فراوانی همسو است.

واژه های کلیدی: سلامت روانی، سیگاری، جوانان، گناباد.

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی گناباد

۲- متخصص اطفال، استادیار دانشکده علوم پزشکی گناباد

۳- کارشناس ارشد مامایی و عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی گناباد

۴- کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی گناباد

مقدمه :

و همکاران، ۱۹۹۷؛ کلام^{۱۰} و آنتونی^{۱۱}، ۱۹۹۸؛ لینسکی^{۱۲} و فرگاسون^{۱۳}، ۱۹۹۵ و مک ماهون^{۱۴}، ۱۹۹۹ (به نقل از کسل^{۱۵}، ۲۰۰۳) در مورد شیوع استعمال سیگار مطالعات نشان می دهد در سال ۱۳۷۱، ۲۸/۶ درصد مردان و ۳/۶ درصد زنان بالای ۱۵ سال کشور سیگاری بوده اند، همچنین در بررسی دیگری نتایج نشان داد ۱۲ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۵ سال کشور سیگار می کشیدند (به نقل از توکلی زاده و مقیمان، ۱۳۸۲). بنا بر این با توجه به وسعت، شدت و پیامدهای منفی این مشکل بویژه در جوانان که نیروهای کار آمد و فعال کشور محسوب می شوند، بررسی این مسئله بعنوان تهدیدی جدی در بهداشت روانی آنان می تواند مفید واقع شود و در صورت تایید وضعیت نا مناسب بهداشت روانی در جوانان سیگاری منطقه می توان با تمرکز بیشتری خدمات مختلف بهداشت روانی به آنان را بعنوان یک گروه هدف ارایه نمود.

تاکنون مطالعات مختلفی در مورد ارتباط سیگار کشیدن و اختلالات روانی انجام گرفته است (بریسلو^{۱۶} و همکاران، ۱۹۹۸؛ کندلر^{۱۷} و همکاران، ۱۹۹۳؛ کینونن^{۱۸} و همکاران، ۱۹۹۶؛ دوین^{۱۹}، ۱۹۹۵؛ گورل^{۲۰}، ۱۹۹۹؛ مک کری^{۲۱} و همکاران، ۱۹۷۸؛ اسپیلبرگر^{۲۲} و جاکوبس^{۲۳}، ۱۹۸۲؛ فردیناند^{۲۴}، ۲۰۰۱؛ وایت^{۲۵} و همکاران، ۲۰۰۲). شیوع سیگار کشیدن در بین افراد دارای مشکلات بهداشت روانی نسبت به جمعیت عمومی بطور معنی داری بیشتر است. ملتزر^{۲۶} (۱۹۹۵) در مطالعه ای که بر روی ۱۰۰۰۰ جوان انجام داد

مصرف سیگار به عنوان رایج ترین و ارزان ترین ماده اعتیاد آور دارای عوارض زیان بار جسمی و روانی است.

سیگار علت عمده سرطان ریه، افزایش ضربان قلب، فشار خون، زخم معده و روده بوده و همچنین در بیماریهای قلب و عروق، سکنه مغزی، اختلالات چشمی و شنوایی، سرطان های مختلف و غیره نقش دارد. سیگار حاوی ۴۰۰۰ ماده شیمیایی است که بسیاری از آنها برای بدن و مغز انسان مضر می باشند. با استعمال سیگار نیکوتین در عرض ۱۰ ثانیه به مغز می رسد و بر رسپتورهای مغزی اثر گذاشته و باعث رها شدن دو ماده به نام آدرنالین و دو پامین می شود.

مدارک مشخصی وجود دارد که سیگار کشیدن با وضعیت بهداشت روانی افراد هم ارتباط دارد. مطالعات نشان می دهد علیرغم اینکه افراد سیگاری از سیگار به عنوان ابزاری برای تعدیل هیجانات منفی خود همچون خشم، اضطراب و افسردگی استفاده کرده و در مواقع مواجهه با استرس و هیجانات منفی یاد شده سیگار بیشتری دود می کنند اما در واقع منجر به افزایش استرس گردیده (متیک^۱ و همکاران، ۱۹۷۵ و لوید^۲ و لوکاس^۳، ۱۹۹۷، به نقل از توکلی زاده، ۱۳۸۲) و ترک آن استرس را کاهش می دهد (هوجز^۴، ۱۹۹۲، پاروت^۵، ۱۹۹۵؛ کری^۶ و همکاران، ۱۹۹۷؛ وست^۷ و هایک^۸، ۱۹۹۷، به نقل از توکلی زاده، ۱۳۸۲). بنا بر این بنظر میرسد خواص کاهش دهنده استرس نیکوتین تصویری باشد تا واقعی. مصرف سیگار با یک سری تشخیص های روانپزشکی از جمله اضطراب، گذر هراسی، اختلال وحشت زدگی، افسردگی، ترسهای اجتماعی، اسکیزوفرنی، آلزایمر، دمانس و پارکینسون همراه است (به نقل از fact sheet، ۲۰۰۰).

مطالعات مختلف همچنین ارتباط بین علایم برون ریز از قبیل اختلال سلوک، اختلال بی اعتنایی مقابله ای و اختلال بیش فعالی و کمبود توجه و شروع سیگار کشیدن را در نوجوانی نشان داده است (کاندل^۹

- 10- Kellam
- 11- Anthony
- 12-Haiek
- 13- Ferguson
- 14- Mc Mahon
- 15- Kassel
- 16- Breslau
- 17- Kendler
- 18- Kinnunen
- 19- Duiin
- 20- Gorell
- 21- Mc Crae
- 22- Spielberger
- 23- Jacobs
- 24- Ferdinand
- 25- White
- 26- Meltzer

- 1- Mitic
- 2-Lloyd
- 3- Lucas
- 4-Hughes
- 5- Parrot
- 6-Carey
- 7- West
- 8- Haiek
- 9 - Kandel

پاتون و همکاران (۱۹۹۶) در یک مطالعه طولی که بر روی نوجوانان انجام دادند نمایان ساختند نوجوانانی که علایم اضطراب دارند از خطر بالا تری برای کشیدن سیگار برخوردار می باشند. جانسون و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه خود دریافتند که سیگار هم می تواند در نوجوانان با بروز بعدی اختلالات اضطرابی همراه شود. بریسلوو و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه ای نشان دادند که مصرف روزانه سیگار با خطر بالا، اولین وقوع حمله وحشت زدگی در ارتباط می باشد.

در مطالعاتی نیز نقش متغیرهای جمعیت شناختی در رفتار سیگار کشیدن مورد بررسی قرار گرفته است، کرویتیل^۷ و همکاران (۱۹۹۴) در این زمینه در بررسی خود بر روی پرسنل نظامی دریافتند که مصرف سیگار با تحصیلات پایین، مردان و کسانی که دارای استرس کاری بالایی بودند بیشتر همراه است. (به نقل از توکلی زاده و همکاران ۱۳۸۲).

جانسون^۸ و گیلبرت^۱ (۱۹۹۱) در پژوهشی همبسته های فامیلی و روانشناختی سیگار کشیدن را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد برادران و خواهران سیگاری و تجربه احساسات شدید خشم و بیقراری در شروع و ادامه سیگار کشیدن مؤثر است، یافته های این بررسی همچنین نشان داد افراد سیگاری و غیر سیگاری در واکنش هیجانی خود به استرس متفاوت می باشند (به نقل از همان منبع).

متین تا^{۱۰} و همکاران (۱۹۹۸) هم در مطالعه ای که بر روی دانشجویان دانشگاه انجام دادند، مشخص نمودند جنسیت مرد، همنشینی با دوستان، سطح سواد پایین والدین و سیگاری بودن اعضاء خانواده با مصرف سیگار در فرد ارتباط دارد. (به نقل از همان منبع) توکلی زاده و مقیمیان (۱۳۸۲) نیز در بررسی که بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی انجام دادند میزان شیوع مصرف سیگار را در دانشجویان ۹/۸ درصد (مردان ۱۴/۴ و زنان ۴/۱) تعیین نمودند. یافته های این مطالعه همچنین نشان داد میزان مصرف سیگار در دانشجویان پسر، گروه سنی ۲۶-۲۳ سال و دانشجویانی که والدین سیگاری دارند بیشتر است.

مواد و روش کار :

این مطالعه از نوع مطالعات زمینه یابی است. جامعه مورد بررسی را تمامی جوانان در منطقه شهری گناباد (جوانان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری ۱ و ۲) با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال تشکیل

شیوع کلی سیگار را ۳۲ درصد تعیین نمود. نتایج این بررسی نشان داد میزان شیوع مصرف سیگار در افرادی که مبتلا به اختلالات روانی می باشند به مراتب بیشتر است به طوریکه این میزان در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی ۴۴ درصد بود. بیشترین میزان مصرف سیگار در افرادی که مبتلا به اختلال روان پریشی بودند، مشاهده شد. یافته های این پژوهش نیز نشان داد رابطه روشنی بین مصرف سیگار و تعداد علایم نوروپتیک وجود دارد به نحوی که با افزایش تعداد علایم نوروپتیک در بیماران میزان مصرف سیگار در آنان بالا می رفت، علاوه بر این شیوع مصرف سیگار در بیماران بر حسب تعداد اختلالات نوروپتیک هم متفاوت بود به طوریکه میزان شیوع در بیمارانی که مبتلا به یک اختلال نوروپتیک بودند ۴۳ درصد و برای افراد مبتلا به دو اختلال اضطرابی یا بیشتر ۵۴ درصد تعیین گردید.

نتایج مطالعات نشان داده است که سیگار کشیدن بطور مثبتی با ابعاد شخصیتی معینی که با پریشانی عاطفی مشخص می باشند از جمله روان رنجور خوئی (مک کری و همکاران، ۱۹۷۸)؛ روان پریشی گزایی^۱ (اسپیبلرگر و جاکوبس، ۱۹۸۲) در ارتباط می باشد، علاوه بر این چندین مطالعه مشخص ساختند که نوجوانانی که بیشتر نوروپتیک یا برونگرا می باشند در خطر بالای شروع کشیدن سیگار قرار دارند. (چری^۲ و کیرنان^۳، ۱۹۷۶؛ سیبر^۴ و آنست^۵، ۱۹۹۰). بسیاری از مطالعات همه گیر شناختی هم چنین ارتباطی را بین افسردگی بالینی و سیگار کشیدن گزارش نموده اند، برخی نتیجه گیری کرده اند که اثرات دراز مدت نیکوتین بر مغز ممکن است عاملی سببی در افسردگی اساسی قلمداد شود، در حالی که مطالعات دیگری پیشنهاد کرده اند عوامل محیطی و ارثی هر دو ممکن است سیگار کشیدن و افسردگی اساسی را مستعد نماید. پژوهشها همچنین بیانگر این است که علایم افسردگی می تواند بطور ویژه ای متعاقب شروع سیگار کشیدن و یا مقدم بر آن بروز نماید (بروک و همکاران، ۱۹۸۸؛ براون و همکاران، ۱۹۹۶؛ بریسلوو و همکاران، ۱۹۹۸؛ فردیناند و همکاران، ۲۰۰۱). ویندل^۶ و ویندل^۶ (۲۰۰۱) در بررسی خود نشان داده اند که سیگار کشیدن و افسردگی دو جانبه است بطوریکه هم افسردگی می تواند باعث سیگار کشیدن و هم سیگار کشیدن با افسردگی همراه گردد.

1- Psychotvcism

2- Chery

3- Kiernan

4 - Sieber

5- Angst

6- Windle

7 -Kroutil

8- Johnson

9 - Gilbert

10 - Metinta

$$(x^2 = 7/78 \text{ و } df=2 \text{ و } P = 20\%)$$

بر پایه داده های همین جدول مشاهده می شود ۲۸/۶ درصد برادران و خواهران جوانانی که سیگار می کشند سیگاری بوده اند در حالیکه میزان برادران و خواهران سیگاری در جوانان غیر سیگاری تنها ۳/۳ درصد است که از نظر آماری این تفاوت معنی دار می باشد ($X^2 = 25$, $df = 2$, $p = 0$) اما از نظر سایر عوامل جمعیت شناختی از قبیل وضعیت تاهل، تحصیلات و وضعیت مصرف سیگار والدین هیچگونه تفاوت معنی داری بین میزان جوانان سیگاری و غیر سیگاری وجود نداشته است.

همانگونه که در جدول شماره ۳ دیده می شود میزان شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی در کل نمونه ۲۱ درصد بوده است در حالیکه این میزان در جوانان سیگاری ۴۷/۱ درصد و در جوانان غیر سیگاری ۱۹/۳ درصد است به عبارتی میزان شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی در جوانان سیگاری در مقایسه با جوانان غیر سیگاری نزدیک به ۲/۵ برابر بیشتر است که با انجام آزمون آماری اخیر این تفاوت معنی دار می باشد ($P = 0/0044$ و $Value = 0/16$).

جدول شماره ۴ میانگین نمرات جوانان سیگاری و غیر سیگاری در مقیاسهای مختلف آزمون GHQ را نشان می دهد. بر اساس اطلاعات این جدول می توان گفت میانگین نمرات جوانان به ترتیب در مقیاسهای ناسازگاری اجتماعی و اضطراب (۶/۷۰ و ۴) بیشتر از دو مقیاس نشانه های جسمانی و افسردگی (۳/۸۵ و ۲/۳۴) می باشد که این موضوع حاکی از مشکلات بیشتر افراد نمونه در این موارد می باشد. میانگین نمرات مقیاس ناسازگاری اجتماعی و اضطراب در جوانان سیگاری (۹/۱۰ و ۷/۴۵) و غیر سیگاری (۶/۵۳ و ۳/۷۶) هم نسبت به مقیاسهای نشانه های جسمانی (جوانان سیگاری ۵/۲۶ و غیر سیگاری ۳/۷۵) و افسردگی (جوانان سیگاری ۴/۶۳ و جوانان غیر سیگاری ۲/۱۹) بیشتر است. اما همان گونه که مشاهده می شود میانگین نمرات مقیاسهای آزمون در جوانان سیگاری به مراتب بالاتر از جوانان غیر سیگاری است که با انجام آزمون آماری تفاوت معنی داری در نمرات میانگین مقیاسهای اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی در جوانان سیگاری و غیر سیگاری دیده شده است ($P < 0.005$).

می دهد که با روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی از بین ۵۷۴۴ خانوار شهری ۲۰ خوشه و در هر خوشه ۱۰ خانوار به تعداد ۳۵۶ نفر انتخاب شده و با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه سلامت عمومی (فرم ۲۸ سؤالی) که شناخته ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و ارزیابی وضعیت سلامت روانی است مورد ارزیابی قرار گرفتند. این فرم از پرسشنامه شامل ۴ مقیاس ۷ سؤالی نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است که برای نمره گذاری آن از روش نمره گذاری GHQ که تمامی سوالات در چهار حالت بصورت ۰-۱-۱-۱ نمره گذاری می شوند استفاده شده است. مطالعات اعتباریابی بر روی این پرسشنامه حاکی از اعتبار و پایایی بالای آن می باشد. در مطالعاتی که توسط یعقوبی (۱۳۷۴) و پالانگ (۱۳۷۴) در ایران انجام گرفت مشخص گردید حساسیت این پرسشنامه بر روی جمعیت عمومی در بهترین نقطه برش ۲۳ برابر با ۸۶/۵ درصد، ویژگی آن برابر با ۸۲ درصد و پایایی آن ۸۸ درصد بدست آمد که در بررسی حاضر نیز از این نقطه برش استفاده شده است.

روش کار از این قرار بود که ابتدا تعدادی از کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی لیستی را از افراد نمونه با مشخصات دقیق آنها تهیه و به آدرس خانواده های مذکور مراجعه نموده و پرسشنامه توسط جوان یا جوانان هر خانوار تکمیل می گردید. پس از تکمیل پرسشنامه ها، داده های لازم استخراج و با استفاده از برنامه نرم افزاری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

اطلاعات بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که در مجموع ۵/۹ درصد افراد مورد بررسی سیگاری هستند (جدول شماره ۱). این میزان در مردان برابر ۱۲/۹ درصد و در زنان ۱/۷ درصد بود یعنی مردان حدود ۸ برابر بیشتر از زنان سیگاری بوده اند که با انجام آزمون Kendall's tau B این تفاوت نیز معنی دار بوده است ($p = 0$ و $Value = 0/23$).

همان گونه که در جدول شماره ۲ دیده می شود بیشترین میزان سیگارها در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال (۴۷/۶ درصد) و کمترین میزان آن در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال (۹/۵ درصد) دیده می شود که این تفاوتها نیز معنی دار می باشد.

جدول ۱: توزیع فراوانی جوانان سیگاری و غیر سیگاری در نمونه مورد بررسی

وضعیت مصرف سیگار در جوانان	فراوانی	درصد
جوانان سیگاری	۲۱	۵/۹
جوانان غیر سیگاری	۳۰۲	۸۴/۸
نا مشخص	۳۳	۹/۳
جمع	۳۵۶	۱۰۰

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی جوانان سیگاری و غیر سیگاری بر حسب عوامل جمعیت شناختی مختلف

وضعیت سلامت روانی	جوانان					
	کل	غیر سیگاری		سیگاری		
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنس مرد	۱۳۹	۸۷/۱	۱۲	۱۲/۹	۱۸	S*
زن	۱۸۱	۹۸/۳	۱۷۸	۱/۷	۳	
سن ۲۰-۲۵	۱۱۲	۳۶/۴	۱۱۰	۹/۵	۲	S*
۲۵-۳۰	۸۷	۲۵/۵	۷۷	۴۷/۶	۱۰	
۳۰ به بالا	۱۲۴	۳۸/۱	۱۱۵	۴	۹	
وضعیت تاهل						
مجرد	۶۲	۱۹/۹	۶۰	۹/۵	۲	NS**
متاهل	۲۵	۷۹/۴	۲۳۹	۸۵/۷	۱۸	
جدا شده یا مطلقه	۳	۰/۷	۲	۴/۸	۱	
وضعیت تحصیلات						
بی سواد	۴	۱	۳	۴/۸	۱	NS**
ابتدایی	۵۴	۱۶	۴۸	۲۸/۶	۶	
راهنمایی	۵۵	۱۷	۵۱	۱۹	۴	
دیپلم	۳۲	۱۰	۳۰	۹/۵	۲	
دیپلم فوق	۱۰۴	۳۳/۷	۱۰۱	۱۴/۳	۳	
لیسانس	۳۱	۹/۳	۲۸	۱۴/۳	۳	
بالتر	۴۰	۱۲/۷	۳۸	۹/۵	۲	
	۱	۰/۳	۱	۰	۰	

وضعیت مصرف سیگار والدین							
NS**	۹/۹	۳۲	۹/۵	۲۸	۱۹	۴	والدین سیگاری
	۸۷/۹	۲۸۴	۹۰/۵	۲۶۷	۸۱	۱۷	والدین غیر سیگاری
وضعیت مصرف سیگار برادران و خواهران							
	۵	۱۶	۳/۳	۱۰	۲۸/۶	۶	برادران و خواهران سیگاری
	۹۱/۶	۲۹۶	۹۳	۲۸۱	۷۱/۴	۱۵	برادران و خواهران غیر سیگاری

* : اختلاف معنا دار ** : اختلاف بدون معنا

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی افراد سالم و بیمار از نظر روانی در جوانان سیگاری و غیر سیگاری

میزان P	جوانان						وضعیت سلامت روانی
	کل	غیر سیگاری		سیگاری			
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
۰/۰۰۴۴	۷۹	۲۲	۸۰/۷	۲۱۳	۵۲/۹	۹	سالم
	۲۱	۵۹	۱۹/۳	۵۱	۴۷/۱	۸	بیمار
	۱۰۰	۲۸۱	۱۰۰	۲۶۴	۱۰۰	۱۷	جمع

جدول ۴: میانگین نمرات جوانان سیگاری و غیر سیگاری در مقیاس های مختلف آزمون GHQ

میزان P	میانگین			مقیاس
	کل	جوانان غیر سیگاری	جوانان سیگاری	
NS**	۳/۸۵	۳/۷۵	۵/۲۶	شکایات جسمانی
۰/۰۰۴	۴	۳/۷۶	۷/۴۵	اضطراب
۰/۰۰۴	۶/۷۰	۶/۵۳	۹/۱۰	ناسازگاری اجتماعی
۰/۰۱۰	۲/۳۴	۲/۱۹	۴/۶۳	افسردگی

شهر گناباد انجام گرفته است و نشان می دهد جمعیت دانشجویی (دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی) نسبت به جمعیت عمومی جوانان شهر علیرغم شباهت دامنه سنی سیگار بیشتری مصرف می نمایند . در این بررسی میزان مصرف سیگار در مردان و زنان به ترتیب برابر با ۱۲/۹ و ۱/۷ درصد بدست آمد که بیانگر این است مردان به مراتب نسبت به زنان سیگار بیشتری دود می کنند که بیانگر همان گرایش کلی بیشتر مردان به اعتیاد به ویژه اعتیاد به مواد مخدر است

بحث و نتیجه گیری :

نتایج بدست آمده در مورد میزان شیوع مصرف سیگار در جوانان (۵/۹ درصد) در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده در داخل کشور که شیوع استعمال آن را ۱۲ درصد تعیین کرده است (به نقل از توکلی زاده و مقیمیان ، ۱۳۸۲) و مطالعه توکلی زاده و مقیمیان (۱۳۸۲) که میزان مصرف سیگار ۹/۸ درصد تعیین گردید پایین تر است . هر چند مطالعه اخیر بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی

همکاران، ۱۹۹۶ که نشان می دهد اختلات روانی ای از قبیل اختلالات نوروتیک، اضطراب و افسردگی می تواند با خطر سیگار کشیدن بعدی همراه شود یا مطالعات متعددی که نشان می دهد سیگار کشیدن می تواند خطر بروز اختلالات روانی بویژه افسردگی، اختلالات اضطرابی و روان رنجور خوبی را افزایش دهد (چری و کیرنان، ۱۹۷۶؛ کریستزو همکاران، ۱۹۸۸؛ پدرسون و همکاران، ۱۹۹۸؛ بریسلو و همکاران، ۱۹۹۹؛ جانسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ پاتون و همکاران ۲۰۰۱) می توان چنین استنباط نمود اختلالات روانی در جوانان سیگاری می تواند هم به قبل از رفتار سیگار کشیدن و یا متعاقب آن مربوط باشد. ویندل و ویندل (۲۰۰۱) و پاتون و همکاران (۱۹۹۶) هم در مطالعات خود نشان داده اند رابطه بین سیگار کشیدن و افسردگی یا اختلالات اضطرابی یک رابطه دو جانبه است بطوریکه این اختلالات می تواند با سیگار کشیدن و یا سیگار کشیدن می تواند با این اختلالات همراه گردد. البته برای تعیین دقیق این موضوع که تا چه حد میزان رفتار سیگار کشیدن می تواند با اختلالات روانی و بالعکس اختلالات روانی با رفتار سیگار کشیدن مرتبط شود به مطالعات طولی دقیقی نیاز است.

یافته های مطالعه حاضر همچنین نشان داد میانگین نمرات جوانان سیگاری در مقایسه با جوانان غیر سیگاری به ترتیب در مقیاسهای ناسازگاری اجتماعی (۹/۱۰ و ۶/۵۳)، اضطراب (۷/۴۵ و ۳/۷۶) و افسردگی (۴/۶۳ و ۲/۱۹) بطور معنی داری بالاتر است اما در مقیاس شکایات جسمانی (۵/۲۶ و ۳/۷۵) تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات جوانان سیگاری و غیر سیگاری به چشم نخورده است.

این یافته ها مبین این است که جوانان سیگاری مشکلات بیشتری در زمینه ناسازگاری اجتماعی، اضطراب و افسردگی دارا می باشند که این موضوع با نتایج مطالعات متعددی در مورد رابطه اعتیاد به سیگار با افسردگی (بروان و همکاران، ۱۹۹۶؛ بروک و همکاران، ۱۹۹۸؛ بریسلو و همکاران، ۱۹۹۸؛ پدرسون و همکاران، ۱۹۹۸؛ کریستزو و همکاران، ۱۹۹۸؛ فردیناندو همکاران، ۲۰۰۱؛ پاتون و همکاران، ۲۰۰۱ و ویندل و ویندل (۲۰۰۱)، اختلالات اضطرابی (ملترز، ۱۹۹۵؛ پاتون و همکاران، ۱۹۹۶، ۲۰۰۰، وست وهایک، ۱۹۹۷؛ بریسلو و همکاران، ۱۹۹۹؛ جانسون و همکاران ۲۰۰۰) و اختلالات برون ریز در نوجوانانی از قبیل اختلال سلوک، اختلال بی اعتنایی مقابله ای و اختلال بیش فعالی و کمبود توجه (لینسکی و فرکاسون، ۱۹۹۵؛ کاندل و همکاران، ۱۹۹۷؛ کلام و آنتونی، ۱۹۹۸؛ مک ماهون، ۱۹۹۹) که می تواند با ناسازگاریهای اجتماعی بعدی مرتبط باشد همخوانی دارد.

که در پژوهشهای متعددی به اثبات رسیده است. این یافته ها با نتایج بررسی های داخل کشور از جمله مطالعه ای (۱۳۷۲) که در آن شیوع مصرف سیگار در مردان و زنان بالای ۱۵ سال کشور به ترتیب ۲۸/۶ و ۳/۶ درصد تعیین گردید و نیز مطالعات توکلی زاده و مقیمیان (۱۳۸۲) و متین تا و همکاران (۱۹۹۸) همخوانی دارد اگرچه در این بررسی نیز میزان استعمال سیگار در هر دو جنس به ویژه در مردان نسبت به مطالعات یاد شده پایین تر بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد جوانان سنین ۲۵ تا ۳۰ سال و ۳۰ سال به بالا نسبت به جوانان ۲۰ تا ۲۵ سال به ترتیب حدود ۵ و ۴/۵ برابر بیشتر سیگار مصرف می کنند و دلالت بر این دارد که با افزایش سنین جوانی مصرف سیگار در جوانان بالا می رود. این بررسی همسو با مطالعات جانسون و گیلبرت (۱۹۹۱) و متین تا و همکاران (۱۹۹۸) مشخص نمود جوانان سیگاری در مقایسه با جوانان غیر سیگاری برادران و خواهران سیگاری بیشتری داشته اند که بیانگر نوعی الگو برداری در مصرف سیگار از برادران و خواهران می باشد، این یافته مغایر با مطالعه توکلی زاده و مقیمیان (۱۳۸۲) است که در آن هیچگونه تفاوت معنی داری بین دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری و وضعیت مصرف سیگار برادران و خواهران آنها مشاهده نشد اگرچه مشخص گردید دانشجویان سیگاری نسبت به دانشجویان غیر سیگاری والدین سیگاری بیشتری دارند که در مطالعه حاضر چنین یافته ای دیده نشده است. این موضوع می تواند بیانگر این باشد که جوانان احتمالاً الگوهای مصرف سیگار را خارج از کانون خانواده گرفته و بعداً به برادران و خواهران خود منتقل نموده اند در حالیکه در دانشجویان چنین الگویی متعلق به والدین خانواده بوده و دانشجویان در مقایسه با جوانان در این زمینه بیشتر تحت تاثیر والدین خود بوده اند. در این بررسی هیچگونه تفاوت معنی داری بین تحصیلات و وضعیت تاهل جوانان و اعتیاد به مصرف سیگار یافت نشد که این نتایج در مورد میزان تحصیلات با مطالعات کروتیل و همکاران (۱۹۹۴) و متین تا و همکاران (۱۹۹۸) ناهمخوان است و دلالت بر این دارد که میزان تحصیلات و وضعیت تاهل جوانان مورد بررسی بر اعتیاد به سیگار شان تاثیر نداشته است. نتایج این مطالعه نشان داد ۲۱ درصد جوانان بطور کلی مشکوک به اختلال روانی می باشند. میزان شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی در جوانان سیگاری (۴۷/۱ درصد) بطور معنی داری بالاتر از جوانان غیر سیگاری (۱۹/۳ درصد) است که این یافته با نتایج بسیاری از مطالعات همخوانی دارد (ملترز، ۱۹۹۵؛ لینسکی و فرکاسون، ۱۹۹۵؛ کاندل و همکاران، ۱۹۹۷؛ کلام و آنتونی، ۱۹۹۸؛ مک ماهون، ۱۹۹۹؛ فردیناند، ۲۰۰۰؛ وایت و همکاران، ۲۰۰۲ و کسل و همکاران، ۲۰۰۳).

با توجه به نتایج این بررسی نمی توان قضاوتی مطرح کرد مبنی بر اینکه آیا اختلالات روانی در جوانان سیگاری مقدم بر شروع سیگار کشیدن بوده یا متعاقب آن می باشد اما با توجه به برخی مطالعات از جمله چری و کیرنان، ۱۹۷۶؛ سیبر و آسننت، ۱۹۹۰؛ پاتون و

The Survey of mental health condition on smoked and non- smoked youths of Gonabad city

Abstract:

Introduction and objectives: smoking as the most common and the cheapest addiction has physical and psychological effects. There are clear evidences which smoking is related to person's mental health status. So this study was done to determine smoked and non- smoked youths mental health status, the great, constructive and active group of the society and the following objectives based on GHQ – 28 questionnaire.

1. To determine the frequency of smoked and non-smoked youths according to different demographic factors and the relationship between them and smoking.
2. To determine suspected rate of mental disorders on smoked and non- smoked and at the whole of samples.
3. To determine difference of suspected rate of mental disorders on smoked and non- smoked youths.
4. To determine the mean of the scores GHQ-28 Questionnaire, scales determine (somatization, anxiety, social dysfunction and depression). And the differences of them on smoked and non-smoked youths.

Methodology: This study is a survey which it has been done as a cross- sectional descriptive – analytic study. The samples are 356 people that have been selected as the randomic cluster sampling.

Results: The result showed, 5.9 percent of the people were smoked. (mals: 12.9% and females: 7%) that smoking was more observed significant among males, the age group of 25 to 30 and brothers and sisters of smoked youths. The results also indicated that 21 percent of the samples were suspected to mental disorders that this rate was significant on smoked youths (47.1%) more than non-smoked ones. (19.3%) . The data also showed the mean of anxiety, social dysfunction and depression scales were significant on smoked ones. (4.63, 9.10 and 7.45 respectively) more than non- smoked youths (3.76, 6.53 . and 2.19 respectively) .

Conclusion: The obtained results about mental condition of smoked and non- smoked youths are congruent with many researches (Sieber and Angest , 1990 , Meltzer , 1995 . patton and et al . 1996 ; Kandel and et al , 1997 ; Mc Mahon , 1999 ; White and et al . 2002 ; Kassel and et al , 2003) that all of them have been discussed and analyzed sufficiently at the text of the research . The results of G.H.Q questionnaire scales also indicated that smoked ones have more problems such as social dysfunction, anxiety and depression that it is also congruent with many studies.

Key words: mental health, smoking, youths, Gonabad.

فهرست منابع :

- ۱ - توکلی زاده ج ، مقیمیان م . بررسی جرات ورزی و عزت نفس در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه آزاد اسلامی . گناباد : دانشکده علوم پزشکی . ۱۳۸۲ .
- ۲ - توکلی زاده ج ، مقیمیان م . بررسی رویدادهای استرس زا در جوانان سیگاری و غیر سیگاری . گناباد : دانشکده علوم پزشکی . ۱۳۸۲ .
- 3- Breslau N. Major depression and stages of smoking, a longitudinal investigation. *Arc Gen Psych*. 1999;55:161-166.
- 4 - Breslau N, Klein DF. Smoking and panic attacks: an epidemiologic investigation. *Arc Gen Psych*. 1999;56: 1141-7.

- 5 - Brook J.S, Cohen P, Brook D.W. Longitudinal study of co-occurring psychiatric 6 - disorders and substance use. *J Am Acad Ch Adol Psych*, 1988; 37: 322-330.
- 6 - Cherry N, Kiernan K. Personality scores and smoking behaviour. *Br J Prev Soc Med*, 1976, 30: 123-131.
- 7 - Duijn C.M. Apolipoprotein E genotype and association between smoking and early onset Alzheimer's disease. *BMJ*, 1976, 310: 627-631.
- 8- Ferdinand R.F, Verhulst F. C. Psychopathology in adolescence predict substance use in young adulthood. *Add*, 2001; 96: 861-870.
- 9- Gorell J M. Smoking and Parkinson's Disease Hughes. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psych*. 1986, 143:993-997.
- 10 - Johnson J. G, Cohen P, Pine D. S. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *J Am Med Ass*, 2000; 284: 2348-2351.
- 11- Kassel J, Paronis C A, Stroud L. R. Smoking, stress and negative affect. *Psych Bull*, 2003; 129: 270-304.
- 12- West R, Hajek P. What happens to anxiety levels on giving up smoking? *Am Psyc*, 1997; 154: 1589-1592.
- 13 - White H. R, Padina R. J, Chen P.H. Developmental trajectories of cigarette use from early adolescence into young adulthood. *Dr Al Dep*, 2002; 65: 167-178.
- 14 - Windle M, Windle R. C. Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents. *J Cons Clin Psy*, 2001; 69: 215-226.