

مقاله اصیل

بررسی مقایسه ای نگرش مذهبی و سلامت عمومی در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری

سمیرا نژادنادری^۱، کورس دیوسالار^{۲*}، مجید محمودی^۳، علی دره کردی^۴

۱. مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲. مرکز تحقیقات سرطان، انستیتو کانسر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱/۹، پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: مصرف سیگار به عنوان ارزانتترین و رایج ترین مواد اعتیاد آور دارای عوارض زیانبار جسمی و روانی است. بر اساس پژوهشهای انجام گرفته، مصرف سیگار در دانشجویان رو به افزایش است. توجه به نقش الگویی دانشجویان در جامعه و حساسیت دوران دانشجویی در انتخاب شیوه های رفتاری و سبک زندگی آنان در آینده، ضرورت مطالعات در خصوص مصرف سیگار و عوامل و عوارض مرتبط با آن را در این قشر برجسته ساخته است. هدف کلی پژوهش حاضر مقایسه نگرش مذهبی و سلامت عمومی بین دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری ایرانی و رابطه نگرش مذهبی و سلامت عمومی در این دو گروه است.

روش بررسی: در این پژوهش، سلامت عمومی و نگرش مذهبی در ۱۰۶۵ نفر از دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری یکی از دانشگاه های کرمان مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه از دو پرسشنامه سلامت عمومی GHQ و نگرش سنج مذهبی استفاده گردید که به صورت خود ایفا توسط دانشجویان تکمیل شد. داده های این پژوهش، با روش های آمار توصیفی، تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و آزمون معنی داری t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

یافته ها: دانشجویان سیگاری در مقایسه با دانشجویان غیر سیگاری از سلامت عمومی و نگرش مذهبی پایین تری برخوردار بودند. همچنین، بین نگرش مذهبی و سلامت عمومی در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری رابطه مستقیم وجود دارد.

نتیجه گیری: نگرش مذهبی با نزدیک کردن فرد به خدا و رهایی از احساس ناامیدی او را از بی هدفی می رها کند و این می تواند خود منجر به کاهش افسردگی و اضطراب و کاهش میزان مصرف سیگار گردد حتی باعث بهبود نسبی کیفیت زندگی افراد مصرف کننده سیگار شود. نظر به افزایش میزان پذیرش دانشجو در کشور و افزایش احتمال آسیب پذیری ناشی از مصرف سیگار، نگاه خاص به این قشر از جوانان (به ویژه با توجه به نقش الگویی آنان در جامعه) جهت اعمال مداخلات کنترل و پیشگیری از مصرف سیگار ضروری به نظر می رسد. از این رو با توجه به پیامد های روانی و جسمی ناشی از مصرف سیگار، اطلاع رسانی از طریق مبلغین مذهبی و اساتید دانشگاهها جهت پیشگیری و درمان آن از طریق مشاوران و روانشناسان و روانپزشکان برای دانشجویان مصرف کننده سیگار ضروری است.

کلید واژه ها: مذهب، سلامت، سیگار، دانشجو، دانشگاه.

مقدمه

به عنوان عوامل ایجاد کننده و عوارض مصرف سیگار محسوب می شوند [۲]. پژوهش ها نشان داده اند که بین افسردگی و اضطراب با مصرف سیگار رابطه وجود دارد [۳، ۴ و ۵]. پژوهش موريست^۱ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیر سیگاری از اضطراب بیشتری برخوردارند [۶]. در بررسی دیگری که میکلتون^۲ و همکاران (۲۰۰۸) در رابطه با پیامد مصرف سیگار انجام

مصرف سیگار عامل مهمی در مرگ و میر افراد است و تأثیر منفی بر سلامت جسم و روان می گذارد [۱]. عملکرد روانی، جسمی و اجتماعی

*نویسنده مسؤول:

نشانی کامل پستی: کرمان، چهارراه طهماسب آباد، ابتدای بلوار جهاد، ابتدای خیابان ابن سینا، مقابل کلینیک تخصصی بعثت، مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان. شماره تماس: ۰۳۴۱۲۲۶۴۱۸۰

1. Morissette.

2. Mykletun.

Email: kouros_divsalar@yahoo.com

آغاز سیگاری شدن آنان است [۲۴]. توجه به نقش الگویی دانشجویان در جامعه و حساسیت دوران دانشجویی در انتخاب شیوه‌های رفتاری و سبک زندگی آنان در آینده، ضرورت مطالعات در خصوص مصرف سیگار و عوامل و عوارض مرتبط با آن را در این قشر برجسته ساخته است [۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۸].

هدف کلی پژوهش حاضر مقایسه نگرش مذهبی و سلامت عمومی بین دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی بود که روی ۱۰۶۵ نفر (۸۲۱ نفر زن و ۲۴۴ نفر مرد) از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان که به صورت غیر احتمالی و در دسترس انجام گرفت. این پرسشنامه‌ها در کلاس‌های درس عمومی دانشگاه در اختیار دانشجویان قرار گرفت و آزمونگر بعد از توضیح در زمینه اختیاری بودن جهت همکاری در این طرح پژوهشی، نحوه پاسخ‌گویی به سوالات، محرمانه بودن و عدم ثبت نام و نام خانوادگی، آزمون را به صورت گروهی برگزار کرد از این تعداد ۹۷۶ نفر غیر سیگاری و ۸۹ نفر سیگاری بودند.

در این مطالعه از دو پرسشنامه استفاده گردید. برای ارزیابی نگرش مذهبی از نگرش‌سنج مذهبی استفاده گردید. این پرسشنامه توسط خدایاری فرد در سال ۱۳۷۸ در دانشگاه تهران ساخته شد و مشتمل بر ۴۰ سؤال است که بر اساس مقیاس لیکرت پنج سطحی از کاملاً موافق تا کاملاً ناموافق نمره‌گذاری شده است. نمره نگرش مذهبی از ۴۰ تا ۲۰۰ محاسبه می‌شود. افرادی که در این آزمون نمره ۴۰ تا ۸۴ را کسب می‌کنند از نگرش مذهبی پایینی برخوردار هستند و کسب نمره ۱۶۶ تا ۲۰۰ نشانگر نگرش مذهبی بالا می‌باشد. محتوای پرسشنامه؛ اخلاقیات، ارزشها، اثر مذهب در زندگی و رفتار فردی و اجتماعی، جهان بینی و باور دینی را ارزیابی می‌کند. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش باز آزمون ۰/۸۳ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار بالای آزمون است [۲۹]. پایایی پرسشنامه فوق برای پژوهش حاضر با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه گردید.

جهت ارزیابی سلامت عمومی از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ استفاده گردید. این پرسشنامه توسط گلدنبرگ و هیلر (۱۹۷۹) طراحی شد و دارای ۲۸ سؤال و چهار زیر مقیاس: اضطراب و عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی و افسردگی است. نمره گذاری آن بر حسب مقیاس لیکرت ۴ درجه ای است (=۰ اصلاً، ۱ الی ۳ = به مراتب بیش از حد معمول) صورت می‌گیرد. مطالعات متفاوت در ایران پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۶ و ۰/۸۴ گزارش کردند [۳۰]. پایایی پرسشنامه فوق برای پژوهش حاضر با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه گردید.

داده‌های این پژوهش، با روش‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس چند

دادند، نتایج حاکی از آن بود که بین مصرف سیگار جوانان و اختلال افسردگی و اضطراب رابطه وجود دارد [۷] پژوهش صمیمی و ولی‌زاده (۱۳۸۶) در این زمینه نشان داد که افراد سیگاری از سلامت عمومی و کیفیت زندگی پایینی برخوردار بودند [۸]. از سوی دیگر، عامل دیگری که در زمینه مصرف سیگار مطرح می‌شود مذهب است. دین و مذهب موضوعی است که قدمتی دیرینه دارد [۹]. دین مورد بحث روانشناسانی همچون فروید و یونگ بوده است و پس از آن اندیشمندانی چون آلپورت و استنلی هال به تبیین مذهب پرداخته‌اند [۱۰] اریک فرام بیان داشت که مذهب جبرگرایانه منجر به اختلالات روانی می‌گردد ولی دین انسان‌گرایانه و خوش‌بینانه باعث رشد استعداد فرد و سلامت او می‌گردد [۱۰]. پژوهش‌ها نشان دادند که گرایش‌های مذهبی سبب ارتقاء سلامت عمومی، معنابخشی و امید به زندگی و بهبود ارتباطات اجتماعی می‌گردد [۱۱، ۱۲ و ۱۳]. تروینو^۱ و همکاران (۲۰۰۷) نیز بیان داشتند که باورهای مذهبی منجر به بهبود سلامت عمومی، کیفیت زندگی و افزایش عزت نفس می‌شود [۱۳]. در حالی که کوئینگ^۲ (۲۰۰۴) بر اساس پژوهش‌های خود در زمینه رابطه سلامت روانی و مذهب بیان می‌دارد؛ که همیشه باورهای مذهبی منجر به سلامت روانی نمی‌گردد، زیرا روانشناسان بالینی گاه با مراجعانی مواجه می‌شوند که دچار احساس گناه، نشخوار فکری، نگرانی و طرد شدگی هستند که این می‌تواند به علت محتوای باورهای مذهبی آنها باشد [۱۴]. بر خلاف این یافته، بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، میر زمانی و محمدی (۱۳۸۰) و خدایاری (۱۳۸۰) در بررسی‌های مختلف نشان دادند که گرایش‌های مذهبی با افسردگی و اضطراب افراد رابطه معکوس دارد [۱۵، ۱۶ و ۱۷].

احتمال مصرف سیگار را می‌توان با عوامل مختلفی مانند نگرش و فعالیت‌های مذهبی، اختلال اضطراب و خلق پیشگویی کرد [۸، ۱۰ و ۱۸]. پایبندی مذهبی و تعلق به یک طبقه معتبر که دارای ارزش‌های مطلوب اجتماعی است به عنوان دو عامل محافظت‌کننده از مصرف سیگار محسوب گردیده است [۱۹ و ۲۰]. در پژوهش دیگری اعتقادات مذهبی و باورهای معنوی منجر به افزایش اعتماد به نفس، رضایت از زندگی، بهبود روابط اجتماعی و مکانیزم‌های انطباقی و کاهش اضطراب گردید که تأثیر این پیامدها به نوبه خود در کاهش مصرف سیگار ملاحظه شد [۱۸]. کوئینگ (۲۰۰۴) بیان می‌دارد که شیوع بیماری‌های قلبی در افراد با گرایش‌های مذهبی قوی‌تر کمتر است و این امر با رفتارهای سالم افراد از جمله پایین بودن مصرف سیگار و ورزش کردن رابطه دارد [۱۰].

اعتقادات و فعالیت‌های مذهبی، فرد را از شروع مصرف سیگار و ادامه مصرف آن منع می‌کند [۱۹ و ۲۱]. وولی^۳ و همکاران (۱۹۹۸۰) نشان دادند؛ احتمال مصرف سیگار در جوانانی که نگرش مذهبی بیشتری داشتند و به شرکت در مراسم مذهبی پایبند بودند، پایین‌تر است [۲۲]. در مطالعه‌ای دیگر، نولن^۴ و همکاران (۲۰۰۵) به این نتیجه رسیدند که حمایت‌های اجتماعی و گرایش‌های مذهبی در کاهش مصرف سیگار مؤثر است [۲۳].

پژوهش‌ها نشان دادند که روند مصرف سیگار در دانشجویان رو به افزایش است همچنین دوره دانشجویی یک برهه زمانی خاص برای

1. Trevino, M. K.

2. Koenig.

3. Wooley.

4. Nollen.

جدول ۱. نتایج توصیفی دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری

متغیر	سیگاری (%)	غیر سیگاری (%)
جنسیت	مرد ۷۵ (٪۷۸/۹)	۱۶۹ (٪۱۷/۳)
	زن ۱۴ (٪۲۱/۱)	۸۰۷ (٪۸۲/۷)
تأهل	مجرد ۷۷ (٪۸۶/۵)	۸۴۵ (٪۸۶/۷)
	متأهل ۱۲ (٪۷/۳)	۱۳۰ (٪۱۳/۳)
مقطع تحصیلی	کاردانی ۳۱ (٪۳۴/۸)	۳۱۹ (٪۳۲/۷)
	کارشناسی ۴۷ (٪۵۲/۸)	۵۷۵ (٪۵۸/۹)
	کارشناسی ارشد ۵ (٪۵/۶)	۲۶ (٪۲/۷)
	دکتري ۶ (٪۶/۷)	۵۶ (٪۵/۷)
	۲۰ سال ۴۵ (٪۵۰/۶)	۷۷۶ (٪۷۷/۵۶)
	۲۵ سال ۴۲ (٪۴۲/۱)	۱۹۸ (٪۲۰/۲۸)
۳۰ سال ۲ (٪۲/۲)	۲۱ (٪۲/۱۵)	

در مقطع تحصیلی کارشناسی بودند نتایج بیانگر آن بود که میانگین نمره سلامت عمومی و کلیه خرده مقیاس‌های آن (اضطراب، افسردگی، عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی) در گروه دانشجویان سیگاری نسبت به دانشجویان غیر سیگاری بالاتر بوده است. به این معنا که افسردگی و اضطراب در دانشجویان سیگاری بالاتر و عملکرد اجتماعی و جسمانی آنها در قیاس با دانشجویان غیر سیگاری پایین تر است (جدول ۲).

جد آزمون‌های معناداری MANOVA در رابطه با متغیر گروه سلامت

متغیری (MANOVA) و آزمون معنی داری t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

نمرات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. چنانچه جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین سنی بیشتر افراد مصرف کننده ۲۰ سالگی بوده و بیشتر مصرف کنندگان سیگار؛ مرد، مجرد و

جدول ۲. نتایج توصیفی خرده مقیاس‌های سلامت روانی در دو گروه سیگاری و غیر سیگاری

گروه	سیگاری غیر سیگاری	سیگاری غیر سیگاری	سیگاری غیر سیگاری	سیگاری غیر سیگاری	سیگاری غیر سیگاری	سیگاری غیر سیگاری	سیگاری غیر سیگاری	سیگاری غیر سیگاری	سیگاری غیر سیگاری
میانگین	۱۸/۰	۱۷/۲	۱۳/۴	۱۲/۷	۱۶/۳	۱۴/۸	۱۶/۲	۱۴/۷	۶۴/۰
انحراف استاندارد	۳/۹	۴/۶	۲/۶	۳/۱	۳/۵	۴/۰	۳/۲	۴/۲	۷/۹
P VAIU	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱

سلامت عمومی ($t=7/34$ و $p=0/01$) تفاوت معنی داری وجود دارد. به این معنی که دانشجویان سیگاری در مقایسه با دانشجویان غیر سیگاری از نگرش مذهبی و سلامت روانی پایین تری برخوردار هستند پس از بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها که بیانگر تأیید فرضیه صفر و برقراری این مفروضه بود، نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد اثر سیگاری بودن و سیگاری نبودن ($F=14/6$)، جنسیت ($F=24/0$) و سن ($F=6/54$) روی سلامت روان معنی دار است. (جدول ۴) همچنین اثر تعاملی مصرف یا عدم مصرف سیگار با جنسیت ($F=12/6$) و مصرف یا عدم مصرف سیگار با سن ($F=8/3$) روی سلامت روان در سطح ($0/01$) معنی دار است.

عمومی ($Wilks's\ Lambda = 0/75$) $F=14/32$ $P<0/01$) معنی دار نشان داده شد. بین دو گروه در تمامی خرده مقیاس‌های سلامت عمومی {افسردگی ($F=42/55$, $p=0/01$)، عملکرد اجتماعی ($F=15/06$, $p=0/01$)، عملکرد جسمانی ($F=31/92$, $p=0/01$)، اضطراب ($F=38/19$, $p=0/01$)} تفاوت معنی دار وجود دارد. به این معنی که افسردگی و اضطراب در دانشجویان سیگاری بالاتر و عملکرد اجتماعی و جسمانی در آنها پایین تر از دانشجویان غیر سیگاری است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین دو گروه دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری از لحاظ نگرش دینی ($t=68/6$ و $p=0/01$) و لحاظ میزان

جدول ۳. نتایج آزمون t برای بررسی سلامت عمومی کل و نگرش مذهبی در دو گروه دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	T	سطح معنی داری
سلامت روانی	سیگاری	۸۹	۴۹/۳۷	۱۷/۱۵	۷/۳۴	۰/۰۱
	غیر سیگاری	۸۹	۶۴/۰۸	۷/۹۴		
نگرش مذهبی	سیگاری	۸۹	۱۵۴/۴۹	۲۱/۱۸	۶۸/۶	۰/۰۱
	غیر سیگاری	۸۹	۱۳۳/۳۳	۲۰/۶۰		

اجتماعی و خواب پایین تری برخوردارند. نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش های دیگر (موریست و همکاران (۲۰۰۷)، میکلتون و همکاران (۲۰۰۸) و صمیمی و ولی زاده (۱۳۸۶) و توکلی زاده (۱۳۸۲) هماهنگی دارد [۳۳ و ۳۴ و ۷]. مصرف سیگار پیامد های جسمی مانند بیماری های قلبی و ریوی را به دنبال دارد و با اختلالات روانپزشکی مانند اضطراب و افسردگی همراه است. این تغییرات می تواند کیفیت زندگی روانی و اجتماعی و جسمی افراد مصرف کننده را کاهش دهد. افراد سیگاری از سیگار برای کاهش هیجانات منفی خود مانند اضطراب و افسردگی استفاده می کنند که این خود منجر به افزایش استرس در آنها می گردد [۳۳]. بین سیگار کشیدن و اختلال اضطراب و افسردگی یک رابطه دو طرفه وجود دارد به این معنی که سیگار کشیدن منجر به این اختلالات در فرد می شود یا دارا بودن این اختلالات منجر به مصرف سیگار می گردد [۲۲]. پژوهش حاضر بیانگر تأثیر سن و جنس در تفاوت نگرش مذهبی و سلامت روان دو گروه سیگاری و غیر سیگاری بوده است. این یافته

همچنین نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد اثر سیگاری بودن و سیگاری نبودن ($F=9/2$)، جنسیت ($F=7/7$) و سن ($F=8/4$) روی نگرش مذهبی معنی دار است. همچنین اثر تعاملی مصرف یا عدم مصرف سیگار با جنسیت ($F=5/6$) و مصرف یا عدم مصرف سیگار با سن ($F=4/7$) روی نگرش مذهبی در سطح ($0/01$) معنی دار است. (جدول ۵) نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان می دهد بین نگرش مذهبی و سلامت عمومی دانشجویان سیگاری ($r=0/29$, $p=0/05$) و بین نگرش مذهبی و سلامت عمومی دانشجویان غیر سیگاری ($r=0/01$, $p=0/26$) رابطه مثبت کمی وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به بررسی نگرش مذهبی و سلامت عمومی بین دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری پرداخته است. درصد مصرف سیگار بین دانشجویان این پژوهش ۸/۳٪ بوده است که با پژوهش دیو سالار (۱۳۸۷) که میزان شیوع مصرف سیگار ۱۱٪ گزارش نمود، مطابقت دارد.

جدول ۴. اثر سیگار، جنس و سن بر روی سلامت روان دانشجویان

سطح معنی داری	مقدار F	میانگین مجذورات	سیگاری / غیر سیگاری
۰.۰۱	۱۴/۴۶۲	۱۸۲/۶۲۰	سیگاری / غیر سیگاری
۰.۰۱	۲۴/۰۰۸	۳۰۳/۱۵۶	جنسیت
۰.۰۱	۶/۵۴	۳۴۱/۴	سن
۰.۰۱	۱۲/۶	۴۲۷/۸	سیگاری / غیر سیگاری * جنسیت
۰.۰۱	۸/۳	۱۴۷/۸	سیگاری / غیر سیگاری * سن

اطلاع رسانی جهت ارتقاء باورهای مذهبی است، که می تواند از طرق مختلف مانند والدین، روحانیون، اساتید، رسانه های جمعی و انجام فعالیت های گروهی مذهبی در دانشگاه انجام پذیرد.

از سویی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سلامت عمومی دانشجویان سیگاری در مقایسه با دانشجویان غیر سیگاری پایین تر است و دانشجویان سیگاری از اضطراب و افسردگی بالاتر و عملکرد

نتایج این پژوهش نشان داده است که میزان نگرش مذهبی در بین دانشجویان سیگاری نسبت به دانشجویان غیر سیگاری پایین تر است. یافته های پژوهش با نتایج سایر پژوهش ها (وولی و همکاران، (۱۹۹۸)؛ نولن و همکاران (۲۰۰۵)؛ نانماکر^۱ و همکاران (۲۰۰۶)؛ دیو سالار (۱۳۸۶)) همخوانی دارد [۲۲ و ۳۱ و ۱۹]. نگرش مذهبی و باورهای معنوی می تواند به عنوان مانعی برای تمایل به مصرف سیگار محسوب شود و نیز شرکت در فعالیت های مذهبی می تواند منجر به کاهش مصرف سیگار بین این افراد گردد [۱۹ و ۳۳] نتایج پژوهش فوق بیانگر نیاز به افزایش آگاهی و

جدول ۵. اثر سیگار، سن و جنس بر نگرش مذهبی

سطح معنی داری	مقدار F	میانگین مجدورات	
۰.۰۱	۲/۹	۲۱۴/۸	سیگاری/غیرسیگاری
۰.۰۱	۷/۷	۱۷۷/۳	جنسیت
۰.۰۱	۸/۴	۱۹۴/۹	سن
۰.۰۱	۵/۶	۳۴۲/۲	سیگاری/غیرسیگاری*جنسیت
۰.۰۱	۷/۴	۲۲۰/۶	سیگاری/غیرسیگاری*سن

بررسی آن در پژوهشی دیگر ضروری به نظر می‌رسد. ورود به دانشگاه به عنوان یک تحول بزرگ برای افراد و قبول مسئولیت‌های آتی جامعه است. عدم سازگاری و وجود استرس و فشار روانی نامناسب می‌تواند به عنوان عاملی جهت گرایش دانشجویان به مصرف سیگار شود. نظر به افزایش میزان پذیرش دانشجو در کشور و افزایش احتمال آسیب‌پذیری ناشی از مصرف سیگار، نگاه خاص به این قشر از جوانان (به ویژه با توجه به نقش الگویی آنان در جامعه) جهت اعمال مداخلات کنترل و پیشگیری از مصرف سیگار ضروری به نظر می‌رسد. از این رو با توجه به پیامدهای روانی و جسمی ناشی از مصرف سیگار، اطلاع‌رسانی از طریق مبلغین مذهبی و اساتید دانشگاهها جهت پیشگیری و درمان آن از طریق مشاوران و روانشناسان و روانپزشکان برای دانشجویان مصرف‌کننده سیگار ضروری به نظر می‌رسد. مسئولان با ایجاد زمینه‌های اشتغال و تفریح مناسب و والدین و اساتید با راهنمایی و ایجاد فضای دوستانه می‌توانند سهم بسیار زیادی در کاهش گرایش به مصرف سیگار در جوانان ایفا کنند.

با پژوهش دیو سالار (۱۳۸۶ و ۱۳۸۷) مطابقت دارد. بیشترین مصرف‌کنندگان سیگار در پژوهش حاضر پسرها بودند که این تفاوت بیشتر با توجه به قبح سیگار کشیدن دختران در فرهنگ ایرانی قابل توجیه است. از سویی دیگر بیشترین مصرف سیگار در محدوده سنی ۲۰-۲۵ سال یا به عبارتی اوایل دوران جوانی بود که با پژوهش شیفی راد (۱۳۸۶) و دیو سالار (۱۳۸۷) مطابقت دارد. در این دوره مسایل ازدواج و شغل از مسایلی است که می‌تواند برای فرد دانشجو استرس‌زا باشد و مصرف سیگار یکی از روشهای کنترل استرس برای دانشجو محسوب گردد. از این رو آشنایی با مهارت‌های زندگی و معنا درمانی می‌تواند جهت کاهش این اثرات منفی موثر واقع گردد [۱۹، ۲۴، ۳۶]. نتایج پژوهش نشان داده است که بین نگرش مذهبی و سلامت عمومی دانشجویان غیرسیگاری رابطه مثبت کمی وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج سایر مطالعات (هالینگ^۱ و همکاران (۲۰۰۷): اسمیت، (۲۰۰۳): تروینو (۲۰۰۷): چراغی و مولوی (۱۳۸۵): بیانی و همکاران (۱۳۸۷) همخوانی کمی دارد [۳۵، ۱۱، ۹، ۱۳ و ۱۰]. به نظر می‌رسد در این پژوهش عوامل دیگری چون جنس، رشته تحصیلی، سن و غیره در این رابطه موثر بوده است که

References

- Nori M, Adili F, Poorebrahim R, Ramin H, Fakhzadeh H. The pattern of smoking and its relationship with other risk factors for cardiovascular disease in residents under the population research center, Tehran Medical Sciences University. *Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 2003; 3(1): 99-107.
- Holly E.R. Morrell, L.M. al' Abs, C.M. Physiological and psychological symptoms and predictors in early nicotine withdrawal. *pharmacology biochemistry and behavior*. 2008; 89(3): 272-278.
- Breslau, N, Novak S.P, Kessler, R.C. Psychiatric disorders and stages of smoking, *Biol Psychiatry*, 2004; 55: 69-76.
- Glassman, A.H, Covey, L.S, Stetner, F, Rivelli, S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study, *The Lancet*. 2001; 357 (9272): 1929-1932.
- Glassman, A.H, Helzer, J.E, Covey, L.S, Cottler, L.B., Stetner, F, et al. Smoking, Smoking cessation, and major depression, *Jama*. 1990; 264 (12): 1546-1549.
- Morissette, S.B, Tull, M.T, Gulliver, S.B, Kamholz B.W, Zimering, R.T. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships, *Psychological Bulletin*. 2007; 133 (2): 245-272.
- Mykletun, A, Overland, S, Aar, L.E, Liab H, M, Stewart, R. Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The HUNT study. *European Psychiatry*. 2008; 23(2): 77-84.
- Samimi R, Valizadeh A. Relationship of smoking and general health of medical students 2006. *Hormozgan Medical Journal* 2007; 11(4): 303-8.
- Bayani AA, Godarzi H, Bayani A, Kochehi AM.

1. Halling.

- Relationship of religious orientation with anxiety and depression in students. *Journal of Mental Health Principles* 2008; 10(39): 209-14.
10. Cheraghi M, Molavi H. The relationship between different aspects of religious and public health at University of Isfahan. *Journal of Educational and Psychological Studies Faculty of Education and Psychology* 2006; 2(2): 1-22.
 11. Halling, A, Halling, A, Unell, L. General health and tobacco habits among middle-aged Swedes. *The European Journal of Public Health*. 2007; 17(2):151-154.
 12. Jessor, R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. In: D.E. Rogers and E. Ginzburg, Editors, *Adolescents at risk: Medical and social perspectives*, Westview Press, Boulder, CO, 1992:19-34.
 13. Trevino, M. K, Pargament, I. K, Cotton, S, Leonard. C. A, et al. Religious Coping and Physiological, Psychological, Social, and Spiritual Outcomes in Patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and Longitudinal Findings. *AIDS and Behavior*, 2007. mm
 14. oenig, H, G. Spirituality, wellness and quality of life. *Sexuality Reproduction and Menopause*. 2004; 2: 74-82
 15. Khodayari Fard M, GHobari Bonab B, Shokoohi Y. Range of psychological research in the field of religion. *Andishe Va Raftar Quarterly* 2001; 6(24): 45-53.
 16. Mir Zamani M, Mohamadi MR. Research about the religious value in a group of mental patients based on test Lport study, Vernon and Lindsay. *Hakim Quarterly* 2001; 4(1): 51-8.
 17. Jesse DE, Reed PG. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 33(6): 739-47.
 18. Jesse ,D,A, Reed ,G,P. Effects of Spirituality and Psychosocial Well-Being on Health Risk Behaviors in Appalachian Pregnant Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006; 33 (6): 739 – 747.
 19. Divsalar K, Nakhaee N, Amini MR. The relationship between religious activities and cigarette smoking in one of the university students in Kerman. *Teb va Tazkie* 2007; 16 (3-4): 63-9.
 20. Ellison, C.G. Religious involvement and subjective well-being, *Journal of Health and Social Behavior*. 1991; 32: 80-99.
 21. Nonnemaker, J, McNeely, CA, Blum ,VB. Public and private domains of religiosity and adolescent smoking transitions. *Social Science & Medicine*. 2006; 62(12): 3084-3095.
 22. Wooley, MA, Boyd, AL, Gardin, JM, et al. Religious involvement and cigarette smoking in yang adults. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 1604-1610.
 23. Nollen, NL, Catley, D, Davies, G, Jasjit, MH, Ahluwalia, S. Religiosity, social support, and smoking cessation among urban African American smokers. *Addictive Behaviors*. 2005; 30(6): 1225-1229.
 24. Divsalar K, Nakhaee N. Prevalence of smoking and its related factors in two university students in Kerman. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2008; 10(4): 78-83.
 25. Basir Z. Factors affecting smoking in nursing students. [MSc Thesis]. Tehran: University of Medical Sciences of Iran; 1993.
 26. Bahrami Ehsan H, Tashak A. Dimensions of the relationship between religious orientation and mental health assessment and religious orientation scale. *Journal of Psychology and Education* 2004; (69): 41-64.
 27. Bayani, AA, Goodarzi, H, Bayani, A, Mohamad Koochaki, A. Relation between religious orientation and depression and anxiety in students. *Journal of mental health*. 2008; 10(3): 209-214.
 28. Rigotti NA, Lee JE, Wechsler H. US college students' use of tobacco products: results of a national survey. *JAMA* 2000; 284(6): 699-705.
 29. Khodayarifard M, Shokoohi Y, Ghobari Bonab B. Religious attitude scale preparation of students. *Journal of Psychology* 2000; 4(3): 268-85
 30. Ansari H, Bahrami L, Akbar Zadeh L, Bakhshani NM. Of public health at University of Medical Zahedan and some related factors. *Tabib Shargh* 2007; 9(4): 295-305.
 31. Nonnemaker, J, McNeely, CA, Blum ,VB. Public and private domains of religiosity and adolescent

- smoking transitions. *Social Science & Medicine*. 2006; 62(12): 3084-3095.
32. Gillum RF. Frequency of attendance at religious services and cigarette smoking in American women and men: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Prev Med*. 2005;41(2):607
33. Tavakolizadeh JS, Ghahrami M, Hadizade F, Chamanzari H. Study of mental health in young non-smokers and smokers in Gnaba. *Ofogh Danesh* 2003; 9(1): 1-9.
34. Samimi R, Valizadeh A. Relationship of smoking and general health of medical students 2006. *Hormozgan Medical Journal* 2007; 11(4): 303-8.
35. Smith, C.R. Faris, M.L. Denton, Regnerus, M. Mapping American adolescents subjective religiosity and attitudes of alienation toward religion: A research report, *Sociology of Religion*. 2003; 64: 111-133.
36. Sharifi Rad, G, Aziz, K. Factors affecting smoking behavior based on BASNEF in campus student of Esfahan university. *Hormozgan Medical Journal*, 2007;44(4):267.