

مقایسه علایم جسمانی، ادراک استرس و خودکارآمدی در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری

سعید آریاپوران^{۱*}؛ جهانگیر کرمی^۲

چکیده

زمینه: علایم جسمانی، ادراک استرس و خودکارآمدی در بین دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری متفاوت است. مطالعه حاضر با هدف بررسی علایم جسمانی، ادراک استرس و خودکارآمدی دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری انجام شد.

روش‌ها: نمونه آماری، شامل ۲۰۰ نفر دانشجو (۱۰۰ نفر سیگاری و ۱۰۰ نفر غیرسیگاری) بود که به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و چک لیست علایم جسمانی و مقیاس‌های ادراک استرس و خودکارآمدی را تکمیل کردند.

یافته‌ها: در میان دانشجویان سیگاری، بیشترین میزان علایم جسمانی شامل سرفه‌های مزمن (۲۰/۰٪)، بیماری‌های تنفسی (۱۷/۰٪)، مشکلات ریوی (۱۷/۰٪)، سردردهای حاد (۹/۰٪)، سرگیجه و تهوع (۹/۰٪)، خستگی و ناتوانی بدنی (۸/۰٪)، سردردهای مزمن (۶/۰٪) و بیماری‌های قلبی عروقی (۶/۰٪) بوده است. نتایج آزمون تی نشان داد که میانگین ادراک استرس منفی در دانشجویان سیگاری، به طور معنادار بیشتر از دانشجویان غیرسیگاری بود. میانگین ادراک استرس مثبت و خودکارآمدی در دانشجویان غیرسیگاری، به طور معنادار بیشتر از دانشجویان سیگاری بود.

نتیجه گیری: نتایج از وجود علایم جسمانی در میان دانشجویان سیگاری و استرس ادراک شده مثبت و خودکارآمدی بالاتر در دانشجویان غیرسیگاری حمایت می‌کند. بنابراین آموزش راهبردهای مقابله با استرس به دانشجویان و توجه مراکز مشاوره دانشجویی به تقویت خودکارآمدی در میان دانشجویان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: علایم جسمانی، ادراک استرس، خودکارآمدی، دانشجویان، سیگار

پذیرش: ۱۳۸۸/۷/۱۴

«دریافت: ۱۳۸۸/۳/۷»

۱. گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه

* عهده دار مکاتبات: اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی، دانشجوی دکتری

روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۸۳۸۹۹۹۲۹

مقدمه

مصرف تنباکو علت شیوع بسیاری از بیماری‌ها است (۱). مصرف سیگار، یکی از خطرناک‌ترین رفتارهای مختل‌کننده سلامتی انسان است و باعث افزایش بیماری‌های گوناگون قلبی می‌شود (۲). گزارش شده که ۱۵/۷ درصد از افراد سیگاری بین سنین ۳۰-۲۶ سال، ۱۷/۶ درصد در میان افراد متأهل، ۲۸ درصد در میان افراد طبقه بالای اقتصادی و ۲۷ درصد در میان افراد غیرشاغل بوده است (۳). برآوردهای اخیر نشان می‌دهد که مصرف سیگار در میان بزرگسالان در حدود ۲۰/۹ درصد (۴۵/۱ میلیون نفر) است و ۲۳ درصد دانش‌آموزان دوره راهنمایی نیز سیگار مصرف می‌کنند (۴). سیگار، عامل مهمی برای دو علت اول مرگ و میر در آمریکا، یعنی بیماری قلبی و سرطان است (۴ و ۵). در بین نوجوانان و جوانان، سیگار یکی از مهم‌ترین عواملی است که باعث مشکلات سلامتی مانند سرفه کردن، بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های قلبی و عروقی، کاهش سازگاری فیزیکی و کاهش رشد ریه می‌شود (۵). سیمور^۱ گزارش کرد که مصرف سیگار باعث مشکلات جسمانی از قبیل بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان و سردرد مزمن شده و در بیشتر موارد، این مشکلات منجر به مرگ افراد می‌شود (۶).

از جمله عواملی که می‌تواند در شروع سیگار کشیدن یا افزایش مصرف آن دخالت داشته باشد، استرس یا فشار^۲ است. استرس از تعامل بین فرد و محیط ناشی می‌شود. زمانی که فرد موقعیت محیطی را به‌عنوان

تهدیدکننده، چالش‌انگیز و یا زیان‌آور درک کند و محیط، سبب به خطر افتادن منابع فردی وی شود، دچار استرس می‌شود (۷). به مفهوم دقیق هر چیزی که در تمامیت زیست‌شناختی موجود زنده، اختلال به وجود آورد و شرایطی ایجاد کند که موجود زنده از آن پرهیز کند، استرس نامیده می‌شود (۸). استرس با شروع سیگار کشیدن و تداوم آن هم به‌صورت تجربی و هم به‌صورت نظری مرتبط شده است. به‌عنوان مثال، استدلال نظری‌ای که باعث تداوم سیگار کشیدن می‌شود این است که مردم باور دارند که مصرف سیگار باعث کاهش استرس می‌شود (۹). مطالعات تجربی در مورد سیگار و استرس محدود و به‌طور عمده روی بزرگسالان و سیگار کشیدن حاد متمرکز شده‌اند (۱۰). تحقیقات نشان داده است که احساس ادراک استرس در سیگاری‌های معمولی، بر سیگار کشیدن مقدم است و احساس استرس‌آمیز تا حدودی بلافاصله بعد از سیگار کشیدن بهبود می‌یابد (۹ و ۱۱). مطالعات نشان می‌دهد که بزرگسالان سیگاری، استرس بیشتری را نسبت به افراد غیرسیگاری گزارش می‌کنند (۱۲) و در مواقعی که استرس بیشتری دارند نسبت به زمانی که استرس کم‌تری دارند، بیشتر سیگار می‌کشند (۱۳). کسانی که ترک سیگار می‌کنند، در صورتی که استرس داشته باشند، دوباره به سیگار کشیدن روی می‌آورند (۱۴). جونز^۳ در سال ۲۰۰۵ نشان داد که استرس دانش‌آموزان، پیش‌بینی‌کننده سیگار کشیدن‌های اخیر آنان بوده است (۱۵).

از جمله متغیرهای دیگری که بر مصرف مواد،

مخصوصاً سیگار تأثیر دارد خودکارآمدی^۱ است. بر اساس نظریه خودکارآمدی بندورا، وقتی مهارت‌های ضروری و محرک‌های کافی وجود داشته باشد، خودکارآمدی طبیعی، پیش‌بینی می‌شود. به عقیده بندورا مجموعه باورها و انتظارات فرد در مورد توانایی‌هایش در ارتباط با انجام مؤثر تکالیف و ارضای آنچه باید برآورده شود، از عناصر خودپنداره هر شخص است. بندورا این باورها و انتظارات را خودکارآمدی می‌نامد. او معتقد است که انتظارات ویژه فرد در مورد توانایی‌هایش برای انجام اعمال خاص بر کوشش فرد در انجام یک عمل، پایداری در انجام آن عمل و ایجاد انگیزه‌های مناسب تأثیر دارد (۱۶). دیکلمته و همکاران^۲ نشان دادند که خودکارآمدی، متغیری میانجی است که باعث موفقیت در تعدیل رفتارهای اعتیادآمیز می‌شود و نقش مهمی در پیش‌بینی توانایی پرهیز از سوء مصرف الکل و تعیین آسیب‌پذیری شروع مصرف الکل دارد (۱۷). بیشتر پژوهش‌ها در مورد مصرف سیگار، نشان می‌دهد که خودکارآمدی با سیگار کشیدن مرتبط است (۱۸). گارسیا و همکاران^۳ نشان دادند که خودکارآمدی قبل از درمان، نقش مهمی در ترک سیگار دارد (۱۹). پژوهش‌ها نشان داد که داشتن خودکارآمدی پایین، شروع مصرف سیگار را افزایش می‌دهد و پیش‌بینی‌کننده مهمی برای مصرف بالای سیگار است (۲۰). داشتن نمره بالا در خودکارآمدی با مصرف پایین تنباکو در ارتباط است (۲۱) و کسانی که مصرف روزانه سیگار دارند نسبت به کسانی که مصرف کم‌تری دارند، دارای خودکارآمدی

پایین‌تر هستند (۲۲). با توجه به نتایج پژوهش‌های مختلف، می‌توان گفت که استرس و خودکارآمدی در مصرف سیگار نقش دارند، اما به دلیل پراکنده بودن مطالعات خارجی و نبود پژوهش‌هایی در مورد نقش این متغیرها در مصرف سیگار دانشجویان، به‌خصوص دانشجویان ایرانی، نتایج این پژوهش از بعد افزایشی می‌تواند باعث تقویت علم روانشناسی شود. در این پژوهش، شیوع علایم جسمانی در دانشجویان سیگاری، هدف اصلی مطالعه بوده است و فرض بر آن بود که میانگین ادراک استرس منفی و مثبت و خودکارآمدی در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری تفاوت دارد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه پس‌رویدادی از نوع مورد شاهدهی است. بررسی تفاوت میانگین متغیرهای ادراک استرس و خودکارآمدی در دو گروه دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری، هدف اصلی این پژوهش بود. در این پژوهش بنا به روش پس‌رویدادی، سیگاری و غیرسیگاری بودن دانشجویان به‌عنوان متغیر مستقل و ادراک استرس و خودکارآمدی، به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. جامعه این پژوهش را دانشجویان پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه تشکیل دادند. از میان جامعه پژوهش، ۱۰۰ نفر دانشجوی سیگاری به‌صورت داوطلبانه در تحقیق شرکت کردند. از میان دانشجویان غیر سیگاری نیز ۱۰۰ نفر به روش داوطلبانه به‌عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. سیگاری نبودن این دانشجویان با توجه به

نظر دوستان و مشاهده پژوهشگر، تأیید شد. منظور از دانشجویان سیگاری، افرادی بودند که از یک سال پیش از انجام پژوهش، حداقل سه نخ سیگار مصرف روزانه آنان بوده و همچنان به مصرف ادامه داده و احساس نیاز به مصرف سیگار نموده‌اند. میانگین سنی دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری، به ترتیب $24/69 \pm 5/21$ و $24/82 \pm 5/33$ بود ($P=0/841$). میانگین سابقه مصرف سیگار در دانشجویان سیگاری $5/235 \pm 1/09$ و میانگین نخ‌های سیگار روزانه در آنان $9/48 \pm 3/72$ بود.

در این پژوهش، برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد:

الف - چک‌لیست علایم جسمانی: این چک‌لیست توسط محقق ساخته شده و شامل علایم جسمانی از قبیل سردردهای مزمن، سردردهای حاد، سرگیجه و تهوع، خستگی و ناتوانی، بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های قلبی - عروقی و سرفه زدن و مشکلات ریوی است.

ب - مقیاس ادراک استرس: این مقیاس توسط کوهن و همکاران^۱ (۱۹۸۳) ساخته شده و دارای ۱۴ آیتم است. هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای («هیچ»، «کم»، «متوسط»، «زیاد» و «خیلی زیاد») پاسخ داده می‌شود. این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند. مقیاس ذکر شده، دو خرده مقیاس را می‌سازد که شامل: (۱) خرده مقیاس ادراک منفی از استرس^۲ و (۲) خرده مقیاس ادراک مثبت از استرس^۳ می‌باشد. هر کدام از این دو خرده مقیاس، دارای ۷ آیتم است. ضرایب

پایایی همسانی درونی این مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از $0/86-0/84$ در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک، به دست آمده است. میمورا و گریفث^۴ در پژوهشی بر روی دانشجویان ژاپنی، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اصلی و مقیاس تجدیدنظرشده ژاپنی را به ترتیب $0/88$ و $0/81$ به دست آوردند (۲۳). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای استرس ادراک شده مثبت $0/78$ و برای استرس ادراک شده منفی $0/75$ به دست آمد. مقیاس اندازه‌گیری این پرسشنامه، فاصله‌ای است.

ج - مقیاس خودکارآمدی: این ابزار یک پرسشنامه مداد-کاغذی است که توسط شرر و آدامز^۵ در سال ۱۹۸۳ تهیه شده است. این مقیاس، ۱۷ آیتم دارد. آزمودنی به هر آیتم بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای («کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم») پاسخ می‌دهد. ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی این مقیاس، به ترتیب $0/81$ و $0/67$ گزارش شده است و همچنین بین خودکارآمدی و اضطراب، همبستگی $0/61$ به دست آمده است (۲۴). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این مقیاس $0/72$ به دست آمد. مقیاس اندازه‌گیری این پرسشنامه، فاصله‌ای است.

شیوه جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که پژوهشگر به میان دانشجویان رفته و با توجه به مشاهده خود و گزارش دوستان آنان، پرسشنامه‌های پژوهش را در اختیار دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری که رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کرده بودند قرار

1. Cohen et al

2. negative perceived stress

3. positive perceived stress

4. Mimura & Griffiths

5. Sherer & Adames

سردردهای مزمن، سرگیجه و تهوع و بیماری‌های قلبی عروقی بود (جدول ۲).

بین میانگین ادراک استرس منفی و مثبت در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری، تفاوت معنادار وجود دارد ($p=0/001$). به این معنی که میانگین ادراک استرس منفی در میان دانشجویان سیگاری و ادراک استرس مثبت در میان دانشجویان غیرسیگاری بیشتر بود. همچنین بین میانگین خودکارآمدی در دو گروه دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری، تفاوت معنادار وجود دارد ($p=0/001$). به این معنی که میانگین خودکارآمدی دانشجویان غیرسیگاری، بیشتر از دانشجویان سیگاری بود. در میان دانشجویان متأهل، ادراک استرس منفی بیشتر از دانشجویان مجرد بود ($p=0/001$) و سایر متغیرها در دانشجویان متأهل و مجرد، تفاوت معنادار نداشت. هیچ کدام از متغیرها در بین دانشجویان کاردانی و کارشناسی، تفاوت معنادار نداشت (جدول ۳).

داد. شرکت کنندگان به مدت نیم ساعت پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های خام با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های توصیفی از آزمون‌های آمار توصیفی و برای تجزیه و تحلیل تفاوت میانگین متغیرها در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

در میان دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری، تعداد دانشجویان متأهل کم‌تر از دانشجویان مجرد و تعداد دانشجویان کاردانی کم‌تر از دانشجویان کارشناسی بود (جدول ۱).

در دانشجویان سیگاری، میزان علایم جسمانی به‌ترتیب مربوط به سرفه‌های مزمن، بیماری‌های تنفسی، سردردهای حاد، مشکلات ریوی، خستگی و ناتوانی،

جدول ۱- توزیع فراوانی وضعیت تأهل و تحصیلات در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری

متغیر	دانشجویان سیگاری		دانشجویان غیرسیگاری		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل						
متأهل	۱۸	۶۴/۲۸	۱۰	۳۵/۷۲	۲۸	۱۰۰/۰۰
مجرد	۸۲	۴۷/۶۷	۹۰	۵۲/۳۳	۱۷۲	۱۰۰/۰۰
مقطع تحصیلی						
کاردانی	۲۵	۵۹/۵۲	۱۷	۴۰/۴۸	۴۲	۱۰۰/۰۰
کارشناسی	۷۵	۴۷/۴۷	۸۳	۵۲/۵۳	۱۵۸	۱۰۰/۰۰
جمع	۱۰۰		۱۰۰		۲۰۰	

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصد علایم جسمانی در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری

علایم جسمانی	دانشجویان سیگاری		دانشجویان غیرسیگاری	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سردردهای مزمن	۱۹	۱۹/۰	۱۳	۱۳/۰
سردردهای حاد	۲۳	۲۳/۰	۱۴	۱۴/۰
سرگیجه و تهوع	۱۴	۱۴/۰	۵	۵/۰
خستگی و ناتوانی	۱۹	۱۹/۰	۱۱	۱۱/۰
بیماری‌های تنفسی	۲۴	۲۴/۰	۷	۷/۰
بیماری‌های قلبی و عروقی	۹	۹/۰	۳	۳/۰
سرفه‌های مزمن	۲۶	۲۶/۰	۶	۶/۰
مشکلات ریوی	۲۰	۲۰/۰	۳	۳/۰

جدول ۳- مقایسه میانگین ادراک استرس منفی و مثبت و خودکارآمدی در دانشجویان، برحسب سیگاری و غیرسیگاری بودن، وضعیت تأهل و

مقطع تحصیلی

متغیر	گروه	میانگین	SD	p
ادراک استرس منفی	دانشجویان سیگاری	۱۸/۶۵	۴/۳۳	۰/۰۰۱
	دانشجویان غیر سیگاری	۱۵/۰۲	۳/۰۷	
ادراک استرس مثبت	دانشجویان سیگاری	۱۳/۰۸	۲/۳۷	۰/۰۰۱
	دانشجویان غیر سیگاری	۱۵/۸۶	۲/۹۲	
خودکارآمدی	دانشجویان سیگاری	۲۶/۴۰	۸/۵۸	۰/۰۰۱
	دانشجویان غیر سیگاری	۳۳/۱	۸/۳۷	
ادراک استرس منفی	دانشجویان متأهل	۱۸/۴۶	۳/۷۶	۰/۰۲۵
	دانشجویان مجرد	۱۶/۵۷	۴/۱۸	
ادراک استرس مثبت	دانشجویان متأهل	۱۴/۱۱	۳/۴۷	۰/۴۹۱
	دانشجویان مجرد	۱۴/۵۳	۲/۹۲	
خودکارآمدی	دانشجویان متأهل	۲۶/۸۲	۷/۹۳	۰/۰۶۶
	دانشجویان مجرد	۳۰/۲۳	۹/۳۲	
ادراک استرس منفی	دانشجویان کاردانی	۱۶/۶۷	۴/۰۶	۰/۷۷۶
	دانشجویان کارشناسی	۱۶/۸۸	۴/۲۱	
ادراک استرس مثبت	دانشجویان کاردانی	۱۴/۰۹	۳/۱۹	۰/۳۵۳
	دانشجویان کارشناسی	۱۴/۵۷	۲/۹۴	
خودکارآمدی	دانشجویان کاردانی	۲۹/۶۰	۸/۴۳	۰/۹۰۶
	دانشجویان کارشناسی	۲۹/۷۹	۹/۲۹۵	

بحث

نتایج نشان داد که در دانشجویان سیگاری، بیشترین درصد علائم جسمانی به ترتیب مربوط به سرفه‌های مزمن (۲۶٪)، بیماری‌های تنفسی (۲۴٪)، سردردهای حاد (۲۳٪)، مشکلات ریوی (۲۰٪)، سردردهای مزمن (۱۹٪)، خستگی و ناتوانی (۱۹٪)، سرگیجه و تهوع (۱۴٪) و بیماری‌های قلبی عروقی (۹٪) بوده است. با توجه به این نتایج می‌توان گفت که مشکلات و علائم جسمانی در میان افراد سیگاری، بیشتر از افراد غیرسیگاری است. از آن‌جا که پژوهش داخلی‌ای به این امر اشاره نکرده است می‌توان گفت که این نتیجه با یافته‌های قلبی (۵ و ۶)، هم‌خوانی دارد. سیمور نشان داد که سیگار کشیدن باعث مشکلات جسمانی از قبیل بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان و سردرد مزمن می‌شود (۶). دلیل این که سرفه‌های مزمن، بیماری‌های تنفسی، سردردهای حاد و مشکلات ریوی بیشترین میزان شیوع را در افراد سیگاری به خود اختصاص داده‌اند، این است که بیشترین آثار ناشی از مصرف سیگار به دستگاه تنفسی برمی‌گردد و مشکلات در دستگاه تنفسی نیز سرفه‌های مزمن و مشکلات ریوی افراد را به دنبال خواهد داشت. همچنین سیگار کشیدن ممکن است ایجاد آلرژی نموده و سردردهای حاد ناشی از بوی سیگار را به دنبال داشته باشد. در توجیه این یافته می‌توان گفت که سیگار کشیدن، تأثیرات جسمانی بسیار وخیمی برای افراد به دنبال دارد و به همین دلیل است که سالانه شاهد مرگ تعداد زیادی از افراد سیگاری، به دلیل مشکلات تنفسی و قلبی می‌باشیم و این با توجه به گزارشات سال ۲۰۰۳

انجمن سرطان آمریکا و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها که سیگار را عامل مهمی برای دو علل اول مرگ و میر در آمریکا، یعنی بیماری قلبی و سرطان می‌دانند، قابل توجیه است (۴ و ۵). سایر موارد مانند سردردهای مزمن، خستگی و ناتوانی، سرگیجه و تهوع و بیماری‌های قلبی عروقی نیز ناشی از عواقب وخیم سیگار است که خود افراد سیگاری از آن آگاه نیستند و این نشان از مضر بودن سیگار برای سلامت جسمانی است. همان‌طور که آتا و اسپنسور در سال ۲۰۰۲ نشان دادند که مصرف سیگار، یکی از خطرناک‌ترین رفتارهای مختل‌کننده سلامتی انسان است و باعث افزایش بیماری‌های گوناگون قلب می‌شود (۲)، این یافته به وضوح قابل توجیه است.

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین ادراک استرس منفی و مثبت در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری، تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنی که میانگین ادراک استرس منفی در میان دانشجویان سیگاری و ادراک استرس مثبت در میان دانشجویان غیرسیگاری، بیشتر بود. این نتیجه با یافته‌های قلبی (۱۵-۱۲) هم‌خوانی دارد. این مطالعات به نقش استرس در سیگار کشیدن و استرس بیشتر افراد سیگاری نسبت به افراد غیرسیگاری، اشاره کرده‌اند. در توجیه این یافته می‌توان گفت که داشتن استرس در افراد، ممکن است باعث شود که آن‌ها برای فرار از منبع استرس به مصرف مواد و مخصوصاً سیگار کشیدن روی بیاورند. زیرا ممکن است سیگار کشیدن، نشانه‌های استرس آن‌ها را برای لحظاتی کاهش دهد. همان‌طور که پاروت (۱۹۹۵) اشاره کرده ممکن

است این موضوع، ناشی از باور غلط مردم در این مورد باشد که مصرف سیگار، باعث کاهش استرس می‌شود (۹). از آن‌جاکه ادراک استرس منفی در افراد سیگاری و ادراک استرس مثبت در افراد غیرسیگاری، بیشتر بوده است، می‌توان گفت که افراد غیرسیگاری، درک درست و مثبتی از استرس دارند. این درک درست موجب قبول وجود استرس در زندگی شده و باعث می‌شود که آنان برای مقابله با استرس، راهبردهای مثبت و مفید را به کار ببرند. اما افراد سیگاری به دلیل درک منفی از استرس، همیشه از راهبردهای منفی برای مقابله از استرس استفاده می‌کنند و به نوعی به جای مقابله مثبت با استرس به راهبردهای منفی، مانند مصرف مواد مخدر و سیگار روی می‌آورند.

همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین خودکارآمدی در دو گروه دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری، تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنی که میانگین خودکارآمدی دانشجویان سیگاری، بیشتر از دانشجویان غیرسیگاری بود. با توجه به آن‌که در داخل کشور، پژوهشی در این زمینه صورت نگرفته است، این نتیجه با یافته‌های قبلی (۱۷ و ۲۲-۱۹) هم‌خوانی دارد. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که افراد سیگاری، دارای خودکارآمدی پایینی هستند و خودکارآمدی پایین، باعث شروع و تداوم مصرف سیگار می‌شود. از آن‌جا که بندورا خودکارآمدی را مجموعه باورها و انتظارات فرد در مورد توانایی‌هایش در ارتباط با انجام مؤثر تکالیف و رضای آن‌چه که باید برآورده شود، تعریف می‌کند (۱۸)، می‌توان گفت که افراد سیگاری، توانایی کم‌تری در انجام

تکالیف مؤثر دارند، زیرا خودکارآمدی پایینی را تجربه می‌کنند. بنابراین می‌توان گفت که از یک طرف، خودکارآمدی پایین باعث شروع مصرف سیگار می‌شود و از طرف دیگر کسانی که سیگار مصرف می‌کنند خودکارآمدی پایینی دارند. کشیدن سیگار و مصرف مداوم آن توانایی و باور فرد در مورد توانایی‌هایش را دچار اشکال خواهد کرد و به همین دلیل است که بیشتر افراد سیگاری گزارش می‌کنند که نمی‌توانند سیگار را ترک کنند. گارسیا و همکاران عنوان می‌کنند که خودکارآمدی قبل از درمان، نقش مهمی در ترک سیگار دارد (۱۹). بنابراین کسانی که به راحتی ترک سیگار می‌کنند نسبت به کسانی که نمی‌توانند سیگار را ترک کنند، دارای خودکارآمدی بالاتری هستند.

نتایج نشان داد که میانگین ادراک استرس منفی در میان دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد بود. به نظر می‌رسد که دانشجویان متأهل به دلیل درگیری در مسایل زناشویی و هم‌زمان شدن آن با دوره دانشجویی، ادراک منفی‌ای از استرس دارند. بنابراین متأهل بودن می‌تواند به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای در سیگاری بودن و غیرسیگاری بودن دانشجویان عمل نماید و در تفسیر و تعمیم نتایج، باید به آن توجه شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش از وجود علایم جسمانی ناشی از مصرف سیگار و تفاوت ادراک استرس و خودکارآمدی در دو گروه دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری، حمایت می‌کند و با توجه به تأیید و حمایت یافته‌های قبلی،

می‌شود که راهبردهای مقابله با استرس، در دانشجویان آموزش داده شود تا بتوان از شیوع مصرف سیگار در بین آن‌ها جلوگیری کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که مشاوران به متغیر خودکارآمدی و تقویت میزان آن در بین دانشجویان توجه نمایند تا بتوانند علی‌رغم جلوگیری از مصرف سیگار، دانشجویان سیگاری را نسبت به ترک سیگار ترغیب نمایند.

بیانگر این است که افراد غیرسیگاری، درک مثبتی از استرس دارند و احتمالاً به همین دلیل و به دلیل داشتن خودکارآمدی بالا به مصرف سیگار روی نمی‌آورند. اما دانشجویان سیگاری به دلیل داشتن درک منفی از استرس‌ها، راهبردهای مقابله غلط از جمله مصرف سیگار را برمی‌گزینند و خودکارآمدی پایین، این عمل آنان را تشدیدتر می‌کند. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد

References:

1. Monson AL, Engeswick LM. Promotion of tobacco cessation through dental hygiene education: A Pilot Study. *J Dent Educ* 2005; 69 (8): 901-11.
2. Atav S, Spencer GA. Health risk behaviors among adolescents attending rural, suburban, and urban schools: A comparative study. *Fam Community Health* 2002; 25(2):53-64.
3. Memon A, Moody PM, Sugathan TN, el-Gerges N, al-Bustan M, al-Shatti A, al-Jazzaf H. Epidemiology of smoking among Kuwaiti adults: prevalence, characteristics, and attitudes. *Bull World Health Organ* 2000; 78 (11): 1306-15.
4. Centers for disease Control and Prevention. Smoking and tobacco use: fact sheet. (November 2006).[On-Line]. Retrieved October 9, Available: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistic/Factsheets/adult_cig_smoking.htm. 2007: 27-28.
5. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. Publication No. 5008.03. 2003: 42-43.
6. Seymour L. Not all in the mind: the physical health of mental health service users London: Mentality 2003: 33-34.
7. Lazarus R. Cognitive and copy processes in emotion. In R. Lazarus & A. Onat (Eds.), *In Stress and Coping: an Anthology*. New York: Columbia University Press 1977; 14-16.
8. Poorafkari, N. [Comprehensive Dictionary of Psychology- Psychiatric. (persian)]. Tehran: Masser Farhang publication 2001: 54-55.
9. Parrott AC, Smoking cessation leads to reduced stress, but why? *Inter J Addict* 1995; 30(11):1509-16.
10. Byrne DG, Byrne AE, Reinhart MI. Personality, stress and the decision to commence cigarette smoking in adolescence. *J Psychosom Res* 1995; 39 (1): 53-62.
11. Parrot AC. individual differences in stress and arousal during cigarette smoking. *Psychopharmacology(Belt)* 1994a; 115 (3): 389-96.
12. Naquin MR, Gilbert GG. College students' smoking, perceived stress and coping styles. *J Drug Educ* 1996; 26(4): 367-76.
13. Warburton DM. Situational determinants of smoking. *Pharmacopsychocology (belt)* 1988; (1): 67-77.
14. Shiffman, S. Cluster-analytic classification of smoking relapse episodes. *Addict Behav* 1986; 11 (3): 295-307.
15. Jones LR. 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 2005: 32-40.
16. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company 1997: 21-32.
17. DiClemente CC, Fairhurst S.K, Piotrowski NA. Self-efficacy and addictive behaviors. In: Maddux J. *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum 1995:109-41.
18. Walker NR. Understanding Self-Efficacy for Alcohol Use: The Roles of Self-Monitoring and Hypothesized Source Variables. Thesis submitted to the faculty of Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of ScienceIn Psychology. Blacksburg, Virginia University 2002: 43-47.
19. Garcia ME., Schmitz JM, Doerfler LA. A fine-grained analysis of the role of self-efficacy in self-initiated attempts to quit smoking.*J Consult Clin Psychol* 1990; 58(3): 317-22.
20. Hogan C.J. Enviromental factors that predict adulescent smoking behavior: the influence of parent, peer, and and sibling smoking. (Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University 2002). *Disseration Abstract International: section B: the Sciences & Engineering* 2002; 63(5-B): 25-85.
21. Brodeur S. Self-efficacy as a predictor of health compromising brhaviors: sex, race, and geographic region as moderating variables. Virginia Commonwealth University, Richmond, VA 2003: 12-18.
22. Fagan P, Eisenberg M, Frazier L, Stoddard AM, Avrunin JS, Sorensen G. Employed adolescents and beliefs about self-efficacy to avoid smoking. *Addict Behav* 2003; 28(4): 613-26.
23. Abolghasemi A, Narimani M. [Psychological Tests (persian)]. Ardabil: Baghe Rozvan publication 2003: 67-8.
24. Ariapooran S. [The efficacy of relaxation and mental imagery on self-efficacy, self-monitoring and performance in tekvando athletes (persian)]. Thesis of MA in psychology, Ardabil; Mohagheghe Ardabili University 2003: 34-36.