

وابستگی به مصرف سیگار و ارتباط آن با سلامت عمومی در کارکنان مرد سیگاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه ۱۳۹۷

شیمایادگار^۱، محمدحسن صاحبی‌حق^۲، حسین نامدار ارشنتاب^۳، حسین جعفری‌زاده^۴، محمد اصغری جعفرآبادی^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۴/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۷/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: یکی از شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر قابل‌پیشگیری در دنیا مصرف سیگار می‌باشد که سلامت جسمی و روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجاکه انتخاب سبک زندگی سالم در مردان کم‌تر از زنان می‌باشد و سلامت مردان شاغل در حیطه سلامت نقش مهمی در ارائه خدمات سلامتی به مردم دارند؛ لذا مطالعه حاضر باهدف بررسی ارتباط بین وابستگی به مصرف سیگار و سلامت عمومی در مردان سیگاری طراحی انجام شد.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس بین ۳۵۰ مرد سیگاری شاغل در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شد. ابزارهای این مطالعه پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی و آزمون وابستگی به مصرف سیگار فاگستروم بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 به‌صورت توصیفی و استنباطی تجزیه تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره وابستگی به مصرف سیگار و سلامت عمومی به ترتیب، $2/31 \pm 3/33$ (دامنه نمرات ۰-۱۰) و $13/27 \pm 23/60$ (دامنه نمرات ۰-۸۴) می‌باشد. به‌طور کلی نتایج نشان داد بین سلامت عمومی و وابستگی به مصرف سیگار ارتباط مستقیم معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: افراد با وابستگی کم‌تر به مصرف سیگار وضعیت سلامتی بهتر دارند، درواقع هرچه میزان وابستگی افراد به سیگار کم‌تر باشد، سلامت جسمی و روانی افراد بهتر و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی بخصوص اختلالات افسردگی و اضطراب کم‌تر می‌شود.

کلیدواژه‌ها: وابستگی به مصرف سیگار، سلامت عمومی، ارومیه

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۲۱، آبان ۱۳۹۸، ص ۶۵۵-۶۴۶

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشکده پرستاری مامایی تبریز، تلفن: ۰۹۱۴۳۴۸۳۱۷۰

Email: Shima.yadegar@yahoo.com

مقدمه

می‌باشد که منجر به افزایش فعالیت سمپاتیک و سطح کاتکول آمین‌ها شده که از این طریق خطر بروز این بیماری‌ها را افزایش می‌دهد (۴، ۵). سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که در صورت تداوم روند فعلی مصرف سیگار، تعداد مرگ‌های سالانه ناشی از بیماری‌های مرتبط با دخانیات از پنج میلیون در سال ۲۰۰۰ به ۱۰ میلیون در سال ۲۰۲۰ خواهد رسید (۶). وابستگی به دخانیات یک حالت مزمن است که به‌تنهایی عامل مرگ‌ومیر زودرس تقریباً نیم میلیون نفر سالانه در ایالات‌متحده می‌باشد که

بزرگ‌ترین مسائل تهدیدکننده سلامت که اثرات کشنده و ناتوان‌کننده بر سلامت دارد نقش عمده‌ای در بروز بیماری‌هایی مانند سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی عروقی و دیگر بیماری‌های مزمن؛ و مرگ‌ومیر ناشی از آن‌ها دارد؛ مصرف سیگار می‌باشد (۱)، مصرف سیگار تنها عامل قابل‌پیشگیری از مرگ‌ومیر و ناتوانی و بیماری‌های مزمن می‌باشد (۳، ۴). خطر ابتلا به بیماری عروق کرونر ناشی از وجود نیکوتین و مونوکسید کربن موجود در سیگار

^۱ عضو کمیته تحقیقات دانشجویی و دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ استادیار، عضو مرکز تحقیقات مدیریت خدمات سلامت تبریز و گروه پرستاری سلامت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روانپرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۴ مربی، هیئت علمی، عضو مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۵ گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

آن هم شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر قابل‌پیشگیری در جهان محسوب می‌شود (۶، ۷) شکل غالب دخانیات در سراسر جهان سیگار می‌باشد که به علت وابستگی به نیکوتین مهم است. نیکوتین، به تقلید از استیل کولین و توانایی آن برای اتصال به گیرنده کولینرژیک نیکوتین، زمینه را برای وابستگی به نیکوتین فراهم می‌کند که این وابستگی منجر به تغییرات طولانی‌مدت جسمی، ذهنی، رفتاری و فیزیولوژیکی در فرد می‌شود (۶) و یک رفتار بسیار اعتیادآور است که با مصرف آن باعث بروز نشانه‌های فیزیولوژیکی، رفتاری و اجتماعی به علت ایجاد سندرم وابستگی می‌شود (۸).

وابستگی به نیکوتین، مجموعه‌ای از پدیده‌های رفتاری، شناختی و روانی است که بعد از مصرف مکرر دخانیات به وجود می‌آید و مشخصاتی را در بردارد که شامل: تمایل شدید به مصرف سیگار، کنترل دشوار در مصرف آن، تداوم به مصرف سیگار با وجود داشتن اطلاعات در خصوص عواقب بد آن، افزایش سطح نیکوتین موردنیاز بدن و وضعیت جسمانی محرومیت از سیگار (۹) بنابراین کشیدن سیگار، افزون بر زیان‌های جسمی و روانی، زمینه‌ساز ابتلای افراد به سوءمصرف مواد نیز می‌باشد (۸، ۱۰) به همین دلیل، استفاده دائم و مکرر از سیگار، در تقسیم‌بندی روان‌پزشکی به سندرم وابستگی به نیکوتین تعریف شده است. (۱۰-۱۲)

عادت سیگار کشیدن به نظر می‌رسد در نتیجه دو عامل اجتماعی و روانی باشد. عوامل روانی: مانند اعتماد به نفس پایین و یا عدم اعتماد به نفس، منبع کنترل بیرونی و عوامل اجتماعی مانند اضطراب اجتماعی (۱۳، ۱۴).

بنابراین سیگار کشیدن یکی از رفتارهای غیربهداشتی می‌باشد که نه تنها سلامت فرد بلکه سلامت جامعه را نیز تهدید می‌کند (۱۰، ۱۵).

"سلامت" از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی (WHO): به معنای "رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد و نه تنها صرفاً نبود یا فقدان بیماری یا ناتوانی (۱۶، ۱۷). یکی از ملاک‌های تعیین‌کننده سلامت عمومی افراد، سلامت روان می‌باشد که مفهوم آن عبارت است از احساس خوب بودن و اطمینان از خود کارآمدی، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی، خودشکوفایی، توانایی‌های بالقوه فکری هیجانی و ... می‌شود" (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۱). در واقع سلامت روان به‌عنوان "حالتی ذهنی همراه با سلامت هیجانی نسبتاً رها شده از نشانه‌های اضطراب و ناتوانی، و توانایی برقراری روابط سازنده، مقابله با خواسته‌ها و محرک‌های تنش‌زای زندگی" (۱۸).

بین سیگار کشیدن و استرس یک رابطه دوطرفه وجود دارد (۱۹). استرس باعث اشتیاق سیگار برای افراد سیگاری می‌شود و این تفکر را ایجاد می‌کند که استعمال سیگار به‌نوبه خود استرس

را کاهش می‌دهد و استرس حاد باعث ولع مصرف سیگار و اثرات منفی می‌شود. افرادی که روزانه استعمال سیگار بالایی دارند نسبت به افرادی که کم‌تر سیگار می‌کشند و یا غیر سیگاری‌ها واکنش فیزیولوژیکی قوی‌تری نسبت به استرس نشان می‌دهند (۲۰). افراد سیگاری اغلب اظهار می‌کنند چون سیگار کشیدن سبب کاهش استرس می‌شود، بنابراین ترک آن دشوار است (۲۱).

بین سیگار کشیدن و اختلالات روانی نیز بر اساس مطالعات بالینی و اپیدمیولوژیک به دو صورت پیوستگی وجود دارد: ۱. اختلالات روانی باعث افزایش خطر سیگار کشیدن و کاهش بالقوه برای ترک سیگار؛ و ۲. سیگار کشیدن سبب افزایش خطر بروز اختلالات روانی پس‌از آن است.

شواهد موجود نشان می‌دهد هنگامی که یک اختلال روانی فعال می‌شود شروع سیگار کشیدن روزانه پس‌از آن را پیش‌بینی می‌کند. در واقع افراد با اختلالات روانی فعال، بیشتر در معرض خطر سیگار کشیدن روزانه هستند. افسردگی یک عامل خطر عمده برای سیگار کشیدن روزانه است. افراد سیگاری که از پیش دچار اختلالات روانی بهبود نیافته در زمان شروع سیگار کشیدن روزانه بودند احتمال بیشتری برای تبدیل شدن به افراد وابسته به نیکوتین هستند (۱).

عادت‌های نادرست مانند سیگار کشیدن و به طبع آن سلامت پایین، خطر بروز بیماری‌های شغلی را در افراد شاغل افزایش می‌دهد که منجر به کاهش بازده کاری آن‌ها می‌شود (۲۲). با توجه به شیوع ۱۴ درصدی استعمال دخانیات در استان آذربایجان غربی که ۳ درصد بالاتر از میانگین کشوری می‌باشد (۲۳) و تأثیر آن در ابعاد مختلف زندگی این مطالعه باهدف بررسی وابستگی به مصرف سیگار و ارتباط آن با سلامت عمومی در کارکنان مرد سیگاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که به‌عنوان مبلغین سلامت هستند، در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر مطالعه توصیفی همبستگی است که در آن ۵۰۰ نفر از کارکنان مرد سیگاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (ستاد دانشگاه؛ معاونت‌های درمان، غذا و دارو، معاونت بهداشتی؛ دانشکده‌های علوم پزشکی؛ مرکز بهداشت شهرستان و مراکز آموزشی درمانی) به روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند که بعد از خروج ۱۵۰ پرسش‌نامه ناقص به دلیل عدم همکاری یا پر کردن ناقص پرسش‌نامه، ۳۵۰ نفر وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود در این مطالعه شامل موارد زیر بود: فرد از نظر مصرف سیگار در یکی از گروه سیگاری قهار، سیگاری فعال، غیرفعال و ترک کرده باشد؛ داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی جهت تکمیل پرسش‌نامه؛

تمایل به شرکت در پژوهش؛ شاغل در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه؛ مرد بودن؛ نداشتن اعتیاد به سایر مواد مخدیری بنا به اظهار خود فرد؛ نداشتن سابقه درمان روان پزشکی بنا به اظهار خود فرد.

به منظور دستیابی به اهداف از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک؛ پرسشنامه وابستگی به مصرف سیگار فاگشتروم (FTND) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد.

پرسشنامه وابستگی به مصرف سیگار فاگشتروم (FTND): این تست به طور گسترده برای اندازه گیری وابستگی به نیکوتین استفاده می شود. یک مقیاس کوتاه ۶ گزینه ای است که به ارزیابی میزان وابستگی فرد به نیکوتین می پردازد. نمره های آن در گستره ۰ تا ۱۰ قرار دارند. نمره های بالاتر اشاره به میزان وابستگی بالاتر دارند (۲۴-۲۶). سطح پایین وابستگی بین نمرات ۰ تا ۳، سطح متوسط وابستگی بین نمرات ۴ تا ۶ و سطح بالای وابستگی بین نمرات ۷ تا ۱۰ قرار دارند (۲۵). میزان آلفای کرونباخ برای این آزمون بر اساس یافته های حاصل از تحقیقات ۰/۸۳ برآورد شد. تحقیقات مختلف نیز پایایی این آزمون را $r = 0/94$ و $r = 0/90$ گزارش کرده اند (۲۴-۲۶).

ابزار سلامت عمومی GHQ28: یک ابزار غربالگری برای تشخیص احتمال یا در معرض خطر اختلالات روانی، GHQ می باشد (۲۷). این پرسشنامه توسط گلدبرگ و ویلیامز، (۱۹۸۸) و به طور خاص برای اهداف پژوهشی طراحی شده و به طور گسترده در موارد غیر بالینی نیز مورد استفاده قرار گرفته است (۲۸). همچنین برای اندازه گیری مشکلات سلامت روانی در حوزه افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و انزوای اجتماعی طراحی شده است (۲۷). روش نمره گذاری این پرسشنامه لیکرت ساده (۰-۱-۲-۳) انتخاب شده است. نمره سلامت کلی در محدوده (۰-۸۴) می باشد. نمرات بالا نشان دهنده سطح بالای مشکل روانی و سلامت عمومی ضعیف می باشد (۲۹). نمره سلامت عمومی هر یک از واحدهای مورد پژوهش بین (۰-۲۷) به عنوان سلامت در حد معمول و بین (۲۸-۵۵) به عنوان تا حدی مطلوب و نمرات بین (۵۶-۸۴) به عنوان سلامت در حد نامطلوب در نظر گرفته می شود (۳۰). ابزار دارای سطح اعتبار همسانی درونی (آلفا = ۰/۹۲) قابل قبولی می باشد (۲۹). GHQ-۲۸ یک مقیاس اندازه گیری روا و پایا می باشد که روایی و پایایی آن خوب گزارش شده است (۲۸). ضرایب پایایی در مطالعات مختلف در محدوده ۰/۷۸-۰/۹۵ می باشد (۲۷).

به منظور جمع آوری داده ها، پس از اخذ معرفی نامه های لازم و هماهنگی با ریاست هر بخش، کارکنان مرد سیگاری به صورت در

دسترس و هدفمند برای شرکت در پژوهش شناسایی شدند؛ برای شناسایی نمونه ها از مسئولین واحدها درخواست شد که افراد سیگاری خود را معرفی نمایند، سپس با مراجعه به اتاق های کارکنان و سؤال در مورد وجود افراد سیگاری و مشاهده افراد در حال استعمال سیگار به عنوان نمونه انتخاب شدند، در مرحله بعد اهداف پژوهش به شرکت کنندگان توضیح داده شد و از آن ها درخواست شد که در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمایند. به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و در هر مرحله از پژوهش می توانند از پژوهش خارج شوند. این پژوهش در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد تصویب قرار گرفته است.

یافته ها

۳۵۰ نفر از کارکنان مرد سیگاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در این پژوهش شرکت کردند. میانگین سنی افراد شرکت کننده $4/56 \pm 38/22$ که بیشتر افراد در گروه سنی بین ۳۰-۴۰ سال قرار داشتند. بیشتر افراد بین ۲۰-۱۰ سال سابقه کار در سازمان را داشتند (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار نمره سلامت عمومی ($13/27 \pm 23/60$) می باشد. از بین خرده مقیاس های این متغیر، بعد اختلال در کارکرد اجتماعی دارای بیشترین میانگین ($3/05 \pm 7/50$) و بعد افسردگی دارای کمترین میانگین ($4/26 \pm 3/32$) نسبت به سایر ابعاد سلامت عمومی دارا بود و این نشان می دهد که افراد، بیشتر در بعد "اختلال در کارکرد اجتماعی" دچار مشکل هستند. متغیر وابستگی به مصرف سیگار نیز دارای میانگین و انحراف معیار ($2/31 \pm 3/33$) می باشد. نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون نیز نشان می دهد، بین سلامت عمومی با وابستگی به مصرف سیگار، ارتباط مستقیم معنی داری وجود دارد (جدول شماره ۲) و بین ابعاد سلامت عمومی با وابستگی به مصرف سیگار اختلاف معنی دار وجود دارد (جدول شماره ۳).

بر اساس آنالیزهای آماری متغیرهای دموگرافیک، بین سلامت عمومی با تعداد فرزندان؛ وضعیت مسکن؛ مصرف روزانه و هفتگی سیگار نیز ارتباط معنی دار مشاهده شد.

بین وابستگی به مصرف سیگار با متغیرهای دموگرافیک نیز فقط با متغیرهای محل زندگی؛ سن شروع مصرف سیگار؛ مصرف روزانه و مصرف هفتگی؛ ارتباط معنی دار مشاهده شد.

جدول (۱): فراوانی، میانگین، انحراف معیار و آزمون آماری و معنی داری نمرات وابستگی به مصرف سیگار و سلامت عمومی برحسب

مشخصات دموگرافیک در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

متغیر	فراوانی و درصد	میانگین و انحراف معیار وابستگی به مصرف سیگار		میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی		آزمون آماری و معنی داری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کمتر از ۳۰	۷۰ (۲۲/۰)	۳/۵۰	±۲/۴۶	۲۴/۸۵	±۱۴/۴۵	P=۰/۳۳۵
سن	۴۰-۳۰	۳/۲۱	±۲/۲۸	۲۴/۰۵	±۱۲/۲۸	F=۱/۱۳۴
۵۰-۴۰	۹۰ (۲۵/۷)	۳/۳۸	±۲/۲۷	۲۳/۲۵	±۱۴/۶۰	
بیشتر از ۵۰	۳۸ (۱۰/۹)	۳/۳۴	±۲/۳۱	۲۰/۲۱	±۱۰/۷۸	
متاهل	۳۰۴ (۸۶/۹)	۳/۳۹	±۲/۳۲	۲۳/۴۵	±۱۳/۱۷	P=۰/۵۷۹
تاهل	۴۴ (۱۲/۶)	۲/۹۷	±۲/۲۷	۲۵/۰۰	±۱۴/۱۸	F=۰/۵۴۸
طلاق گرفته	۲ (۰/۵)	۲/۵۰	±۰/۷۰	۱۶/۵۰	±۴/۹۴	
بدون فرزند	۷۷ (۲۲/۰)	۳/۰۱	±۲/۲۶	۲۲/۷۴	±۱۲/۴۲	P=۰/۰۰۲
۱ فرزند	۹۴ (۲۶/۸)	۳/۴۵	±۲/۴۶	۲۶/۰۵	±۱۳/۶۲	F=۳/۸۸۱
تعداد فرزندان	۲ فرزند	۳/۳۳	±۲/۱۸	۲۲/۲۲	±۱۲/۷۳	
۳ فرزند	۳۱ (۸/۹)	۳/۵۸	±۲/۰۴	۲۳/۷۰	±۱۳/۶۹	
۴ فرزند	۱۲ (۳/۴)	۳/۳۳	±۲/۹۹	۲۱/۳۳	±۱۳/۰۲	
۵ فرزند	۱ (۰/۳)	۱۰/۰۰		۷۲/۰۰		
زیر دیپلم	۵۳ (۱۵/۱)	۴/۰۱	±۲/۳۵	۲۳/۵۸	±۱۴/۳۲	P=۰/۹۲۲
دیپلم	۹۶ (۲۷/۴)	۳/۴۴	±۲/۴۹	۲۴/۴۴	±۱۳/۸۴	F=۰/۲۲۹
فوق دیپلم	۶۳ (۱۸/۰)	۳/۳۰	±۲/۰۸	۲۳/۱۵	±۱۲/۶۵	
تحصیلات	لیسانس	۳/۰۱	±۲/۲۲	۲۳/۵۵	±۱۳/۳۸	
فوق لیسانس و بالاتر	۲۵ (۷/۲)	۳/۰۰	±۲/۳۶	۲۱/۸۰	±۱۰/۰۶	
رسمی	۱۰۳ (۲۹/۴)	۳/۲۰	±۲/۲۸	۲۱/۸۸	±۱۱/۹۰	P=۰/۲۸۸
نوع همکاری	قراردادی	۳/۴۸	±۲/۳۱	۲۴/۴۱	±۱۲/۹۹	F=۱/۲۴۸
سایر	۷۵ (۲۱/۴)	۳/۱۸	±۲/۳۹	۲۴/۱۲	±۱۵/۴۷	
مدت همکاری	۱-۱۰ سال	۳/۳۵	±۲/۳۹	۲۴/۲۹	±۱۳/۲۷	P=۰/۱۱۳
۱۰-۲۰ سال	۱۰۱ (۲۸/۹)	۳/۳۶	±۲/۱۸	۲۴/۴۶	±۱۳/۵۷	F=۲/۱۹۴
بالای ۲۰ سال	۶۹ (۲۰/۲)	۳/۲۳	±۲/۳۲	۲۰/۶۷	±۱۲/۶۰	
زیر یک میلیون تومان	۴۵ (۱۲/۹)	۳/۴۲	±۲/۳۲	۲۶/۰۸	±۱۵/۸۲	P=۰/۴۶۶
میزان درآمد	بین ۱ تا ۲ میلیون تومان	۳/۳۳	±۲/۳۳	۲۳/۵۶	±۱۳/۰۷	F=۰/۸۵۲
بین ۲ تا ۳ میلیون تومان	۶۲ (۱۷/۷)	۳/۴۳	±۲/۲۹	۲۱/۹۳	±۱۲/۰۲	
بالای ۳ میلیون تومان	۱۱ (۳/۱)	۲/۴۵	±۲/۱۱	۲۳/۷۲	±۱۳/۱۶	
وضعیت درآمد	خرج < دخل	۳/۳۵	±۲/۳۲	۲۴/۱۴	±۱۳/۳۳	P=۰/۲۲۹

F=۱/۴۸۱	۲۲/۳۲±۱۳/۴۹	F=۰/۶۶۵	۳/۴۰ ±۲/۳۳	۶۵(۱۸/۶)	خرج = دخل	
	۱۸/۳۳±۹/۲۴		۲/۵۸ ±۲/۱۹	۱۲(۳/۴)	خرج > دخل	
P=۰/۲۱۷	۲۲/۳۳±۱۲/۹۹	P=۰/۰۲۰	۳/۲۵ ±۲/۲۸	۳۱۲(۸۹/۱)	شهر	
F=۱/۲۵۲	۲۴/۴۶±۱۳/۷۷	F=۳/۹۴۰	۳/۵۳ ±۲/۲۳	۲۸(۸)	روستا	محل زندگی
	۲۹/۹۰ ±۱۹/۵۳		۵/۳۰ ±۲/۹۴	۱۰(۲/۹)	حاشیه شهر	
P=۰/۰۰۷	۲۲/۱۴±۱۲/۶۸	P=۰/۶۴۰	۳/۳۸ ±۲/۳۶	۲۲۰(۶۲/۹)	شخصی	وضعیت مسکن
F=۷/۳۷۳	۲۶/۰۹±۱۳/۹۱	F=۰/۲۱۹	۳/۲۶ ±۲/۲۴	۱۳۰(۳۷/۱)	استیجاری	
P=۰/۱۱۸	۲۴/۰۱±۱۳/۳۱	P=۰/۲۰۲	۳/۳۹ ±۲/۳۲	۳۰۹(۸۸/۳)	مصرف می کنم	وضعیت مصرف
F=۲/۴۵۸	۲۰/۵۶±۱۲/۷۳	F=۱/۶۳۵	۲/۹۰ ±۲/۲۳	۴۱(۱۱/۷)	ترک کرده ام	سیگار
P=۰/۴۵۶	۲۳/۵۵±۱۲/۷۹	P=۰/۱۸۳	۳/۰۰ ±۲/۲۶	۱۳۲(۳۷/۷)	بین ۱-۱۰	
F=۰/۸۷۲		F=۱/۶۲۸			سال	
	۲۳/۸۷±۱۳/۳۲		۳/۴۶ ±۲/۲۹	۱۱۹(۳۴/۱)	بین ۱۰-۲۰	مدت زمان مصرف
					سال	سیگار
	۲۱/۸۹±۱۱/۴۶		۳/۵۳ ±۲/۲۶	۶۷(۱۹/۱)	بین ۲۰-۳۰	
					سال	
	۲۶/۴۳±۱۷/۹۱		۳/۸۱ ±۲/۶۲	۳۲(۹/۱)	بالای ۳۰ سال	
P=۰/۱۳۷	۲۴/۸۸±۱۴/۴۸	P=۰/۰۰۰	۳/۸۹ ±۲/۵۸	۱۲۲(۳۴/۸)	زیر ۱۸ سال	
F=۱/۹۹۶	۲۳/۴۹±۱۳/۸۳	F=۸/۰۰۶	۳/۱۸ ±۲/۱۶	۱۹۲(۵۴/۹)	بین ۱۸-۲۸	سن شروع سیگار
					سال	
	۱۹/۸۸±۱۰/۶۰		۲/۲۷ ±۱/۶۱	۳۶(۱۰/۳)	بالای ۲۸ سال	
P=۰/۰۰۰	۲۱/۴۰ ±۱۱/۶۶	P=۰/۰۰۰	۲/۱۰ ±۱/۷۱	۱۶۷(۴۷/۷)	زیر ۱۰ نخ	مصرف روزانه سیگار
F=۹/۱۶۶	۲۳/۷۶±۱۲/۹۰	F=۵۷/۱۵۸	۴/۰۶ ±۲/۰۳	۱۵۱(۴۳/۱)	بین ۱۰-۲۰	
					نخ	
	۳۴/۶۶±۱۶/۶۶		۶/۰۰ ±۲/۳۰	۲۱(۶/۰)	بین ۲۰-۳۰	
					نخ	
	۳۳/۸۱±۱۹/۶۱		۶/۹۰ ±۱/۹۷	۱۱ (۳/۲)	بالای ۳۰ نخ	
P=۰/۰۰۱	۲۱/۳۹±۱۲/۰۵	P=۰/۰۰۰	۲/۰۶ ±۱/۶۶	۱۶۵(۴۷/۱)	زیر ۷۰ نخ	
F=۵/۷۳۹	۲۳/۴۳±۱۲/۵۷	F=۶۴/۵۷۱	۳/۲۸ ±۱/۸۱	۵۷ (۱۶/۳)	بین ۷۰-۱۴۰	مصرف هفتگی
					نخ	سیگار
	۲۵/۶۳±۱۳/۷۴		۴/۷۹ ±۲/۱۲	۱۱۶(۳۳/۲)	بین ۱۴۰-	
					نخ ۲۱۰	
	۳۵/۲۵±۱۹/۴۶		۷/۰۰ ±۲/۰۸	۱۲(۳/۴)	بالای ۲۱۰ نخ	
P=۰/۴۸۳	۲۱/۹۵±۱۵/۷۸	P=۰/۹۶۰	۲/۷۱ ±۱/۸۲	۲۱(۵۰)	کمتر از ۵ سال	مدت زمان ترک
F=۰/۷۴۰	۱۹/۳۶ ±۹/۵۵	F=۰/۰۴۰	۲/۹۰ ±۲/۴۲	۱۱(۲۶/۲)	بین ۱۰-۵	
					سال	
	۲۷/۰۰ ±۱۶/۵۰		۲/۹۰ ±۲/۵۵	۱۰(۲۳/۸)	بالای ۱۰ سال	

جدول (۲): تعیین ارتباط بین نمرات متغیرهای اصلی

متغیر	سلامت عمومی
وابستگی به مصرف سیگار	ضریب همبستگی مقدار معنی داری تعداد
	۰/۳۲۱ ۰/۰۰ ۳۵۰

جدول (۳): توزیع میانگین نمرات وابستگی به سیگار برحسب ابعاد سلامت عمومی

میانگین	انحراف معیار	آماره‌ی آزمون ANOVA	p-value
نشانه‌های جسمانی	۵/۱۵	۳/۴۹	۰/۰۰۰
وابستگی خفیف	۶/۸۵	۴	
وابستگی متوسط	۸/۰۶	۴/۵۷	
وابستگی شدید	۵/۸۱	۴	۰/۰۰۰
اضطراب و بی‌خوابی	۷/۴۰	۴/۵۷	۱۱/۲۷
وابستگی خفیف	۸/۹۵	۵/۱۰	
وابستگی متوسط	۷/۱۲	۲/۶۸	۰/۰۱۹
وابستگی شدید	۷/۷۸	۳/۲۶	۳/۹۹
اختلال در کارکرد اجتماعی	۸/۴۱	۳/۷۴	
وابستگی خفیف	۲/۳۷	۳/۵۶	۰/۰۰۰
وابستگی متوسط	۴/۱۴	۴/۵۷	۱۲/۶۲
وابستگی شدید	۵/۳۷	۵/۱۳	
سلامت عمومی	۲۰/۴۷	۱۱/۳۷	۰/۰۰۰
وابستگی خفیف	۲۶/۲۰	۱۳/۵۳	۱۵/۰۱
وابستگی متوسط	۳۰/۸۱	۱۶/۲۳	
وابستگی شدید			

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش، میانگین نمره وابستگی به مصرف سیگار $23/31 \pm 3/33$ و سلامت عمومی $13/27 \pm 23/60$ می‌باشد. بین سلامت عمومی با وابستگی به مصرف سیگار، ارتباط مستقیم معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$)، ($R = 0/321$) کارکنان مرد سیگاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه وابستگی خفیفی به مصرف سیگار دارند. چون پایین بودن نمره سلامت عمومی به معنای وضعیت بهتر سلامتی می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت در مطالعه حاضر، کارکنان مرد سیگاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه دارای سلامت در حد معمولی می‌باشند.

همچنین وجود ارتباط مستقیم بین سلامت عمومی و وابستگی به مصرف سیگار بدین معناست که هر چه افراد وابستگی و تمایل کم‌تری به مصرف سیگار داشته باشند وضعیت سلامت جسمی و روانی آن‌ها نیز خوب خواهد بود. مطالعه Naomi Breslau نشان داده شیوع اختلالات سلامتی بخصوص افسردگی در افراد سیگاری وابسته بیشتر از افراد سیگاری دیگر می‌باشد. نتایج مطالعات نشان داد یک ارتباط دوطرفه بین وابستگی به مصرف سیگار و افسردگی وجود دارد طوری که شانس ابتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی و مصرف سایر مواد مخدر در افراد وابسته به نیکوتین بیشتر از سایر سیگاری‌ها می‌باشد (۱).

کاربرد یافته‌ها

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش و آگاهی از وضعیت مصرف سیگار در کارکنان حوزه سلامت، می‌توان با برگزاری دوره‌های آموزشی "روش‌های مقابله با روی آوردن به مصرف سیگار و تداوم آن" سلامت کارکنان این حوزه را به‌عنوان بانیان سلامت ارتقا بخشید.

محدودیت‌های تحقیق

- این مطالعه فقط بر روی کارکنان مرد سیگاری دانشگاه علوم پزشکی انجام شده است.
- به دلیل ممنوعیت مصرف دخانیات در مراکز دولتی، لذا کارکنان تمایل کمی جهت شرکت در پژوهش و دادن اطلاعات در خصوص سوابق مصرف سیگار داشتند؛ بنابراین جهت تشویق کارکنان برای همکاری، از هدایای کوچک استفاده شد.
- به دلیل مشغله زیاد کارکنان و حجم بالای سؤالات به دلیل پرسش‌نامه متعدد تحقیقاتی، کارکنان رغبت کمی جهت شرکت در طرح داشتند؛ بنابراین از کارکنان خواسته شد تا در زمان فراغت و استراحت نسبت به پر کردن پرسش‌نامه‌ها اقدام کنند.
- استعمال دخانیات در فضای بیرون از ادارات، دسترسی به اکثر کارکنان سیگاری را دشوار کرده بود؛ بنابراین برای دسترسی بیشتر به کارکنان سیگاری، در محوطه ادارات نیز نسبت به نمونه‌گیری اقدام شد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان وابستگی به مصرف سیگار و ارتباط آن با سلامت عمومی در کارکنان مرد سیگاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه در سال ۱۳۹۵ و کد IR.TBZMED.REC.1395.695 است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همکاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه اجرا شده است. نویسندگان این مقاله به این وسیله مراتب قدردانی خود را از مراکز بالا و کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش اعلام می‌نمایند.

مطالعه سعید اسدپور و همکاران نیز هم‌سو با مطالعه ما بود (۳۱). در مطالعه Norbert Schmitz و همکارانش ارتباط بین وابستگی به نیکوتین و کیفیت مرتبط با سلامت موردبررسی قرار گرفته و این نتیجه حاصل شده است افراد سیگاری وابسته به نیکوتین کیفیت زندگی بدتری و ناتوانی بیشتر و اختلالات روانی بیشتری نسبت به افراد سیگاری بدون وابستگی به نیکوتین داشتند و شیوع بیماری‌های مزمن جسمی و روانی در افراد وابسته به نیکوتین بیشتر از سایر افراد بود و افراد وابسته به نیکوتین دو برابر سایر افراد از بیماری‌های روانی رنج می‌برند (۳۲).

در بین ابعاد سلامت عمومی بعد اختلال در کارکرد اجتماعی دارای کم‌ترین آماره آزمونی با وابستگی به مصرف سیگار می‌باشد و چون در مطالعه حاضر درجه وابستگی به مصرف سیگار خفیف می‌باشد لذا اختلال در کارکرد اجتماعی نیز دارای کم‌ترین آماره آزمونی می‌باشد و این یعنی افراد با وابستگی پایین، کم‌ترین اختلال در کارکرد اجتماعی دارند و بیشترین آماره آزمونی با وابستگی به مصرف سیگار مربوط به بعد نشانه‌های جسمانی می‌باشد و این یعنی بین میزان وابستگی به مصرف سیگار با نشانه‌های جسمانی ارتباط وجود دارد و چون ارتباط مستقیم وجود دارد در صورت وجود وابستگی بیشتر به مصرف سیگار، اختلالات و نشانه‌های جسمانی کم‌تر خواهد بود؛ در مطالعه حاضر در بین ابعاد سلامت عمومی بعد نشانه‌های جسمانی دارای آماره‌ی آزمونی بالا می‌باشد. همچنین بین اضطراب و افسردگی با وابستگی به مصرف سیگار نیز اختلاف معنی‌داری وجود دارد که با یافته مطالعات مختلف هم‌سو می‌باشد (۱).

با توجه به یافته‌های پژوهش در این مطالعه مشخص شد سلامت عمومی کارکنان مرد سیگاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مطابق طبقه‌بندی وضعیت سلامت در سه سطح، سلامت در حد معمول می‌باشد و مطابق طبقه‌بندی وابستگی به مصرف سیگار در کارکنان وابستگی خفیف می‌باشد. با توجه به ارتباطی که بین سلامت عمومی و وابستگی به مصرف سیگار وجود دارد می‌توان نتیجه گرفت افراد با میزان کم‌تر وابستگی به مصرف سیگار سلامت عمومی خوب و در نتیجه سلامت جسمی و روانی بهتری خواهند داشت؛ در واقع میزان پایین وابستگی با نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی پایین همراه خواهد بود که با مطالعات دیگر در یک راستا می‌باشد. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با عنوان تأثیر وابستگی به مصرف سیگار بر کیفیت ارائه خدمات در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی انجام پذیرد.

References:

1. Breslau N, Fenn N, Peterson EL. Early smoking initiation and nicotine dependence in a cohort of young adults. *Drug Alcohol Depend* 1993;33(2): 129-37.
2. rokhorov AV, Pallonen UE, Fava JL, Ding L, Niaura R. Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. *Addict Behav* 1996;21(1): 117-27.
3. Cinciripini PM, Wetter DW, McClure JB. Scheduled reduced smoking: Effects on smoking abstinence and potential mechanisms of action. *Addict Behav* 1997;22(6): 759-67.
4. Lakier JB. Smoking and cardiovascular disease. *Am J Med Genet* 1992;93(1): S8-S12.
5. Hayano J, Yamada M, Sakakibara Y, Fujinami T, Yokoyama K, Watanabe Y, et al. Short-and long-term effects of cigarette smoking on heart rate variability. *Am J Cardiol* 1990;65(1): 84-8.
6. Saccone SF, Hinrichs AL, Saccone NL, Chase GA, Konvicka K, Madden PA, et al. Cholinergic nicotinic receptor genes implicated in a nicotine dependence association study targeting 348 candidate genes with 3713 SNPs. *Hum Mol Genet* 2007;16(1): 36-49.
7. Aubin H-J, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. *Neurosci Biobehav Rev* 2012;36(1): 271-84.
8. Eftekhari Ardebili M, Nassr M, Rassulian M, Ghalebani MF, Daneshamuz B, Salehi M. Prevalence of Cigarette Smoking in Tehran: A household study. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2007;1(2): 33-7. (Persian)
9. Charkazi A, Shahnazi H, Badi SM, Jazi MM, Khoshnevisan M, Orouji MA, et al. Nicotine Dependency, Smoking Temptation, Decisional Balance and their Relationship with Readiness to Quit in Cigarette Smokers. *J Health Develop* 2015;4(1): 29-41. (Persian)
10. Zahrani HK, Kamali A, Ghorbani M. Predictive model of nicotine dependence based on mental health indicators and self-concept. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2014;18(9): 539-46. (Persian)
11. Payne TJ, Smith PO, McCracken LM, McSherry WC, Antony MM. Assessing nicotine dependence: A comparison of the Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) with the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) in a clinical sample. *Addict Behav* 1994;19(3): 307-17.
12. Ebrahimi H, Sahebihagh MH, Ghofranipour F, Mohammadpoorasl A, Tabrizi J. Cigarette Smoking Patterns In Adult Smokers Of Iran A Content Analysis Study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016;13(12): 1104-18. (Persian)
13. Botvin GJ, Eng A. The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Prev Med* 1982;11(2): 199-211.
14. Botvin GJ, Eng A, Williams CL. Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training. *Prev Med* 1980;9(1): 135-43.
15. Zareipour M, Sadeghi R, Sadeghi Tabatabaei S, Seyedi S. Effective factors on smoking based on basnef model in male students in tehran medical sciences university in 2009. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011;9(1). (Persian)
16. Callahan D. The WHO definition of health'. *Hastings Cent Rep* 1973: 77-87.
17. Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chronic Dis* 1987;40(6): 473-80.
18. Haddadi Koohsar AA, Roshan R, AA. AF. Compare emotional intelligence and mental

- health, their emotional relations in the family. *J Psychol Univ Tabriz* 1385: 69-87. (Persian)
19. Leventhal AM, Urman R, Barrington-Trimis JL, Goldenson NI, Gallegos K, Chou CP, et al. Perceived stress and poly-tobacco product use across adolescence: Patterns of association and gender differences. *J Psychiatr Res* 2017;94: 172-9.
20. Carim-Todd L, Mitchell SH, Oken BS. Impulsivity and stress response in nondependent smokers (tobacco chippers) in comparison to heavy smokers and nonsmokers. *Nicotine Tob Res* 2015;18(5): 547-56.
21. Hobkirk AL, Krebs NM, Muscat JE. Income as a moderator of psychological stress and nicotine dependence among adult smokers. *Addict Behav* 2018;84: 215-23.
22. Assadi SN. Assessment of occupational risk factors for upper limbs musculoskeletal disorders in educational employees. *JREH* 2015;1(2): 119-24. (Persian)
23. Jesri N, Saghafipour A, Rezaei F, Karami Jooshin M. Mapping of Cigarette Smoking in Iran by Using Geographic Information System. *JSUMS* 2016;23(3): 496-503.
24. Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, de Leon J. Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addict Behav* 2005;30(7): 1474-7.
25. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Res J*. 2010;13(1): 11-8. (Persian)
26. Sotoodeh Asl N, Taher Neshatdost H, Kalantari M, Talebi H, Mehrabi HA, Khosravi AR. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the reduction of Tobacco Dependency in patients with essential hypertension. *J Res Behav Sci* 2011;9(2). (Persian)
27. Jackson C. The general health questionnaire. *J Occup Med* 2007;57(1): 79-.
28. Slaski M, Cartwright S. Health, performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers. *Stress Health* 2002;18(2): 63-8.
29. Tsaousis I, Nikolaou I. Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress Health* 2005;21(2): 77-86.
30. Samimi R, ValiZadeh A. Relationship between smoking and general health in students of Iran University of Medical Sciences, 2006. *Hormozgan Med J* 2008;11(4):303-8. (Persian)
31. Asadpour S, Ghorbani Birgani A, Zare K, Hakim A. Comparison of mental health smoker and nonsmoker students of Islamic Azad University of Gachsaran in 2010. *JJCDC* 2012;1(1): 37-44. (Persian)
32. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 2003;160(9): 1670-6.

NICOTINE DEPENDENCE AND ITS RELATIONSHIP WITH GENERAL HEALTH AMONG MALE EMPLOYEES AT URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES, 2018

*Shima yadegar tirandaz¹, Mohammad hasan sahebihagh^{*2}, Hossein Namdar Areshtanab³, Hossein jafarizadeh⁴, Mohammad Asghari Jafarabadi⁵*

Received: 06 Jul, 2019; Accepted: 24 Sep, 2019

Abstract

Background & Aims: Smoking is one of the most common causes of death around the world, and it influences the physical and mental health of people. The rate of choosing a healthy lifestyle in men is less than that of women and the health of men working in field of health plays an important role in providing health services to people. So, the current research was conducted to examine the relationship between nicotine dependence and general health among male smokers at Urmia University of Medical Sciences.

Materials & Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 350 male smoker employees at Urmia University of Medical Sciences. Subjects were selected using convenient and targeted sampling. Research questionnaires included a 28-Question general health questionnaire (GHQ-28) and Fagerstrom's Test for nicotine dependence. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics through SPSS-16 software.

Results: The mean score for nicotine dependence and general health were 3.33 ± 2.31 (range of scores was from 0 to 10) and 23.60 ± 13.27 (range of scores from 0-84), respectively. In general, findings revealed a significant and direct correlation between general health scores and nicotine dependence.

Conclusion: Subjects with less nicotine dependence showed a better health status. Reducing nicotine dependence can help improve physical and mental health of subjects and it can also help reduce the likelihood of depression and anxiety disorders.

Keywords: Tobacco Use Disorder, Health, Urmia

Address: Department of Community Health Nursing and Tabriz Health Services Management Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Email: besharat@ut.ac.ir

¹ Department of Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Department of Community Health Nursing and Tabriz Health Services Management Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

³ Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ Department of Patient Safety Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁵ Road Traffic Injury Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran