

بررسی رابطه انگیزه‌های مصرف سیگار و قلیان با افسردگی، کیفیت روابط و حمایت اجتماعی دانشجویان

معصومه مروی زاده^۱، ربابه نوری قاسم آبادی^۲، مریم مقدسین^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه پردیس خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ عضو هیئت علمی، دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه پردیس خوارزمی، تهران، ایران

^۳ عضو هیئت علمی، دکتری روانسنجی، دانشگاه پردیس خوارزمی، تهران، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین رابطه افسردگی، کیفیت روابط و حمایت اجتماعی با انگیزه‌های مصرف سیگار و قلیان دانشجویان بود. این پژوهش با توجه به هدف، کاربردی و شیوه اجرا توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمام دانشجویان دانشگاه مقطع کارشناسی در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵ بود. نمونه آماری پژوهش حاضر را ۳۰۰ نفر از دانشجویان شهر کرج (خوارزمی، آزاد و تهران) در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ تشکیل دادند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از جامعه موردنظر انتخاب گردید. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه انگیزه‌های مصرف کوپر (DMQ-R) (۱۹۹۸)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) (۱۹۶۱)، پرسشنامه کیفیت روابط پیرس و همکاران (QRI) (۱۹۹۱) و پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس (SSI) (۱۹۸۶) استفاده شد. نتایج نشان داد، افسردگی با انگیزه‌های (افزایشی، مقابله‌ای و اجتماعی) مصرف سیگار و قلیان رابطه مثبت و معناداری داشت و افسردگی قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های (افزایشی، مقابله‌ای و اجتماعی) مصرف سیگار و قلیان دانشجویان بود. از بین مؤلفه‌های کیفیت روابط تنها حمایت اجتماعی با انگیزه‌های (افزایشی، مقابله‌ای و اجتماعی) مصرف سیگار و قلیان رابطه منفی و معناداری داشت؛ همچنین نتایج نشان داد، از بین مؤلفه‌های کیفیت روابط تنها حمایت اجتماعی قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های (افزایشی، مقابله‌ای و اجتماعی) مصرف سیگار و قلیان دانشجویان بود. از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی تنها حمایت خانواده و دوستان با انگیزه‌های (افزایشی، مقابله‌ای و اجتماعی) مصرف سیگار و قلیان رابطه منفی و معناداری داشت و از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، تنها حمایت خانواده و دوستان قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های افزایشی بودند. همچنین از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، تنها حمایت خانواده قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های مقابله‌ای و اجتماعی بود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، کیفیت روابط، حمایت اجتماعی، انگیزه‌های مصرف سیگار و قلیان.

مقدمه

مصرف تنباکو از طریق سیگار و یا ابزارهای دیگر به عنوان یک اپیدمی جهانی در آمده است (گروهل^۱، ۲۰۱۴). به نقل از سلیمانی و نوری قاسم آبادی، (۱۳۹۴). از نظر شیوع مصرف سیگار، حدود یک چهارم مردم جهان از سیگار استفاده می کند (ویو^۲، ۲۰۱۰). تخمین زده می شود تعداد افراد سیگاری از ۱/۳ میلیارد نفر در حال حاضر به ۱/۶ میلیارد نفر در سال ۲۰۲۵ برسد (لیم^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). اگرچه مصرف سیگار در ایالات متحده کاهش یافته است ولی در بعضی کشورها از جمله کشورهای در حال توسعه و بعضی جمعیتها از جمله جمعیت زنان روبه افزایش بوده است (فریدن و بلاکمن^۴، ۲۰۰۵). گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که جغرافیای استعمال سیگار از کشورهای توسعه یافته به کشورهای در حال توسعه تغییر یافته است و مشکل در آسیا حادتر است (کان و لو^۵، ۲۰۱۰). در ایران میزان شیوع مصرف سیگار در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است. در وبسایت سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳ میزان شیوع مصرف سیگار در ایران برای مردان ۲۰/۴ درصد، برای زنان ۱ درصد و برای کل جمعیت ۱۰/۸ درصد گزارش شده است. در منابع علمی مختلف علت های مختلفی برای گرایش به مصرف سیگار ذکر شده است که می توان آن ها را به عوامل جسمی، روان شناختی و محیطی دسته بندی کرد (حسینی، حبیبی، رادفر، ۱۳۹۴). از جمله مشکلات روان شناختی که می تواند با گرایش افراد به مصرف سیگار مؤثر باشد افسردگی است. افسردگی یکی از مسائل اساسی بهداشت همگانی است که همانند حالات مزمن دیگر، دوره ی عود و بازگشت دارد (جاد^۶، ۱۹۹۷، به نقل از کویکن^۷ و همکاران، ۲۰۱۰) و منجر به کاهش های قابل توجهی در بهداشت و بهزیستی می شود (موساوی^۸ و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از کویکن و همکاران، ۲۰۱۰). بر طبق آمارهای داده شده از سوی مؤسسه سلامت روان (۲۰۰۷) در لندن، سیگار کشیدن افراد افسرده دو برابر افراد عادی است (به نقل از اسدپور، ۱۳۹۱). مطالعه راتسچن^۹ و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد، بروز مشکلات روان شناختی در درصد بالایی از مصرف کنندگان سیگار دیده شد که نشان دهنده ارتباط مثبت میان مصرف سیگار و کاهش سلامت روان است. همچنین طبق یافته های هورن^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۴)، به نقل از اسدپور و همکاران، (۱۳۹۱) نیز کسانی که در معرض خطر سیگار هستند به میزان بیشتری دچار افسردگی می شوند. با این حال نتایج مطالعه اسدپور و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد گرچه افسردگی و اضطراب در افراد سیگاری وجود دارد، اما درصد آن بسیار پایین است. مطالعه ی مورفی^{۱۱} (۲۰۰۳)، به نقل از اسد پور و همکاران، (۱۳۹۱) نیز بیانگر این واقعیت است که افرادی که افسرده می شوند، افرادی هستند که بیشتر تمایل به کشیدن سیگار و ادامه دادن آن دارند و افراد افسرده نسبت به افرادی که هرگز افسرده نشدند، کمتر مایل به ترک سیگار هستند. می توان گفت که مصرف دخانیات می تواند منجر به افسردگی شود و مصرف سیگار نیز می تواند پیامد افسردگی باشد (گودمن و کاپیتمن^{۱۲}، ۲۰۰۰). مطالعه لیوران^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد، مصرف سیگار با انهدونیا (ناتوانی در لذت بردن) و افسردگی رابطه دارد. همچنین نتایج نشان دادند فعالیت سیستم مغزی رفتاری پاداش دهی در افراد غیر سیگاری از افراد سیگاری فعال تر است. دوسانتوس^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۰) در

1. Grohol

2. Wu

3. Lim

4. Frieden & Blakeman

5. Kan & Lau

6. Gadd

7. Kuyken

8. Mosavay

9. Ratschen

10. Horn

11. Morfi

12. Goodman & Capitman

13. Liverant

14. dos Santos

مطالعه‌ای مقطعی نشان داد، استعمال دخانیات با افسردگی رابطه دارد بدین صورت که افراد سیگاری نسبت به افراد غیر سیگاری افسرده‌تر بودند. مطالعه‌ی پرات^۱ (۲۰۱۰) نشان داد، بیش از ۶۰ درصد افراد افسرده، مصرف کننده سیگار بودند و افرادی که افسردگی داشتند، نسبت به افراد غیر افسرده در ترک سیگار موفقیت کمتری داشتند. مطالعه رانسچن و همکاران (۲۰۰۹) تأثیر مصرف سیگار بر افزایش مصرف داروهای ضد افسردگی در دانشجویان را تأیید کرده است. یکی از عوامل مؤثر در افسردگی، حمایت اجتماعی می‌باشد. حمایت اجتماعی مؤلفه‌ای است که با افسردگی رابطه تنگاتنگی دارد (لاندمن پیترز^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). کوب^۳ (۱۹۷۶)، حمایت اجتماعی را مجموعه اطلاعاتی تعریف می‌کند که شخص را به این اعتقاد می‌رساند که در یک شبکه ارتباطی مورد توجه و علاقه دیگران است و از سوی آن‌ها با ارزش و محترم شمرده می‌شود و در نتیجه چنین باوری این احساس به فرد دست می‌دهد که به آن شبکه ارتباطی متعلق است (کوب، ۱۹۷۶). حمایت اجتماعی یکی از پیامدها و محصولات سرمایه اجتماعی است که شامل حمایت اقوام و خویشاوندان، دوستان و همسایگان می‌باشد و سه بعد کمک عینی یا ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی را در برمی‌گیرد. حمایت عینی یا ابزاری دلالت بر موجود بودن حمایت فیزیکی دارد. در این نوع حمایت، کمک از افرادی کسب می‌شود که نزدیک و صمیمی هستند. حمایت اطلاعاتی شامل کمک به فهم یک مسئله و مشکل است. این نوع حمایت، دلالت بر اطلاعاتی دارد که فرد می‌تواند در برابر مسائل شخصی و محیطی از آن استفاده کند. حمایت عاطفی به منابع مرتبط با داشتن کسانی دلالت دارد که برای دلداری و احساس اطمینان، فرد می‌تواند به آن‌ها رجوع کند. افرادی که دارای منابع عاطفی کافی‌اند، نوعاً احساس می‌کنند دیگرانی را دارند که هنگام برخورد با مشکلات می‌توانند به آن‌ها مراجعه کنند (فلمینگ و موم، ۱۹۸۶ به نقل از ورمزیار، ۱۳۸۷). حمایت اجتماعی نیز می‌تواند رفتارهای مخمل سلامتی مانند سیگار کشیدن را پیش‌بینی کند (دالینگ^۴ و ریدر^۵، ۱۹۹۵). عدم حمایت اجتماعی که منشأ آن خانواده، دوستان و جامعه جامعه می‌باشد، باعث کاهش مقاومت فرد در مقابل استرس‌های محیطی می‌شود که می‌تواند به عود و مصرف مواد منتهی گردد (هاشمی، فتوحی بناب، کریمی و بیرامی، ۱۳۹۳). بیات کوهسار، میرشکار و بای (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند، بین حمایت اجتماعی و وابستگی به مصرف سیگار رابطه معنادار وجود دارد. نتایج مطالعه زینلی و هاشمی (۱۳۹۳) نشان داد، حمایت اجتماعی قادر است، تغییرات گرایش به اختلال مصرف مواد را در دانشجویان پیش‌بینی کند. نتایج مطالعه می^۶ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد، بین حمایت اجتماعی ادراک شده و تمایل به ترک سیگار و موفقیت در ترک سیگار رابطه وجود دارد. نتایج مطالعه ترقی جاه و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد، حمایت عاطفی خانواده به طور منفی پیش‌بینی کننده ی قوی برای سیگاری شدن بود. کیفیت روابط نیز از جمله مؤلفه‌هایی است که می‌تواند مصرف مواد مخدر را پیش‌بینی کند (سافرا^۷، ۲۰۰۲). در واقع کیفیت روابط، دربرگیرنده‌ی حمایت اجتماعی، تعارض‌های بین فردی و عمق روابط است (بخشانی، ۱۳۹۳). کیفیت روابط نیز به معنی نحوه‌ی ارتباط، طرز برخورد افراد یک خانواده باهم و احساسات و علاقه‌ی آن‌ها به یکدیگر، چگونگی دخالت یا عدم دخالت‌های آن‌ها در کارهای هم و همکاری یا رقابت آن‌ها با یکدیگر و نحوه‌ی ارتباطشان را نشان می‌دهد. (بخشانی، ۱۳۹۳). شواهد قابل توجهی دال بر این است که نبود این‌گونه روابط صمیمی و حمایت گرمی می‌تواند پیامدهای جدی در بر داشته باشد و با مصرف سیگار ارتباط مستقیم دارد (لودر^۸ و همکاران، ۲۰۰۶). سوء مصرف مواد می‌تواند پیامدهای جدی برای روابط صمیمانه، خانوادگی و اجتماعی افراد داشته باشد (بروان، ملچر و هوبا، ۱۹۹۹، به نقل از سافرا، ۲۰۰۲). از عوامل مؤثر در سیگاری شدن ارتباط با فامیل و دوستان سیگاری، وجود اجتماع و محیط سیگاری و رفتارهای سایر افراد برتر

1. Pratt

2. Landman-Peeters

3. Cobb

4. Darling

5. Reeder

6. May

7. Sferra

8. Lauder

اجتماع که موجب تشویق افراد دیگری می‌شود، می‌باشد (کاسل، واردل و رابرتز^۱، ۲۰۰۷). همچنین مطالعات نشان داده حمایت اجتماعی و کیفیت روابط می‌تواند بر انگیزه‌های مصرف سیگار مؤثر باشد به طوری که در بسیاری از افراد سیگاری، به‌ویژه دانشجویان انگیزه‌های مصرف به بافت موقعیت اجتماعی مربوط می‌شود (پیکو^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). انگیزه‌های مصرف به گذرگاه نهایی مشترکی اطلاق می‌شود که از طریق اثرات بلندمدت بر تصمیم‌گیری برای مصرف تأثیر می‌گذارد. این انگیزه‌ها شامل انگیزه‌های افزایشی، انگیزه‌های اجتماعی و انگیزه‌های مقابله‌ای می‌شود (کوکس، کلینگر^۳، ۱۹۸۸، به نقل از یآوری، ۱۳۹۱). انگیزه‌های افزایش عبارت است از افزایش اثر مثبت از طریق اثرات خوشایند الکل و مواد. انگیزه‌های اجتماعی عبارت است از افزایش اثرات مثبت از طریق بافت اجتماعی مصرف الکل و مواد. انگیزه‌های مقابله‌ای به فرار از اثرات منفی مربوط به تنش که با مصرف الکل و مواد کاهش پیدا می‌کند (کوپر، ۱۹۹۴، به نقل از یآوری، ۱۳۹۱)؛ بنابراین با توجه به شیوع نسبتاً بالای مصرف سیگار و قلیان در بین دانشجویان، شناخت عواملی که با انگیزه‌های مصرف این مواد در ارتباط است و می‌تواند تا حدی آن‌ها را پیش‌بینی کند، برای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان می‌تواند مفید واقع شود و به طراحی و تدوین مداخلات پیشگیرانه کمک می‌کند. ضمن اینکه شناخت روابط بین مؤلفه‌ها کمک می‌کند تا برنامه‌های پیشگیرانه غنی‌تری تدوین شود. همچنین تاکنون پژوهش‌های انجام شده به بررسی رابطه مصرف سیگار با افسردگی، کیفیت روابط و حمایت اجتماعی پرداخته بودند؛ اما اینکه آیا این مؤلفه‌ها با انگیزه‌های که افراد از مصرف سیگار دارند، مرتبطند یا خیر تاکنون در پژوهشی مورد بررسی قرار نگرفته است؛ بنابراین در پژوهش حاضر رابطه انگیزه‌های مصرف سیگار و قلیان با افسردگی، کیفیت روابط و حمایت اجتماعی دانشجویان بررسی شد.

روش

این پژوهش با توجه به هدف، کاربردی و شیوه اجرا توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر تمام دانشجویان دانشگاه مقطع کارشناسی در سال ۹۵-۱۳۹۴ بود. نمونه آماری پژوهش حاضر را ۳۰۰ نفر از دانشجویان شهر کرج (خوارزمی، آزاد و تهران) در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل دادند. با توجه به نظر تاباچنیک و فیدل^۴ (۲۰۰۷) که معتقدند برای تعیین حجم نمونه باید تعداد شرکت کنندگان برابر با بزرگترین مقدار یکی از این دو مورد باشد: هشت برابر تعداد متغیرهای پیش بین، به‌علاوه پنجاه؛ یا تعداد متغیرهای پیش بین به‌علاوه صد و چهار که بر اساس رهنمودهای مطرح شده تعداد حجم نمونه برای پژوهش حاضر بیشتر از مقدار مطرح شده (۳۰۰ نفر) می‌باشد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از جامعه موردنظر انتخاب گردید. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا از هر دانشگاه ۳ دانشکده (مجموعاً ۶ دانشکده)، به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و از بین دانشجویان این دانشکده‌ها پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی در اختیار ۵۰ نفر از دانشجویان مقطع تحصیلی کارشناسی قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه افسردگی بک^۵ (BDI) (۱۹۶۱)

پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI) دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. ۲۱ ماده‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک در سه

^۱.Kassel, Wardle& Roberts

^۲.Piko

^۳.Cox & klinger

^۴.Tabachnick & Fidell

^۵. Beck Depression Inventory

گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه بندی می‌شوند. پورشهباز (۱۳۷۲) در پژوهش خود اعتبار آزمون بک را در یک نمونه ۱۱۶ نفری مورد بررسی قرار داد ضریب اعتبار هر بخش با نمره کل آزمودنی بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ بود. همسانی درونی مقیاس ۰/۸۵ و اعتبار دو نیمه سازی با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن براون ۰/۸۱ بود. سارویی (۱۳۷۳) در پژوهش خود بر روی ۹۰۰ نفر از دانش آموزان دبیرستانهای شهر تهران همسانی درونی پرسشنامه افسردگی بک را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و ضریب پایایی به روش آزمون مجدد را ۰/۸۶ گزارش کرده است.

پرسشنامه انگیزه‌های مصرف کوپر^۱ (DMQ-R) (۱۹۹۸)

پرسشنامه انگیزه‌های مصرف کوپر (۱۹۹۸) یک مقیاس خود گزارش گری ۱۱ گویه ای است که استدلال افراد را برای مصرف الکل و مواد می‌سنجد. این پرسشنامه سه زیر مقیاس دارد که عبارت است از (افزایشی، اجتماعی، مقابله‌ای) می‌باشد (مشگاش^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). این مقیاس به صورت چهار نقطه ای بسیار موافق (۴)، موافق (۳)، مخالف (۲) و بسیار مخالف (۱) است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ می‌باشد (گرن^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش مشگاش و همکاران (۲۰۰۸) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های افزایشی، اجتماعی و مقابله‌ای به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۸۶ گزارش شد. کوکس و کولینگر (۱۹۸۸)، به نقل از یآوری، (۱۳۹۱) ضریب اعتبار این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ گزارش نمودند.

پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس^۴ (SSI) (۱۹۸۶)

این مقیاس توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامسون، ویلیامز و استورات (۱۹۸۶) تهیه گردیده است. ساختار نظری آن بر اساس تعریف کوب از حمایت اجتماعی استوار است که او حمایت اجتماعی را به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضاء خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرده است. این مقیاس دارای ۲۳ سؤال است که سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را در برمی‌گیرد. این مقیاس به صورت چهار نقطه‌ای بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف است. سؤالات ۱-۳-۱۰-۱۳ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. این آزمون با تغییراتی توسط ابراهیمی قوام در سال ۱۳۷۰ (به نقل از ابراهیمی قوام، ۱۳۷۱) بر روی ۱۰۰ دانشجو و ۲۰۰ دانش آموز ایرانی اجرا شده و روایی و اعتبار آن به دست آمده است. ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) در پژوهش خود، سیستم نمره گذاری آن را به صفر و یک تغییر داد و ضریب اعتبار این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ ذکر کرد.

پرسشنامه کیفیت روابط پیرس و همکاران^۵ (QRI) (۱۹۹۱)

این پرسشنامه یک ابزار خود سنجی است که توسط پیرس و همکاران در سال ۱۹۹۱ ساخته شد تا حمایت‌های دریافتی از روابط با افراد مهم زندگی را ارزیابی کند. پرسشنامه کیفیت روابط (QRI) دارای سه زیر مقیاس است: حمایت اجتماعی (۷ آیتم)، تعارض‌های بین فردی (۱۲ آیتم) و عمق روابط (۶ آیتم). همچنین در هر یک از ۲۵ آیتم، فرد باید کیفیت روابط خود را با والدین، دوستان و همسر ارزیابی کند. برای نمره گذاری پرسشنامه کیفیت روابط (QRI) باید ابتدا به گزینه هیچ نمره ۱، کم نمره ۲، متوسط نمره ۳ و زیاد نمره ۴ داده می‌شود. سؤالات ۸ تا ۱۹ به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند. اعتبار محتوا توسط

1. drinking motives questionnaire-revised (DMQ-R)

2. Mushquash

3. Grant

4. Social Support Inventory

5. Quality of relationship inventory

چند متخصص روان شناس تأیید شده (حسینی قدمگاهی، ۱۳۷۶). پایایی به روش باز آزمایی ۰.۸۳۱ برای کل پرسشنامه و برای خرده مقیاس بالای ۰.۷ حاصل شد (حسینی قدمگاهی، ۱۳۷۶).

روش اجرا

پس از انتخاب نمونه آماری مورد نظر، پژوهش حاضر در غالب دو مرحله انجام شد:

مرحله اول: تهیه و تکثیر پرسشنامه‌های موجود در پژوهش جهت سنجش متغیرهای پژوهش.

مرحله دوم: در این محله پس از جلب رضایت شرکت کنندگان در پژوهش، ابتدا توضیحات کاملی در مورد نحوه تکمیل آزمون‌ها ارائه شد. سپس پرسشنامه‌های انگیزه‌های مصرف کوپر (DMQ-R) (۱۹۹۸)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) (۱۹۶۱)، پرسشنامه کیفیت روابط پیرس و همکاران (QRI) (۱۹۹۱) و پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس (SSI) (۱۹۸۶) توسط دانشجویان تکمیل شد و در نهایت بعد از جمع آوری اطلاعات، داده‌های حاصل با استفاده از نرم افزار 17 spss مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش، از آمار توصیفی (میانگین انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی) و برای آزمون فرضیات از شیوه‌های آمار استنباطی همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها

در این بخش به ارائه آماره‌های توصیفی هر یک از متغیرهای پژوهش و نیز مؤلفه‌های آن‌ها می‌پردازیم. آماره‌های محاسبه شده شامل میانگین، انحراف معیار می‌باشند. نتایج این محاسبات در جدول (۱) گزارش می‌شوند.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار
انگیزه مصرف سیگار	افزایشی	۱۰/۶۰	۴/۴۲
	مقابله‌ای	۷/۶۱	۴/۶۶
	اجتماعی	۷/۰۷	۴/۵۱
حمایت اجتماعی	خانواده	۱۸/۲۶	۴/۰۶
	دوستان	۱۵/۳۳	۴/۳۶
	دیگران مهم	۱۷/۱۱	۴/۲۴
کیفیت روابط	عمق روابط	۹/۱۹	۴/۳۶
	حمایت اجتماعی	۱۵/۲۵	۶/۴۶
	تعارضات بین فردی	۲۱/۴۲	۸/۳۹
افسردگی		۲۸/۰۱	۱۸/۸۳

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱ افزایشی	-									
۲ مقابله‌ای	۰/۲۷	-								
	**									
۳ اجتماعی	۰/۳۱	۰/۴۱	-							
	**	**								
۴ خانواده	-۰/۱۷	-۰/۲۵	-۰/۴۵	-						
	**	**	**							
۵ دوستان	-۰/۲۱	-۰/۱۵	-۰/۱۵	۰/۲۱	-					
	**	**	**	**						
۶ دیگران مهم	۰/۰۱	۰/۰۲	-۰/۰۰۵	۰/۰۲	۰/۰۳	-				
۷ عمق روابط	-۰/۰۶	-۰/۱۰	-۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۱۸	۰/۱۰	-			
				**	**					
۸ حمایت اجتماعی	-۰/۱۶	-۰/۱۵	-۰/۲۷	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۲	-۰/۰۱	-		
	**	**	**							
۹ تعارضات	۰/۰۶	-۰/۰۴	-۰/۰۵	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۱	-	
بین فردی										
۱۰ افسردگی	۰/۳۷	۰/۳۹	۰/۴۲	-۰/۲۲	-۰/۲۰	۰/۰۳	-۰/۱۹	-۰/۱۵	-۰/۱۴	-
	**	**	**	**	**		**	**	*	

$P < ۰/۰۱^{**}$

$P < ۰/۰۵^*$

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد، رابطه بین انگیزه‌های افزایشی مصرف و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی شامل خانواده ($P < ۰/۰۱$)، دوستان ($r = -۰/۱۷$) و دوستان ($r = -۰/۲۱$)، به لحاظ آماری معنادار و منفی است. رابطه بین انگیزه‌های افزایشی مصرف و مؤلفه‌های کیفیت روابط شامل حمایت اجتماعی ($r = -۰/۱۶$)، به لحاظ آماری معنادار و منفی است. رابطه بین انگیزه‌های افزایشی مصرف و افسردگی ($r = ۰/۳۷$)، $P < ۰/۰۱$ ، به لحاظ آماری معنادار و مثبت است. رابطه بین انگیزه‌های مقابله‌ای مصرف و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی شامل خانواده ($r = -۰/۲۵$)، دوستان ($r = -۰/۱۵$)، به لحاظ آماری معنادار و منفی است. رابطه بین انگیزه‌های مقابله‌ای مصرف و مؤلفه‌های کیفیت روابط شامل حمایت اجتماعی ($r = -۰/۱۵$)، $P < ۰/۰۱$ ، به لحاظ آماری معنادار و منفی است. رابطه بین انگیزه‌های مقابله‌ای مصرف و افسردگی ($P < ۰/۰۱$)، $r = ۰/۳۹$ ، به لحاظ آماری معنادار و مثبت است. رابطه بین انگیزه‌های اجتماعی مصرف و مؤلفه‌های کیفیت روابط شامل حمایت اجتماعی ($r = -۰/۲۷$)، $P < ۰/۰۱$ ، به لحاظ آماری معنادار و منفی است. رابطه بین انگیزه‌های اجتماعی مصرف و افسردگی ($r = ۰/۴۲$)، $P < ۰/۰۱$ ، به لحاظ آماری معنادار و مثبت است.

در تحلیل رگرسیونی «انگیزه‌های افزایشی مصرف سیگار و قلیان» به عنوان متغیر ملاک و «افسردگی» به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله رگرسیون شدند.

جدول ۳- خلاصه نتایج رگرسیون ساده برای پیش‌بینی انگیزه‌های افزایشی مصرف سیگار و قلیان از روی افسردگی

P	T	ضرایب استاندارد		P	F _(۱, ۲۹۸)	R ²	R	متغیرهای	متغیر
		BETA						پیش بین	ملاک
۰/۰۰۰۱	۷/۰۲	۰/۳۷	۰/۰۰۰۱	۴۹/۳۸	۰/۱۴	۰/۳۷	افسردگی	انگیزه افزایشی	

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده ($F_{(۱, ۲۹۸)} = ۴۹/۳۸$)؛ $P = ۰/۰۰۰۱$ معنادار بوده و تقریباً ۰/۱۴ درصد از واریانس متغیر انگیزه‌های افزایشی به وسیله‌ی افسردگی قابل پیش‌بینی می‌باشد ($R^2 = ۰/۱۴$). ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد افسردگی ($\beta = ۰/۳۷$ ؛ $t = ۷/۰۲$ ؛ $P = ۰/۰۰۰۱$) قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های افزایشی مصرف سیگار و قلیان بود.

در تحلیل رگرسیونی «انگیزه‌های مقابله‌ای مصرف سیگار و قلیان» به عنوان متغیر ملاک و «افسردگی» به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله رگرسیون شدند.

جدول ۴- خلاصه نتایج رگرسیون ساده برای پیش‌بینی انگیزه‌های مقابله‌ای مصرف سیگار و قلیان از روی افسردگی

P	T	ضرایب استاندارد		P	F _(۱, ۲۹۸)	R ²	R	متغیرهای	متغیر
		BETA						پیش بین	ملاک
۰/۰۰۰۱	۷/۳۳	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱	۵۳/۸۱	۰/۱۵	۰/۳۹	افسردگی	انگیزه مقابله‌ای	

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده ($F_{(۱, ۲۹۸)} = ۵۳/۸۱$)؛ $P = ۰/۰۰۰۱$ معنادار بوده و تقریباً ۰/۱۵ درصد از واریانس متغیر انگیزه‌های مقابله‌ای به وسیله‌ی افسردگی قابل پیش‌بینی می‌باشد ($R^2 = ۰/۱۵$). ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد افسردگی ($\beta = ۰/۳۹$ ؛ $t = ۷/۳۳$ ؛ $P = ۰/۰۰۰۱$) قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های مقابله‌ای مصرف سیگار و قلیان بود.

در تحلیل رگرسیونی «انگیزه‌های اجتماعی مصرف سیگار و قلیان» به عنوان متغیر ملاک و «افسردگی» به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله رگرسیون شدند.

جدول ۵- خلاصه نتایج رگرسیون ساده برای پیش‌بینی انگیزه‌های اجتماعی مصرف سیگار و قلیان از روی افسردگی

P	T	ضرایب استاندارد		P	F _(۱, ۲۹۸)	R ²	R	متغیرهای	متغیر
		BETA						پیش بین	ملاک
۰/۰۰۰۱	۸/۰۷	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱	۶۵/۲۶	۰/۱۸	۰/۴۲	افسردگی	انگیزه اجتماعی	

نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده ($F_{(۱, ۲۹۸)} = ۶۵/۲۶$)؛ $P = ۰/۰۰۰۱$ معنادار بوده و تقریباً ۰/۱۸ درصد از واریانس متغیر انگیزه‌های اجتماعی به وسیله‌ی افسردگی قابل پیش‌بینی می‌باشد ($R^2 = ۰/۱۸$). ضریب استاندارد بتا نشان می‌دهد افسردگی ($\beta = ۰/۴۲$ ؛ $t = ۸/۰۷$ ؛ $P = ۰/۰۰۰۱$) قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های اجتماعی مصرف سیگار و قلیان بود.

در تحلیل رگرسیونی «انگیزه‌های افزایشی مصرف سیگار و قلیان» به عنوان متغیر ملاک و «مؤلفه‌های کیفیت روابط» به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله رگرسیون چند متغیره شدند. قبل از انجام تحلیل رگرسیون چند متغیره باید از برقرار بودن مفروضات اصلی آن اطمینان حاصل نمود. همان طور که در جدول (۶) مشاهده می‌شود، آماره VIF بین بازه بهینه پیش فرض ۱ تا ۵ ($1 \leq VIF \leq 5$) قرار دارد که در حالت کلی عدم هم خطی بین متغیرهای مستقل در مدل‌های رگرسیونی پژوهش را

نشان می‌دهد. همچنین مقدار آماره تِلرانس بیش از ۰/۵ بوده و نزدیک به صفر نمی‌باشد که برای پذیرفتن عدم هم خطی مناسب می‌باشد. با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون در بازه ۱/۵ و ۲/۵ قرار گرفته است می‌توان نتیجه گرفت بین خطاها همبستگی وجود ندارد.

جدول ۶- خلاصه نتایج رگرسیون به روش همزمان برای پیش‌بینی انگیزه‌های افزایشی مصرف سیگار و قلیان از روی کیفیت روابط

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F (۳, ۲۹۶)	P	ضرایب استاندارد	T	P	آماره هم خطی	دوربین واتسون
						BETA			Toleranc	VIF
انگیزه افزایشی	عمق روابط	۰/۱۹	۰/۰۳	۳/۹۱	۰/۰۰۹	-۰/۰۶	-۱/۱۳	۰/۲۵	۰/۹۹	۱
	حمایت اجتماعی	-۰/۱۷				-۰/۱۷	-۳/۰۲	۰/۰۰۳	۰/۹۹	۱/۰۱
	تعارضات بین فردی	۰/۰۸				۰/۰۸	۱/۵۱	۰/۱۳	۰/۹۹	۱/۰۱

نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده ($F_{(۳, ۲۹۶)} = ۳/۹۱$; $P = ۰/۰۰۹$) معنادار بوده و تقریباً ۰/۰۳ درصد از واریانس متغیر انگیزه‌های افزایشی به وسیله مؤلفه‌های کیفیت روابط قابل پیش‌بینی می‌باشد ($R^2 = ۰/۰۳$). ضرایب استاندارد بتا نشان می‌دهد از بین مؤلفه‌های کیفیت روابط، تنها حمایت اجتماعی ($\beta = -۰/۱۷$; $t = ۳/۰۲$; $P = ۰/۰۰۳$) قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های افزایشی بود.

در تحلیل رگرسیونی «انگیزه‌های مقابله‌ای مصرف سیگار و قلیان» به عنوان متغیر ملاک و «مؤلفه‌های کیفیت روابط» به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله رگرسیون چند متغیره شدند. همان طور که در جدول (۷) مشاهده می‌شود، آماره VIF بین بازه بهینه پیش فرض ۱ تا ۵ ($1 \leq VIF \leq 5$) قرار دارد که در حالت کلی عدم هم خطی بین متغیرهای مستقل در مدل‌های رگرسیونی پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین مقدار آماره تِلرانس بیش از ۰/۵ بوده و نزدیک به صفر نمی‌باشد که برای پذیرفتن عدم هم خطی مناسب می‌باشد. با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون در بازه ۱/۵ و ۲/۵ قرار گرفته است می‌توان نتیجه گرفت بین خطاها همبستگی وجود ندارد.

جدول ۷- خلاصه نتایج رگرسیون به روش همزمان برای پیش‌بینی انگیزه‌های مقابله‌ای مصرف سیگار و قلیان از روی کیفیت روابط

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F (۳, ۲۹۶)	P	ضرایب استاندارد	T	P	آماره هم خطی	دوربین واتسون
						BETA			Tolerance	VIF
انگیزه مقابله‌ای	عمق روابط	۰/۱۸	۰/۰۳	۳/۵۸	۰/۰۱	-۰/۱۰	-۱/۸۶	۰/۰۶	۰/۹۹	۱
	حمایت اجتماعی	-۰/۱۵				-۰/۱۵	-۲/۶۳	۰/۰۰۹	۰/۹۹	۱/۰۱

تعارضات بین فردی	-۰/۰۲	-۰/۴۳	۰/۶۶	۰/۹۹	۱/۰۱
---------------------	-------	-------	------	------	------

نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده ($F_{(۳, ۲۹۶)} = ۳/۵۸$; $P = ۰/۰۱$) معنادار بوده و تقریباً ۰/۰۳ درصد از واریانس متغیر انگیزه‌های مقابله‌ای به وسیله‌ی مؤلفه‌های کیفیت روابط قابل پیش‌بینی می‌باشد ($R^2 = ۰/۰۳$). ضرایب استاندارد بتا نشان می‌دهد از بین مؤلفه‌های کیفیت روابط، تنها حمایت اجتماعی ($\beta = -۰/۱۵$ و $t = -۲/۶۳$; $P = ۰/۰۰۹$) قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های مقابله‌ای بود.

در تحلیل رگرسیونی «انگیزه‌های اجتماعی مصرف سیگار و قلیان» به عنوان متغیر ملاک و «مؤلفه‌های کیفیت روابط» به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله رگرسیون چند متغیره شدند. همان طور که در جدول (۸) مشاهده می‌شود، آماره VIF بین بازه بهینه پیش فرض ۱ تا ۵ ($1 \leq VIF \leq 5$) قرار دارد که در حالت کلی عدم هم خطی بین متغیرهای مستقل در مدل‌های رگرسیونی پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین مقدار آماره تِلرانس بیش از ۰/۵ بوده که برای پذیرفتن عدم هم خطی مناسب می‌باشد. با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون بازه ۱/۵ و ۲/۵ قرار گرفته است می‌توان نتیجه گرفت بین خطاها همبستگی وجود ندارد.

جدول ۸- خلاصه نتایج رگرسیون به روش همزمان برای پیش‌بینی انگیزه‌های اجتماعی مصرف سیگار و قلیان از روی کیفیت روابط

متغیر ملاک	متغیرها ی پیش بین	R	R^2	$F_{(۳, ۲۹۶)}$	P	ضرایب استاندارد	T	P	آماره هم خطی	دوربین واتسون
						BETA		Toleranc e		VIF
انگیزه اجتماعی	عمق روابط	۰/۲۷	۰/۰۷	۸/۲۴	۰/۰۰۱	-۰/۰۵	۰/۹۸	۰/۳۲	۰/۹۹	۱
ی اجتماعی	حمایت اجتماعی	-	-	-	-	-۰/۲۶	۴/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱/۰۱
تعارضات بین فردی	-	-	-	-	-	-۰/۰۲	۰/۴۹	۰/۶۲	۰/۹۹	۱/۰۱

نتایج جدول (۸) نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده ($F_{(۳, ۲۹۶)} = ۸/۲۴$; $P = ۰/۰۰۱$) معنادار بوده و تقریباً ۰/۰۷ درصد از واریانس متغیر انگیزه‌های اجتماعی به وسیله‌ی مؤلفه‌های کیفیت روابط قابل پیش‌بینی می‌باشد ($R^2 = ۰/۰۷$). ضرایب استاندارد بتا نشان می‌دهد از بین مؤلفه‌های کیفیت روابط، تنها حمایت اجتماعی ($\beta = -۰/۲۶$ و $t = -۴/۷۹$; $P = ۰/۰۰۰۱$) قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های اجتماعی بود.

در تحلیل رگرسیونی «انگیزه‌های افزایشی مصرف سیگار و قلیان» به عنوان متغیر ملاک و «مؤلفه‌های حمایت اجتماعی» به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله رگرسیون چند متغیره شدند. قبل از انجام تحلیل رگرسیون چند متغیره باید از برقرار بودن مفروضات اصلی آن اطمینان حاصل نمود. همان طور که در جدول (۹) مشاهده می‌شود، آماره VIF بین بازه بهینه پیش فرض

۱ تا ۵ ($1 \leq VIF \leq 5$) قرار دارد که در حالت کلی عدم هم خطی بین متغیرهای مستقل در مدل‌های رگرسیونی پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین مقدار آماره تِلرانس بیش از ۰/۵ بوده و نزدیک به صفر نمی‌باشد که برای پذیرفتن عدم هم خطی مناسب می‌باشد. با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون در بازه ۱/۵ و ۲/۵ قرار گرفته است می‌توان نتیجه گرفت بین خطاها همبستگی وجود ندارد.

جدول ۹- خلاصه نتایج رگرسیون به روش همزمان برای پیش‌بینی انگیزه‌های افزایشی مصرف سیگار و قلیان از روی حمایت اجتماعی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	P (۳ و ۲۹۶) F	ضرایب استاندارد	T	P	آماره هم خطی		دوربین واتسون
								VIF	Tolerance	
انگیزه افزایشی	خانواده	۰/۲۵	۰/۰۶	۶/۸۴	-۰/۱۳	-۲/۳۲	۰/۰۲	۰/۹۵	۱/۰۴	۱/۹۱
	دوستان				-۰/۱۹	-۳/۳۰	۰/۰۱	۰/۹۵	۱/۰۴	
	دیگران				۰/۰۲	۰/۵۰	۰/۶۱	۰/۹۸	۱	

نتایج جدول (۹) نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده ($F=۶/۸۴$ و $P=۰/۰۰۱$) معنادار بوده و تقریباً ۰/۰۶ درصد از واریانس متغیر انگیزه‌های افزایشی وسیله‌ی مؤلفه‌های حمایت اجتماعی قابل پیش‌بینی می‌باشد ($R^2=۰/۰۳$). ضرایب استاندارد بتا نشان می‌دهد از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، تنها حمایت خانواده ($\beta=-۰/۱۳$ و $t=-۲/۳۲$ ؛ $P=۰/۰۲$) و دوستان ($\beta=-۰/۱۹$ و $t=-۳/۳۰$ ؛ $P=۰/۰۰۱$) قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های افزایشی بودند.

در تحلیل رگرسیونی «انگیزه‌های مقابله‌ای مصرف سیگار و قلیان» به عنوان متغیر ملاک و «مؤلفه‌های حمایت اجتماعی» به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله رگرسیون چند متغیره شدند. همان طور که در جدول (۱۰) مشاهده می‌شود، آماره VIF بین بازه بهینه پیش فرض ۱ تا ۵ ($1 \leq VIF \leq 5$) قرار دارد که در حالت کلی عدم هم خطی بین متغیرهای مستقل در مدل‌های رگرسیونی پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین مقدار آماره تِلرانس بیش از ۰/۵ بوده و نزدیک به صفر نمی‌باشد که برای پذیرفتن عدم هم خطی مناسب می‌باشد. با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون در بازه ۱/۵ و ۲/۵ قرار گرفته است می‌توان نتیجه گرفت بین خطاها همبستگی وجود ندارد.

جدول ۱۰- خلاصه نتایج رگرسیون به روش همزمان برای پیش‌بینی انگیزه‌های مقابله‌ای مصرف سیگار و قلیان از روی حمایت اجتماعی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	P (۳ و ۲۹۶) F	ضرایب استاندارد	T	P	آماره هم خطی		دوربین واتسون
								VIF	Tolerance	
انگیزه مقابله‌ای	خانواده	۰/۲۷	۰/۰۷	۸/۰۷	-۰/۲۳	-۴/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱/۰۴	۱/۶۵
	دوستان				-۰/۱۰	-۱/۷۸	۰/۰۷	۰/۹۵	۱/۰۴	
	دیگران				۰/۰۳	۰/۵۳	۰/۵۹	۰/۹۹	۱	

نتایج جدول (۱۰) نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده ($F_{(۳, ۲۹۶)} = ۸/۰۷$ ؛ $P = ۰/۰۰۰۱$) معنادار بوده و تقریباً $۰/۰۷$ درصد از واریانس متغیر انگیزه‌های مقابله‌ای به وسیله‌ی مؤلفه‌های حمایت اجتماعی قابل پیش‌بینی می‌باشد ($R^2 = ۰/۰۷$). ضرایب استاندارد بتا نشان می‌دهد از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، تنها حمایت خانواده ($\beta = -۰/۲۳$ و $t = -۴/۱۰$ ؛ $P < ۰/۰۰۰۱$) قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های مقابله‌ای بود.

در تحلیل رگرسیونی «انگیزه‌های اجتماعی مصرف سیگار و قلیان» به عنوان متغیر ملاک و «مؤلفه‌های حمایت اجتماعی» به عنوان متغیر پیش بین وارد معادله رگرسیون چند متغیره شدند. همان طور که در جدول (۱۱) مشاهده می‌شود، آماره VIF بین بازه بهینه پیش فرض ۱ تا ۵ ($۱ \leq VIF \leq ۵$) قرار دارد که در حالت کلی عدم هم خطی بین متغیرهای مستقل در مدل‌های رگرسیونی پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین مقدار آماره تِلرانس بیش از $۰/۵$ بوده و نزدیک به صفر نمی‌باشد که برای پذیرفتن عدم هم خطی مناسب می‌باشد. با توجه به این که مقدار آماره دوربین واتسون بازه $۱/۵$ و $۲/۵$ قرار گرفته است می‌توان نتیجه گرفت بین خطاها همبستگی وجود ندارد.

جدول ۱۱- خلاصه نتایج رگرسیون به روش همزمان برای پیش‌بینی انگیزه‌های اجتماعی مصرف سیگار و قلیان از روی حمایت اجتماعی

متغیر ملاک	متغیرها ی پیش بین	R	R^2	$F_{(۳, ۲۹۶)}$	P	ضرایب استاندارد	T	P	آماره هم خطی		دوربین واتسون
									VIF	Tolerance	
انگیزه اجتماعی	خانواده	۰/۴۵	۰/۲۱	۲۶/۲۰	۰/۰۰۰۱	-۰/۴۴	-۸/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵	۱/۰۴	۱/۵۲
	دوستان					-۰/۰۶	-۱/۱۳	۰/۲۵	۰/۹۵	۱/۰۴	
	دیگران مهم					۰/۰۰۹	۰/۱۷	۰/۸۶	۰/۹۹	۱	

نتایج جدول (۱۱) نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده ($F_{(۳, ۲۹۶)} = ۲۶/۲۰$ ؛ $P = ۰/۰۰۰۱$) معنادار بوده و تقریباً $۰/۲۱$ درصد از واریانس متغیر انگیزه‌های اجتماعی به وسیله‌ی مؤلفه‌های حمایت اجتماعی قابل پیش‌بینی می‌باشد ($R^2 = ۰/۲۱$). ضرایب استاندارد بتا نشان می‌دهد از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی تنها حمایت خانواده ($\beta = -۰/۴۴$ و $t = -۸/۳۶$ ؛ $P = ۰/۰۰۰۱$) قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های اجتماعی بود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد، افسردگی با انگیزه‌های (افزایشی، مقابله‌ای و اجتماعی) مصرف سیگار و قلیان رابطه مثبت و معناداری دارد؛ همچنین نتایج نشان داد، افسردگی قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های (افزایشی، مقابله‌ای و اجتماعی) مصرف سیگار و قلیان دانشجویان می‌باشد. این یافته با پژوهش‌های لیورانت و همکاران (۲۰۱۴)، دوسانتوس و همکاران (۲۰۱۰)، راتسچن و همکاران (۲۰۰۹) و پرات (۲۰۱۰) که مؤید رابطه مصرف سیگار و افسردگی هستند، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته لازم است در ابتدا به مکانیزم رابطه افسردگی و مصرف سیگار اشاره شود. سیگار کشیدن و افسردگی هر دو عامل اصلی ناتوانی و مرگ و میر در سراسر دنیا هستند (وینبرگر^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). در دهه‌های اخیر به بحث همبودی افسردگی و مصرف سیگار در مطالعات متعدد پرداخته شده است (ماتیو^۲، ۲۰۱۶). افسردگی را هم یکی از علت‌های گرایش به مصرف سیگار و هم معلول و یکی از پیامدها و آثار مصرف سیگار عنوان نموده‌اند. اثرات ضد افسردگی مصرف سیگار اغلب توسط افراد سیگاری گزارش می‌شود. باوجود باور عمومی راسخ به اینکه مصرف سیگار می‌تواند به کاهش عاطفه منفی منجر شود، برخی مطالعات عکس این موضوع را ثابت کرده‌اند، یعنی سیگار کشیدن منجر به افسردگی می‌شود (بوردن^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). افسردگی ممکن است باعث شود افراد به مصرف سیگار (شاید به عنوان نوعی خود درمانی) روی بیاورد. همچنین افراد افسرده علائم شدیدتری را در زمان ترک مصرف سیگار نشان می‌دهند (مک کلین^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). مصرف سیگار نیز ممکن است از طریق تغییرات در مسیر انتقال دهنده‌های عصبی باعث افزایش خطر ابتلا به افسردگی شود (مونافو و آریانو^۵، ۲۰۱۰). به طوری که مینور و پیکتو^۶ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای نشان دادند نیکوتین نقش مهمی در پاتوفیزیولوژی افسردگی دارد؛ بنابراین با توجه به این که عموم مردم بر این باورند که مصرف سیگار می‌تواند در کاهش علائم افسردگی و خلق پایین به آن‌ها کمک کند می‌توان رابطه مستقیم افسردگی و انگیزه‌های مقابله‌ای (فرار از حالات منفی) را تبیین نمود. بدین صورت که افرادی که افسرده‌ترند با انگیزه مقابله با این افسردگی و ناراحتی خود به مصرف سیگار روی می‌آورند. درواقع تلاش برای رهایی از نشانه‌های افسردگی و مقابله با آن می‌تواند انگیزه‌ای برای مصرف سیگار باشد. از طرفی با توجه به این که نیکوتین باعث فعال کردن انتقال دهنده‌های عصبی، غلظت استیل کولین و دوپامین را افزایش می‌دهد که باعث احساس رضایت و تمرکز بهتر بیشتر می‌شود (پیکوت^۷ و همکاران، ۲۰۰۰)؛ بنابراین می‌توان رابطه مستقیم افسردگی و انگیزه افزایشی را تبیین نمود. بدین صورت که افرادی که افسرده ترند با انگیزه افزایش رضایت و خوشی خود به مصرف سیگار روی بیاورند. برقراری روابط اجتماعی و دریافت حمایت از گروه در کاهش آثار منفی افسردگی مؤثر است (سانتانی^۸ و همکاران، ۲۰۱۵)؛ بنابراین می‌توان رابطه مستقیم افسردگی و انگیزه اجتماعی را تبیین نمود. بدین صورت که افرادی که افسرده ترند با انگیزه‌ی افزایش اثرات مثبت از طریق بافت اجتماعی یعنی برقراری روابط اجتماعی به مصرف سیگار روی می‌آورند.

نتایج نشان داد، از بین مؤلفه‌های کیفیت روابط تنها حمایت اجتماعی با انگیزه‌های (افزایشی، مقابله‌ای و اجتماعی) مصرف سیگار و قلیان رابطه منفی و معناداری دارد؛ همچنین نتایج نشان داد، از بین مؤلفه‌های کیفیت روابط تنها حمایت اجتماعی قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های (افزایشی، مقابله‌ای و اجتماعی) مصرف سیگار و قلیان دانشجویان می‌باشد. این یافته با پژوهش‌های فگان^۹ و همکاران (۲۰۰۱) و شجاع و همکاران (۱۳۸۹) که موید رابطه مصرف سیگار و روابط بین فردی هستند، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به این که تجربه حمایت یا مستقیماً به صورت یک عامل ضربه گیرانه واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب روان‌شناختی ظاهر می‌شوند و یا از طریق اثرگذاری بر متغیرهای مداخله کننده مانند مقابله در برابر اثرات موقعیت‌های منفی یا رخدادهای استرس‌زا عمل می‌کند (مکی آبادی، ۱۳۸۸)، می‌توان رابطه معکوس حمایت اجتماعی و انگیزه‌های مقابله‌ای (فرار از حالات منفی) را تبیین نمود. بدین صورت که افرادی که حمایت اجتماعی پایین‌تری در روابطشان برخوردارند در برابر استرس‌های زندگی آسیب پذیر تر بوده و برای کاستن از تنش‌ها و فشارهای زندگی به مصرف سیگار روی می‌آورند. با توجه به این که برخورداری از حمایت اجتماعی یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم در رضایت از

1. Weinberger

2. Mathew

3. Boden

4. McMillen

5. Munafò & Araya

6. Mineur & Picciotto

7. Picciotto

8. Santini

9. Fagan

زندگی آنان است. باعث احساس خشنودی و امیدواری بیشتر می‌شود (خیری، ۱۳۹۳)، می‌توان رابطه معکوس حمایت اجتماعی و انگیزه افزایشی را تبیین نمود؛ بدین صورت که افرادی که حمایت اجتماعی پایین‌تری در روابطشان برخوردارند، احساس خشنودی و رضایت کمتری دارند و احتمال دارد با انگیزه افزایش رضایت و خشنودی خود به مصرف سیگار روی بیاورند. با توجه به این که حمایت اجتماعی اشاره دارد به باور افراد در مورد این که آن‌ها مورد علاقه اطرافیان بوده و دوست‌داشتنی، قابل احترام و ارزشمند هستند (کوب، ۱۹۷۶)، می‌توان رابطه معکوس حمایت اجتماعی و انگیزه اجتماعی را تبیین نمود؛ بدین صورت که افرادی که حمایت اجتماعی پایین‌تری در روابطشان برخوردارند و احساس می‌کنند به حد کافی دوست‌داشتنی نیستند، احتمال دارد با انگیزه کسب تایید و احترام دیگران بالاخص دوستانشان به مصرف سیگار روی بیاورند.

نتایج نشان داد، از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی تنها حمایت خانواده و دوستان با انگیزه‌های (افزایشی، مقابله‌ای و اجتماعی) مصرف سیگار و قلیان رابطه منفی و معناداری دارد؛ همچنین نتایج نشان داد، از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، تنها حمایت خانواده و دوستان قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های افزایشی بودند. همچنین از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، تنها حمایت خانواده قادر به پیش‌بینی انگیزه‌های مقابله‌ای و اجتماعی بود. این یافته با پژوهش‌های بیات کوهسار، میرشکار و بای (۱۳۹۵)، زینلی و هاشمی (۱۳۹۳)، می و همکاران (۲۰۰۷)، ترقی جاه و همکاران (۱۳۸۹) که موید رابطه مصرف سیگار و مواد با حمایت اجتماعی هستند، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته لازم است در ابتدا به مکانیزم رابطه حمایت اجتماعی و منابع آن یعنی خانواده و دوستان و مصرف سیگار اشاره شود. سیگار کشیدن، مانند بسیاری از رفتارهای مرتبط با سلامت، دارای جنبه های "اجتماعی" می‌باشد (کورونی^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). شبکه روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی نقش مهمی در گرایش به رفتارهای پرخطر همچون مصرف سیگار دارد (لاسپینسون و استاچل^۲، ۲۰۱۱). وات^۳ و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه ای نشان دادند رفتارهای مرتبط با سلامتی (مانند مصرف سیگار) با شبکه روابط دوستانه و روابط خانودگی مرتبط است. خانواده یکی از منابع اصلی حمایت اجتماعی است. وقتی اعضای خانواده در تعامل با یکدیگر واکنش‌های مثبت تری داشته باشند و فضای خانواده مهربانانه، صمیمانه و محافظت کننده باشد، احساس حمایت بیشتر خواهد بود در نتیجه گرایش به مصرف مواد کمتر خواهد شد (نادری، ۱۳۷۹). ارتباط مناسب بین والدین و فرزندان و وجود فضای آرام و خالی از تنش در خانواده، نقش محافظتی در پیشگیری از گرایش جوانان به مصرف سیگار و قلیان ایفا می‌کند (تیلسون^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). در مقابل، خشونت خشونت و استبداد والدین و عدم حمایت احساسی از فرزندان، باعث می‌شود فرزندان از بازگو نمودن مشکلات عاطفی و احساسی خود با والدین خودداری نموده و بدین ترتیب شکست‌ها، محرومیت‌ها و تضادهای حل نشده می‌توانند زمینه آسیب پذیری در مقابل انحراف و گرایش به مصرف مواد را در فرزندان ایجاد کنند (نادری، ۱۳۷۹). دوستان نیز از منابع اصلی حمایت اجتماعی محسوب می‌شود. شبکه روابط دوستانه می‌تواند هم در بروز رفتارهای پرخطر مثل مصرف سیگار مؤثر باشد هم در قطع مصرف سیگار تأثیر گذار باشد (فگان و همکاران، ۲۰۰۱). چنان که نتایج مطالعه فگان و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد، افرادی که به‌طور مداوم سیگار می‌کشیدند بیشتر از طرف همکارانشان به ترک سیگار تشویق می‌شدند. از طرفی نیز برخی شواهد نشان می‌دهد، دوستانی که مصرف کننده سیگار هستند می‌توانند نگرش مثبت به مصرف سیگار در فرد ایجاد کنند. چنانچه نتایج مطالعه شجاع و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد، مهم‌ترین دلیل گرایش به مصرف سیگار ارتباط با دوستان سیگاری می‌باشد. به‌طور کلی می‌توان گفت شبکه حمایتی دوستان می‌تواند از گرایش افراد به رفتارهای پرخطر مثل مصرف سیگار، الکل و... جلوگیری کند (فگان و همکاران، ۲۰۰۱). با توجه به این که حمایت اجتماعی از منابع خانواده و دوستان باعث می‌شود افراد را در مقابل استرس‌ها و فشارها مقاوم تر شوند و درواقع این حمایت می‌تواند نقش ضربه گیر داشته باشد، بنابراین می‌توان رابطه معکوس حمایت اجتماعی از منابع خانواده و دوستان و انگیزه مقابله‌ای را تبیین نمود؛ بدین صورت که افرادی که حمایت

¹.Curranini

². Lospinoso & Satchell

³. Watt

⁴.Tilson

اجتماعی کمتری از دوستان و خانواده درک می‌کنند، با انگیزه مقابله با استرس‌هایی که دارند به مصرف سیگار گرایش پیدا می‌کنند. با توجه به این که حمایت اجتماعی از منابع خانواده و دوستان باعث می‌شود، فرد احساس رضایتمندی و شادمانی بیشتری داشته باشند، بنابراین می‌توان رابطه معکوس حمایت اجتماعی از منابع خانواده و دوستان و انگیزه افزایشی را تبیین نمود؛ بدین صورت که افرادی که حمایت اجتماعی کمتری از دوستان و خانواده درک می‌کنند، رضایت کمتری از زندگی دارند و احساس شادکامی کمتری برخوردارند، با انگیزه دست یافتن به احساس رضایت و خوشی دست پیدا کنند. با توجه به این که حمایت اجتماعی از منابع خانواده و دوستان برای هر فرد یک ارتباط امن به وجود می‌آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این روابط است؛ بنابراین می‌توان رابطه معکوس حمایت اجتماعی از منابع خانواده و دوستان و انگیزه اجتماعی را تبیین نمود؛ بدین صورت که افرادی که حمایت اجتماعی کمتری از دوستان و خانواده درک می‌کنند، با انگیزه برقراری روابط و دست یافتن به مزایای این روابط به مصرف سیگار روی بیاورد. درمورد پژوهش حاضر باید توجه داشت همه محدودیتهایی که تحقیقات عرصه علوم انسانی و اجتماعی را دربرمی‌گیرد، این تحقیق را نیز شامل می‌شود، محدودیت‌های عمده‌ی این تحقیق عبارتند از: نتایج به دست آمده به روش همبستگی در مقایسه با روش‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی امکان تعیین روابط علی میان متغیرهای پژوهش را به وجود نمی‌آورد، از این رو لازم است در تعبیر، تفسیر و تعمیم یافته‌ها احتیاط صورت گیرد. این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است. به این دلیل، نتیجه‌گیری درباره علیت را دشوار می‌سازد. عدم کنترل تأثیر متغیرهای جمعیت شناختی از جمله جنسیت، رشته تحصیلی، بومی یا خوابگاهی بودن و؛ که می‌تواند بر نتایج تحقیق تأثیر گذار باشد. محدودیت منابع در زمینه انگیزه‌های مصرف سیگار و قلیان و رابطه آن با سایر متغیرهای پژوهش نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش بود.

منابع

۱. ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۷۱). *اندازه‌گیری روانی و اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت‌نفس و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
۲. اسدپور، سعید، قربانی بیرگانی، علی رضا، زارع، کوروش، حکیم، اشرف السادات. (۱۳۹۱). مقایسه سلامت روان دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران در سال ۱۳۸۹. *مجله مراقبت بیماری‌های مزمن جندی شاپور*، ۱، ۳۷-۴۴.
۳. بخشانی، نورمحمد. (۱۳۹۳). *بررسی اثربخشی برنامه بازتوانی قلب بر ادراک بیماری، کیفیت روابط و خودکارآمدی بیماران CABG*. طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی.
۴. بیات کوهسار، فاطمه، میرشکار، حسن، بای، الهه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین وسواس فکری عملی و حمایت اجتماعی در وابستگی به سیگار. *دومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در علوم رفتاری و اجتماعی*.
۵. پورشهباز، عباس. (۱۳۷۲). *رابطه بین ارزیابی میزان رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران.
۶. ترقی جاه، صدیقه، حمدیه، مصطفی، یعقوبی، نرگس. (۱۳۸۹). عوامل پیش‌بینی کننده مصرف سیگار و قلیان در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی. *پژوهش در پزشکی*، ۴، ۲۴۹-۲۶۰.
۷. حسینی قدمگاهی، جواد. (۱۳۷۶). *کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونری قلب*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
۸. حسینی، فرهاد، حبیبی، مجتبی، رادفر، فرهاد. (۱۳۹۴). مقایسه سبک‌های دل‌بستگی، احساس تنهایی ادراک شده و سلامت روان در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری. *روان‌شناسی سلامت*، ۲۰-۸۰.
۹. خیری، منصوره. (۱۳۹۳). *بررسی میزان پیش‌بینی‌کنندگی ابعاد حمایت اجتماعی بر احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان.

۱۰. زینلی، مریم، هاشمی، تورج. (۱۳۹۴). نقش حمایت اجتماعی در گرایش به اختلال مصرف مواد، اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه.
۱۱. سارویی، غلامرضا. (۱۳۷۳). مقدمه ای بر هنجاریابی پرسشنامه تجدیدنظرشده افسردگی بک. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۲. سلیمانی، فرزانه، نوری قاسم آبادی، ربابه. (۱۳۹۴). بررسی عوامل موثر گرایش به مصرف نیکوتین در میان جوانان . کنفرانس سالانه رویکردهای نوین پژوهشی در علوم انسانی.
۱۳. شجاع، مهدیه، جویباری، لیلا، قربانی، مصطفی، ثناگو، اکرم، شجاعی، حجت، کیاکجوری، زاهده، ارگنجی، حسین. (۱۳۸۹). بررسی فراوانی مصرف و علل گرایش به سیگار در دانشجویان ساکن خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۸۷. پژوهنده، ۳، ۱۲۳-۱۲۸.
۱۴. مکی آبادی، زهرا سادات (۱۳۸۱). رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان‌شناختی دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه تربیت معلم تهران.
۱۵. نادری، علی احمد. (۱۳۷۹). بررسی ابعاد فرهنگی اجتماعی و اقتصادی خانواده در پیشگیری و درمان معتادان و مقابله با مصرف مواد مخدر در اردوگاه کار معتادان بیستون؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک.
۱۶. هاشمی، تورج، فتوحی بناب، سکینه، کریمی، حمیدرضا، بیرامی، منصور. (۱۳۹۳). نقش باورهای غیرمنطقی، ادراکات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در عود اختلال سوءمصرف مواد. اعتیادپژوهی، ۱۳، ۷-۲۴.
۱۷. ورمزیار، مهدی. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی خانواده و بزهکاری نوجوانان، رساله کارشناسی ارشد، جامعه‌شناسی دانشگاه مازندران.
۱۸. یاور، سمیرا. (۱۳۹۱). مدل ساختاری مصرف مواد در دانشجویان: نقش معنویت، الگوگیری اجتماعی، نگرش به مواد و انگیزه‌های مصرف. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم تهران.

19. Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2010). Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 440-446.
20. Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
21. Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
22. Currarini, S., Fumagalli, E., & Panebianco, F. (2013). Smoking and Social Interaction. *Review of Environment, Energy and Economics (Re3)*, Forthcoming.
23. Darling, H. and Reeder, A.I. (2003) Smoke-free schools? Results of a secondary school smoking policies survey 2002. *New Zealand Medical Journal*, 116, 85-69.
24. dos Santos, V. A., Migott, A. M., Bau, C. H. D., & Chatkin, J. M. (2010). Tobacco smoking and depression: results of a cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 413-414.
25. Fagan, P., Eisenberg, M., Stoddard, A. M., Frazier, L., & Sorensen, G. (2001). Social influences, social norms, social support, and smoking behavior among adolescent workers. *American Journal of Health Promotion*, 15(6), 414-421.
26. Frieden, T. R., & Blakeman, D. E. (2005). The dirty dozen: 12 myths that undermine tobacco control. *American Journal of Public Health*, 95(9), 1500-1505.

27. Goodman, E., & Capitman, J. (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, 106, 748-755.
28. Grant, V. V., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2007). Psychometric evaluation of the five-factor Modified Drinking Motives Questionnaire - Revised in undergraduates. *Addictive Behaviors*, 32, 2611-2632.
29. Kan, M. Y., & Lau, M. (2010). Minor access control of Hong Kong under the framework convention on tobacco control. *Health policy*, 95(2), 204-210.
30. Kassel, J.D., Wardle, M., & Roberts, J.E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32, 1164-1176.
31. Kuyken, W., Byford, S., Byng, R., Dalgleish, T., Lewis, G., Taylor, R., Watkins, E. R., Hayes, R., Lanham, P., Kessler, D., Morant, N., & Evans, A. (2010). Study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy with maintenance anti-depressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: the prevent trial. *BioMed Central journals*, 11, 1-10.
32. Landman-Peters, K. M., Hartman, C. A., van der Pompe, G., den Boer, J. A., Minderaa, R. B., & Ormel, J. (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social Science & Medicine*, 60, 2549-2559.
33. Lauder, W., Mummery, K., Jones, M., & Caperchione, C. (2006). A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychology Health & Medicine*, 11, 233-245.
34. Lim, H. K., Ghazali, S. M., Kee, C. C., Lim, K. K., Chan, Y. Y., Teh, H. C., ... & Salleh, S. (2013). Epidemiology of smoking among Malaysian adult males: prevalence and associated factors. *BMC Public Health*, 13(1), 1.
35. Liverant, G. I., Sloan, D. M., Pizzagalli, D. A., Harte, C. B., Kamholz, B. W., Rosebrock, L. E., ... & Kaplan, G. B. (2014). Associations among smoking, anhedonia, and reward learning in depression. *Behavior therapy*, 45(5), 651-663.
36. Lospinoso, J. A., & Satchell, D. J. (2011). Smoking Behavior and Friendship Formation: The Importance of Time Heterogeneity in Studying Social Network Dynamics. In *System Sciences (HICSS), 2011 44th Hawaii International Conference on* (pp. 1-11). IEEE.
37. Mathew, A. R., Hogarth, L., Leventhal, A. M., Cook, J. W., & Hitsman, B. (2016). Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review & proposed theoretical model. *Addiction*.
38. May, S., West, R., Hajek, P., McEwen, A., & McRobbie, H. (2007). Social support and success at stopping smoking. *Journal of Smoking Cessation*, 2, 47-53.
39. McMillen, R. C., Gottlieb, M. A., Shaefer, R. M. W., Winickoff, J. P., & Klein, J. D. (2015). Trends in electronic cigarette use among US adults: use is increasing in both smokers and nonsmokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(10), 1195-1202.
40. Mineur, Y. S., & Picciotto, M. R. (2010). Nicotine receptors and depression: revisiting and revising the cholinergic hypothesis. *Trends in pharmacological sciences*, 31(12), 580-586.
41. Munafò, M. R., & Araya, R. (2010). Cigarette smoking and depression: a question of causation. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 425-426.
42. Mushquash, C. J., Stewart, S. H., Comeau, N., & McGrath, P. J. (2008). The structure of drinking motives in First Nations adolescents in Nova Scotia. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: The Journal of the National Center*, 15(1), 33-52.

43. Picciotto, M. R., Caldarone, B. J., King, S. L., & Zachariou, V. (2000). Nicotinic receptors in the brain: links between molecular biology and behavior. *Neuropsychopharmacology*, 22, 451-465.
44. Piko, B. F., Wills, T. A., & Walker, C. (2007). Motives for smoking and drinking: country and gender differences in samples of Hungarian and US high school students. *Addictive behaviors*, 32(10), 2087-2098.
45. Pratt, L. A., & Brody, D. J. (2010). Depression and smoking in the US household population aged 20 and over, 2005-2008. *NCHS data brief*, (34), 1-8.
46. Pratt, L. A., & Brody, D. J. (2010). Depression and smoking in the US household population aged 20 and over, 2005-2008. *NCHS data brief*, (34), 1-8.
47. Ratschen, E., Britton, J., & McNeill, A. (2009). Implementation of smoke-free policies in mental health in-patient settings in England. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 547-551.
48. Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 175, 53-65.
49. Sferra, S. P. (2002). *Perceived relationship quality as a predictor of women's dropout from substance abuse treatment*. Doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University.
50. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: 5th ed Allyn & Bocon.
51. Tilson, E. C., McBride, C. M., Lipkus, I. M., & Catalano, R. F. (2004). Testing the interaction between parent-child relationship factors and parent smoking to predict youth smoking. *Journal of Adolescent Health*, 35, 182-189.
52. Watt, R. G., Heilmann, A., Sabbah, W., Newton, T., Chandola, T., Aida, J., ... & Tsakos, G. (2014). Social relationships and health related behaviors among older US adults. *BMC public health*, 14(1), 1.
53. Weinberger, A. H., Kashan, R. S., Shpigel, D. M., Esan, H., Taha, F., Lee, C. J., ... & Goodwin, R. D. (2016). Depression and cigarette smoking behavior: a critical review of population-based studies. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1-16.
54. Wu, J. (2010). Double target concept for smoking cessation. *Acta Pharmacologica Sinica*, 31(9), 1015-1018.

Examination of the Relationship between Motives of Smoking and Using Shisha, Depression, Quality of Relationships, and Social Support in Students

Masomeh Marvizadeh¹, Robabeh Nori Ghasem Abadi², Maryam Moghadasin³

1. *M.A Graduated in Department of Clinical psychology, Kharazmi University Tehran Branch, Tehran, Iran (Corresponding Author)*
2. *Ph.D Graduated in Department of Clinical psychology, Faculty member Kharazmi University Tehran Branch, Tehran, Iran*
3. *Ph.D Graduated in Department of Psychometric, Faculty member Kharazmi University Tehran Branch, Tehran, Iran*

Abstract

The present study was aimed to examine the relationship between depression, quality of relationships, and social support with motives of smoking and using shisha. This research was practical in terms of objective; and in terms of data collection method, it was correlational-descriptive. The statistical population consisted of all BA students (2015-2016). Statistical sample consisted of 300 students from Karaj (Kharazmi, Azad, and Tehran) (2015-2016), who were selected using a cluster sampling method. In order to collect data, the following questionnaires were used: Cooper's drug motives questionnaire (DMQ-R) (1998), Beck's depression questionnaire (BDI) (1961), Pears's et al quality of relationships questionnaire (QRI) (1991), and Wax's social support questionnaire (SSI) (1986). Results showed that depression had a positive and significant relationship with motives (incremental, coping, and social) of smoking and using shisha, and that depression was able to predict the motives (incremental, coping, and social) of smoking and using shisha for students. From the components of relationship quality, only social support had a negative and significant relationship with motives (incremental, coping, and social) of smoking and using shisha. In addition, results showed that from the components of relationship quality, only social support was able to predict motives (incremental, coping, and social) of smoking and using shisha. From the components of social support, only support from family and friends had a negative and significant relationship with motives (incremental, coping, and social) of smoking and using shisha. And from the components of social support, only support from family and friends could predict incremental motives. Furthermore, from the components of social support, only family support was able to predict social and coping motives.

Keywords: depression, motives of smoking and using shisha, quality of relationships, social support
