



بررسی عوامل مؤثر بر استعمال دخانیات براساس مدل بزنف در دانشجویان پسر مشغول به تحصیل شهر کرمانشاه

سیامک محبی^{۱*} (M.Sc.)، مرضیه شاه‌سیاه^۲ (M.Sc.)، محمد مطلبی^۳ (M.Sc.)، مهدی کارگر^۴ (M.Sc.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی قم- دانشکده بهداشت- عضو هیأت علمی. ۲- دانشگاه علوم پزشکی قم- کارشناس ارشد مشاوره خانواده. ۳- دانشگاه علوم پزشکی گناباد- عضو هیأت علمی. ۴- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- کارشناس ارشد آموزش بهداشت.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۹/۲۵، تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۲/۲۹

چکیده

مقدمه: به دلیل پیشرفت سریع شیوع مصرف سیگار در نوجوانان و جوانان و نیاز به شناخت مشکل، جهت حساس کردن جامعه و دست‌اندرکاران مسایل بهداشتی، این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر استعمال دخانیات براساس مدل بزنف در دانشجویان پسر شهر کرمانشاه انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی تعداد ۵۶۸ نفر از دانشجویان پسر مشغول به تحصیل شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۷ به روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب و داده‌ها توسط پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته پایا و روا، مشتمل بر ۷۰ سؤال در ۵ جزء شامل سوالات دموگرافیک، آگاهی، نگرش، قادر کننده و نرم‌های (norms) انتزاعی گردآوری گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون کای-دو و آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین نمره آگاهی در این پژوهش در خصوص استعمال دخانیات 1.7 ± 1.9 و میانگین نمره نگرش 2.6 ± 2.7 به دست آمد. آزمون‌های آماری ارتباط معناداری را بین تعداد نخ سیگار مصرفی با دانشگاه و مقطع تحصیلی نشان نداد. بیش‌ترین فراوانی عوامل تحریک کننده استعمال دخانیات، دسترسی آسان به سیگار و مهم‌ترین نرم انتزاعی مؤثر در کشیدن سیگار، دوستان سیگاری به دست آمد. رایج‌ترین باور در استعمال سیگار در دانشجویان گروه هدف، رفع عصبانیت (۳۸/۳٪) و نداشتن تفریحات سالم، تفنن و کنجکاوی مهم‌ترین علت مصرف سیگار در اولین تجربه استعمال دخانیات آنان بوده است.

نتیجه‌گیری: در این بررسی ارتباط بین داشتن دوستان سیگاری به‌عنوان بارزترین عامل در گرایش به سیگار، نقش فشار در گروه‌های همسان را بیش‌تر مشخص می‌سازد. دومین عامل مؤثر در دامنه نرم‌های انتزاعی، والدین سیگاری بودند. در مرحله بعد اساتید و شخصیت‌های تلویزیونی به‌عنوان عامل اثرگذار بر قصد دانشجویان در استعمال سیگار محسوب شدند.

واژه‌های کلیدی: دخانیات، مصرف سیگار، مدل بزنف، دانشجویان پسر، کرمانشاه.

Original Article

Knowledge & Health 2010;5(2,3):5-11

The Study of Factors Influencing Smoking among Male University Students in Kermanshah

Siamak Mohebi^{1*}, Marzeye Shahsiah², Mohammad Matlabi³, Mahdi Kargar⁴

1- Faculty Member of Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran. 2- M.Sc. in Family Consultation. Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran. 3- Faculty Member of Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran. 4- M.Sc. of Health Education, Shiraz, Iran.

Abstract:

Introduction: Due to the rapid growth of smoking prevalence and due to the necessity of knowing the problem, in order to sensitize the community and the health officials, the present study aimed to determine factors influencing smoking among male university students in kermanshah based on BASNEF Model.

Methods: In this cross-sectional study 569 students studying in Kermanshah in 1387 were selected through snowball sampling procedure. The data was collected through a valid and reliable researcher-made questionnaire consisting of 70 questions in 5 sections of demographic, awareness, attitude, enabling and norms. Using SPSS, the data was analyzed through chi-square and one-way ANOVA.

Results: In this study, the mean scores for awareness and attitude about smoking among students were respectively 1.7 ± 1.9 and 2.6 ± 2.7 . There was no significant relationship between numbers of cigarettes smoked and the university kind or educational levels of students. The most frequent enabling factor for smoking was easy access to cigarette and the most influencing social norm in smoking was student's close friends. Calmness (38/3%) was the most frequent belief about smoking among the target population, and lack of suitable pastimes and curiosity were the most important reasons to try smoking for the first time.

Conclusion: In this study, having smoking friends as the most obvious factor for inclination toward smoking demonstrates the role of peer group pressure among young people. The second outstanding factor among abstract social norms was smoking parents. University instructors and TV film stars were other factors which influenced students' intention to smoke.

Keywords: Smoking, BASNEF model, Male students, Kermanshah.

Received: 16 December 2009

Accepted: 19 May 2010

*Corresponding author: S. Mohebi, Email: mohebisiamak@yahoo.com

مقدمه

مصرف دخانیات به‌عنوان یکی از عوامل مهم خطرناک و افزایش‌دهنده بار کلی بیماری‌ها در دنیا، به‌خصوص در ارتباط با بیماری‌های مزمن و غیرواگیری چون بیماری‌های قلبی-عروقی، تنفسی، سرطان و سکنه مغزی مطرح می‌باشد (۱) به‌طوری‌که سیگار به‌عنوان اولین علت مرگ و میر قابل پیش‌گیری در دنیا نام برده می‌شود. سیگار باعث بروز ۹۰٪ سرطان ریه، ۴۰٪ دیگر سرطان‌ها، ۵۰٪ بیماری‌های قلبی-عروقی، ۷۵٪ بیماری‌های تنفسی و ۱۲٪ کل مرگ‌ها و ۳۰٪ مرگ‌های بین ۳۰ تا ۵۰ سالگی است. مصرف سیگار یک مشکل جهانی است به‌طوری‌که در حال حاضر سالیانه میلیون‌ها مورد مرگ به‌علت مصرف سیگار در دنیا گزارش می‌شود، این در حالی است که تا سال ۲۰۲۵ این رقم به ۱۰ میلیون مورد خواهد رسید که ۷ میلیون این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد (۲). هم‌چنین باید اشاره کرد که میزان مرگ و میر در میان سیگاری‌ها ۲ تا ۳ برابر بیش‌تر از غیرسیگاری‌ها در هر گروه سنی است (۳). هر ۳ ثانیه یک نفر در اثر عوارض ناشی از سیگار می‌میرد. از حدود ۳ میلیون نفری که سالانه در جهان در اثر مصرف سیگار می‌میرند، یک میلیون نفر در کشورهای رو به رشد زندگی می‌کنند. با وجود این روند سیگاری شدن در کشورهای در حال توسعه روبه افزایش می‌باشد (۴).

در واقع سیگار کشیدن یکی از رفتارهای پر مخاطره انسانی است که هزینه اقتصادی و اجتماعی زیادی بر جوامع تحمیل کرده است. در حال حاضر یک میلیارد و سیصد میلیون نفر در جهان سیگاری هستند که چهار پنجم این تعداد در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط زندگی می‌کنند (۵). از سویی سیگار نسبت به مواد مخدر کم ارزش‌ترین ماده‌ای است که به آسانی در دسترس عموم قرار دارد و قبح اجتماعی آن نیز اندک است (۶) و این امر موجب شده تا شیوع استعمال دخانیات در اغلب کشورها از درصد قابل توجهی برخوردار باشد به‌طوری‌که ۳۵٪ از جمعیت آلمان، ۷۵٪ مردان و ۵۰٪ زنان روسی سیگاری هستند. در کشورهای نواحی جنوب شرق آسیا مثل اندونزی، مالزی و تایلند ۵۰٪ مردان و تا ۲۰٪ زنان سیگاری هستند (۶). در کشورمان شیوع مصرف دخانیات بین مردان ۲۷/۲٪ و در بین زنان ۳/۴٪ اعلام شده است (۷) که روزانه به‌طور میانگین هر کدام ۱۳/۲ نخ سیگار مصرف می‌کنند و موجبات مرگ بیش از ۵۰ هزار نفر در کشورمان را در سال فراهم می‌آورند (۸).

از لحاظ بعد اقتصادی، نتایج مطالعات نشان داده که در فقیرترین کشورها و طبقات بسیار پایین اجتماع حداقل ۱۰٪ از درآمد خانوار صرف سیگار می‌شود (۹).

با این حال بررسی‌های مختلف نشان داده چه در کشورهای توسعه یافته و چه در کشورهای در حال توسعه شیوع مصرف سیگار در جوانان در

حال افزایش و سن آن روبه کاهش بوده است (۱۰ و ۱۱) از سویی اخیراً سازمان بهداشت جهانی سیگار را جزء مواد اعتیادآور و معتادین به سیگار را جزء بیماران روانی تقسیم‌بندی نموده است و اشاره می‌کند، اعتیاد به سیگار به گروه و طبقه و قشر خاصی تعلق ندارد اما نوجوانان و جوانان آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در برابر آن هستند (۱۲) و سالانه بیش از ۸۰۰ هزار نوجوان و جوان به خیل مصرف‌کنندگان دائمی سیگار می‌پیوندند. این در حالی است که افزایش سن شروع سیگار و کاهش مصرف سیگار توسط نوجوانان از اهداف WHO تا سال ۲۰۱۰ اعلام شده است (۱۳).

باید اشاره کرد که مصرف مداوم سیگار که در آغاز جوانی شروع می‌شود، یک شانس ۵۰٪ برای مرگ زودرس در اثر بیماری‌های وابسته به سیگار را به‌وجود می‌آورد (۱۴). طبق گزارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۹ فقط ۱۰/۷٪ از افراد ۲۴-۱۵ ساله سیگاری بودند در حالی که در سال‌های اخیر این رقم به ۱۷/۱٪ افزایش یافته است (۱۵). برخی مطالعات نیز شیوع استعمال سیگار را در بین جوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله در پسران ۱۰/۵٪ و در دختران ۰/۷٪ ذکر کرده‌اند (۱۶). همان‌طور که اشاره شد به‌نظر می‌رسد مصرف سیگار در بین گروه‌های مختلف جامعه از جمله دانشجویان افزایش پیدا کرده است و این مسأله به‌عنوان یک آسیب فرهنگی و اجتماعی، سلامت جوانان را مورد تهدید قرار می‌دهد. از سویی شناخت عوامل مؤثر در گرایش جوانان به سیگار و عوارض ناشی از آن می‌تواند به برنامه‌ریزی‌های بهداشتی در جهت کاهش مصرف دخانیات کمک نماید (۱۷). پژوهش‌های مختلف علل متعددی برای گرایش به مصرف سیگار گزارش کرده‌اند از جمله نداشتن آگاهی از آسیب‌های ناشی از دود سیگار، الگوبرداری از دوستان و والدین سیگاری، لذت‌جویی‌های بی‌هدف، احساسات بلوغ، نیاز به جلب توجه، عصبان‌گری، عقده‌های روانی، ارزان بودن سیگار، دسترسی آسان و... (۱۸). براساس تئوری شناخت اجتماعی، استعمال سیگار در جوانان ناشی از اکتساب این عادت از طریق مشاهده آن در افراد کلیدی اجتماع (خانواده، دوستان، معلمان مدارس و اساتید دانشگاه و کارکنان بهداشتی) می‌باشد (۱۹).

با توجه به جمعیت جوان کشورمان، اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات، به‌ویژه پیش‌گیری از شروع مصرف آن در جوانان اهمیت ویژه‌ای دارد. بهتر است در هر جامعه‌ای عوامل مرتبط با مصرف سیگار مطالعه شود تا بتوان اقدامات پیش‌گیری و کنترل را با توجه به عوامل خطر و وسعت مشکل، برنامه‌ریزی کرد (۲۰). در راستای این امر می‌توان از برخی مدل‌ها و تئوری‌های آموزش بهداشت کمک گرفت.

مدل بزنف (BASNEF) یکی از مدل‌های نوین برای برنامه‌ریزی آموزش بهداشت است که بر پایه علوم رفتاری طراحی شده و کاربرد آن شامل بررسی رفتار از دیدگاه جامعه می‌باشد. این مدل از ترکیب دو مدل پرسید (PRECEDE) و مدل قصد رفتاری (Behavioral Intention Model)

۷۰ سؤال در ۵ قسمت، سؤالات دموگرافیک (۱۵ سؤال)، سؤالات آگاهی از مضرات سیگار (۱۵ سؤال) که به صورت چهار گزینه‌ای طرح شده بودند، سؤالات نگرشی در خصوص استعمال سیگار (۱۰ سؤال) که بر حسب مقیاس نگرش سنج ۴ گزینه‌ای ساخته شده بودند، سؤالات قادرکننده (مهارت‌ها و منابع لازم در خصوص استعمال سیگار) (۱۵ سؤال) و سؤالات نرم‌های انتزاعی (عوامل و افرادی که فرد را به استعمال سیگار سوق می‌دهند) (۱۵ سؤال) بودند. سؤالات آگاهی، نگرشی، قادرکننده و نرم‌های انتزاعی براساس مدل بزنف طراحی شدند. برای اندازه‌گیری میزان نمره آگاهی و نگرش، نمره از ۱۰۰ در نظر گرفته شد. سؤالات قادرکننده و سؤالات نرم‌های انتزاعی به صورت توزیع فراوانی محاسبه گردید.

برای بررسی روایی ابزار گردآوری داده‌ها، روش روایی محتوا به کار گرفته شد و برای نظرخواهی در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی با تخصص آموزش بهداشت، روانپزشکی و روان‌شناسی گذاشته شد تا مناسبت ابزار با هدف‌های پژوهش را ارزیابی نمایند. برای تعیین پایایی ثبات درونی، پرسش‌نامه در اختیار ۲۰ نفر از دانشجویان استعمال‌کننده سیگار به غیر از نمونه‌های مورد پژوهش قرار گرفت و سپس به کمک آزمون آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از شاخص‌های مرکزی و آزمون‌های کای-دو و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

مشخصات افراد تحت مطالعه در جدول ۱ ارایه شده است. نتایج جدول نشان می‌دهد که ۳۰/۳٪ نمونه‌ها به‌طور روزانه و ۶۹/۷٪ به‌طور گهگاه سیگار می‌کشیدند. برآورد فاصله‌ای برای میانگین نمره آگاهی با اطمینان ۹۵٪ در این پژوهش ۷/۱±۸۹/۳ و برآورد میانگین نمره نگرش ۶/۲±۷۲/۷ به دست آمد که تنها ۱۴٪ نمونه‌ها کل امتیازات نمره آگاهی و ۱۹٪ نمونه‌ها کل امتیازات نمره نگرش را کسب نمودند. نتایج نشان می‌دهد که بین استعمال سیگار با میزان آگاهی ($P=0/81$) و نگرش ($P=0/63$) ارتباط معناداری وجود ندارد و میانگین تعداد نخ سیگار مصرفی در روز در این مطالعه ۱۰/۷ نخ به دست آمد که آزمون آماری ارتباط معناداری را بین تعداد نخ سیگار مصرفی با دانشگاه و مقطع تحصیلی نشان نداد. بیش‌ترین فراوانی نرم انتزاعی (هنجاری) مربوط به دوستان سیگاری به دست آمد (جدول ۲).

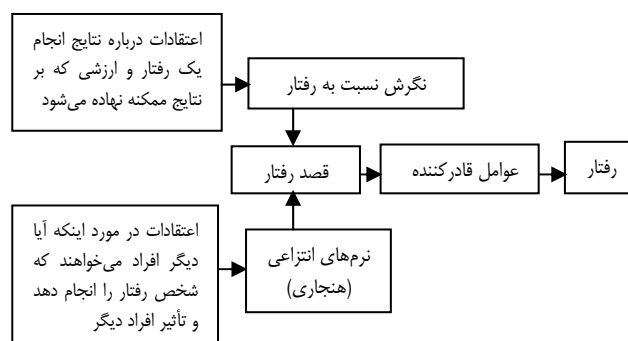
هم‌چنین در این مطالعه بیش‌ترین فراوانی عوامل قادرکننده استعمال دخانیات مربوط به دسترسی آسان به سیگار در بین دانشجویان تعیین گردید (جدول ۳).

این بررسی نشان داد که به ترتیب رفع عصبانیت (۳/۲۸٪)، رفع خستگی (۷/۲۶٪) و رفع دلشوره (۸/۱۷٪) و اضطراب و تقویت ذهن و تمرکز (۲/۱۷٪)، مهم‌ترین باورهای رایج در خصوص استعمال سیگار نزد

حاصل شده و با ترکیب دو مدل مذکور مدل بزنف که یک مدل جامع جهت مطالعه رفتار است به دست آمده است. این مدل به منظور مطالعه رفتار و برنامه‌ریزی جهت تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم‌گیری افراد برای انجام رفتار مؤثر هستند، به کار گرفته می‌شود (۲۱). لذا این مطالعه با هدف تعیین عوامل مؤثر بر استعمال دخانیات براساس مدل بزنف در دانشجویان پسر شاغل به تحصیل شهر کرمانشاه انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی بوده که به منظور بررسی عوامل قادرساز رفتار و نرم‌های انتزاعی (هنجاری) مؤثر بر بروز رفتار در استعمال دخانیات (متناسب با مدل بزنف) در بین دانشجویان پسر شاغل به تحصیل شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۷ انجام شده است. محیط پژوهش شامل کلیه دانشگاه‌های شهر کرمانشاه (دانشگاه رازی شامل ۷ دانشکده، دانشگاه علوم پزشکی با ۴ دانشکده، دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه پیام نور) بوده و ۵۶۸ نفر از دانشجویان پسری که سیگار می‌کشیدند در این طرح شرکت کردند. نمونه‌گیری به روش گلوله برفی انجام شد (این روش به دلیل انگ اجتماعی دخانیات در بین دانشجویان و نیز به دلیل عدم دسترسی به نمونه‌ها انتخاب شد). در این روش محققین ابتدا چند تن از افراد سیگاری را در هر دانشگاه پیدا کرده و پس از توجیه ضرورت انجام طرح از آن‌ها خواسته شد که پرسش‌نامه را به دانشجویانی که سیگار می‌کشند تحویل دهند و از آن‌ها نیز بخواهند که این زنجیره را ادامه دهند (از ۷۵۰ پرسش‌نامه توزیع شده ۵۶۸ نمونه تمام سؤالات را پاسخ داده بودند). در آغاز کار توضیحات لازم در خصوص طرح به نمونه اولیه داده شد و از آنان خواسته شد که این توضیحات را به ادامه زنجیره‌ی دانشجویان نمونه ارایه نمایند. پرسش‌نامه‌ها فاقد مشخصات فردی بوده و رضایت دانشجویان به صورت شفاهی جلب و سپس پرسش‌نامه‌ها در اختیار ایشان قرار می‌گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای پژوهشگر ساخته مشتمل بر

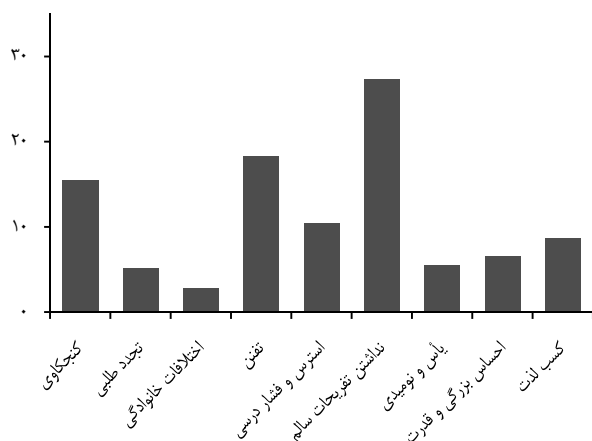


شکل ۱- شکل شماتیک مدل بزنف

بودند در مقایسه با دانشجویانی که پدر و مادرشان تحصیلات پایین تری داشتند نگرش منفی تری نسبت به سیگار داشتند ($P < 0/001$) اما آگاهی آنان با یکدیگر تفاوت معنادار آماری نداشت ($P = 0/12$). دانشجویان گروه هدف نداشتن تفریحات سالم و سپس تفنن و کنجکاوای را مهم-ترین علل مصرف سیگار در اولین تجربه بیان کردند (نمودار ۱).

جدول ۳- درصد توزیع فراوانی عوامل قادرکننده استعمال سیگار در گروه هدف

عوامل قادر کننده	تعداد	درصد
دسترسی آسان به سیگار	۱۴۱	۲۴/۸۳
ارزان بودن قیمت سیگار	۱۲۸	۲۲/۵۴
عدم ممنوعیت سیگار در خوابگاه یا دانشگاه	۹۳	۱۶/۲۷
وجود اماکنی مثل پارک و قهوه‌خانه	۴۵	۷/۹۲
خرید سیگار برای والدین	۸۸	۱۵/۴۹
تعارف سیگار از سوی دیگران	۷۳	۱۲/۸۵
جمع	۵۶۸	۱۰۰



نمودار ۱- درصد توزیع فراوانی علل مصرف سیگار در اولین تجربه در گروه هدف

بحث

در مطالعه هر رفتار باید به رابطه علت و معلولی توجه خاص داشت. عملکرد افراد منتج از مؤلفه‌های متفاوت و در عین حال خاص است که باید به‌طور علمی مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. امروزه نظریه‌های تک‌علیتی دانستن رفتار، تقریباً مطرود شده است. مدل‌های بررسی رفتار هر کدام به نحوی سعی در شناسایی و تبیین عوامل مؤثر در بروز رفتارها دارند و پاره‌ای قدرت‌مندترین نیاز در هر لحظه را عامل بروز رفتار فرض می‌کنند (۲۲).

الزاماً آرایه پیام غنی از نظر منافع و مضرات سلامتی، نمی‌تواند منجر به تغییر رفتار گردد. در واقع تنوع رفتارها و افراد پیچیده‌تر از آن است که

جدول ۱- درصد توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک گروه هدف بر حسب دانشگاه، مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل، وضعیت مصرف سیگار و وضعیت سکونت

متغیر	تعداد	درصد
دانشگاه		
رازی	۱۳۷	۲۴/۱
علوم پزشکی	۱۲۱	۲۱/۳
آزاد اسلامی	۱۹۹	۳۵/۰
پیام نور	۱۱۱	۱۹/۵
مقطع		
کاردانی	۱۹۸	۳۴/۸
کارشناسی	۳۰۷	۵۴/۰
کارشناسی ارشد و دکترا	۶۳	۱۱/۱
وضعیت تأهل		
مجرد	۴۷۹	۸۴/۳
متاهل	۸۹	۱۵/۶
وضعیت مصرف سیگار		
مصرف روزانه	۱۷۲	۳۰/۲
مصرف گهگاه	۳۹۶	۶۹/۷
وضعیت سکونت		
ساکن خوابگاه	۲۵۳	۴۴/۵
غیر خوابگاهی	۳۱۵	۵۵/۴

جدول ۲- درصد توزیع فراوانی نرم‌های انتزاعی استعمال سیگار دانشجویان بر حسب وضعیت مصرف سیگار

نرم انتزاعی	مصرف روزانه سیگار		P.V
	تعداد (%)	مصرف گهگاه سیگار تعداد (%)	
دوستان سیگاری			
بدی	۱۴۲ (۸۲/۵۶)	۱۳۹ (۳۵/۱)	<0/001
خیر	۳۰ (۱۷/۴۴)	۲۵۷ (۶۴/۹)	
والدین سیگاری			
بدی	۱۲۸ (۷۴/۴۲)	۱۱۹ (۳۰/۰۵)	<0/001
خیر	۴۴ (۲۵/۵۸)	۲۷۷ (۶۹/۹۵)	
اساتید سیگاری			
بدی	۱۱۲ (۶۵/۱۲)	۱۰۷ (۲۷/۰۲)	0/014
خیر	۶۰ (۳۴/۸۸)	۲۸۹ (۷۲/۹۸)	
شخصیت‌های تلویزیونی سیگاری			
بدی	۱۰۷ (۶۲/۲۱)	۹۴ (۲۳/۷۴)	0/027
خیر	۶۵ (۳۷/۷۹)	۳۰۲ (۷۶/۲۶)	
برادر و خواهر سیگاری			
بدی	۷۹ (۴۵/۹۳)	۱۰۷ (۲۷/۰۲)	0/033
خیر	۹۳ (۵۴/۰۷)	۲۸۹ (۷۲/۹۸)	

دانشجویان گروه هدف بودند. بر اساس نتایج مطالعه زمان شروع در اکثریت دانشجویان گروه هدف ۶۹٪ قبل از ورود به دانشگاه بوده، با این وجود ۷۶/۳٪ آنان تمایل به ترک سیگار داشتند. ۷۱/۲٪ دانشجویان از قلیان نیز استفاده می‌کردند اما میزان استفاده از پیپ ۰/۷۴٪ بود. نتایج نشان داد که دانشجویانی که پدر و مادر آنها دارای تحصیلات عالی

ارتباط نوع دانشگاه و مقطع تحصیلی و محل تحصیل می‌تواند بیانگر این مسأله باشد که عوامل اثرگذار بر استعمال دخانیات به میزان زیادی در خارج از محل تحصیل بوده و مربوط به قبل از دانشگاه می‌باشند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که استعمال سیگار از اوایل نوجوانی آغاز می‌شود. مجاهد و همکاران نشان دادند که بیش‌ترین وقوع اولین تجربه مصرف سیگار در سن ۱۴ سالگی و سپس ۱۵ سالگی بوده است (۱۹ و ۲۸)، حدود ۹۰٪ از بالغین سیگاری، کشیدن سیگار را قبل از رسیدن به سن بیست سالگی شروع کرده‌اند (۲۸).

در خصوص عدم تأثیر مقطع تحصیلی بر استعمال سیگار محرابی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان مصرف سیگار در جمعیت ۶۴-۱۵ سال نشان دادند که مصرف سیگار با افزایش تحصیلات کاهش می‌یافت (۲۹). براساس نتایج مطالعه ما ۳۰/۳٪ افراد مورد بررسی به‌طور مرتب و ۶۹/۷٪ به‌طور گاه‌گاه سیگار مصرف می‌کردند که این یافته با نتایج تحقیق مجاهد و همکاران که نشان داده بودند، ۵۰/۸٪ دانشجویان سیگار کشیدن را تجربه کرده و ۲۵/۵٪ آنان سیگاری بودند، همسویی دارد (۲۹). میانگین تعداد نخ مصرفی روزانه ۱۰/۷ به‌دست آمد که با آمار اعلام شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳/۲ نخ) تقریباً برابری می‌نماید (۸). دانشجویان گروه هدف اولین علت مصرف را نداشتن تفریحات سالم و دومین عامل را کنجکاوای ذکر کرده بودند که با تحقیق افراسیابی‌فر و همکاران هماهنگی دارد (۲۵) ولی با پژوهش نیکتازاده (۳۰)، که بیش‌ترین باور در گرایش به سیگار رفع عصبانیت اعلام شده، مغایرت داشت.

نتایج این پژوهش نشان داد که دانشجویانی که والدین آن‌ها دارای تحصیلات عالی بودند در مقایسه با دانشجویانی که پدر و مادرشان تحصیلات پایین‌تری داشتند نگرش منفی‌تری نسبت به سیگار ابراز نمودند که این یافته با نتیجه حاصل از پژوهش هاشمی مغایرت داشت. در تحقیق مذکور رابطه معناداری میان سواد والدین و مصرف سیگار در دانشجویان مشاهده نشد (۳۱). بیش‌ترین عوامل قادرساز در استعمال دخانیات دسترسی آسان و ارزان بودن قیمت سیگار ذکر شده است. برخی محققین با افزایش قیمت سیگار به‌عنوان ابزار کنترل مصرف موافق نمی‌باشند و نتیجه را کاهش یا حذف برخی لوازم ضروری در سبد خانوار به علت پرداخت اضافه قیمت به سیگار می‌دانند.

تلفیق قوانین با اقدامات زیربنایی مبتنی بر یاددهی و یادگیری اجتماعی، قابلیت کاهش و کنترل مصرف دخانیات را خواهند داشت. استعمال دخانیات مقوله‌ای نیست که صرفاً با دستورالعمل و بخش‌نامه قابلیت حل و فصل داشته باشد. وضع قوانین قابل اجرا و مفید و نیز برخی محدودیت‌های منطقی نظیر عدم استعمال دخانیات در انتظار برای نوجوانان، عدم فروش سیگار به آن‌ها به همراه آموزش‌های صحیح براساس مدل و روش‌های متناسب با ویژگی‌های افراد، به‌خصوص در

بتوان یک تئوری را به‌صورت کلیشه‌ای در همه برنامه‌ها به‌کار برد. انتخاب مدلی مؤثر بستگی به تسلط در استفاده از بهترین تئوری و استراتژی مناسب با توجه به اهداف، گروه‌های جمعیتی و نوع مشکل دارد. خط‌مشی‌ها، قوانین، هنجارها و باورهای جامعه، محدودیت‌های فردی- اجتماعی و اهداف مورد انتظار برای گروه‌های مختلف در انتخاب و استفاده مطلوب از مدل‌ها و تئوری‌ها تأثیرگذار هستند (۲۳). یکی از مدل‌های علمی مطالعه رفتار، مدل بزنف می‌باشد که علت رفتار را تصمیم و قصد افراد می‌داند و لذا عواملی که بر قصد فرد اثر می‌گذارد را مورد بررسی قرار داده و هم‌چنین مواردی که در عملی شدن قصد افراد کمک می‌کنند را مشخص می‌سازد. این مدل که در بررسی عوامل مؤثر بر استعمال دخانیات در دانشجویان پسر کرمانشاه به‌کار گرفته شد نشان داد که: مهم‌ترین عامل در بحث نرم‌های انتزاعی که بر روی قصد آزمودنی‌ها در مصرف سیگار اثر گذاشته، دوستان سیگاری بودند (۸۲/۶٪) که این موضوع با تحقیقات قبلی هماهنگی دارد. محمدپور اصل و همکاران در بررسی شیوع سیگار و عوامل مرتبط با آن ثابت کردند که دوستان نزدیک و سیگاری نه تنها در شروع مصرف سیگار نقش مؤثری دارند بلکه در انتقال فرد به مراحل بعدی اعتیاد به سیگار نیز دخیل هستند (۲۴) هم‌چنین تحقیق افراسیابی‌فر و همکاران در بررسی میزان گرایش به استعمال سیگار و علل مرتبط نیز مؤید این مطلب است (۲۵).

عامل مؤثر دیگری که در بحث نرم‌های انتزاعی در استعمال دخانیات در رتبه دوم قرار گرفت، داشتن والدین سیگاری بود که این یافته با نتایج تحقیق باقر وفایی با عنوان «عوامل مؤثر بر گرایش دانش‌آموزان به سیگار» در یک راستا بود. در پژوهش مذکور ۶۰٪ دانش‌آموزان سیگاری اعلام کردند که در خانواده شان حداقل یکی از اعضاء سیگاری بوده‌اند (۲۶).

در خصوص سایر نرم‌های اثرگذار بر قصد به ترتیب تأثیر، اساتید سیگاری، شخصیت‌های تلویزیونی و برادر و خواهر سیگاری شناخته شدند. فاطمه گواری و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان بررسی نگرش دانشجویان پسر دانشگاه‌های کرمان نسبت به سیگار، این موضوع را تأیید کردند (۲۷). ولی یافته‌های محتشم امیری با این نتیجه مغایرت دارد (۱۹). انجمن علمی مبارزه با سرطان نیز در سال ۲۰۰۵ اعلام کرد که شخصیت‌های تلویزیونی بر روی سیگار کشیدن نوجوانان اثرگذار بوده و کارخانه‌های سیگارسازی سیزده میلیارد دلار برای تبلیغ از این طریق هزینه کرده‌اند (۱۶).

این پژوهش نشان داد که نوع دانشگاه و محل تحصیل اعم از دانشگاه- های علوم تحقیقات و فن‌آوری، علوم پزشکی و آزاد در تعداد و میزان کشیدن سیگار اثر معناداری نداشتند که می‌توان آن را به تأثیر تقریباً یکسان فرهنگ دانشگاه‌ها بر این موضوع مرتبط دانست. هم‌چنین عدم

4. United States Centers for Disease Control. Youth cigarettes smoking: Mortality and Morbidity Weekly Report. (MMWR) 1991;40:712-715.
5. Naing NN, Ahmad Z. Factors related to smoking habits of male secondary school teachers. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2001;32(2):434-439.
6. World Health Organization. Tobacco Free Initiative. Geneva: WHO, Noncommunicable Disease and Mental Health; 2003.p.1-2.
7. Sharifi-rad Gh.R, Hazavei M.M, Hasan zadeh A, Danesh Amouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. Rahavard-E Danesh 2007;1(10):79-86.[Persian].
8. Shokouhi M, Fayaz Bakhsh A, Zare A, Parsaeian M, Rafee S, Soleymani Nejad M. Comparing knowledge, attitude and practice of American, Chinese and Iranian college students about tobacco use. Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2009;2(8):203-211.[Persian].
9. Mohammad K, Zali MR, Masjedi MR, Majdzadeh SR. Cigarette smoking in Iran based on a national health survey. Journal of Med Council of IRI 1998;1(16):37-33.[Persian].
10. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. Soc Sci Med 2003;56(1):41-52.
11. Fleming CB, Kim H, Harachi TW, Catalanno RF. Family process for children in Early Elementary School as Predictor of smoking Initiation. J Adolesc Health 2002;30(3):184-189.
12. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive text book of psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock V, editor. Lippincott Williams And Wilkan. 7th ed. Philadelphia;2000.p.1033-1038.
13. Kodjo C, Klein J. Prevention and risk factor of adolescent substance abuse. Pediatric Clin North Am 2002;49(2):257-268.
14. Kozlouski LT, Goldberg ME, Yost BA. Smokers misperceptions of light and at twilight cigarettes may keep them smoking. American Journal of Preventive Medicine 1998;15:9-16.
15. Taremiyan F, Bolhari J, Pairavi H, Ghazi Tabatabaeii M. The prevalence of drug abuse among university students in Tehran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008;13(4):335-342.
16. WHO, EMRO, Tobacco free initiative. Country profiles on tobacco control in the Estren Mediterranean Region. Availabel from: URL: <http://www.emro.who.int/TFI/CountryProfile-part6.htm>.
17. DuRant RH, Smith JA, Kreiter SR, Krowchuk DP. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153(3):286-291.
18. Masjedi MR, Azaripour Masooleh H, Heydari Gh.R, Alinejad Taheri S, Velayati AA. Smoking prevalence among universities students of Tehran. Journal of Medical Council of IRI 2003;20(4):283-287.[Persian].
19. Mohtasham-Amiri Z, Rahim-Zadeh Ashkalak H. Prevalence of cigarette smoking among male high school teachers in Rasht. Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services 2006;53(13):45-39.[Persian].
20. Thun MJ, Burns DM. Health impact of "reduced yield" cigarettes: a critical assessment of the epidemiological evidence. Top Control 2001;10:4-11.
21. Hidarnia A. Health Education Process. Tehran: Pub Zamani; 2003.[Persian].
22. Sharifirad GH, Matlabi M. Mohebi S. Needs assessment in health organization. Mashhad: Sokhan Gostar Pub;2007.p.4-20.[Persian].
23. Allahverdi-pour H. Passing from traditional health education to achieving theory- based health education programs. Professional Journal Health Education And Health Promotion 2004;1(3):75-79.[Persian].

سنین پایین و به‌طور منظم و متداوم، می‌تواند مؤثر واقع شود (۳۲). در خاتمه بحث لازم به ذکر می‌باشد که نتایج، حاصل از اظهارات نمونه‌ها بوده و با توجه به این روند، خود گزارش‌دهی اطلاعات می‌تواند از کاستی‌های این مطالعه باشد.

در این بررسی ارتباط بین داشتن دوستان سیگاری به‌عنوان بارزترین عامل در گرایش به سیگار، نقش فشار در گروه‌های همسان را بیش‌تر مشخص می‌سازد. دومین عامل مؤثر در دامنه نرم‌های انتزاعی، والدین سیگاری بودند. والدین به‌عنوان یکی از گروه‌های مرجع برای فرزندان محسوب می‌شوند و فرزندان با الگوپذیری از آنان در اتخاذ تصمیم تأثیر می‌پذیرند. اساتید و شخصیت‌های تلویزیونی در این تحقیق به‌عنوان عامل بعدی اثرگذار بر قصد دانشجویان در استعمال سیگار محسوب شدند. برای پیش‌گیری از وقوع یک رفتار نامناسب یا کاهش یا کنترل و قطع آن باید علل به وجود آورنده مشکل را به روش علمی تعیین و زمینه‌سازهای آن را شناسایی کرده و سپس به حذف یا کنترل زمینه‌سازها و علت‌ها پرداخت. همان‌طور که این بررسی نشان داد فعالیت‌های ارایه شده در خصوص افزایش آگاهی به نمونه‌های مورد پژوهش از هر طریق، بر روی نگرش آنان اثر معناداری نگذاشته بود، که مؤید استنتاج فوق می‌باشد. بنابراین بررسی در جهت تغییر الگوها و شیوه‌های برخورد با استعمال دخانیات ضروری به‌نظر می‌رسد. کاهش رفتارهای مضر نظیر استعمال دخانیات یکی از اهداف اصلی آموزش سلامت محسوب می‌شود و در این بین مدل بزنف از جمله مدل‌های موفق به‌خصوص برای کشورهای در حال توسعه می‌باشد که به عوامل نیمه پنهان ولی بسیار مؤثر در ایجاد رفتارها می‌پردازد و بر خلاف آموزش‌های رایج و کلاسیک تنها به افزایش آگاهی بسنده نمی‌کند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران ضمن تشکر از تمامی دانشجویان حاضر در مطالعه و کلیه مدیران و مسوولین دانشگاه‌های رازی، علوم پزشکی و آزاد اسلامی کرمانشاه، از جناب آقای دکتر غلامرضا شریفی‌راد عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به دلیل راهنمایی‌های ارزنده شان تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Haenle MM, Brockmann OS, Kron M, Bertling U, Mason AR, Steinbach G, et al. Overweight, physical activity, tobacco and alcohol consumption in a cross-sectional random sample of German adult. BMC Public Health 2006;6:233.
2. Heidari GhR, Sharifi H, Hosseini M, Masjedi MR. The effect of family on cigarette consumption among high school students in Tehran 2003. Journal of Medical Council of I.R.I 2006;24(1):24-31.[Persian].
3. Moradi G, Delavari A, Mehrabi S, Pooladi A, Bahram Rezaie M. Epidemiologic study of smoking among population of 15 to 64 years old in Kurdistan province. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2007;12(45):40-50.[Persian].

24. Mohammadpourasl A, Fakhari A, Rostami F. Survey of psychological factors related to transition in different stages of cigarette smoking adolescents of Tabriz. *Daneshvar Medicine* 2008;16(77):41-48.[Persian].
25. Afrasiabi Far A, Derakhshan A, Sadeghi Hassanabadi A, Rajaei Fard AR. A survey of cigarette smoking tendency and its associated causes among students of Shiraz University of Medical Sciences. *Armaghane-Danesh* 2000;20-5(19):42-48.[Persian].
26. Vafaei B, Shaham-Far J. Effective factors in tendency towards cigarette smoking among Tabrizian high school students. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2005;7(25):57-62.[Persian].
27. Gavari F, Mohammad Alizadeh S, Ramezani T, Riani M, Bahram Pour MR. Attitude of Kerman universities male students toward cigarettes. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2004;10(1-2):59-67.[Persian].
28. Mojahed A, Bakhshani NM. Prevalence of smoking and drug abuse in students of Zahedan high schools. *Tabib-e-Shargh* 2004;6(1):59-65. [Persian].
29. Mehrabi S, Delavari A, Moradi G, Esmailnasab N, Pooladi A, Alikhani S, Alaeddini F. Smoking among 15-to 64-Year-Old Iranian People in 2005. *Iranian Journal of Epidemiology* 2007;3(1-2):1-9. [Persian].
30. Hatami-Zadeh N, Ziaei P, Dolatabadi Sh, Vameghi R, Vasseghi S. Evaluation of Tehran pre-university students awareness of effect of cigarette smoking. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2003;9(33):71-78.[Persian].
31. Hashemi SN. The prevalence of cigarette smoking in male students at Yasuj university of medical sciences. *Armaghan-Danesh* 2001;6(23):43-47.[Persian].