Original Article

بررسی آگاهی، باورها و الگوی مصرف دخانیات در نوجوانان پسر شهرستان زرندیه

محمود کریمی[۱]، شمس‌الدین نیکنامی[۱*]، علی رضا حیدرنیا[۱]، ابراهیم حاجی زاده[۲]

۱- گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.
۲- گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۷/۲۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: افرادی که در سن پایین مصرف سیگار را آغاز می‌کنند احتمال تبدیل شدن آن‌ها به سیگاری قهار بیشتر است. علاوه بر این شانس کمتری برای ترک دارند چرا که وابستگی آن‌ها به نیکوتین شدیدتر است. پژوهش حاضر با هدف تعیین باورهای بهداشتی و الگوی مصرف دخانیات در نوجوانان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است که در بین ۲۵۰ دانش آموز پسر ۱۹- ۱۵ ساله در دبیرستان‌های زرندیه انجام شده است. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه GYTS و ۱۲ سوال برای بررسی باورهای نوجوانان در رابطه با مصرف سیگار بود. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو و تی مستقل در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: میانگین سنی شرکت کنندگان ۱۶/۴۷ با انحراف معیار ۱/۱۳ بود. شیوع تجربه مصرف سیگار ۴۶٪ و قلیان ۶۵٪ بود. ۳۰/۴ از نوجوانان، در ۱۵-۱۲ سالگی اولین تجربه مصرف سیگار را داشتند. در میان سیگاری‌ها ۸۱٪ اعتقاد داشتند که مصرف سیگار برای سلامتی آن‌ها مضر است و ۴۱٪ سعی در ترک داشتند. همچنین ۹۳٪ اعتقاد داشتند که قادر به ترک سیگار می‌باشند. همچنین تفاوت معنی داری در میانگین نمره باورهای بهداشتی سیگار آزموده‌ها و غیر سیگاری‌ها وجود داشت ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که به نظر می‌رسد شیوع تجربه مصرف دخانیات در نوجوانان نیز مشاهده می‌شود؛ لذا طراحی و اجرای راهکارهای مناسب برای پیشگیری و کاهش مصرف ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: نوجوانان، آگاهی، نگرش، دخانیات

مقدمه

مصرف سیگار به عنوان اولین عامل قابل پیشگیری بیماری و مرگ در دنیا بوده (۱ و ۲) و از جمله مشکلات همه جانبه بشر متمدن امروز محسوب می‌شود که مرگ زودرس قابل پیشگیری میلیون‌ها نفر از افراد آموزش دیده و مهارت یافته در سنین دارای حداکثر بازدهی نتیجه آن است. علاوه بر آن بسیاری از افراد غیر سیگاری نیز از مواجهه ناخواسته با دود دخانیات و همچنین خطر توسعه و پیشرفت بیماری‌های ناشی از آن رنج می‌برند (۳)، در حال حاضر یک دهم از موارد مرگ در دنیا ناشی از عوارض استعمال سیگار می‌باشد که این رقم تا سال ۲۰۳۰ به یک ششم افزایش خواهد یافت (۴). بر اساس روندهای جاری، سالیانه بیش از ۵/۴ میلیون نفر در اثر عوارض استعمال دخانیات می‌میرند که این رقم بیش از سل، ایدز و مالاریاست (۵) و این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱۰ میلیون نفر مرگ در سال افزایش خواهد یافت که دو سوم آن مربوط به کشورهای در حال توسعه است (۶). تا پایان قرن بیستم مصرف دخانیات باعث مرگ حدود ۶۲ میلیون نفر شده که حدود نیمی از این مرگ‌ها در سنین ۳۵ تا ۶۹ سالگی اتفاق افتاده است (۳).

استعمال جهانی سیگار از ۵۰۰ سال قبل شروع شده اما پاسخ سلامت همگانی به مرگ، بیماری و مشکلات اقتصادی ناشی از مصرف دخانیات کمتر از ۵۰ سال است که آغاز شده است (۷). مدارک و شواهد موجود نشان می‌دهد که اکنون ۵۰۰ سال بعد از شروع استعمال آن، ۱/۳ میلیارد نفر از افراد بالای ۱۵ سال جمعیت ۶ میلیاردی جهان سیگار مصرف می‌کنند و اگر شیوع استعمال دخانیات ثابت باقی بماند این رقم به ۱/۷ میلیارد نفر تا سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت (۸). شیوع استعمال دخانیات در مردان ۴ برابر زنان (۴۸٪ در مقابل ۱۰٪ که این میزان در کشورهای در حال توسعه ۵۰٪ از مردان و ۹٪ از زنان و در کشورهای توسعه یافته ۳۵٪ از مردان و ۲۲٪ از زنان) است و سه چهارم از مرگ‌های ناشی از سیگار در مردان بروز می‌کند (۴).

رفتارها و سبک زندگی افراد عمدتاً در طی دوره نوجوانی پایه گذاری می‌شود (۹) و ۷۰٪ مرگ‌ها به دنبال رفتارهایی رخ می‌دهند که در نوجوانی روی داده و قابل اصلاح بوده‌اند (۱۰). در اهداف جدید استراتژی‌های بازاریابی شرکت‌های دخانیات، نوجوانان با ویژگی‌هایی همچون اطلاعات

* نویسنده مسئول: گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۲۸۸۳۵۴۹
Email: niknamis@modares.ac.ir

[Downloaded from journal.fums.ac.ir on 2025-09-05]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2011.1.3.6.7]

کمتر در مورد اعتیاد آور بودن دخانیات و تأثیرات آن روی سلامتی، پذیرش اجتماعی درک شده ناشی از مصرف سیگار، تأثیرات و فشار همسالان برای مصرف سیگار به علاوه عوامل شخصی همچون عزت نفس پایین و خود انگاره نامناسب به عنوان قربانیان اصلی این پدیده می‌باشند (۱۱).

کاهش سن مصرف و شروع آن در دوره نوجوانی یکی از دغدغه‌های سلامت همگانی در همه کشورها به ویژه در کشورهای در حال توسعه است. در خیلی از کشورهای غربی شروع مصرف سیگار ۱۹-۱۳ سالگی و سن تجربه سیگار اغلب ۱۳-۱۲ سالگی است (۱۲). یک نفر از هر ۵ نفر سیگاری در دنیا نوجوانان ۱۵-۱۳ ساله هستند (۵) و ۱۰۰ هزار نوجوان در روز سیگاری می‌شوند (۷) که تقریباً نیمی از آن‌ها در آسیا زندگی می‌کنند. در کشور ایران نیز آخرین آمارهای موجود نشان دهنده آن است که ۱۴٪ جمعیت مصرف کننده دخانیات هستند (استان مرکزی ۱۵/۱) و نسبت مردان سیگاری ۶ برابر زنان است (۱۳). پژوهش حاضر با هدف تعیین باورهای بهداشتی و الگوی مصرف دخانیات در دانش آموزان پسر شهرستان زرندیه انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی به روش تصادفی چند مرحله‌ای طبقه‌ای و با استفاده از پرسشنامه استاندارد GYTS و پرسشنامه محقق ساخته نگرش فردی در مورد مصرف دخانیات در ۲۵۰ نفر از دانش آموزان سال اول تا سوم دبیرستان در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ انجام گردید. برای اعتبار سنجی پرسشنامه GYTS از رهنمودهای بیتون و همکاران (۱۴) استفاده شد. این فرایند دارای سه گام شامل: الف ـ ترجمه ب ـ ارزیابی تناسب سوال‌ها در پانل خبرگان ج ـ ارزیابی تناسب سوال‌ها در یک نمونه کوچک می‌باشد. به همین منظور در مرحله اول از پرسشنامه مذکور دو نسخه ترجمه به زبان فارسی تهیه گردید. نسخه اول توسط محقق مطالعه با آگاهی کامل از محتوای تحقیق و نسخه دوم توسط مترجم حرفه‌ای که از اهداف و مفاهیم تحت بررسی آگاهی نداشت. زبان اصلی مترجمین این دو نسخه ترجمه شده فارسی بود. در مرحله بعد از پرسشنامه‌های ترجمه شده به زبان فارسی بر اساس نظرات تیم تحقیق و اهداف مطالعه، یک نسخه واحد تهیه گردید. در مرحله سوم یک مترجم حرفه‌ای که از روند تحقیق و از نسخه انگلیسی پرسشنامه آگاهی نداشت نسخه فارسی را به انگلیسی ترجمه کرد. سپس دو نسخه انگلیسی (پرسشنامه اصلی و پرسشنامه ترجمه شده از زبان فارسی) با هم مقایسه و تطبیق شدند. تفاوت‌ها در تیم تحقیق بحث و بر اساس نظر اکثریت، این تفاوت‌ها اصلاح شد. در مرحله چهارم این ابزار در اختیار ده نفر از اساتید که دارای تخصص و تجربه کافی در زمینه مورد نظر بودند قرار گرفت، و از آن‌ها خواسته شد تا پس از بررسی کیفی ابزار بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری بخش‌ها در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب بازخورد لازم را ارائه دهند سپس اشکالات و ابهامات موجود در پرسشنامه طبق نظرات ایشان اصلاح گردید. برای سنجش روایی محتوا به روش کمی از ضریب نسبت روایی محتوی (CVR) با کمک پانل خبرگان استفاده شد که با توجه به تعداد پانل خبرگان که ۱۰ نفر بودند با توجه به جدول لاوشه نسبت روایی محتوی در پرسشنامه GYTS، ۰/۷۵، سوالات آگاهی ۰/۸۱ و برای سوالات نگرش ۷۹٪ تعیین شد. در مرحله پنجم نسخه تهیه شده در بین ۳۰ نفر از نوجوانان دبیرستانی پیش آزمون شد و وضوح هر بخش و واریانس پاسخ‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت و پایایی پرسشنامه نیز از طریق روش آزمون آلفای کرونباخ، سنجیده شد که مقدار آن برای پرسشنامه GYTS، ۸۱٪ و در پرسشنامه آگاهی و نگرش به ترتیب ۸۵٪ و ۸۲٪ به دست آمد. پرسشنامه آگاهی در رابطه با مصرف دخانیات شامل ۱۰ سوال در زمینه‌هایی همچون آگاهی از مضرات سیگار دست دوم بود که دامنه امتیاز هر سوال بین ۰ تا ۳ تنظیم شده بود. پرسشنامه نگرش مشتمل بر ۱۲ سوال برای ارزیابی باورهای مثبت و منفی نوجوانان نسبت به مصرف سیگار با طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تنظیم شده بود. حوزه‌های ارزیابی در پرسشنامه GYTS شامل ۳۰ سوال در مورد الگوی تجربه و مصرف فعلی، سن اولین تجربه مصرف، روش تهیه، محل‌های مصرف سیگار بود. شاخص‌های اصلی الگوی مصرف سیگار مطابق تعاریف سازمان بهداشت جهانی و مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها انجام شد. تجربه کننده سیگار و یا قلیان شامل دانش آموزانی شد که در طول عمر خود سیگار و یا قلیان را حتی یک یا دو پک کشیده بودند. مصرف کننده فعلی به دانش آموزانی اطلاق شد که در طی ۳۰ روز قبل از تکمیل پرسشنامه یک روز و یا بیشتر سیگار کشیده بودند. سن اولین تجربه کشیدن سیگار، سنی است که دانش آموز اولین بار سیگار را امتحان کرده بود. غیر سیگاری شامل دانش آموزی شد که مصرف کننده فعلی نبود.

حجم نمونه در این مطالعه با در نظر گرفتن دقت ۴٪ ضریب اطمینان ۹۵٪ و همچنین شیوع مصرف سیگار در نوجوانان پسر ایرانی که ۵٪ می‌باشد (۱۵). ۱۱۴ نفر محاسبه گردید که با اعمال ضریب طرح (design effect) برابر ۲، حجم نمونه برابر ۲۲۸ نفر محاسبه شد که برای افزایش دقت، حجم نمونه به ۲۵۰ نفر افزایش یافت. معیار ورود در این مطالعه شامل دانش آموزان پسری که در سال اول تا سوم دبیرستان مشغول به تحصیل باشند و معیار خروج شامل عدم رضایت آگاهانه و عدم تمایل به شرکت در مطالعه بود. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش با بی نام بودن پرسشنامه‌ها، داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و ارائه توضیحات لازم در مورد طرح و اهداف آن به دانش آموزان، خانواده آن‌ها و معلمین رعایت شد. تحلیل‌های آماری این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS16 و در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد.

نتایج

در این مطالعه ۲۵۰ دانش آموز سال اول تا سوم دبیرستان با میانگین سنی ۱۶/۴۷ و انحراف معیار ۱/۱۳ شرکت داشتند. ۴۰٪ از نمونه‌ها کلاس اول، ۳۲٪کلاس دوم و بقیه کلاس سوم بودند. از لحاظ رتبه تولد ۳۴٪ از نمونه‌ها فرزند اول، ۲۱٪ فرزند دوم، ۱۷٪ فرزند سوم بودند و میانگین بعد خانوار ۵/۴۲ بود. ۴۲٪ از نمونه‌ها معدل ۱۵-۱۰، ۳۱٪ معدل ۱۷-۱۵، ۲۴٪ معدل بالای ۱۷ و بقیه معدل کمتر از ۱۰ داشتند. ۴۴٪ از نمونه‌ها دارای دوست سیگاری و ۴۷٪ دارای عضو خانواده سیگاری بودند. ۴۶٪ از دانش آموزان تجربه مصرف سیگار و ۶۵٪ تجربه مصرف قلیان داشتند. همچنین ۱۳/۶٪ مصرف کننده فعلی سیگـار بودند. آزمون آمـاری کـای

[Downloaded from journal.fums.ac.ir on 2025-09-05]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2011.1.3.6.7]

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی افراد مورد بررسی بر حسب وضعیت مصرف سیگار

متغیر	سیگار آزموده		غیر سیگاری		P.Value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
معدل					
۱۵≤	۴۲	۱۶/۸	۷۵	۳۰	۰/۰۰۲
۱۵>	۷۴	۲۹/۶	۵۹	۲۳/۶	
دوست سیگاری					
بلی	۸۱	۳۲/۴	۳۷	۱۴/۸	۰/۰۰۰
خیر	۳۵	۱۴	۹۷	۳۸/۸	
خانواده سیگاری					
بلی	۵۹	۲۳/۶	۳۶	۱۴/۴	۰/۰۰۰
خیر	۵۷	۲۲/۸	۹۸	۳۹/۲	
ورزش منظم					
بلی	۱۵	۶	۳۱	۱۲/۴	۰/۰۴۹
خیر	۱۰۱	۴۰/۴	۱۰۳	۴۱/۲	
مصرف قلیان					
بلی	۱۰۵	۴۲	۶۸	۲۷/۲	۰/۰۰۰
خیر	۱۱	۴/۴	۶۶	۲۶/۴	

دو تفاوت معنی داری را بین دو گروه سیگار آزموده و غیر سیگاری از لحاظ متغیرهای وضعیت تحصیلی، دوست سیگاری، داشتن عضو خانواده سیگاری، انجام ورزش منظم، مصرف قلیان نشان داد (جدول شماره ۱). همان طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی داری را بین دو گروه سیگار آزموده و غیر سیگاری از لحاظ میانگین سنی، آگاهی، نگرش و قصد رفتاری مصرف سیگار نشان داد. اما دو گروه از لحاظ میانگین رتبه تولد و بعد خانوار اختلاف معنی داری نداشتند.

جدول ۲: میانگین نمره نگرش، سن و قصد رفتاری در افراد سیگار آزموده و غیر سیگاری

متغیر	سیگار آزموده		غیر سیگاری		P.Value
	میانگین (انحراف معیار)	تعداد	میانگین (انحراف معیار)	تعداد	
آگاهی	۱۷/۷۳ (۲/۵۷)	۱۱۶	۱۶/۰۵ (۲)	۱۳۴	۰/۰۰۰
نگرش مثبت	۱۵/۸۹ (۳/۳۴)	۱۱۶	۱۲/۳۴ (۵/۵۲)	۱۳۴	۰/۰۰۰
نگرش منفی	۱۵/۵۴ (۴/۱۴)	۱۱۶	۱۸/۹۴ (۲/۵۴)	۱۳۴	۰/۰۰۰
سن	۱۶/۶۸ (۱/۱۳)	۱۱۶	۱۶/۲۸ (۱/۰۹)	۱۳۴	۰/۰۰۷
قصدرفتاری	۲/۱۹ (۱/۸۷)	۱۱۶	۰/۷۱ (۱/۲۱)	۱۳۴	۰/۰۰۰

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در بین افراد سیگاری، ۲۶٪ قبل از ۱۱ سالگی، اولین تجربه مصرف سیگار را داشتند و ۱۵-۱۲ سالگی با ۳۰/۴٪ بیشترین فراوانی را داشت. همچنین در این پژوهش ۳۵٪ از دانش آموزان، در ۳۰ روز گذشته یک روز سیگار مصرف کرده بودند و در روزهای مصرف نیز ۳۷٪ یک تا دو نخ سیگار کشیده بودند. ۵۰٪ سیگار مصرفی خود را از مغازه یا فروشگاه تهیه کرده بودند. ۸۱٪ اعتقاد داشتند که مصرف سیگار برای سلامتی آن‌ها مضر است. ۲۵٪ در یک سال گذشته اقدام به ترک و ۴۱٪ سعی در ترک داشتند. همچنین ۳۷٪ از آن‌ها توصیه یا کمکی را جهت ترک از دوستان خود دریافت کرده بودند. ۷۳٪ قصد ترک داشتند و ۹۳٪ اعتقاد داشتند که قادر به ترک آن می‌باشند. در خصوص فروش سیگار به افراد زیر ۱۸ سال، ۷۶٪ از نوجوانان مصرف کننده فعلی اظهار کردند که فروشندگان بدون توجه به قانون محدودیت سنی به آن‌ها سیگار فروخته‌اند. در بررسی قصد رفتاری مصرف سیگار در یک سال و پنج سال آینده در دو گروه دانش آموزان غیر سیگاری و مصرف کننده فعلی سیگار مشخص شد که دانش آموزان غیر سیگاری ۵ ٪ در یک سال و ۵/۶٪ در ۵ سال آینده قصد مصرف داشتند و دانش آموزان مصرف کننده فعلی سیگار ۲۹٪ در یک سال و ۳۵٪ در ۵ سال آینده قصد مصرف داشتند.

جدول ۳: توزیع فراوانی نسبی افراد مورد بررسی بر حسب سن شروع مصرف سیگار

متغیر	تعداد	درصد
≤۷	۲	۰/۸
۹-۸ سال	۱۳	۵/۲
۱۱-۱۰ سال	۱۵	۶
۱۳-۱۲ سال	۴۳	۱۷/۲
۱۵-۱۴سال	۳۳	۱۳/۲
≥۱۶	۱۰	۴

جدول ۴: توزیع فراوانی نسبی افراد مورد بررسی بر حسب تعداد روز مصرف سیگار در ۳۰ روز گذشته

متغیر	تعداد	درصد
۲-۱ روز	۱۲	۴/۸
۵-۳ روز	۷	۲/۸
۹-۶ روز	۴	۱/۶
۱۹-۱۰ روز	۴	۱/۶
۲۹-۲۰ روز	۴	۱/۶
همه روز	۳	۱/۲

بحث

این اولین مطالعه‌ای بود که در نوجوانان شهرستان زرندیه در رابطه با مصرف دخانیات انجام شد و نتایج مطالعه نشان داد که شیوع تجربه مصرف دخانیات نسبت به نوجوانان بسیاری از نقاط کشور (۱۶-۱۷) به میزان نگران کننده‌ای بالاست، به طوری که ۴۶٪ از نمونه‌ها در این مطالعه سیگار آزموده و ۱۳/۶٪ مصرف کننده فعلی بودند. با توجه به این که تحقیقات نشان داده که تقریباً ۹۰ درصد نوجوانانی که سیگار را آزمایش می‌کنند معتاد به سیگار می‌شوند (۱۸)، این مهم باید مورد توجه جدی قرار گیرد. از طرفی این شیوع بالا می‌تواند به خاطر معیار سخت گیرانه در

[Downloaded from journal.fums.ac.ir on 2025-09-05]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2011.1.3.6.7]

این مطالعه باشد که حتی یک یا دو پک را به عنوان تجربه مصرف تلقی می‌کرد، از طرف دیگر این شیوع بالا را می‌توان با ملاحظه این نکته، که تقریباً نیمی از دانش آموزان دارای حداقل یک عضو خانواده سیگاری بودند نیز توضیح داد. بر طبق نظر محققین این مسئله (سیگاری بودن اعضاء خانواده) شانس ابتلا نوجوانان را به سیگار افزایش می‌دهد (۱۹ و ۲۰). در بررسی باور بهداشتی نوجوانان نیز مشخص شد که ۳۱/۴٪ از نوجوانان اعتقاد داشتند که سیگار چیز خطرناکی نیست، چون خیلی از بزرگ‌ترها سیگار می‌کشند، که نشان دهنده اهمیت فرهنگ پذیری و باور پذیری نوجوانان از رفتار والدین می‌باشد. رابطه بین مصرف سیگار در خانواده و سیگار کشیدن نوجوانان در مطالعات مختلف داخلی و خارجی به اثبات رسیده است (۱۹ و ۲۱). خانواده اولین محیط اجتماعی است که فرد در آن پا می‌گذارد و مهم‌ترین نهادی که در جامعه پذیری و انتقال ارزش‌ها به فرد نقش دارد، خانواده است (۲۱). بر اساس بررسی‌های به عمل آمده مشاهده سیگار کشیدن والدین و اعضاء خانواده به عنوان یکی از عوامل مستعد کننده سیگاری شدن نوجوانان (۲۱) و حساسیت و توجه والدین به سیگار کشیدن نوجوانان از موانع اعتیاد به سیگار می‌باشد (۲۱). از طرف دیگر این مسئله اثبات شده است که داشتن عضو خانواده سیگاری علاوه بر نقش الگوسازی برای نوجوان، موجب سهولت دسترسی نوجوان به سیگار نیز می‌شود (۲۲).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که گروه غیر سیگاری آگاهی بالاتری نسبت به گروه سیگار آزموده داشتند. همسو با یافته‌های این پژوهش، مطالعه اسلام در مصر نشان داد گروه غیر سیگاری آگاهی بالاتری دارند (۲۳). اما در مطالعه لی در نوجوانان تایلندی، اختلاف معنی داری از نظر آگاهی بین گروه سیگاری و غیر سیگاری وجود نداشت (۲۴). مطالعات گوناگون در کشورهای غربی ثابت کرده که نوجوانان سیگاری در مجموع آگاهی کمتری درباره پیامدها و مضرات سیگار کشیدن دارند (۱۵). در این پژوهش گروه سیگار آزموده و غیر سیگاری از نظر نگرش مثبت و یا نگرش منفی نسبت به مصرف سیگار با هم تفاوت معنی داری داشتند و افراد سیگار آزموده نگرش مثبت‌تر و افراد غیر سیگاری نگرش منفی‌تری نسبت به مصرف دخانیات داشتند. امین در عربستان (۲۵) و مالیا در مالت (۲۶) نیز نشان دادند که نوجوانانی که اصلاً سیگار نکشیده‌اند ولی نگرش مثبت‌تری به مصرف سیگار دارند، بیشتر از آن‌هایی که نگرش منفی دارند، مصرف سیگار را تجربه می‌کنند. مطالعات نشان داده‌اند که رابطه بین نگرش و رفتار پیچیده است و تغییر نگرش نوجوانان نسبت به مصرف سیگار نخستین گام در فرآیند تغییر رفتار اعتیادآور و جلوگیری از گسترش این اختلال است (۲۷). در مطالعه اکبری در نوجوانان ایرانی (۲۱)، و ایچا در نوجوانان ویتنامی ماساچوست (۲۸) و زانگ در نوجوانان چینی (۲۹)، افراد سیگاری به طور معنی داری نسبت به افراد غیر سیگاری نگرش‌های مثبت‌تری در مورد رفتار سیگار کشیدن داشتند با نگاه تحلیلی به یافته‌های این بخش ملاحظه می‌شود که باورهای نادرستی در مورد مصرف سیگار در نوجوانان مورد بررسی شایع است. برای مثال ۳۷٪ از نوجوانان اعتقاد داشتند که سیگار در رفع خستگی موثر است. ۳۵٪ اعتقاد داشتند که مصرف سیگار در زمان عصبانیت باعث آرامش افراد می‌شود. همچنین ۱۴٪ از نوجوانان با عبارت افراد سیگاری جذاب‌تر به نظر می‌رسند موافق و ۱۳/۶٪ بی نظر بودند. ۱۸٪ بر این باور بودند که مصرف سیگار باعث افزایش اعتماد به نفس می‌شود. در بخش نگرش منفی به مصرف دخانیات نیز ملاحظه شد که ۱۴٪ افراد با عبارت اکثر افرادی که معتاد می‌شوند از سیگار شروع می‌کنند مخالف و ۱۳/۴٪ نیز بی نظر بودند. ۶۹٪ افراد اعتقاد داشتند که با مصرف سیگار ممکن است به بیماری خطرناکی مبتلا شوند ۷۴٪ اظهار کردند که مصرف سیگار موجب بی اعتباری و از بین رفتن محبوبیت اجتماعی می‌شود و ۸۰٪ اعتقاد داشتند که اگر سیگار بکشند موجب می‌شود تا دیگران او را سرزنش کنند. در مطالعه اکبری (۲۱) نیز نوجوانان باورهای درستی در مورد مضرات سیگار کشیدن نداشتند. در مطالعه لونتال و گلین (۲۱) مشخص شد که نوجوانان سیگاری عقیده داشتند که در معرض خطر کمتری برای ابتلا به بیماری‌های ناشی از مصرف سیگار هستند. در مطالعه وایچا (۲۸) هم نوجوانان باورهای غلطی (همچون جذاب‌تر شدن، بالغ‌تر به نظر رسیدن) در مورد مصرف سیگار داشتند و در مجموع درک کمتری از خطر نسبت به رفتار سیگار کشیدن داشتند. بررسی اکیس و همکاران در ۱۵ کشور اروپایی نشان داد که نوجوانان سیگاری، خود را از مشکلاتی که در مورد مصرف سیگار بیان می‌شود مبرا می‌پندارند و اعتقاد دارند که مضرات سیگار آن قدر که اغراق می‌کنند زیاد نیست و به نظر آن‌ها مصرف سیگار خطرناک‌تر از سایر کارهایی که مردم انجام می‌دهند نیست. این اعتقادات به عنوان مکانیسم‌هایی روانی برای کاهش آسیب پذیری ناشی از مصرف سیگار مطرح می‌شوند (۱۶). در این مطالعه سنین ۱۵-۱۲ سالگی با ۳۰٪ بیشترین شیوع را در شروع مصرف داشت، که با بسیاری از مطالعات در رابطه با مصرف دخانیات همچون مطالعه اکبری (۲۱) در ایران، تاتینا در اوکراین (۱۰) و مطالعه وارن (۱۵) در ۷۶ کشور جهان هم‌خوانی دارد. مطالعات مختلف نشان داده اند که شروع مصرف سیگار به طور معنی داری با سنین نوجوانی ارتباط دارد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که شروع مصرف سیگار به طور معنی داری با سنین نوجوانی ارتباط دارد (۳۰). آروانتیدو و همکاران (۳۱) یکی از عوامل خطر مرتبط با مصرف سیگار در نوجوانان را سن گزارش کردند و نشان دادند که با افزایش سن نوجوان خطر ابتلا به سیگار افزایش می‌یابد.

کمتر پژوهشی در مقوله نوجوانان و آلودگی به سیگار و مواد مخدر وجود دارد که از نقش موثر و چشم گیر دوستان و یادگیری عادات آنان از یکدیگر سخن به میان نیاورده باشد (۳۰ و ۳۱). تحقیقات قبلی از اهمیت نیروی صرف شده از سوی همسالان در شکل‌گیری هنجارهای ذهنی نوجوانان در تصمیم‌گیری برای سیگار کشیدن، حمایت می‌کنند (۳۲). در مطالعه ما نیز همسو با سایر مطالعات انجام شده در داخل و خارج کشور (۳۲ و ۳۳) نوجوانان سیگاری و غیر سیگاری از لحاظ داشتن دوست سیگاری با هم تفاوت معنی داری داشتند و نوجوانان سیگاری دوستان سیگاری بیشتری داشتند. نوجوانی دوره‌ای است که فرد به تدریج خود را از وابستگی‌های خانواده خارج می‌کند و به گروه‌های اجتماعی روی می‌آورد (۲۱) و گروه دوستان یک محرک قوی برای فعالیت نوجوانان در دوران بلوغ است. به همین دلیل، نوجوانان علاقه مند به مصرف سیگار، بیشتر دوستانی انتخاب می‌کنند یا مورد پذیرش کسانی قرار می‌گیرند که سیگار می‌کشند (۲۲).

در این مطالعه ۷۶٪ از نوجوانان بدون توجه به محدودیت سنی می‌توانستند از فروشگاه سیگار تهیه کنند. متأسفانه برای بیشتر نوجوانان چه در کشورهای توسعه یافته و چه در حال توسعه دسترسی به محصولات دخانی آسان است. بررسی WHO و CDC در سراسر دنیا نشان داد که بیش از ۷۰٪ نوجوانان به راحتی و بدون توجه به سن و محدودیت سنی می‌توانند

[Downloaded from journal.fums.ac.ir on 2025-09-05]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2011.1.3.6.7]

از فروشگاه سیگار تهیه کنند (۷). از یافته‌های جالب توجه این پژوهش می‌توان به شیوع کمتر مصرف سیگار در نوجوانانی که فعالیت فیزیکی منظم داشتند اشاره کرد. این یافته مخالف با مطالعه واندیتا در نوجوانان مکزیک (۳۴) و مطالعه پروچسکا در سانفرانسیسکو (۳۵) بود که نشان دادند نوجوانان دارای فعالیت فیزیکی منظم، بیشتر سیگار مصرف می‌کنند اما در مطالعه نلسون (۳۶) و نیز مطالعه ترینای در نوجوانان (۲۴) همسو با یافته مطالعه ما، شیوع مصرف سیگار در نوجوانانی که فعالیت فیزیکی منظم داشتند کمتر بود. در این مطالعه قصد رفتاری مصرف سیگار در نوجوانان سیگار آزموده بیشتر بود. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ارتباط قوی بین قصد و رفتار وجود دارد و قصد عامل میانجی میان نگرش و رفتار به شمار می‌آید (۳۷). رابطه بین قصد و رفتار سیگار کشیدن در مطالعات الهوردی پور (۳۸)، طاووسی (۳۷) و اکبری (۲۱) هم دیده می‌شود.

نتیجه‌گیری

نوجوانان یکی از مهم‌ترین سرمایه‌های هر کشوری هستند که سرمایه گذاری برای سلامت آن‌ها در آینده نه چندان دور در سلامت و شکوفایی جامعه مشاهده خواهد شد. با توجه به شیوع بالای تجربه مصرف سیگار و باورهای نادرست در مورد مصرف دخانیات در نوجوانان در این مطالعه، ارایه خدمات پیشگیرانه و آموزش مهارت‌های زندگی به نوجوانان و خانواده آن‌ها با تأکید بر اصلاح باورهای نادرست، به علاوه اجرای سخت‌گیرانه‌تر قانون ممنوعیت فروش سیگار به نوجوانان توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل از رساله دکتری آموزش سلامت می‌باشد که هزینه آن را دانشگاه تربیت مدرس پرداخت نموده است؛ لذا ضمن قدردانی و تشکر از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس، لازم است نویسندگان مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه دانش آموزان عزیز شرکت کننده در این طرح، معلمین و مسئولین محترم آموزش و پرورش استان مرکزی و شهرستان زرندیه اعلام نمایند.

References

1. Sabiston C, Lovato C, Ahmed R, Pullman A, Hadd V, Campbell H, et al. School smoking policy characteristics and individual perceptions of the school tobacco context: Are they linked to students' smoking status? Journal of youth and adolescence. 2009;38:1367-1374.
2. Tsai Y, Wen Y, Tsai C, Tsai T. Peer pressure, psychological distress and the urge to smoke. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2009;6(6):1799-1811.
3. Sharifi-rad G, Hazavei M, Hasanzadeh A, Daneshamouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2007;10(1):1-8. [Article in Persian]
4. Edwards R. The problem of tobacco smoking. British Medical Journal. 2004;328(7433):217-219.
5. Fong G, Cummings K, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino G, et al. The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation project. British Medical Journal. 2006;15(Supplement 3):iii3-iii11.
6. Fathelrahman A, Omar M, Awang R, Borland R, Fong G, Hammond D, et al. Smokers' responses toward cigarette pack warning labels in predicting quit intention, stage of change, and self-efficacy. Nicotine & Tobacco Research. 2009;11(3):248-253.
7. Glynn T, Seffrin J, Brawley O, Grey N, Ross H. The globalization of tobacco use: 21 challenges for the 21st century. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2010;60(1):50-61.
8. Tobacco free initiative issues WHO; 2004 [cited 2010; ran55]. Available from:http://www.who.int.
9. Guilbert J. The world health report 2002-reducing risks, promoting healthy life. Education for Health. 2003;16(2):230-236.
10. Abedini S, Kamalzadehtakhti H, Sadeghifar E, Shahrakivahed A. The survey of cigarette smoking situation in Bandar Abbas Medical students. Journal of Hormozgan university of Medical Sciences. 2007;11(4):297-302. [Article in Persian]
11. Dassanayake B. Factors related to smoking status among first year male students in Mahidol University Salaya Campus Thailand: Mahidol University; 2003.
12. Ua-Kit N, Phuphaibul R, Panitrat R, Loveland-Cherry C, Vorapongsathorn T. Cigarette smoking behavior among Thai adolescents in Metropolitan Bangkok. Thai Journal of Nursing Research. 2004;8(4):245-312.
13. Niknami S, Akbari M, Ahmadi F, Babaee-Rouchi G, Heidarnia A. Smoking initiation among Iranian adolescents: a qualitative study. East Mediterr Health J. 2008;14:1290-300.
14. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000;25(3):3186-3191.
15. Warren CW, Lea V, Lee J, Jones NR, Asma S, McKenna M, et al. Change in tobacco use among 13–15 year olds between 1999 and 2008: findings from the Global Youth Tobacco Survey. Global Health Promotion. 2009;16(2):38-90.
16. Khosravi A, Najafi F, Rahbar M, Atefi A, Motlag M, Kabir M. Health indicators in the Islamic Republic of Iran Tehran: Network Development and Health Promotion Center, Management DoTaI; 2009.
17. Goli S, Mahjub H, Moghimbeigi A, Poorolajal J, Heidari

[Downloaded from journal.fums.ac.ir on 2025-09-05]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2011.1.3.6.7]

Pahlavian A. Application of mixture models for estimating the prevalence of cigarette smoking in Hamadan, Iran. Journal of Research in Health Sciences. 2011;10(2):110-115.
18. Promnuch P. Factors related to intention to smoke cigarettes in secondary school students: Mahidol University; 2006.
19. El-Amin SET, Nwaru BI, Ginawi I, Pisani P, Hakama M. The role of parents, friends, and teachers in adolescents tobacco habits. Tobacco Control. 2010;20(2):94.
20. Arbour-Nicitopoulos KP, Kwan MYW, Lowe D, Taman S, Faulkner GEJ. Social norms of alcohol, smoking, and marijuana use within a canadian university setting. Journal of American College Health. 2011;59(3):191-196.
21. Akbari M. Developing and testing of a model for preventing of smoking behavior among adolescents in Tehran. Tehran: Tarbiat Modares University; 2007.
22. Barreto SM, Giatti L, Casado L, de Moura L, Crespo C, Malta D. Contextual factors associated with smoking among Brazilian adolescents. Journal of Epidemiology and Community Health. 2011 [Epub ahead of print].
23. Islam S, Johnson CA. Influence of known psychosocial smoking risk factors on Egyptian adolescents' cigarette smoking behavior. Health promotion international. 2005;20(2):135-145.
24. Trinh Cl. Factors related to smoking behavior among high school students in cantho city, vietnam. Cantho: mahidol university; 2005.
25. Amin T, Amr M, Zaza B, Suleman W. Harm perception, attitudes and predictors of waterpipe shisha smoking among secondary school adolescents in Al-Hassa, Saudi Arabia. Asian Pacific J Cancer Prev. 2010;2:293-301.
26. Mallia C, Hamilton-West K. Smoking-related attitudes and perceptions among young adults in Malta and the UK. Psychology, Health & Medicine. 2010;15(3):347-356.
27. Shashidhar A, Harish J, Keshavamurthy SR. Adolescent Smoking-A Study of knowledge, attitude and practice in high school children. Pediatric Oncall. [serial online] 2011 [cited 2011 January 1] ; 8. Art # 7. Available from http://www.pediatriconcall.com/fordoctor/ Medical_ original_ articles/smoking.asp
28. Wiecha JM, Lee V, Hodgkins J. Patterns of smoking, risk factors for smoking, and smoking cessation among Vietnamese men in Massachusetts (United States). Tobacco Control. 1998;7(1):27-34.
29. Zhang L, Wang W, Zhao Q, Vartiainen E. Psychosocial predictors of smoking among secondary school students in Henan, China. Health Education Research. 2000;15(4):415-422.
30. Villanti A, Boulay M, Juon HS. Peer, parent and media influences on adolescent smoking by developmental stage. Addictive behaviors. 2011;36(1-2):133-136.
31. Arvanitidou M, Tirodimos I, Kyriakidis I, Tsinaslanidou Z, Seretopoulos D. Decreasing prevalence of alcohol consumption among Greek adolescents. The American journal of drug and alcohol abuse. 2007;33(3):411-7.
32. Veilleux JC, Kassel JD, Heinz AJ, Braun A, Wardle MC, Greenstein J, et al. Predictors and sequelae of smoking topography over the course of a single cigarette in adolescent light smokers. Journal of adolescent health. 2011;48:176-281.
33. Ramezankhani A, Sarbandizaboli F, Zarghi A, Heidari G, Masjedi M. Pattern of cigarette smoking in adolescent students in Tehran. Pejouhandeh. 2010;15(3): 115-22. [Article in Persian]
34. Wilkinson A V, Waters A J, Vasudevan V, Bondy M L, Porokhorov A V, Spitz M R. Correlates of susceptibility to smoking among Mexican origin youth residing in Houston, Texas: A cross-sectional analysis. BMC Public Health. 2008;8:337.
35. Prochaska JJ, Hall SM, Humfleet G, Munoz RF, Reus V, Gorecki J, et al. Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence: a randomized trial. Preventive medicine. 2008;47(2):215-220.
36. Nelson D, Mowery P, Tomar S, Marcus S, Giovino G, Zhao L. Trends in smokeless tobacco use among adults and adolescents in the United States. American journal of public health. 2006;96(5):897-905.
37. Tavousi M. The effectivness of a modified Theory of Reasoned Action on substance abuse prevention among adolescents in Tehran. Tehran: Tarbiat Modares University; 2009.
38. Allahverdipour H, Farhadinasab A, Bashirian S, Mahboub H. Pattern and tendency reason of adolescent to drug use. Journal of Yazd University of Medical Sciences. 2008;15(4):14-19. [Article in Persian]

[Downloaded from journal.fums.ac.ir on 2025-09-05]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2011.1.3.6.7]

Original Article

Assessment of Knowledge, Health Belief and Patterns of Cigarette Smoking Among Adolescents

Karimy M [1], Niknami S [1*], Heidarnia A [1], Hajizadeh I [2]

1- Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2- Department of Biostatistics, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University,Tehran, Iran

Abstract

Background & Objective: When smoking is initiated at a young age, the risks of heavy smoking and nicotine dependence increases, Furthermore, among those with early onset of cigarette smoking, cessation would be more difficult. The purpose of this study was the assessment of health belief and patterns of cigarette smoking among adolescent students.

Materials & Methods: This research is an analytical and descriptive sectional study, carried out on 250 male students (15-19 years) of Zarandieh city high schools. Data collection was done by GYTS questionnaire which consist of twelve health belief question about cigarette smoking. Data analysis was performed using t-test and chi-square. P-value less than 0.05 were considered significant.

Results: The mean age of participants was 16.47 ± 1.13 years. The prevalence of cigarette smoking experience was 46% and water pipe use was 65%. The age of smoking onset was 12-15 years in 30.4% of the smokers. Among the smokers, 81% believed that smoking is harmful to health, 93.0% believed that they were able to quit smoking, 41% had tried to quit smoking. The significant differences between mean score of health beliefs about smoking among the smokers and nonsmokers were ($p < 0.001$).

Conclusion: The prevalence of smoking experience is high among Zarandieh adolescents. Therefore, it is necessary to develop more effective strategies for smoking prevention and cessation.

Keywords: Smoking, Knowledge, Health belief, Adolescents

*** Corresponding author: Niknami Shamsaddin,** Department of Health Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
Tel: +982182883549
E-mail: niknamis@modares.ac.ir

[Downloaded from journal.fums.ac.ir on 2025-09-05]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2011.1.3.6.7]