عوامل مرتبط با مصرف سیگار در دانشجویان: کاربرد الگوی باور بهداشتی

رحمن پناهی[1]، علی رمضانخانی[2]، محمود طاووسی[3]، علی اصغر حائری مهریزی[3]، فرشته عثمانی[1]، شمس الدین نیکنامی[1*]

۱. دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران
۲. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی تهران، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱/۱۹
سال شانزدهم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۶ صص ۳۲۴-۳۱۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۹ اردیبهشت ۹۶]

چکیده

مقدمه: محققان سیگار را دروازه ورود به استفاده از مواد مخدر و داروهای غیر مجاز در نظر می گیرند. با توجه به افزایش مصرف سیگار در میان دانشجویان، این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با مصرف سیگار بر طبق الگوی باور سلامت در میان دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی- تحلیلی مقطعی بر روی ۳۴۰ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته براساس الگوی باور سلامت بود. داده های به دست آمده توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون های متناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: ۲۳/۸ درصد (۸۱ نفر) از دانشجویان مورد مطالعه در زمان پژوهش سیگاری و ۱۷/۱ درصد (۵۸ نفر) دارای تجربه مصرف سیگار بودند و ۵۹/۱ درصد (۲۰۱ نفر) از آنها در زمان پژوهش غیرسیگاری بودند. نتایج آزمون تی تست نشان داد که تفاوت آماری معنی دار بین سازه های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی درک شده ($P<۰/۰۰۱$) بین افراد سیگاری و غیرسیگاری وجود داشت اما بین نمره موانع درک شده در دو گروه دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری تفاوت آماری معنی دار وجود نداشت ($P>۰/۰۵$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به وجود ارتباط معنی دار بین سازه های الگوی باور سلامت و مصرف سیگار در دانشجویان، سازه های الگوی یاد شده می تواند عوامل پیشگویی کننده مصرف سیگار در دانشجویان را بیازماید و برای ارتقای برنامه های پیشگیری کننده از مصرف سیگار موثر واقع شود.

کلیدواژه: مصرف سیگار، دانشجویان، الگوی باور سلامت

* نویسنده پاسخگو: تهران، پل نصر، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی شماره ۱، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
تلفن: ۸۲۸۸۳۸۶۹
E-mail: niknamis@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.5.6]

مقدمه

در حال حاضر استعمال دخانیات به عنوان یکی از عجیب ترین عادت های بشر، سلامتی میلیون ها انسان را تهدید می کند[۱]. دود سیگار حاوی ۴۰۰۰ ماده شیمیایی است که بیش از چهل مورد از این موارد، به عنوان مواد سرطان زا در انسان و حیوان شناسایی شده اند. همچنین بیش از ۸۰ درصد مرگ های ناشی از سرطان ریه و حدود ۳۰ درصد از مرگ های ناشی از سایر سرطان ها، به وسیله استعمال دخانیات ایجاد می شود. از کل مرگ های مرتبط با استعمال دخانیات، ۴۶ درصد به علت بیماری های قلبی-عروقی، ۲۶ درصد به علت سرطان ریه، ۱۴/۳ درصد به سبب آمفیزم و برونشیت، ۷ درصد به علت دیگر سرطان ها و ۶/۷ درصد به سبب سایر عوامل است[۲]. در مطالعه ای که در سال ۱۳۸۵ توسط مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در بهشت زهرا در تهران انجام شد سن مرگ افراد سیگاری ۸ سال از افراد غیرسیگاری کمتر بوده است[۳]. شروع مصرف سیگار و دخانیات معمولا از سنین نوجوانی (قبل از ۱۸ سالگی) است[۴]. رفتار سیگار کشیدن، تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار دارد که از میان این عوامل می توان به عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی اشاره کرد. در مورد عوامل اجتماعی تقلید از افراد شاخص در جامعه، دوستان و همسالان مهم ترین عوامل هستند[۵]. شیوع مصرف سیگار در دانشجویان آمریکایی نزدیک به ۳۰ درصد است و این در حالی است که دوران دانشجویی به لحاظ انتقال جسمی و جنسیتی از دوران نوجوانی به جوانی و قرارگیری در یک محیط اجتماعی جدید، مصرف سیگار یک وجه قانونی به خود می گیرد[۶،۷]. مطالعه بابایی و همکاران که در میان دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام گرفت، نشان داد که از نظر نوع ماده مصرفی توسط دانشجویان، بیشترین فراوانی، مربوط به سیگار با ۴۷/۴ درصد و قلیان با ۴۲/۹ درصد بود[۸]. همچنین در مطالعه ای مشابه که توسط شجاعی زاده و همکاران انجام شد، این میزان ۲۳ درصد به دست آمد[۹]. شروع زود هنگام مصرف سیگار به دلایل زیادی مشکل ساز است چرا که وابستگی به نیکوتین در کسانی که استعمال سیگار را زودتر شروع می کنند نسبت به افرادی که دیرتر شروع به استعمال سیگار کرده اند، شدیدتر است و احتمال کمتری برای ترک کردن سیگار در این افراد وجود دارد[۱۲-۱۰]. نظری و همکاران در مطالعه خود دریافتند که ۴۳/۵ درصد از دانشجویان، سیگار کشیدن را پس از ورود به دانشگاه شروع کرده اند[۱۳].

در مطالعه حاضر الگوی باور سلامت به عنوان چارچوب مرجع انتخاب شد. به موجب این الگو، هنگامی فرد عمل بهداشتی را انجام می دهد که حساسیت، شدت بیماری و ارزش بهداشتی آن عمل را درک کند. با توجه به پیشینه این الگو و قابلیت استفاده از آن در موضوعات، تصمیم گرفته شد که برای درک بهتر وضعیت افراد مورد مطالعه از این الگو به عنوان قالب مورد استفاده برای سنجش متغیرهای مرتبط با رفتار سیگار کشیدن، استفاده گردد[۱۴]. لذا این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با مصرف سیگار بر طبق الگوی باور سلامت در میان دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۵ و در میان دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد. در این پژوهش ۳۴۰ نفر از دانشجویان به صورت نمونه گیری خوشه ای یک مرحله ای انتخاب شدند بدین صورت که ابتدا فهرستی از تمامی خوابگاه هایی که دانشجویان رشته های مختلف علوم پزشکی در آن ها سکونت داشتند تهیه شد. سپس از بین این خوابگاه ها ۴ خوابگاه (۲ خوابگاه دخترانه و ۲ خوابگاه پسرانه) به صورت تصادفی برگزیده شدند و تمامی دانشجویان ساکن در آن ها، که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، وارد مطالعه شدند. برآورد حجم نمونه براساس فرمول حجم نمونه کوکران انجام پذیرفت که با بررسی مطالعات انجام شده قبلی[۱۶-۱۵،۹] و در نظر گرفتن p=0/23 و d=0/05، حجم نمونه ۲۷۲ نفر برآورد گردید که با نظر متخصصان آمار و جهت دقت بیشتر، ۳۴۰ نفر وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه حاضر عبارت بودند از تمایل افراد برای ورود به مطالعه، دانشجو بودن، تحصیل در مقطع کارشناسی، قرار داشتن در سال های دوم یا سوم تحصیل در دانشگاه و سکونت در خوابگاه های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. همچنین عدم رضایت به ادامه کار و تکمیل ناقص پرسشنامه ها به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه محقق ساخته ای بود که دو بخش داشت: قسمت اول مربوط به مشخصات جمعیت شناختی و تعیین وضعیت افراد از لحاظ مصرف یا عدم مصرف سیگار بود و قسمت دوم مربوط به اجزای الگوی باور سلامت شامل حساسیت درک شده (۴ سوال)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.5.6]

برای مثال "افراد سیگاری بیشتر از افراد غیرسیگاری در معرض ابتلا به بیماری قرار دارند"، شدت درک شده (۶ سوال) برای مثال "کشیدن سیگار می تواند باعث سکته قلبی شود"، موانع درک شده (۶ سوال) برای مثال "وجود افراد سیگاری در خانواده باعث سیگاری شدن افراد می شود"، منافع درک شده (۷ سوال) برای مثال "با نکشیدن سیگار به سمت اعتیاد کشیده نخواهم شد"، خودکارآمدی (۶ سوال) برای مثال "با وجود تعارف دوستانم به کشیدن سیگار، می توانم به آنها نه بگویم" و بالاخره راهنمای عمل (۲ سوال) بود.

در بخش مربوط به سازه های الگوی باور سلامت، از مقیاس لیکرت با ۵ گزینه کاملا موافقم (۵ امتیاز)، موافقم (۴ امتیاز)، نظری ندارم (۳ امتیاز)، مخالفم (۲ امتیاز) و کاملا مخالفم (۱ امتیاز) استفاده شد. شایان ذکر است بین سوالات حساسیت درک شده فقط سوال اول از قاعده فوق پیروی کرده و به سوالات دیگر امتیاز معکوس تعلق گرفت. همچنین در قسمت مربوط به سوالات راهنمای عمل از دانشجویان پرسیده شد که اطلاعات مربوط به به مضرات کشیدن سیگار و منافع پیشگیری از مصرف آن را از چه راه هایی به دست می آورید و پاسخ های آنان به صورت سنجش فراوانی محاسبه شد.

جهت تامین روایی علمی ابزار از روایی محتوا و برای تعیین پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد؛ بدین صورت که ابتدا پرسشنامه در اختیار ۱۲ تن از متخصصان قرار گرفت و با اعمال نظرات آنان، برخی از سوالات حذف و یا مورد بازنگری قرار گرفتند. همچنین در یک مطالعه محدود بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان ، ضریب آلفا برای سازه های الگو محاسبه شد.

در این مطالعه، سیگار آزموده به افرادی اطلاق شد که در طول دوران عمر خود، حداقل یک نخ سیگار کشیده بودند. این افراد به همراه افراد غیرسیگاری، در گروه غیر سیگاری ها قرار گرفتند. همچنین به فردی سیگاری اطلاق گردید که در زمان انجام مطالعه، به صورت روزانه یا گاهگاهی سیگار می کشید. تکمیل پرسشنامه ها به صورت خود گزارشی و طی مدت ۲۰ دقیقه صورت گرفت. پس از شرح ماهیت مطالعه و اهداف آن از همه دانشجویان خواسته شد که با صداقت کامل به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند و به آن ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به طور محرمانه استفاده خواهد شد. ضمنا تکمیل پرسشنامه ها در محل خوابگاه های دانشجویان صورت گرفت. پس از جمع آوری، داده ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ شدند و با کمک آزمون های آماری کای دو و t-test، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ضمنا سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۳۴۰ نفر از دانشجویان مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین (انحراف معیار) سنی آن ها (۴/۰۵)۲۲/۹۳ سال بود. ۶۰ درصد (۲۰۴ نفر) از آن ها زن و ۸۶/۸ درصد (۲۹۵ نفر) مجرد بودند. ۵۹/۱ درصد (۲۰۱ نفر) از این دانشجویان در سال سوم تحصیل خود قرار داشتند. فقط ۳/۵ درصد (۱۲ نفر) سابقه مشروطی داشتند. ۳۷ درصد از آنها (۱۲۶ نفر) اعلام کردند که مدرک تحصیلی پدر دیپلم و ۳۵/۶ درصد (۱۲۱ نفر) میزان تحصیلات مادر زیر دیپلم است. ۵۸/۲ درصد (۱۹۸ نفر) دوستان صمیمی سیگاری نداشتند. ۴۳/۵ درصد (۱۴۸ نفر) گزارش کردند که تعداد اعضای خانواده آن ها ۶-۵ نفر است، ۲۸/۲ درصد (۹۶ نفر) گزارش کردند که اولین فرزند خانواده هستند. ۸۷/۹ درصد (۲۹۹ نفر) اعلام کردند که در خانواده یا اقوام خویش، سابقه مرگ در اثر مصرف سیگار را نداشته اند و ۳۵/۶ درصد (۱۲۱ نفر) در خانواده خود دارای عضو سیگاری بودند.

در بررسی پایایی سازه های الگوی ضریب آلفای کرونباخ بری حساسیت درک شده (۰/۸۵)، شدت درک شده (۰/۷۰)، موانع درک شده (۰/۸۱)، منافع درک شده (۰/۹۰)، خودکارآمدی (۰/۸۳) و عملکرد یعنی مصرف سیگار (۰/۸۵) محاسبه شد.

جدول شماره یک مشخصات دموگرافیکی و ارتباط آن ها با مصرف سیگار را در دانشجویان مورد مطالعه نشان می دهد. نتایج این جدول نشان می دهد که براساس آزمون کای دو، در این مطالعه بین مصرف سیگار با متغیرهای جنسیت ($P<۰/۰۰۱$)، داشتن سابقه مشروطی ($P<۰/۰۵$) و داشتن دوست صمیمی سیگاری ($P<۰/۰۰۱$) ارتباط معنی دار وجود دارد به طوری که مصرف سیگار در دانشجویان مرد، دارای سابقه مشروطی و دارای دوستان صمیمی سیگاری بیشتر بود. همچنین بین مصرف سیگار با متغیرهای سن، تاهل، سنوات تحصیلی، سطح تحصیلات والدین، داشتن عضو سیگاری در خانواده، داشتن سابقه مرگ در اثر مصرف سیگار در خانواده و اقوام خویش، رتبه تولد فرزند و تعداد اعضای خانواده، ارتباط معنی دار مشاهده نگردید.

۲۳/۸ درصد (۸۱ نفر) از دانشجویان مصرف کننده فعلی سیگار، ۱۷/۱ درصد (۵۸ نفر) دارای تجربه مصرف سیگار و ۵۹/۱ درصد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.5.6]

(۲۰۱ نفر) غیرسیگاری بودند. جدول شماره دو نمرات کسب شده از سازه های الگوی باور سلامت در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری را نشان می دهد. نتایج این جدول نشان می دهد که در مطالعه حاضر در چهار مورد از سازه های الگوی باور سلامت بین دو گروه دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری تفاوت آماری معنی دار وجود داشت. نتایج به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات حساسیت درک شده (P<۰/۰۰۱)، شدت درک شده (P<۰/۰۰۱)، منافع درک شده (P<۰/۰۰۱) و خودکارآمدی درک شده (P<۰/۰۰۱) در دانشجویان غیرسیگاری بیشتر از سیگاری ها بود.

جدول شماره سه، توزیع فراوانی و درصد راهنما برای عمل در زمینه کسب اطلاعات مربوط به مضرات مصرف سیگار و منافع پیشگیری از مصرف سیگار در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری مورد مطالعه را نشان می دهد. نتایج این جدول نشان می دهد که اینترنت و تعامل با دوستان و آشنایان، مهم ترین منابعی بودند که به ترتیب ۶۴/۱٪ و ۳۸٪ از دانشجویان شرکت کننده (اعم از سیگاری و غیرسیگاری) به صورت معمول، مطالب مربوط به مضرات مصرف سیگار و منافع پیشگیری از آن را از طریق آن ها به دست می آوردند. همچنین نتایج نشان داد که از نظر منابع کسب اطلاعات مربوط به سیگار، بین دو گروه دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری تفاوت آماری معنی دار وجود نداشت (P>۰/۰۵).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیکی و ارتباط آن ها با مصرف سیگار در دانشجویان مورد مطالعه

		بله		خیر		P-value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	زیر ۲۰ سال	۱۹	۲۳/۵	۶۵		۰/۹۷۳
	۲۹-۲۰ سال	۵۶	۶۹/۱	۱۷۸	۶۸/۷	
	۳۹-۳۰ سال	۵	۶/۲	۱۳	۵	
	۴۰ سال و بیشتر	۱	۱/۲	۳	۱/۲	
جنسیت	زن	۳۵	۴۳/۲	۱۶۹	۶۵/۶	۰/۰۰۱
	مرد	۴۶	۵۶/۸	۹۰	۳۴/۴	
وضعیت تاهل	مجرد	۶۹	۸۵/۲	۲۲۶	۸۷/۳	۰/۴۶۱
	متاهل	۱۰	۱۲/۳	۳۱	۱۲	
	متارکه و فوت همسر	۲	۲/۵	۲	۰/۸	
سنوات تحصیلی	دانشجوی سال دوم	۳۱	۳۸/۳	۱۰۸	۴۱/۷	۰/۳۳۹
	دانشجوی سال سوم	۵۰	۶۱/۷	۱۵۱	۵۸/۳	
سابقه مشروطی	دارد	۷	۸/۶	۵	۱/۹	۰/۰۲۹
	ندارد	۷۴	۹۱/۴	۲۵۴	۹۸/۱	
سطح تحصیلات پدر	بی سواد	۶	۷/۴	۲۷	۱۰/۵	۰/۲۷۶
	زیر دیپلم	۲۱	۲۵/۹	۶۱	۲۳/۶	
	دیپلم	۳۷	۴۵/۷	۸۹	۳۴/۵	
	فوق دیپلم و لیسانس	۱۳	۱۶	۶۲	۲۴	
	ارشد و دکتری	۴	۴/۹	۱۹	۷/۴	
سطح تحصیلات مادر	بی سواد	۱۱	۱۳/۶	۴۶	۱۷/۸	۰/۸۱۶
	زیر دیپلم	۳۲	۳۹/۵	۸۹	۳۴/۴	
	دیپلم	۲۴	۲۹/۶	۷۳	۲۸/۲	
	فوق دیپلم و لیسانس	۱۳	۱۶	۴۵	۱۷/۴	
	ارشد و دکتری	۱	۱/۲	۶	۲/۳	
داشتن دوست صمیمی سیگاری	دارد	۵۴	۶۶/۶	۸۷	۳۳/۷	۰/۰۰۰
	ندارد	۲۷	۳۳/۳	۱۷۱	۶۶/۳	
داشتن عضو سیگاری در خانواده	دارد	۳۷	۴۵/۷	۸۴	۳۶/۳	۰/۵۱
	ندارد	۴۴	۵۴/۳	۱۶۵	۶۳/۷	
تعداد اعضای خانواده	سه نفر	۲	۲/۵	۱۸	۶/۹	۰/۰۴۴
	چهار نفر	۳۷	۴۵/۷	۷۶	۲۹/۳	
	۶-۵ نفر	۳۲	۳۹/۵	۱۱۶	۴۴/۸	
	۷نفر یا بیشتر	۱۰	۱۲/۳	۴۹	۱۸/۹	
رتبه تولد فرزند	اولین	۲۱	۲۵/۹	۷۵	۲۹	۰/۲۰۲
	دومین	۲۶	۳۲/۱	۵۹	۲۲/۸	
	سومین	۱۷	۲۱/۰	۴۲	۱۶/۲	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.5.6]

	چهارمین	۸	۲/۹	۳۳	۱۲/۷	
	پنجمین و بالاتر	۹	۱۱/۱	۵۰	۱۹/۳	
داشتن سابقه مرگ در	بله	۹	۱۱/۱	۳۲	۱۲/۴	۰/۸۶۵
اثر مصرف سیگار در خانواده یا اقوام	خیر	۷۲	۸۸/۹	۲۲۷	۸۷	

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های الگوی باور سلامت در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری مورد مطالعه

	افراد سیگاری		افراد غیرسیگاری		P-value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
حساسیت درک شده	۱۳/۶۴	۴/۶۷۳	۱۷/۴۶	۲/۷۸۲	۰/۰۰۰
شدت درک شده	۲۳/۶۷	۴/۶۱۰	۲۵/۹۵	۳/۵۳۳	۰/۰۰۰
موانع درک شده	۲۳/۱۱	۳/۹۴۷	۲۴	۴/۲۱۱	۰/۰۸۴
منافع درک شده	۲۶/۰۵	۵/۷۳۸	۲۹/۶۱	۴/۲۳۸	۰/۰۰۰
خودکارآمدی	۲۳/۱۱	۴/۵۷۷	۲۶/۵۹	۳/۴۱۰	۰/۰۰۰

جدول ۳: مقایسه توزیع فراوانی و درصد راهنما برای عمل در زمینه کسب اطلاعات مربوط به مضرات و منافع پیشگیری از مصرف سیگار در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری مورد مطالعه

	سیگاری	غیرسیگاری	کل	p-value
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
پزشک،کارکنان بهداشتی- درمانی	۲۲ (۲۷/۲)	۷۳ (۲۸/۱)	۹۵ (۲۸)	۰/۵۲۱
اینترنت و شبکه های اجتماعی	۴۸ (۵۹/۳)	۱۷۰ (۶۵/۴)	۲۱۸ (۶۴/۱)	
تلفن گویا	۱۱ (۱۳/۶)	۴۰ (۱۵/۴)	۵۱ (۱۵)	
رادیو و تلویزیون	۲۶ (۳۳/۱)	۹۰ (۳۴/۷)	۱۱۶ (۳۴/۱)	
کتاب، روزنامه و مجله	۲۲ (۲۷/۲)	۷۰ (۲۷)	۹۲ (۲۷)	
دوستان و آشنایان	۳۲ (۳۹/۵)	۹۷ (۳۷/۵)	۱۲۹ (۳۸)	
والدین	۷ (۸/۶)	۲۴ (۹/۳)	۳۱ (۹/۱)	
اساتید	۸ (۹/۹)	۲۶ (۱۰)	۳۴ (۱۰)	
شبکه های ماهواره ای	۱۴ (۱۷/۳)	۴۷ (۱۸/۱)	۶۱ (۱۸)	
پیامک های تلفن همراه	۲۵ (۳۱)	۷۷ (۲۹/۷)	۱۰۲ (۳۰)	
رهبران مذهبی	۹ (۱۱/۱)	۳۲ (۱۲/۴)	۴۱ (۱۲)	
هنرپیشه ها	۱۳ (۱۶)	۳۸ (۱۴/۷)	۵۱ (۱۵)	
پوسترهای داخل وسایل نقلیه	۳ (۳/۷)	۸ (۳/۱)	۱۱ (۳/۲)	
تبلیغات روی وسایل نقلیه عمومی	۵ (۶/۲)	۱۴ (۵/۴)	۱۹ (۵/۵)	

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با مصرف سیگار بر طبق الگوی باور سلامت، در میان دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد. در مطالعه حاضر حدود ۲۳/۸ درصد از دانشجویان در زمان پژوهش سیگار مصرف می کردند. نتایج مطالعه حاضر با نتایج قدسی و همکاران[۱۶]، مطالعه شجاعی زاده و همکاران[۹]، بهرامی و همکار[۱۷] و خامی و همکاران[۱۵] که در آن ها میزان شیوع مصرف سیگار به ترتیب ۲۳٪، ۲۲/۳٪، ۲۳٪ و ۲۳٪ گزارش شده است مطابقت داشت اما با نتایج مطالعه شجاع و همکاران [۱۸]، دیوسالار و همکاران[۱۹] و عابدینی و همکاران[۲۰] که در آن ها میزان شیوع مصرف سیگار به ترتیب ۶/۲ درصد، ۱۱ درصد و ۹ درصد گزارش گردیده همخوانی نداشت. براساس نتایج حاصل از مطالعات انجام شده در شهرهای دیگر ایران، شیوع در تهران بالاتر از سایر شهرهای کشور است. از دلایل احتمالی این امر را می توان به کمتر شدن قبح سیگار کشیدن، گزارش دهی راحت تر، تغییر سبک زندگی دانشجویان به سوی سبک زندگی غربی و گرایش بیشتر به سیگار در شهرهای بزرگ اشاره کرد. همچنین در نتایج مطالعات کشورهای مختلف، میزان های متفاوتی از شیوع مصرف سیگار در بین دانشجویان گزارش شده است. این میزان در مطالعات Oksuz و همکاران ۴۹/۴ درصد[۲۱]، در مطالعه Erdal و همکاران ۴۰ درصد[۲۲]، Tong و همکاران ۳۴/۲ درصد[۲۳] و نیز Steptoe و همکاران ۲۸/۵ درصد[۲۴] گزارش شده است که میزان حاصل مطالعه حاضر در مقایسه با آن ها کمتر است. همچنین Metintas و همکاران در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.5.6]

مطالعه خود شیوع مصرف سیگار در بین دانشجویان پزشکی را در کشورهای اروپایی ۲۱/۹٪ و در کشورهای آسیایی ۱۱٪ گزارش کرده اند[۲۵،۱۸]. در مطالعه حاضر بین جنسیت و مصرف سیگار ارتباط آماری معنی دار وجود داشت. این نتایج با نتایج مطالعات دیوسالار و همکاران[۱۹]، عابدینی و همکاران[۲۰]، شجاعی زاده و همکاران[۹]، شمسی پور و همکاران[۲۶]، جعفری و همکاران[۲۷]، شجاع و همکاران[۱۸]، Varela و همکاران[۲۸]، Benjamin و همکاران[۲۹]، Almerie و همکاران[۳۰] مطابقت داشت. از نتایج همه این مطالعات می توان به این نتیجه رسید که پسران نسبت به دختران، آمادگی بیشتری برای جذب شدن به مصرف سیگار را دارند و سیگاری شدن پسرانی که سیگار را تجربه می کنند به مراتب بیشتر از سیگاری شدن دختران تجربه کننده سیگار است؛ زیرا معمولا استعمال سیگار توسط خانم ها یک رفتار غیر اجتماعی محسوب می شود[۳۱،۳۲]. همچنین مصرف کمتر سیگار در دانشجویان دختر ایرانی می تواند به علت قبح اجتماعی که در خصوص سیگار کشیدن خانم ها، در کشورهای اسلامی وجود دارد باشد[۳۳]. در مطالعه حاضر بین داشتن سابقه مشروطی و مصرف سیگار در دانشجویان مورد مطالعه، ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد. این نتایج با نتایج مطالعه Saatci و همکاران[۳۴] مطابقت داشت. همچنین با نتایج مطالعه دیوسالار و همکاران[۱۹] که در آن دانشجویان دارای نمرات بهتر، احتمال سیگار کشیدن کمتری داشتند همخوانی داشت. اما با نتایج مطالعه قدسی و همکاران[۱۶] همخوانی نداشت چون در این مطالعه بین معدل و سیگار کشیدن دانشجویان مورد مطالعه ارتباط معنی دار وجود نداشت اما درصد سیگار کشیدن در میان دانشجویان با معدل متوسط بیشتر از سایر گروه ها بود. همچنین در مطالعه حاضر بین داشتن دوستان صمیمی سیگاری و مصرف سیگار ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد. این نتایج با نتایج مطالعات متعددی مطابقت داشت [۳۷-۱۹،۳۵]. در این مورد می توان اضافه کرد که اکثر مطالعات بر تاثیر قابل توجه داشتن دوست صمیمی سیگاری بر مصرف سیگار در جوانان، صحه گذاشته و این مسئله را از تاثیر مصرف سیگار توسط والدین، خواهر و برادر مهم تر قلمداد نموده اند[۳۸]. با توجه به الگوپذیری جوانان در این سنین از یکدیگر، لزوم توجه بیشتر والدین به امر معاشرت فرزندان و شناخت کامل روابط دوستانه آنان، بیش از پیش آشکار می شود[۳۹]. در مطالعه حاضر تفاوت آماری معنی دار بین نمرات متغیرهای حساسیت درک شده و شدت درک شده بین دو گروه از دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری وجود داشت که این تفاوت احتمالا به علت آگاهی بالاتر دانشجویان غیرسیگاری نسبت به مضرات مصرف سیگار است. نتایج یاد شده با نتایج مطالعه شریفی راد و همکاران[۴۰] و شهنازی و همکاران[۱۴] مطابقت دارد اما با نتایج مطالعه قدسی و همکاران[۱۶] همخوانی نداشت. در مطالعه قدسی و همکاران تفاوت آماری معنی دار بین نمرات حساسیت درک شده و شدت درک شده در دو گروه از دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری وجود نداشت ولی تفاوت آماری معنی دار بین نمره متغیر موانع درک شده در دو گروه از دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری وجود داشت[۱۶]. از جمله دلایل احتمالی این مغایرت می توان به تفاوت در حجم نمونه، ابزار اندازه گیری و رشته های تحصیلی دانشجویان مورد مطالعه در این مطالعه نسبت به مطالعه حاضر اشاره کرد. ضمنا در مطالعه قدسی فقط دانشجویان مرد حاضر بودند در حالی که در مطالعه حاضر، هم دانشجویان مرد و هم دانشجویان زن حضور داشتند. همچنین نتایج مطالعه Li و همکاران[۴۱] در قسمت متغیر شدت درک شده با نتایج مطالعه حاضر مطابقت داشت و در قسمت های مربوط به متغیرهای حساسیت درک شده و موانع درک شده با نتایج مطالعه ما همخوانی ندارد. نتایج مطالعه حاکی از آن بود که تفاوت آماری معنی دار بین نمره متغیر منافع درک شده در دو گروه از دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری وجود داشت به طوری که میانگین نمره منافع درک شده در دانشجویان غیرسیگاری بالاتر بود. این نتایج با نتایج مطالعه شریفی راد و همکاران [۴۰]، شهنازی و همکاران[۱۴]، قدسی و همکاران [۱۶] و Li و همکاران[۴۱] مطابقت داشته و همچنین نتایج حاکی از آن بود که تفاوت آماری معنی دار بین نمره متغیر خودکارآمدی درک شده در دو گروه از دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری وجود داشت که این نتایج با نتایج مطالعه شهنازی و همکاران[۱۴] مطابقت داشت. در مطالعه Kear، ارتباط آماری معنی دار بین خودکارآمدی افراد و مصرف سیگار مشاهده نشد اما مشابه تحقیقاتی که در ایالات متحده امریکا در این خصوص انجام شده، ارتباط آماری معنی دار بین خودکارآمدی افراد و مصرف سیگار وجود داشت[۴۲].

یافته های این مطالعه نشان می داد مهم ترین منبع اطلاعاتی دانشجویان در زمینه مضرات مصرف سیگار و منافع پیشگیری از مصرف آن، استفاده از اینترنت و شبکه های اجتماعی است. این مسئله نشان دهنده آن بود که رسانه های الکترونیکی امروزه از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.5.6]

بیشترین مقبولیت و محبوبیت در نزد قشر جوان و دانشگاهی برخوردار هستند و لذا می توان از این شبکه های اجتماعی جهت اطلاع رسانی به جوانان استفاده کرد. البته کاربرد سایر منابع کسب اطلاعات در برنامه های مداخله ای جهت ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار هم باید مورد توجه قرار گیرد. سایر منابع مهم کسب اطلاعات در دانشجویان مورد مطالعه تعامل با دوستان و آشنایان بود. لذا در برنامه های آموزشی جهت ارتقای رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف سیگار، باید به نقش دوستان و آشنایان توجه کرد که در این مورد، نتایج مطالعه مهری و محقق نژاد[۴۳] با نتایج مطالعه حاضر مطابقت داشت.

در مجموع نتایج این مطالعه بیانگر شیوع نسبتا بالای مصرف سیگار، وجود ارتباط آماری معنی دار بین مصرف سیگار و متغیرهای جنسیت، داشتن سابقه مشروطی و داشتن دوست صمیمی سیگاری در بین دانشجویان مورد مطالعه و همچنین وجود تفاوت آماری معنی دار در چهار متغیر الگوی باور سلامت بین دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری حاضر در مطالعه بود. بنابراین می توان از این الگو جهت کاهش مصرف سیگار، کاهش هزینه ها و مرگ و میر در جامعه استفاده کرد. پیشنهاد می گردد یافته های مطالعه حاضر به عنوان پایه ای برای طراحی مداخلات پیشگیری از مصرف سیگار در دانشجویان، مورد استفاده قرار گیرد. همچنین با توجه به این که مطالعه فقط در میان دانشجویان سال دوم و سوم مقطع کارشناسی و ساکن در خوابگاه انجام شده، نتایج حاصل از آن قابل تعمیم به سایر گرو های سنی و دانشجویی نیست. بنابراین انجام مطالعات دیگر با استفاده از این الگو در جمعیت ها و گروه های مختلف (از نظر سن و تحصیلات و منطقه سکونت) توصیه می شود تا یک بسته آموزشی الگومحور جامع برای پیشگیری از مصرف سیگار در کشور تدوین گردد. جمع آوری داده ها به صورت خودگزارش دهی انجام گرفت و این مهم ترین محدودیت این مطالعه بود.

سهم نویسندگان

رحمن پناهی: اجرا و جمع آوری داده ها، جمع آوری مطالب و نگارش مقاله

علی رمضانخانی: مشاوره در اجرای مطالعه و مشارکت در نگارش

محمود طاووسی: مشاوره و نظارت علمی در اجرای مطالعه و ویرایش علمی مقاله

علی اصغر حائری مهریزی: مشارکت در انجام تحلیل آماری

فرشته عثمانی: مشارکت در انجام تحلیل آماری

تشکر و قدردانی

این مقاله گزارش قسمتی از پایان نامه مقطع دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت مصوب دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس با شماره ۹۹۶۵/د۵۲ بود. بدین وسیله از دانشجویان و مسئولینی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاری می شود.

منابع

1. Ramezankhani A, Heidarnia AR, Ghofranipour F. Effect of education based on health belief model on knowledge and preventive behavior of cigarette on sumption [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University; 2000 [In Persian]

2. Cunningham R. Smoke and mirrors: the Canadian tobacco war. Ottawa, ON: IDRC; 1996.

3. Hessami Z, Sharifi Milani H, Ramezankhani A, Falah Taffti S, Sharifi Kashani B, Heydari GR. Evaluation of age and smoking Habit by verbal autopsy. Tanaffos 2008; 7: 44-8 [Persian]

4. Simpson D. Doctors and Tobacco: Medicine's Big Challenge, Tobacco Control Resource Centre, [cited 2009 Aug 3]; Available from: URL: http://www.tobacco-control.org/tcrc.

5. Heydari GR, Aryanpour M, ShariyatPanahi SH, Hossei M, Masjedi MR. Anticipating smoking cessation result according to Fagerström test among volunteers of smoking cessation clinic 2001-2003. Pejoohande 2007; 11: 357-62 [Persian]

6. Craiy R, Colder and et al. The natural history if college smoking trajectories of daily smoking during the freshman year. Addictive Behaviors 2006; 31: 2212-22

7. Reed MB, Wang R, Shillington AM, Clapp JD, Lange JE. The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students. Addictive Behaviors 2007; 32: 449-64

8. Babaei HeydarabadiA, Ramezankhani A, Barekati H, Vejdani M, Shariatinejad K, Panahi R, et al. Prevalence of substance abuse among dormitory students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. High Risk Behaviors Addictive 2015; 4; e22350. Avalable from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579756/

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.5.6]

9. RezaKhani mogaddam H, Shojaezadah D, Sadeghi R, Pahlevanzadah B, Shakourimoghaddam R. Survey of prevalence and causes of the trend of hookah smoking in Tehran University students of Medical Sciences 2010-2011. Journal of Yazd Health School Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services 2012; 11: 103-13 [Persian]
10. Ayatolahi A, Mohamad pour asl A, Rajaifard A. Predict the three stages of smoking in high school students in Shiraz. Medical Journal of Tabriz University Medical Sciences 2004; 26: 10-15 [Persian]
11. Dowdell EB, Santucci ME. Health risk behavior assessment: nutrition, weight, and tobacco use in one urban seventh-grade class. Public Health Nursing 2004; 21: 128-36
12. Tamim H, Terro A, Kassem H, Ghazi A, Khamis TA, Maher M, et al. Tobacco use by university students, Lebanon, 2001. Addiction 2003; 98: 933-9
13. Nazary AA, Ahmadi F, Vaismoradi M, Kaviani K, Arezomandi M, Faghihzadeh S. Smoking among male medical sciences students in Semnan, Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean Health Journal 2010; 16: 156-61 [Persian]
14. Shahnazi H, Sharifirad Gh, Reisi M, Javadzade H, Radjati F, Charkazi A, Moody M. Factors associated with cigarette smoking based on constructs of Health Belief Model in pre-university students in 2011 in Isfahan. International Journal of Health Sciences and Research 2013; 9: 378-84 [Persian]
15. Khami MR, Murtomaa H, Razeghi S, Virtanen JI. Smoking and its determinants among Iranian dental students. Medical Principles and Practice 2010; 19: 390-4 [Persian]
16. Ghodsi H, Mokhtari N, Asiri SH, Kazemnezhad Leili E. Prevalence and correlates of Cigarette Smoking among male students of Guilan University of Medical Sciences. Journal of Community Nursing and Midwifery 2012; 22: 38-43 [Persian]
17. Bahrami F, Bahrami SH. Survey of knowledge, attitude and practice of university students Kurdistan to smoking. The second Congress of National Development and Promotion of Education and Psychology, Sociology and Social Sciences Cultural Iran, 2011. Avalable from: http://www.civilica.com/Paper-EPCONF02-EPCONF02_048.html
18. Shojaa M, Juybari L, Ghorbani M, Sanakoo A, Shojaei H, Kiakajuri Z, et al. Prevalence and cause of smoking in students living in dormitories Golestan University of Medical Sciences. Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2010; 15: 1-6 [Persian]
19. Divsalar K, Nakhaei N. Prevalence and correlates of cigarette smoking among students of two universities in Kerman, Iran. Journal of Babol University of Medical Sciences 2008; 10: 78-83 [Persian]
20. Abedini S, Kamalzadetakhti H, Sadeghifar E, Shahrakivahed A. The survey of smoking in Bandar Abbas University of Medical Sciences. Journal of Hormozgan University of Medical Sciences 2007; 11: 297-302 [Persian]
21. Oksuz E, Multu ET, Malhan S. Characteristics of daily and occasional smoking among youths. Public Health 2007; 121: 349-56
22. Erdal G, Erdal H, Esengun K, Karakas G. Cigarette consumption habits and related factors among college students in Turkey: A logit model analysis. Journal of the Pakistan Medical Association 2015; 65: 136-41
23. Tung Z, Buoling F, Shiushing W, Won CH, Shu-Hong Z. A comparison of smoking behaviors among medical and other college students in China. Health Promotion International 2004; 19: 189
24. Steptoe A, Wardle J, Cui W, Baban A, Glass K, Tsuda A, et al. An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries. Addiction 2002; 97: 1561-71
25. Metintas S, Sariboyaci MA, Nuhoğlu S, Metintaş M, Kalyoncu C, Etiz S, et al. Smoking patterns of university students in Eskisehir, Turkey. Public Health 1998; 112: 261-64
26. Shamsipoor M, KaraniBahador R, MohammadpooreAsl A, Mansuri A. Evaluation of smoking and factors affecting the tendency to leave campus students of Tabriz University of Medical Sciences. Journal of Qom University of Medical Sciences 2012; 6: 75-82 [Persian]
27. Jafari F, Aminzadeh M. The prevalence and associated parameters of smoking among students of Art University in Tehran. EBNESINA- Journal of Medical 2011; 14: 23-28 [Persian]
28. Varela CN, Monterde R, Torrell JM. Cardiovascular risk factor prevalence among a smoking population starting treatment to quit smoking. Revista Espanola de Salud Publica 2000; 74: 189- 98
29. Osondu NB, Abanobi Okwuoma C, Amadi Agwu N. Antecedents to smoking behaviour among male adolescent students in South East Region, nigeria.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.5.6]

International Journal of Tropical Medical 2008; 3: 129-36

30. Almerie MQ, Matar HE, Salam M, Morad A, Abdulaal M, Koudsi A, et al. Cigarettes &Waterpipe Smoking among medical students in Syria:a cross-sectional study. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2008; 12: 1085-91

31. Afrasiabifar A, Derakhshan A, Hasanabadi A, Rajaeifard AR. A survey of cigarette smoking tendency and its associated causes among students of Shiraz University of Medical Sciences. Armaghan Danesh 2000-2001; 5: 42-8 [Per sian]

32. Ziaei P, Hatamizade N, Vamaghi R, Dolatabadi SH. Prevalence of cigarette smoking and age of first smoking the final year high school students in Tehran in the academic year 1377-1378. Hakim Research Journal 2001; 2: 78-84 [Persian]

33. Asfar T, Ward KD, Eissenberg T, Maziak W. Comparison of patterns of use, beliefs and attitudes related to waterpipe between beginning and established smokers. BMC Public Health 2005; 5: 19 Avalable from:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC553967/

34. Saatci E, Inan S, Bozdemir N, Akpinar E, Ergun G. Predictors of Smoking Behavior of First Year University Students: Questionnaire Survey. Croatian Medical Journal 2004; 45: 76-9

35. Al-Turki YA. Smoking habits among medical students in central Saudi Arabia. Saudi Medical Journal. 2006; 27: 700-3

36. Al-Yousaf MA, Karim A. Prevalence of smoking among high school students. Saudi Medical Journal. 2001; 22: 872-4

37. Maziak W, Hammala F, Rastama S, Asfar T, Eissenberg T, Bachir ME, et al. Characteristics of cigarette smoking and quitting among university students in Syria. Preventive Medicine 2004; 39: 330-6

38. Tyas S, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. Tobacco Control 1998; 7: 409-20

39. MohtashamAmiri Z, Ashadi N, Moktaserkuhestani M. The prevalence of smoking among physicians in the future, Guilan University of Medical Science. Payesh 2005; 1: 37-42 [Persian]

40. Sharifi-rad GR, Hazavei MM, 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. Arak University of Medical Sciences Journal 2007; 10: 79-86 [Persian]

41. Li K, Kay NS. Correlates of cigarette smoking among male chinese college student in china: A preminary syudy. International Electronic Journal of Health Education 2009 ;12: 59-71

42. Kear ME. Psychosocial determinants of cigarette smoking among college students. Journl of Community Health Nursing 2002; 19: 245-57

43. Mehri A, Mohaghegh nejad MR. Utilizing the health belief model to predict preventive behaviors for heart diseases in the students of Islamic Azad University of Sabzevar. Journl of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2010; 9: 21-33 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.5.6]

ABSTRACT

Factors associated with smoking among students: Application of the Health Belief Model

Rahman Panahi[1], Ali Ramezankhani[2], Mahmud Tavousi [3], AliasgharHaeri Mehrizi [3], Fereshte Osmani [1], Shamsaddin Niknami[1 *]

1. Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Shahid Beheshti University of Medical Sciences Tehran, Iran
3. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2017; 3: 315-324
Accepted for publication: 8 April 2017
[EPub a head of print-29 April 2017]

Objective (s): Due to an increase in smoking among students, this study aimed to determine factors associated with smoking using the health belief model (HBM) among students living in a medical university dormitory in Tehran, Iran.
Methods: This was a cross-sectional study carried out on a sample of 340 undergraduate students. A designed questionnaire based on the health belief model (HBM) was used to collect data. The Data were analyzed by SPSS using appropriate statistical tests.
Results: About one in four (n = 81, 23.8%) of students were current smoker, 17.1% (n=58) had experienced cigarette smoking, and 59.1% (n=201) were non-smoker. T- test results showed a statistically significant difference in perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived self-efficacy ($p<0.001$) between smokers and nonsmokers, but there was no statistically significant difference between two groups of smoker and non-smoker students in terms of the scores of perceived barriers ($p = 0.08$).
Conclusion: The results showed that health belief model could predict factors that associated with smoking among students. Indeed the model might be applied in smoking preventing programs.

Key Words: Smoking, Students, HBM

* Corresponding author: Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Tel: 82883869
E-mail: niknamis@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.3.5.6]