بررسی تأثیر بسته آموزشی تدوین شده بر نگرش، خودکارآمدی و رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف دخانیات در نوجوانان

محمود کریمی[1]، شمس‌الدین نیکنامی[2*]، علیرضا حیدرنیا[2]، ابراهیم حاجی‌زاده[3]

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

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۷/۲۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۴ تیر۹۳]

چکیده

مصرف سیگار به عنوان یک مشکل سلامت همگانی در تمام کشورها محسوب می‌شود و پیشگیری از مصرف آن، به عنوان یکی از اولویت های اصلی سازمان سلامت جهان مطرح است. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی تأیید بسته آموزشی بر نگرش، خودکارآمدی و رفتارهای پیشگیری کننده از مصرف دخانیات در نوجوانان زرندیه در سال ۱۳۹۱ انجام شده است. در این مطالعه نیمه تجربی، ۱۶۰ دانش آموز پسر دبیرستانی به صورت تصادفی انتخاب و به دوگروه (۸۰ نفر در گروه مداخله و ۸۰ نفر در گروه شاهد) تقسیم شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای بود که روایی و پایایی آن تأیید شده بود. بر اساس نتایج به‌دست آمده از پیش آزمون، محتوای آموزشی، طراحی شده و طی ۶ جلسه، برای گروه مداخله اجرا گردید. ۶ ماه پس از مداخله، ارزشیابی ثانویه با همان پرسشنامه اولیه انجام شد و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نگارش ۱۸تجزیه و تحلیل شدند. میانگین (انحراف معیار) سن دانش آموزان شرکت‌کننده در مطالعه (۱/۴)۱۶/۳ بود. قبل از مداخله، میزان مصرف دخانیات و میانگین نمره متغیرهای آگاهی، نگرش، خودکارآمدی و رفتارهای پیشگیری کننده در دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌دار نداشتند. اما پس از مداخله آموزشی، بین میانگین نمره تمام متغیرهای فوق و میزان مصرف دخانیات، در دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P<۰/۰۵$). بر اساس یافته‌ها به نظر می‌رسد، بسته آموزشی تدوین شده در پیشگیری از مصرف دخانیات در نوجوانان بسیار سودمند و اثربخش بوده است.

کلیدواژه: نگرش، خودکارآمدی، دخانیات، نوجوان

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، ساختمان پزشکی شماره ۱، گروه آموزش بهداشت
تلفن: ۰۲۵۶-۶۵۲۲۳۱۰۰
Email: karimymahmood@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.7.9]

مقدمه

استعمال جهانی سیگار از ۵۰۰ سال قبل شروع شده است اما آغاز پاسخ بخش سلامت کشورهای دنیا به مرگ، بیماری و مشکلات اقتصادی ناشی از مصرف دخانیات، کم‌تر از ۵۰ سال است[۱]. مدارک و شواهد موجود نشان می‌دهد که اکنون (۲۰۱۲) ۵۰۰ سال بعد از شروع استعمال دخانیات ،۱/۳ میلیارد نفر از افراد بالای ۱۵ سال جهان سیگار مصرف می‌کنند و در صورتی که شیوع استعمال دخانیات ثابت باقی بماند این رقم به ۱/۷ میلیارد نفر تا سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت[۲]. اطلاعات اخیر نشان می‌دهد که اپیدمی دخانیات در کشورهای با درآمد کم و متوسط در حال گسترش است[۳] و مصرف سیگار یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های پیشگیری از بیماری‌های مزمن در کشورهای در حال توسعه است[۴]. در حال حاضر، ۸۴ درصد از سیگاری‌های جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند[۵]. در کشور ایران نیز آخرین آمارهای موجود نشان‌دهنده آن است که ۱۴درصد جمعیت کشور مصرف کننده دخانیات هستند و نسبت مردان سیگاری ۶ برابر زنان است. مطالعات مختلف نشان داده اند که دوران مدرسه و نوجوانی، یک زمان بحرانی برای شروع مصرف سیگار است[۶]. نوجوانان اغلب به مصرف سیگار تمایل دارند، کم‌تر مراقب پیامد رفتارشان هستند و کم‌تر متعهد به ترک سیگار می‌شوند[۷]. گستردگی و شیوع مصرف دخانیات در بین نوجوانان در مناطق مختلف جهان از ۳ درصد تا ۸۰ درصد متغیر است. وارن[۸] بر پایه Global Youth GYTS Tobacco Survey در ۷۵ منطقه از ۴۳ کشور جهان بین نوجوانان، شیوع تجربه سیگار کشیدن و مصرف فعلی آن را به ترتیب ۳۳ درصد و ۱۴ درصد گزارش کرده است. همچنین، نتایج GYTS بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۸ در۱۰۰ منطقه تحت پوشش از مناطق ۶ گانه سازمان سلامت جهان نشان داد که به رغم تلاش ها و گذشت چندین سال از تصویب برنامه کنترل دخانیات در سال ۱۹۹۷، در ۶۱ منطقه هیچ کاهش قابل ملاحظه در مصرف دخانیات دیده نشده است و ۳۴ منطقه نیز افزایش مصرف سیگار در نوجوانان را گزارش کرده اند[۸]. مطالعه رمضان خانی و همکاران در دانش آموزان تهرانی نشان داد که ۲۳/۵ درصد دختران و ۲۷/۵ درصد پسران، تجربه مصرف سیگار را داشته اند و ۶/۱ درصد از دختران و ۸/۶ درصد از پسران، مصرف‌کننده فعلی سیگار هستند[۹]. نوجوانی زمانی است که افراد با یک سری از تغییرات، مشکلات و آشفتگی‌ها مواجه می‌شوند، بنابراین، ممکن است سیگار کشیدن را به عنوان راه حلی برای مشکلات خود انتخاب کنند[۱۰]. مطالعه استرلینگ و همکاران[۶] در آمریکا نشان داد که قدرت نوجوانان برای پرهیز از سیگار کشیدن پایین بوده و آنها اعتقاد دارند مصرف سیگار برای شان فواید اجتماعی و احساسی در پی دارد. مصرف سیگار روی سلامت جسمی و روانی نوجوان اثر گذاشته و نگران کننده است. علاوه بر آن، سیگار، دروازه ورود به مصرف سایر مواد مخدر است[۱۱]. تحقیقات والیوس و همکاران[۱۲] نشان داد که مصرف سیگار در نوجوانان با رفتارهای پر خطر دیگر همچون سوء مصرف الکل و سایر مواد مخدر، تماس جنسی محافظت نشده و داشتن شرکای جنسی متعدد همراه است. همچنین، ثابت شده که مصرف دخانیات در نوجوانان با رفتارهای ناسالم دیگر همچون تغذیه ناسالم، عدم استفاده از کمر بند ایمنی، ورزش و فعالیت فیزیکی کمتر، خواب ناکافی و عدم رعایت بهداشت دهان و دندان همراه است[۳،۱۳]. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأیید بسته آموزشی مدون بر خودکارآمدی و رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف دخانیات در نوجوانان زرندیه انجام شده است.

مواد و روش کار

در این مطالعه نیمه تجربی، جمعیت مورد مطالعه شامل ۱۶۰ دانش آموز پسر سال اول تا سوم دبیرستان شهرستان زرندیه بود. حجم نمونه پژوهش، با در نظر گرفتن دقت ۵ درصد و ضریب اطمینان ۹۵ درصد و همچنین با توجه به نتایج مطالعه مشابه قبلی[۱۴] برابر ۷۰ نفر در هر گروه تعیین گردید، که برای افزایش دقت مطالعه در نهایت ۱۶۰ نمونه (۸۰ نفر در گروه مداخله و ۸۰ نفر در گروه شاهد) وارد مطالعه شدند. معیار ورود به این مطالعه شامل دانش‌آموزان پسری که در دبیرستان مشغول به تحصیل باشند و معیار خروج شامل عدم رضایت آگاهانه و عدم تمایل برای شرکت در مطالعه، و عدم حضور در ۳ جلسه آموزشی بود. روش نمونه گیری در این مطالعه، چند مرحله‌ای و بدین شکل بود که در مرحله اول از بین هشت دبیرستان موجود در دو بخش (مرکزی و خرقان) شهرستان، چهار دبیرستان به شکل تصادفی انتخاب (از هر بخش دو دبیرستان) و در مرحله بعد نیز به شکل تصادفی، یکی از دبیرستان‌های هر بخش به گروه تجربی و دبیرستان دیگر به گروه شاهد اختصاص یافت. سپس، در داخل هر مدرسه نیز با توجه به تعداد دانش آموزان موجود در کلاس‌های اول تا سوم، نسبت نمونه شرکت‌کننده در مطالعه از هر کلاس مشخص شد و در مرحله آخر،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.7.9]

با استفاده از لیست حضور و غیاب کلاس، فهرستی تهیه و به هر یک از اعضا شماره مشخصی داده شد، سپس با استفاده از روش قرعه کشی تعداد نمونه مورد نیاز از هر کلاس انتخاب و به عنوان جامعه پژوهش وارد مطالعه شدند. برای تهیه ابزار مورد استفاده در این مطالعه، تیم تحقیق بعد از مطالعه کتابخانه‌ای وسیع و مصاحبه با صاحب‌نظران، اقدام به تهیه پرسشنامه‌ای با ۱۰ سؤال باز در رابطه با دخانیات از ۳۰ نفر از دانش‌آموزان سال اول تاسوم دبیرستان به عمل آمد تا عقاید برجسته، مزایا، مضرات متصور و گروه‌های مرجع تأییدگذار در این جمعیت شناسایی شوند. از اطلاعات حاصل از این پرسشنامه، برای تدوین و توسعه گویه‌های آگاهی، نگرش، رفتارهای پیشگیری کننده و قصد رفتاری استفاده شد. در مرحله بعد، با تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از پرسشنامه مذکور، تیم تحقیق اقدام به طراحی پرسشنامه اصلی نمود که در بخش‌های ذیل تنظیم شده بود: بخش اول شامل ۱۴ سؤال مربوط به مشخصات دموگرافیک و ویژگی‌های کلی دانش آموزان (سن، سطح تحصیلات دانش‌آموز و والدین، شغل والدین، میزان درآمد و...)، بخش دوم شامل ۱۰ سؤال آگاهی سنجی در زمینه دخانیات و عوارض آن بود. بخش سوم شامل ۱۰سؤال عزت نفس رزنبرگ که توسط توکلی زاده و همکاران[۱۳] در ایران روان سنجی شده بود. ۶ سؤال نگرش مثبت نسبت به دخانیات، ۶ سئوال نگرش منفی نسبت به دخانیات، ۶ سئوال خودکارآمدی پرهیز از مصرف دخانیات نیز دو پرسشنامه گنجانده شده و ۷ سئوال رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف دخانیات بود. روایی پرسشنامه از طریق روش روایی صوری، محتوی و سازه انجام شد. برای سنجش روایی محتوا به روش کمی از دو ضریب نسبت روایی محتوی (CVR) و شاخص روایی محتوی (CVI) با کمک پانل خبرگان استفاده شد پایایی پرسشنامه نیز از طریق روش همسانی درونی و با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ سنجیده شد. با تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از پیش آزمون، بسته آموزشی طراحی گردید و طی ۶ جلسه یک ساعته با روش‌های سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ، ارایه پمفلت و بوکلت آموزشی مناسب‌سازی شده برای گروه هدف (مداخله) طراحی و اجرا گردید. برای بررسی پایداری آموزش بر نگرش و رفتار واحدهای پژوهش، ۶ ماه بعد از مداخله آموزشی، پس آزمون با استفاده از پرسشنامه اولیه برای هر دو گروه (مداخله و شاهد) انجام و نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS نگارش ۱۶ و آزمون های تی زوجی، مستقل و کای دو تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌دار بودن در این پژوهش معادل $p<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، با گرفتن رضایت نامه کتبی از نوجوانان و والدین ایشان، داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه، بی‌نام بودن پرسشنامه، عدم حضور معلم در زمان پاسخگویی به پرسشنامه و گرفتن مجوز کتبی از دانشگاه تربیت مدرس، آموزش و پرورش استان و شهرستان مربوطه رعایت گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه (۱/۴±)۱۶/۳ بود. ۱۲نفر (۱۵درصد) از نوجوانان گروه مداخله و ۱۵ نفر (۱۷درصد) از گروه شاهد، تجربه مصرف سیگار در ۶ ماه قبل داشتند. این میزان در مورد مصرف قلیان به ترتیب ۲۴ و ۲۷/۵ درصد بود. ۹۵ درصد از نمونه‌های گروه مداخله و ۹۳ درصد از نمونه‌های گروه شاهد اظهار داشتند که در هنگام خرید سیگار هیچ توصیه‌ای از فروشنده برای عدم خرید نداشته اند. ۲۹ درصد از شرکت‌کنندگان گروه مداخله و ۳۱ درصد از شرکت کنندگان گروه شاهد، ساکن روستا بودند. همچنین، ۷۴/۵ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه، پول توجیبی کمتر از ۱۰۰هزار ریال در هفته داشتند. بیشترین فراوانی مربوط به کلاس اول (۳۸درصد) بود و کلاس‌های دوم و سوم با ۳۳ و ۲۹ درصد در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. ۴۶ درصد از نمونه‌ها، پول توجیبی هفتگی بیش از ۱۰۰ هزار ریال و مابقی، کم تر از ۱۰۰ هزار ریال داشتند. ۴۲ درصد از نمونه‌ها، مصرف سیگار توسط دوستان یا دانش‌آموزان را در محیط مدرسه ملاحظه کرده بودند و ۲۸ درصد از نوجوانان گروه مداخله و ۳۱ درصد از نوجوانان گروه شاهد، دارای دوست سیگاری بودند. ۹۹ درصد از نمونه‌های گروه مداخله و ۹۸/۸ درصد از نمونه‌های گروه شاهد، با والدین خود زندگی می‌کردند. همچنین، ۲۵ درصد از نوجوانان گروه مداخله و ۲۷ درصد از نوجوانان گروه شاهد دارای عضو خانواده سیگاری بودند. در مجموع، ۵۳ درصد از نمونه‌ها در منزل خود قلیان داشتند و ۳۷ درصد گزارش دادند که در آخرین تفریح خود با دوستان، قلیان به همراه داشته و مصرف کرده اند. نتایج بررسی همگنی دو گروه بر اساس آزمون کای دو نشان داد که دو گروه مداخله و شاهد از لحاظ متغیرهای دموگرافیک همسان بوده و تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p> ۰/۰۵$). در این پژوهش، نتایج آزمون تی مستقل قبل از مداخله آموزشی نشان داد که بین میانگین نمرات آگاهی، نگرش مثبت و منفی نسبت به دخانیات،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.7.9]

عزت نفس، خودکارآمدی درک شده و رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف دخانیات در دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (p> ۰/۰۵)، ولی بعد از مداخله، میانگین نمره همه سازه های فوق تفاوت معنی‌دا را نشان داد (جدول شماره ۲). نتایج این مطالعه حاکی از تأیید مداخله آموزشی بر آگاهی، نگرش، عزت نفس، خودکار آمدی، رفتارهای پیشگیری کننده و در نهایت، عملکرد گروه مداخله است به‌طوری که مصرف سیگار در گروه مداخله از ۱۵ درصد به ۷ درصد و مصرف قلیان از ۲۴ درصد به ۱۱ درصد کاهش یافت و این کاهش، از نظر آماری معنی‌دار بود. در حالی که در گروه شاهد، مصرف سیگار و قلیان به ترتیب از ۱۷ و ۲۷/۵ درصد به ۱۶ و ۲۸ درصد تغییر یافته بود و این تغییر، از لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره آگاهی، نگرش، عزت نفس، خودکارآمدی و رفتارهای پیشگیری کننده در گروه مداخله و شاهد، قبل و بعد ازآموزش

مداخله	گروه		P.value
	شاهد		
میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار		
آگاهی			
قبل ازمداخله	۵/۷۲ ±۱/۳۰	۵/۲۱ ±۱/۸۱	۰/۰۷
بعد از مداخله	۷/۸۳ ±۱/۳۲	۵/۰۲ ±۱/۶۴	۰/۰۰۱
عزت نفس			
قبل از مداخله	۲۹/۲۸ ±۵/۸۵	۲۸/۶۷ ±۷/۳۸	۰/۵۶۲
بعد از مداخله	۳۳/۱۱ ±۴/۸۳	۲۸/۹۹ ±۶/۹۵	۰/۰۰۱
نگرش مثبت به دخانیات			
قبل ازمداخله	۱۷/۸۶ ±۷/۳۷	۱۹/۱۶ ±۶/۶۹	۰/۲۴۵
بعد از مداخله	۱۴/۴۳ ±۵/۵۱	۱۹/۳۳ ±۶/۱۵	۰/۰۱
نگرش منفی به دخانیات			
قبل ازمداخله	۱۵/۷۶ ±۶/۴۶	۱۴/۵۲ ±۶/۸۹	۰/۲۵۹
بعد از مداخله	۱۹/۰۲ ±۵/۲۷	۱۵/۱۶ ±۶/۹۱	۰/۰۰۱
خودکارآمدی			
قبل ازمداخله	۱۸/۸۰ ±۵/۹۹	۱۷/۷۵ ±۶/۳۵	۰/۲۸۴
بعد از مداخله	۱۹/۶۶ ±۴/۵۸	۱۸/۰۲ ±۶/۶۲	۰/۰۵
رفتار پیشگیری کننده			
قبل ازمداخله	۹/۳۶ ±۲/۱۷	۸/۸۴ ±۲/۹۵	۰/۳۶۵
بعد از مداخله	۱۳/۱۲ ±۲/۰۳	۸/۵۱ ±۳/۱۰	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

تمرکز عمده پژوهش حاضر، بر ایجاد رفتارهای پیشگیری‌کننده از مصرف دخانیات با استفاده از سازه‌های آگاهی، نگرش، عزت نفس و خودکارآمدی بود. قبل از مداخله آموزشی، بین میانگین نمرات رفتارهای پیشگیری کننده دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی دار مشاهده نشد، اما میانگین نمره رفتار در گروه مداخله، بعد از مداخله آموزشی، افزایش معنی‌دار پیدا کرد. همسو با یافته ما، مطالعه شریفی راد و همکاران[۱۵] و نیز مطالعه رخشانی و همکاران[۱۶] مؤید افزایش نمره رفتار پیشگیری‌کننده از مصرف دخانیات بعد از مداخله آموزشی در دانش‌آموزان بود. رفتار پیشگیری‌کننده به معنی الگوهای رفتاری، کنش‌ها و عادات مرتبط با حفظ، بازسازی و بهبود سلامت بوده[۱۶] و به نظر کارشناسان رفتار پیشگیری‌کننده پیش نیاز رفتار سالم و بهداشتی است[۱۷]. در این مطالعه، بعد از مداخله آموزشی، میزان مصرف دخانیات در گروه مداخله به صورت معنادار از ۱۵ درصد به ۷ درصد کاهش یافت. در مطالعه طاووسی در دانش آموزان تهرانی مداخله آموزشی بر کاهش قصد رفتاری مصرف دخانیات مؤثر بود و میزان مصرف دخانیات از ۶۲ درصد به ۳۴ درصد کاهش یافت[۱۴]. در مطالعه‌ای که به وسیله فیکای سی یو و همکاران در جوانان ۲۴-۱۸ ساله سیگاری بالتیمور انجام شد، مصرف سیگار از ۳/۸ سیگار در روز به ۱/۱ سیگار در روز کاهش یافت[۱۸]. بر خلاف یافته مطالعه ما، نتایج مطالعه اسلامی و همکاران[۱۹] کاهش معنی‌دار را در مصرف سیگار و قلیان نشان نداد. از دلایل این تفاوت شاید بتوان به تفاوت جمعیتی مطالعه اسلامی با مطالعه حاضر اشاره کرد که گروه سنی راهنمایی و دبیرستان را به‌عنوان جمعیت پژوهشی انتخاب کرده بودند. در این مطالعه، واحدهای پژوهش، نیمی از نمره آگاهی را قبل از مداخله کسب کرده بودند و نتایج مداخله در گروه مداخله، نشان‌دهنده تأیید مداخله آموزشی بر آگاهی نمونه ها و افزایش میزان آگاهی آنان بود. در مطالعه اله وردی پور[۲۰] نیز که با هدف پیشگیری از مواجهه دانش آموزان پسر با مواد مخدر انجام شد، تفاوت معنی‌دار در نمره آگاهی گروه مداخله بعد از مداخله به‌دست آمد. رخشانی و همکاران[۱۶] نیز در یک برنامه آموزشی توانستند میزان آگاهی دانش آموزان زاهدانی را در مورد دخانیات ارتقاء دهند. به هر حال، اولین و شاید اساسی‌ترین هدف آموزش بهداشت، آگاه کردن افراد و اجتماعات در زمینه خطراتی است که سلامتی آنها را تهدید می‌کند[۱۴]. کارشناسان معتقدند آگاهی از پیامدها و مضرات مصرف دخانیات باید در طراحی برنامه‌های پیشگیری مد نظر قرار گیرد[۳]. در واقع، اگر اطلاعات صحیح در اختیار نوجوانان قرار نگیرد[۳]، احتمالاً آنان اطلاعات نادرست و غیر واقعی را از گروه همسالان یا افراد سیگاری کسب می‌نمایند. مطالعات مختلف در داخل و خارج نشان داده‌اند که عزت نفس پایین به‌عنوان یک

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.7.9]

عامل آسیب‌زا در ابتلای نوجوانان به دخانیات عمل می‌کند[۲۱]. محققان عقیده دارند برخی از نوجوانان، از سیگار به عنوان راهکاری برای مقابله با عزت نفس پایین، اضطراب و استرس خود استفاده می کنند[۲۲]. نتایج این مطالعه نشان داد که قبل از مداخله آموزشی، تفاوت معنی‌دار در عزت نفس گروه مداخله و شاهد وجود نداشت اما بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره عزت نفس گروه مداخله بطور معنی‌دار افزایش یافت. همسو با یافته ما، مطالعه اکبری[۲۳] و مطالعه اله وردی پور[۲۰] است که نشان دادند مداخله آموزشی در بهبود عزت نفس نوجوانان مؤثر است. در این مطالعه، کسب میانگین نمره ۱۸ از ۳۰ برای نگرش مثبت و کسب میانگین نمره ۱۵ از ۳۰ برای نگرش منفی به دخانیات، نشان دهنده این است که واحدهای پژوهش یا به زیانبار بودن دخانیات برای سلامتی خود اعتقادی نداشتند و یا باورهای غلطی در مورد مصرف دخانیات در بین آنها رایج بوده است. در نگاه تحلیلی به یافته‌های این بخش ملاحظه می‌شود که ۳۶ درصد از نوجوانان، بر این باور بودند که سیگار در رفع خستگی مؤثر است، ۳۹ درصد اعتقاد داشتند که مصرف سیگار در زمان عصبانیت باعث آرامش افراد می‌شود. لی و همکاران[۲۱] ملاحظه کردند که نوجوانان از مصرف دخانیات به عنوان وسیله‌ای برای کسب موقعیت اجتماعی و آرامش استفاده می کنند. در مطالعه همچایت در تایلند[۲۴] نیز نوجوانان باور داشتند که مصرف سیگار برای آنها دارای فواید اجتماعی و احساسی است. نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که مداخله آموزشی در تغییر نگرش نوجوانان مؤثر بوده است. افزایش و یا تغییر نمره نگرش بعد از مداخله آموزشی در مطالعات طاووسی[۱۴]، رخشانی[۱۶] و بوتوین[۲۵] هم ملاحظه می‌شود. در این مطالعه، بعد از مداخله آموزشی خودکارآمدی پرهیز از مصرف دخانیات، گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد افزایش معنی‌دار یافت. مطالعات متعددی تأیید خودکارآمدی درک‌شده را در پیشگیری از سوء مصرف مواد یا دخانیات گزارش کرده اند[۲۶]. خودکارآمدی به معنی باور و اطمینان فرد نسبت به توانایی‌هایش در انجام موفقیت آمیز یک رفتار است[۲] و افزایش آن به دنبال مداخله آموزشی، بیانگر تأیید آموزش در به وجود آمدن این توان و ادراک است که اگر فرد بخواهد می‌تواند در برابر فشارهای ایجاد شده برای مصرف دخانیات مقاومت کرده و آن را مصرف نکند. همچنین، نشان‌دهنده تأیید گذاری آموزش بر موانعی است که مانع ارتقای این متغیر و در نتیجه، مانع ارتقای رفتار هدف یعنی پرهیز از مصرف دخانیات می‌شود. در واقع، نوجوانانی که به توانایی خود در پرهیز از مصرف دخانیات اطمینان دارند، رفتارهای پیشگیری‌کننده آنان تقویت می شود. افزایش خودکارآمدی درک‌شده بعد از مداخله آموزشی در مطالعه طاووسی[۱۴] و نهیل [۲۷] هم ملاحظه شد. بررسی دانش آموزان پسر (محدودیت جنسی) و خودگزارشی بودن رفتار مصرف دخانیات از محدودیت های این مطالعه است که باید در تعمیم نتایج مدنظر قرار گیرد. نتایج این مطالعه نشان داد که بسته آموزشی طراحی شده برای پیشگیری از مصرف دخانیات در نوجوانان با افزایش سطح آگاهی، تغییر نگرش، ارتقای سطح عزت نفس و خودکارآمدی در ایجاد رفتار پیشگیری‌کننده از مصرف دخانیات مؤثر بوده و موجب کاهش مصرف دخانیات در نوجوانان شده است، لذا انجام مطالعات مشابه در سطح گسترده تر در سایر مناطق کشور با طراحی بسته‌های آموزشی مشابه پیشنهاد می‌شود.

سهم نویسندگان

محمود کریمی: جمع آوری داده‌ها، بررسی متون، تحلیل داده‌ها، تهیه نسخه نهایی مقاله

شمس الدین نیکنامی: مشاوره در مراحل طراحی و اجرای پژوهش، مشاوره و کمک به نهایی کردن متن مقاله

علیرضا حیدرنیا: مشاوره در مراحل طراحی و اجرای پژوهش، مشاوره و کمک به نهایی کردن متن مقاله

ابراهیم حاجی زاده: مشاوره در مراحل تحلیل داده‌ها ، مشاوره و کمک به نهایی کردن متن مقاله

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل از رساله دکتری آموزش بهداشت در دانشگاه تربیت مدرس است، لذا ضمن تقدیر و تشکر از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه در تامین مالی این مطالعه، نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند مراتب قدردانی خود را از تمامی دانش‌آموزان عزیز شرکت کننده در این طرح، معلمین و مسوولین محترم آموزش و پرورش استان مرکزی و شهرستان زرندیه اعلام نمایند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.7.9]

منابع

1. 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;60:50

2. Karimy M, Niknami S, Reza Heidarnia A, Hajizadeh I, Montazeri A. Prevalence and Determinants of Male Adolescents' Smoking in Iran: An Explanation Based on the Theory of Planned Behavior. Iranian Red Crescent Medcal Journal 2012;15:24-29

3. Karimy M, Niknami S, Hidarnia AR, Hajizadeh I. Intention to start cigarette smoking among Iranian male adolescents: usefulness of an extended version of the theory of planned behaviour. Heart Asia 2012;4:120-4

4. Kislitsyna O, Stickley A, Gilmore A, McKee M. The social determinants of adolescent smoking in Russia in 2004. International Journal of Public Health 2010;55:619-26

5. El-Amin SET, Nwaru BI, Ginawi I, Pisani P, Hakama M. The role of parents, friends and teachers in adolescents' cigarette smoking and tombak dipping in Sudan. Tobacco Control 2011;20:94

6. Mallia C, Hamilton-West K. Smoking-related attitudes and perceptions among young adults in Malta and the UK. Psychology, Health & Medicine 2010;15:347-56

7. Karimy M, Niknami S, Heidarnia AR, Hajizadeh E. Psychometric properties of a theory of planned behavior questionnaire for tobacco use in male adolescents. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2012;19:190-7

8. 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;16:38-90

9. Ramezankhani A, Sarbandizaboli F, Zarghi A, Heidari G, Masjedi M. Pattern of cigarette smoking in adolescent students in Tehran. Pejouhandeh 2010;15: 115-22

10. Perry C, Stigler M, Arora M, Reddy K. Preventing tobacco use among young people in India: Project MYTRI. American journal of Public Health 2009;99:899

11. Kegler M, Cleaver V, Yazzie-Valencia M. An exploration of the influence of family on cigarette smoking among American Indian adolescents. Health Education Research 2000;15:547

12. 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;48:176-81

13. Tavakolizadeh J, Moshki M, Moghimian M. The Prevalence of smoking and its relationship to self-esteem among students of Azad university of Gonabad. Journal of Research Health 2012;2:19-25

14. Tavousi M, Heidarnia A, Montazeri A, Taremian F, Akbari H, Haeri A. Distinction Between Two Control Constructs: an application of the theory of planned behavior for substance abuse avoidance in adolescents. The Horizon of Medical Sciences 2009; 15:36-44

15. 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;10:1-8

16. Rakhshani F EA, Charkazi A, Haftsavar M, Shahnazi H, Esmaeili A. Effect of Education on Smoking Prevention in Students of Zahedan. Health System Research 2010;6:267-75

17. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, Jossey-Bass S. Health behavior and health education: theory. research and practice, 3th Edition, John Wiley and Sons: San Francisco 2002

18. Kam JA, Matsunaga M, Hecht ML, Ndiaye K. Extending the theory of planned behavior to predict alcohol, tobacco, and marijuana use among youth of Mexican heritage. Prevention Science 2009;10:41-53

19. Eslami AA. Development and evaluation of protection risk model based trainig for prevention of adolescent problem behaviors. Tehran: Tarbiat Modares University; 2010

20. 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;15:14-21

21. Li X, Mao R, Stanton B, Zhao Q. Parental, Behavioral, and Psychological Factors Associated with Cigarette Smoking among Secondary School Students in Nanjing, China. Journal of Child and Family Studies 2010;19:308-17

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.7.9]

22. Karimy M, Niknami S, Heidarnia AR, Hajizadeh E. Assessment of Knowledge, Health Belief and Patterns of Cigarette Smoking Among Adolescents. Journal of Fasa University of Medical Sciences 2011;3:86-92

23. Akbari M, Niknami S, Ahmadi F, Babaee-Rouchi and Heidarnia A. Smoking initiation among Iranian adolescents: a qualitative study. East Mediterr Health Journal 2008; 14:1290-300

24. Hemchayat M. Predictors of Thai adolescent cigarette smoking according to the theory of planned behavior: University of Virginia; 2003

25. Botvin GJ, Griffin KW, Paul E, Macaulay AP. Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills training. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse 2003;12:1-17

26. Rise J, Kovac V, Kraft P, Moan I. Predicting the intention to quit smoking and quitting behaviour: Extending the theory of planned behavior. British Journal of Health Psychology 2008;13:291-310

27. Nehl E, Blanchard C, Peng C, Rhodes R, Kupperman J ,Sparling P. Understanding Nonsmoking in African American and Caucasian College Students: An Application of the Theory of Planned Behavior. Behavioral Medicine 2009;35:23-9

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.7.9]

ABSTRACT

The effect of an educational package on the attitude, self efficacy and tobacco use preventive behaviors of adolescents

Mahmood Karimy [1], Shamsaddin Niknami [2*], Ali Reza Heidarnia [2], Ibrahim Hajizadeh[3]

1. Department of Public Health, Faculty of Health, Saveh University of Medical Science, Saveh, Iran
1. Department of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2. Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Accepted for publication: 20 October 2013
[EPub a head of print-27 June 2014]

Objective (s): The purpose of this study was to evaluate the impact of an educational package on attitude, self efficacy and tobacco use preventive behaviors of adolescents in Zarandieh, Iran.
Methods: This was a quasi-experimental study. A sample of high school male students was randomly divided into two groups: cases (n=80) and controls (n=80). All cases received an educational intervention in 6 sessions while the controls did not. Data were collected using a questionnaire containing items on attitude, self-efficacy and preventive behaviors at two points in time: before intervention and at 6 months follow-up.
Results: The mean age of respondents was 16.3 (SD = 1.4) years. Before the intervention, there were no significant differences between cases and controls on smoking and knowledge, attitudes, self-esteem, self-efficacy and preventive behaviors ($p>0.05$). However, there were significant differences between cases and controls on all measures including tobacco use after the intervention ($p<0.05$).
Conclusions: The designed educational package had a good impact on the prevention of smoking behavior among adolescents.

Key Words: Adolescence, self-efficacy, tobacco use

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.4.7.9]

[*] Corresponding author: Department of Health Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Tel: 0256-65223100
E-mail: karimymahmood@yahoo.com