

بررسی عوامل موثر بر رفتار سیگار کشیدن بر اساس مدل بزنف در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸

مرادعلی زارعی پور^۱، رویا صادقی^{۲*}، سیدعلیرضا صادقی طباطبایی^۳، سمانه سیدی^۴

تاریخ دریافت ۸۹/۹/۵ تاریخ پذیرش ۸۹/۱۰/۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: کشیدن سیگار، یکی از رفتارهای غیر بهداشتی است که نه فقط سلامت فرد و جامعه را به خطر می‌اندازد بلکه مهم‌ترین و قابل پیشگیری‌ترین علت مرگ‌هاست. این در حالی است که امروزه این رفتار پرخطر در بین جوانان تحصیل کرده رو به افزایش است. این مطالعه، عوامل موثر بر رفتار سیگار کشیدن در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی تهران را بر اساس مدل بزنف مورد بررسی قرار داده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۲۰۰ نفر از دانشجویان پسر، به روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شد. اطلاعات از طریق پرسش‌نامه‌ای که شامل دو بخش، بخش اطلاعات دموگرافیک و بخش سازه‌های مدل بزنف بود، جمع‌آوری شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو، ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از بین عوامل موثر بر رفتار سیگار کشیدن بر اساس سازه‌های مدل بزنف، عامل دسترسی آسان (۸۰ درصد) از عوامل قادر کننده، عامل دوستان سیگاری (۸۲ درصد) از عوامل نرم‌های انتزاعی دارای بیشترین فراوانی بودند و در سازه نگرش، (۳۳/۵ درصد) نگرش مثبت، (۱۹/۵ درصد) نگرش خنثی، (۴۷ درصد) نگرش منفی نسبت به سیگار کشیدن داشتند. نگرش مثبت نسبت به سیگار با مقطع تحصیلی دانشجو و همچنین با میزان تحصیلات والدین ارتباط معنی‌داری را نشان داد. سن شروع به سیگار کشیدن با داشتن والدین و همچنین دوستان سیگاری ارتباط معنی‌داری داشت. ارتباط بین قیمت ارزان سیگار و تعداد نخ سیگار مصرفی از نظر آماری معنی‌دار بود. تعداد نخ مصرفی سیگار با سن دانشجو و همچنین با هزینه ماهانه مصرفی فرد همبستگی مثبتی را نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، اهمیت عوامل نگرشی، نرم‌های انتزاعی و عوامل قادر کننده در رفتار سیگار کشیدن مشخص شد. و این ضرورت مداخلات مسئولان سلامت در این سازه‌ها را می‌طلبد.

کلید واژه‌ها: مدل بزنف، رفتار سیگار کشیدن، دانشجوی پسر

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره اول، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰، ص ۲۹-۲۳

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان انقلاب، خیابان قدس، کوی عباس شفیعی، پلاک ۲۱، ساختمان شماره ۲ دانشکده بهداشت، صندوق پستی ۱۴۱۷۸۶۳۱۸۱، تلفن: ۰۲۱-۶۶۹۵۴۲۳۲

Email: sadeghi_roya@yahoo.co.uk

مقدمه

تلاش‌های زیادی که جهت پیشگیری از همه گیر شدن مصرف

دخانیات انجام شده است همچنان این عامل به عنوان دومین

علت اصلی مرگ و میر (بعد از فشار خون بالا)، ۱۲ درصد از کل

مصرف سیگار ده‌ها سال است که به عنوان یکی از مهم‌ترین

عوامل تهدید کننده‌ی سلامتی شناخته شده است. با توجه به

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسئول)

^۳ کارشناس بهداشت عمومی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ کارشناس بهداشت عمومی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

عوامل مصرف سیگار دوستی با افراد سیگاری و داشتن والدین سیگاری می‌باشد (۹).

عوامل محیطی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی در رفتار سیگار کشیدن بی‌تأثیر نیستند. در پژوهشی که بر روی نوجوانان ۲۹ کشور اروپایی انجام شد، نشان داده شده رفاه خانوادگی، رفاه کشوری، سیاست‌های قیمت‌گذاری در مورد سیگار در کشور و قانونی بودن فروش سیگار از ماشین‌های خودکار فروش اجناس vending machine به طور قابل توجهی با استعمال سیگار مرتبط است (۱۰) همچنین در تحقیق دانشجویان سیگاری مالزی نیز مشخص شده است که عوامل اقتصادی و تبلیغات در استعمال سیگار نقش مهمی داشتند (۱۱).

با توجه به این‌که امروزه رفتار پرخطر سیگار کشیدن در بین جوانان تحصیل کرده رو به افزایش است و این رفتار از جمله رفتارهای پیچیده به حساب می‌آید و فاکتورهای مهمی مثل عوامل دموگرافیک، نگرشی، نرم‌های انتزاعی و عوامل قادر کننده بر انجام رفتار مؤثر هستند. از مدل‌های متفاوتی برای دست‌یابی به توجیه عوامل مؤثر بر سیگار کشیدن استفاده می‌شود.

مدل بزنف یکی از مدل‌های جامعی است که برای مطالعه‌ی رفتار، شناسایی عوامل مؤثر بر آن و همچنین جهت تغییر رفتار در جامعه به کار می‌رود. و این مدل بر تاثیر آگاهی، نگرش و مهارت‌های فردی در تغییر رفتار تمرکز می‌کند در مدل بزنف بر تأثیر نگرش در عملکرد، و محیط قادر کننده و هنجارهای انتزاعی تأکید شده است (۱۲).

ساختار تشکیل دهنده مدل بزنف عبارتند از: رفتار، نگرش، نرم‌های انتزاعی و عوامل قادرسازی که اسم این مدل از اول حروف همین اجزا: رفتار: B=Behavior، نرم‌های انتزاعی: SN=Subjective Norm's، نگرش: A = Attitude، عوامل قادر کننده: EF = Enabling Factors گرفته شده است (۱۳). مدل بزنف در مطالعه رفتار و برنامه‌ریزی برای تغییر آن و تعیین عواملی

مرگ و میرها را در دنیا به خود اختصاص می‌دهد همچنین یکی از دلایل اصلی از کارافتادگی می‌باشد (۱). یکی از عوامل قابل پیشگیری از بیماری‌های مزمن، استعمال سیگار است (۲). اگر الگوی کنونی مصرف سیگار و دخانیات ادامه یابد پیش بینی می‌گردد که مرگ و میر ناشی از مصرف آن در سال ۲۰۱۵ از ۶/۴ میلیون نفر در سال به ۸/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ افزایش یابد (۳). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) مصرف سیگار در کشورهای توسعه یافته ۲۰ درصد مرگ‌های قابل پیشگیری را تشکیل می‌دهد و از سوی دیگر باعث افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، ریوی، سرطان‌ها، بدخیمی‌ها و... می‌گردد (۴،۵). مصرف سیگار در بین جوانان در کشور سیر صعودی نشان می‌دهد (۶). از جمعیت ۶۰ میلیون نفر ۳۳-۱۱ ساله کشورمان ۱۲ میلیون نفر سیگار می‌کشند (۷). با وجود تاثیرات مضر شناخته شده‌ای که سیگار بر روی سلامت دارد، بسیاری از جوانان دست به این رفتار پر خطر می‌زنند و متعاقباً مصرف سیگار را ادامه می‌دهند. شیوع بالای مصرف سیگار در بین جوانان خطر وابستگی به آن و عواقب منفی بر روی سلامت را در پی خواهد داشت. نکته قابل تأمل آنکه بسیاری از دانشجویان نیز به سیگار کشیدن روی آورده‌اند و جالب‌تر این‌که استعمال دخانیات میان دانشجویان رشته‌های پزشکی، با وجود علم بر تبعات و مضرات آن رو به افزایش است گروهی از محققین علت این افزایش را مربوط به فشارهای روانی که احتمالاً تا حد زیادی به استرس‌های مربوط به رشته تحصیلی می‌دانند (۸).

با توجه به شیوع بالای رفتار سیگار کشیدن در سیاست‌های سازمان بهداشت جهانی برنامه‌های پیشگیری از مصرف سیگار و دخانیات در اولویت قرار دارند. اجرای این برنامه‌ها در دوره‌های تحصیلی در دانشگاه‌ها با توجه به تاثیر گروه همسالان در رفتار سیگار کشیدن از اهمیت بالایی برخوردار است. در مطالعه‌ای که در کشور یونان بر روی دانشجویان انجام شد نشان داد که مهم‌ترین

اطلاعات از طریق پرسش‌نامه‌ای که در ۴ بخش طراحی شده است سنجیده شده است. در بخش اول خصوصیات دموگرافیک فرد درج می‌شد. بخش دوم عوامل نگرشی مورد پرسش قرار گرفت که با مقیاس لیکرت سنجیده می‌شد. بخش سوم عوامل نرم‌های انتزاعی و بخش چهارم عوامل قادر کننده مؤثر بر رفتار سیگار کشیدن را مورد بررسی قرار می‌داد. روایی پرسش‌نامه با نظر اساتید مربوطه و پایایی پرسش‌نامه از طریق آزمون آلفا کرونباخ بررسی شد و مورد تأیید قرار گرفتند سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو، ضریب همبستگی پیرسون با نرم افزار spss16 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج دموگرافیک نشان داد که میانگین سن دانشجویان شرکت کننده در مطالعه $23/7 \pm 2/8$ ، میانگین سن شروع مصرف سیگار $18/68 \pm 2/85$ بوده است، میانگین نخ مصرفی سیگار در روز $8/7 \pm 0/7$ بود و ۸۷ درصد افراد مورد بررسی مجرد، ۱۱/۵ درصد متأهل و یک درصد مطلقه بودند. ۴۷/۵ درصد افراد در مقطع کارشناسی، ۱۳ درصد در مقطع کارشناسی ارشد، ۳۹/۵ درصد دکترای حرفه‌ای بودند. لازم به ذکر است که ۵۸/۵ درصد افراد مورد پژوهش مقیم خوابگاه بودند. اطلاعات کامل در جدول ۱ - آمده است. نتایج پژوهش بر اساس سازه‌های مدل بزنف نشان داد که عامل دسترسی آسان (۸۰ درصد) از عوامل قادر کننده و داشتن دوستان سیگاری (۸۲ درصد) از عوامل نرم‌های هنجاری دارای بیشترین فراوانی از عوامل مؤثر بر رفتار سیگار کشیدن بودند. در سازه نگرش، ۵/۳۳ درصد نگرش مثبت، ۵/۱۹ درصد نگرش خنثی و ۴۷ درصد نگرش منفی نسبت به سیگار کشیدن داشتند (جدول ۲).

که در تصمیم‌گیری افراد برای انجام رفتار موثر هستند بکار گرفته می‌شوند.

در مطالعه‌ای که در اصفهان با استفاده از مدل بزنف بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی انجام شد، نشان داده شد که از بین عوامل قادر کننده مؤثر بر رفتار کشیدن سیگار، عامل دسترسی آسان به سیگار (۴۴ درصد) و از عوامل نرم‌های انتزاعی، دوستان سیگاری (۵۲ درصد) دارای بیشترین فراوانی بودند. همچنین رابطه معنی‌داری بین عوامل قادر کننده و زمان شروع استعمال سیگار و همچنین بین نرم‌های انتزاعی و سیگاری بودن پدر پیدا شد (۱۴). در این مطالعه، عوامل مؤثر بر رفتار سیگار کشیدن در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی تهران بر اساس مدل یاد شده انجام شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعه توصیفی تحلیلی است که بر روی ۲۰۰ نفر از دانشجویان پسر سیگاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، به روش نمونه‌گیری گلوله برفی انجام شده است، بدین ترتیب که پرسشگر آموزش دیده با مشاهده فرد سیگاری در حال سیگار کشیدن بعد از اطمینان از رضایت فرد جهت شرکت فرد در تحقیق، از او خواسته است که پرسش‌نامه را تکمیل نماید و بعد دوستان سیگاری خود را نیز به پرسشگر معرفی کند. پرسشگر با پیدا کردن افراد مورد نظر و ادامه این روش، پرسش‌نامه‌ها را جمع‌آوری کرد. از معیارهای ورود به مطالعه، تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران و استعمال بطور متوسط حداقل یک نخ سیگار در روز بود. بر اساس تعریف فرد سیگاری فعال کسی است که هفته‌ای حداقل ۷ نخ سیگار (متوسط روزانه حداقل یک نخ) می‌کشد (۱۵، ۱۶).

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک

درصد(%)	فراوانی	متغیر	
۷/۵	۱۵	زیر ۲۰ سال	سن افراد شرکت کننده در مطالعه
۷۳	۱۴۶	۲۵-۲۰	
۱۹/۵	۳۹	۲۵ سال بیشتر	
۱۶	۳۲	زیر ۱۵ سال	اولین سن شروع مصرف سیگار
۵۹/۵	۱۱۹	۲۰-۱۵	
۲۴/۵	۴۹	۲۰ سال بیشتر	
۶۵	۱۳۰	دوستان	فردی که نخستین بار سیگار را از وی دریافت کرده
۱۹/۵	۳۹	خودش	
۱۵/۵	۳۱	فامیل	
۳۹/۵	۷۹	پدر	افراد سیگاری در خانواده
۲/۵	۵	مادر	
۹/۵	۱۹	خواهر	
۳۱	۶۲	برادر	
۶۳/۵	۱۲۷	بلی	مصرف قلیان
۳۶/۵	۷۳	خیر	
۴۵	۹۰	کمتر از ۵	تعداد نخ مصرفی روزانه
۲۶	۵۲	۱۰-۵	
۲۹	۵۸	بیشتر از ۱۰	
۲۸/۵	۵۷	کمتر از ۵۰ هزار تومان	هزینه مصرفی ماهانه فرد
۳۲	۶۴	۵۰-۱۰۰ هزار تومان	
۳۹/۵	۷۹	بیشتر از ۱۰۰ هزار تومان	

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی عوامل موثر بر رفتار سیگار کشیدن بر اساس سازه نرم‌های هنجاری

سازه‌های مدل	فاکتورهای موثر بر رفتار	تعداد	درصد(%)	زمان شروع سیگار کشیدن
نرم‌های هنجاری	دوستان سیگاری	۱۶۴	۸۲٪	p=0.01
	والدین سیگاری	۱۱۵	۵۷/۵٪	p=0.03
	شخصیت‌های هنری، ورزشی، مذهبی، سینمایی	۸۰	۴۰٪	p> 0.05
	شخصیت‌های دانشگاهی	۷۸	۳۹٪	p> 0.05
سازه‌های مدل	فاکتورهای موثر بر رفتار	تعداد	درصد(%)	تعداد نخ مصرفی سیگار
عوامل قادرکننده	دسترسی آسان	۱۶۰	۸۰٪	p> 0.05
	قیمت ارزان سیگار	۱۰۹	۵۴/۵٪	p = 0.001
	فروش در دانشگاه و محیط اطراف	۹۸	۴۹٪	p> 0.05
	فروش به صورت نخ	۱۲۷	۶۳/۵٪	p> 0.05
	عدم ممنوعیت سیگار در دانشگاه و خوابگاه	۱۰۶	۵۳٪	p> 0.05
سازه‌های مدل	فاکتورهای موثر بر رفتار	تعداد	درصد(%)	تحصیلات والدین
نگرش	مثبت	۶۹	۳۳/۵٪	p= 0.002
	بی تفاوت	۳۹	۱۹/۵٪	
	منفی	۹۴	۴۷٪	

نرم‌های هنجاری، عامل دوستان سیگاری (۵۲ درصد) بیشترین فراوانی را داشتند به نظر می‌رسد بالا بودن این درصدها در مطالعه حاضر نشانگر افزایش نقش این عوامل در رفتار سیگار کشیدن است. بین نرم‌های هنجاری، دوستان سیگاری با زمان شروع سیگار کشیدن، والدین سیگاری با زمان شروع سیگار کشیدن ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت که در مطالعات گوناگون تاثیر دوستان، هم کلاسی‌ها، خواهر، برادر و والدین در سیگاری شدن جوانان به اثبات رسیده است (۹،۱۷) که از بین این‌ها دوستان سیگاری به دلیل تعاملی که با هم دارند، نقش عمده‌ای در سیگاری شدن جوانان داشته‌اند (۱۸،۱۹).

پینگ زو و همکاران، داشتن دوستان سیگاری و نقش این گروه را در تشویق به کشیدن سیگار به عنوان قوی‌ترین عامل خطر ساز در اعتیاد به سیگار گزارش نموده است و برای مبارزه با این مشکل اجتماعی، تشویق جوانان به ایستادگی در برابر خواسته‌های دوستان و «نه» گفتن به آن‌ها در هنگام تشویق آنان به کشیدن سیگار را موثر دانسته‌اند (۲۰). در بعضی موارد به نظر می‌رسد نه گفتن به درخواست دوستان یا همکاران برای برخی از مردم بسیار مشکل است اغلب آن‌ها احساس می‌کنند گفتن نه به معنای عدم همکاری یا عدم پذیرش است و رد درخواست دوستان به پیشرفت و ترقی آنان آسیب می‌رساند و روابط بین فردی را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

از آنجایی که در مقایسه با سایر مواد دخانی، سیگار به ظاهر ساده‌ترین و همچنین ارزان قیمت‌ترین ماده ایست که در دسترس عموم افراد جامعه قرار دارد شاید دلیلی بر گرایش افراد جامعه به خصوص جوانان نسبت به استعمال این ماده باشد. همان‌طور که در نتایج این پژوهش نشان داده شد، پایین بودن قیمت سیگار، باعث افزایش تعداد نخ مصرفی در افراد جامعه به خصوص در قشر مورد مطالعه بوده است. نکته شایان توجه دیگر این است که سیگار به صورت باز و به شکل چند نخ هم به فروش می‌رسد و این مسئله

بر اساس یافته‌های پژوهش، از بین نرم‌های هنجاری، بین دوستان سیگاری با زمان شروع سیگار کشیدن ($p=0/01$)، والدین سیگاری با زمان شروع سیگار کشیدن ($p=0/03$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. از بین عوامل قادر کننده، قیمت ارزان سیگار با تعداد نخ سیگار کشیدن ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$).

با توجه به نتایج نگرش از سازه‌های مدل، بین مقطع تحصیلی و نگرش ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($p=0/001$) بدین ترتیب که بیشترین نگرش مثبت به رفتار سیگار کشیدن در مقطع تحصیلی کارشناسی (۹/۶۱ درصد) بود همچنین بین تحصیلات والدین و نگرش ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($p=0/002$)، و بیشترین نگرش مثبت به رفتار سیگار کشیدن در افرادی بود که والدینشان سطح تحصیلات پایینی داشتند (۶۵ درصد). بین سن شروع مصرف سیگار و نگرش، تعداد نخ مصرفی و نگرش ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($p>0/05$). نتایج بدست آمده از پژوهش نشان داد که بین تعداد نخ مصرفی سیگار با هزینه ماهانه مصرفی فرد ($r=0/57$) و بین تعداد نخ مصرفی سیگار با سن ($r=0/67$) همبستگی مثبت وجود داشت یعنی با افزایش هزینه مصرفی ماهانه و افزایش سن دانشجوی، تعداد نخ مصرفی سیگار زیاد می‌شود و بین سن شروع مصرف سیگار با تعداد نخ مصرفی همبستگی مشاهده نشد ($r=0/07$).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش، عامل دسترسی آسان به سیگار (۸۰ درصد)، بیشترین فراوانی از عوامل قادر کننده و داشتن دوستان سیگاری (۸۲ درصد) بیشترین فراوانی از عوامل نرم‌های هنجاری بوده است که این نتایج با پژوهش شریفی راد (۱۴)، هم‌خوانی دارد. با این تفاوت که در مطالعه مذکور از عوامل قادر کننده، عامل دسترسی آسان به سیگار (۴۴ درصد) و از عوامل

می‌شود. از سوی دیگر هر چه سن افراد مورد مطالعه بالا می‌رود تعداد نخ مصرفی سیگار افزایش می‌یابد که این به دلیل اعتیاد آور بودن سیگار و مربوط به ماده نیکوتین در سیگار می‌باشد (۲۲).

با توجه به نتایج بدست آمده از عوامل موثر بر رفتار برگرفته از مدل، اهمیت عوامل قادر کننده، عوامل هنجاری و نگرشی در رفتار سیگار کشیدن مشخص شد و لزوم توجه مسئولین به عوامل را می‌طلبد. کمک به کسب مهارت‌های اجتماعی و زندگی شامل مهارت مقاومت در برابر فشار گروه (رفتار قاطع یا مهارت نه گفتن) تقویت حس مسئولیت پذیری و اعتماد به نفس در جوانان سبب می‌شود تا جوان به دلیل رودربایستی یا ترس از تحقیر شدن و یا خجالت دست به اعمال ناخواسته‌ای نزنند و با اعتماد به نفسی که در درون خود احساس می‌کند محوری برای گروه همسن خود باشد نه تابعی بدون قید و شرط که تحت تاثیر همسالان خود قرار گیرد. آموزش کنترل استرس جهت دانشجویان توصیه می‌شود که در بسیاری از مواقع به دلیل نبود این مهارت، وقتی فرد دچار استرس و فشار روحی می‌گردد ممکن است به سیگار کشیدن روی آورد. آموزش مهارت جایگزین کردن روش‌های سالم کسب آرامش همچون استراحت کردن، تنفس عمیق، برخورد صحیح و منطقی با مشکل می‌تواند در پیشگیری از رفتارهای ناسالم مفید باشد.

متنوع کردن دامنه فعالیت‌های سرگرمی و تفریح توسط مسئولین می‌تواند انتخاب‌های متفاوتی را برای جوانان مطرح سازد تا هر یک با توجه به ذوق سلیقه و شرایط خود یکی را برگزینند. همچنین آموزش و متقاعد سازی دانشجویان برای تغییر نگرش زبان بار بودن سیگار و فرهنگ سازی در کنار برنامه‌های یاد شده ضروری است از طرف دیگر دولت با ایجاد برنامه‌هایی از قبیل سیاست‌های افزایش قیمت سیگار، جلوگیری از واردات سیگار، کاهش تولید سیگار، ممنوعیت فروش سیگار در بوفه‌های دانشگاه و خوابگاه می‌تواند سهم بسیار بزرگی در کنترل این مسئله اجتماعی داشته باشد.

دسترسی آسان‌تر با قیمت پایین‌تر این ماده را برای متقاضیان فراهم می‌کند. نتایج به دست آمده از سازه نگرش، ۵/۳۳ درصد از افراد جامعه مورد مطالعه نگرش مثبت نسبت به سیگار کشیدن داشتند که بیانگر این است که یک سوم افراد جامعه مورد مطالعه یا به زبان بار بودن سیگار برای سلامتی اعتقاد نداشتند و یا این که باورهای غلط مثل این که مصرف سیگار باعث آرامش روحی و روانی فرد می‌شود در این مثبت نگری دخیل بوده است. همچنین وجود ۵/۱۹ درصد با گرایش بی‌تفاوت نسبت به سیگار گویای این واقعیت است که بیش از نیمی از دانشجویان نسبت به این رفتار غیر بهداشتی آسیب پذیرند و این مسئله توجه بیشتر مسئولین به این مسئله را مطرح می‌سازد. فرضیه دیگری که می‌تواند در اینجا مطرح شود این است که آیا مشکلات فردی دانشجویان چه در زندگی شخصی و چه در محیط دانشجویی و یا اجتماعی به نحوی است که علاقه افراد به سلامت شخصی آن‌ها کم شده و این امر موجب می‌شود با داشتن آگاهی از مضرات سیگار، به مصرف آن بپردازند. که این پرداختن به این فرضیه تحقیق دیگری را می‌طلبد. همچنین نگرش مثبت نسبت به رفتار سیگار کشیدن در دانشجویان دوره کارشناسی بیشتر از سایر دانشجویان بود. از طرف دیگر دانشجویانی که والدینشان سطح تحصیلات پایین داشتند بیشترین نگرش مثبت به رفتار سیگار کشیدن داشتند، که با نتایج حاصل از پژوهش گواری در مورد نگرش دانشجویان پسر دانشگاه‌های کرمان در مورد سیگار که با افزایش سطح تحصیلات، نگرش مثبت نسبت به رفتار سیگار کشیدن کاهش می‌یابد، هم‌خوانی دارد (۲۱).

همچنین تحقیق نشان داد که هر چه هزینه ماهانه مصرفی فرد بیشتر باشد تعداد نخ مصرفی سیگار افزایش می‌یابد که در مطالعات مشابه عوامل وضعیت مالی دانشجو و تلاش دانشجو برای درآمد بیشتر جهت تهیه سیگار مشاهده شده است (۸). و این زنگ خطری برای دانشجویان با وضعیت اقتصادی خوب محسوب

References:

1. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. McKenna H, Slater P, Bunting B. Qualified nurses smoking prevalence: their reasons for smoking and desire to quit. *J Adv Nurs* 2001; 35(5):769-75.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3(11):e442.
4. World Health Organization. World on tobacco alert. WHO 1996; 31:1-8.
5. Sadock B, Sadock V. Synopsis of psychiatry. 20th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 264-9.
6. Sarraf-Zadegan N. Tobacco use among Iranian men, women and adolescents. *Europ J Public Health* 2004; 14(1): 76.
7. Abedini S, Kamalzada H, Sadeghifar A, Shahraki A. A study on smoking behavior of the students at Bandar Abbas University of Medical Sciences. *Med J Hormozgan* 2008; 4(11):297-302. (Persian)
8. Ansari R, Khosravi A, Mokhtari M. Prevalence and cause of smoking in the medicine students of Koomesh. *J Semnan Univ Med Sci* 2007; 1(9): 21-6. (Persian)
9. Kokkevi A, Terzidou M, Politikou K, Stefanis C. Substance use among high school students in Greece: outburst of illicit drug use in a society under change. *Drug Alcohol Depend* 2000; 58:181-8.
10. Hublet A, Schmid H, Clays E, Godeau E, Gabhainn SN. Association between tobacco control policies and smoking behavior among adolescents in 29 European countries. *Addiction* 2009; 104(11): 1918-26.
11. Al-Turki YA. Smoking habits among medical students in central Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2006; 27(5):700-3.
12. Heidarnia AR. Health training. Tehran: Zamani Pub; 2004. (Persian)
13. Hazavehei SMM, Sharifirad Gh, Kargar M. The comparison of educational intervention effect using BASNEF and classic models on improving assertion skill level. *S J Res Health Sci* 2008; 8(1): 1
14. Sharifi Rad G, Aziz A. Effective factors on smoking behavior based on BASNEF model in dorm students of Isfahan University of Medical Sciences. *Med J Hormozgan* 2008; 4(11): 267-71. (Persian)
15. The World Health Organization Report. Combating the tobacco epidemic. Geneva: WHO: 1999. P.14.
16. Smith CS, Greenland P, Grundy MS. Prevention conference v. beyond secondary prevention: identifying the high-risk patient for primary prevention: executive summary. *Circulation* 2000; 101: 111-16.
17. Lantz P, Warner K. Combating teen smoking: research and policy strategies. Michigan: University of Michigan Press; 2001. P. 409-20.
18. Roberts C, Tudor-Smith C. School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. *Tobacco Control* 2001;3:117-23.
19. Parcy MS, Horner SD. Cigarettes: a growing problem for Taiwanese adolescents. *J Community Health Nurs* 2001; 3: 167-75.
20. Pingzhu B, Liuming S, Dana I, Giovino GA. Cigarette smoking and its risk factor among elementary school students in Beijing. *Am J Public Health* 1996; 86: 368-74.
21. Gavari F, Mohammad Alizadeh S, Ramezani T, Riani M, Bahram Pour MR. Attitude of Kerman universities male students toward cigarettes. *Iranian J Psychiatr Clin Psychol* 2004; 38(10): 59-67. (Persian)
22. Vafaei B, Shaham Far J. Effective factors in tendency towards cigarette smoking among Tabrizian high school students. *J Babol Univ Med Sci* 2005; 25(7): 57-62. (Persian)