

بررسی اپیدمیولوژی استعمال سیگار در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

حمید کثیری¹، آذر رفیعی²، محمد حسین حقیقی زاده²، نسرین کاظم زاده³

1- استادیار، دانشکده ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران
2- مربی، دانشکده ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران
3- دانشجو، دانشکده ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران

چکیده

زمینه: استعمال دخانیات می تواند زیان های جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی به انسان وارد نماید. مصرف سیگار به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی و یک علت قابل پیشگیری بیماری های غیر واگیر و مرگ های زودرس می باشد. تحقیق حاضر با هدف تعیین وضعیت استعمال سیگار و علل آن در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شد.

روش: این مطالعه ی توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی و بر روی 45 دانشجوی پسر دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در پاییز 1386 انجام گرفت. روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی متناسب و جمع آوری اطلاعات از طریق پرسش نامه بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش کای اسکویر ($\alpha < 0.05$) به کمک نرم افزار spss استفاده شد.

نتایج: نتایج بررسی نشان داد که 19/1% دانشجویان، سیگاری جدید هستند و 44/1% دارای سابقه ی سیگار کشیدن بودند. ارتباط آماری معنی داری بین سیگاری شدن واحدهای مورد پژوهش با وجود فرد سیگاری در خانواده و داشتن دوستان سیگاری مشاهده شد. همچنین بین رتبه ی تولد، بعد خانوار، سواد مادر و پدر با استعمال سیگار ارتباط معنی دار وجود داشت. مهم ترین علت کشیدن اولین سیگار به ترتیب کنجکاو (50/3%)، سرگرمی و وقت گذرانی (16/9%)، همراه شدن با جمع (13/9%) و نشان دادن ناراحتی (12/3%) را بیان نمودند.

نتیجه گیری: چون رفتارهای بهداشتی آکنسبایی هستند، لذا با بالابردن آگاهی و نگرش افراد در مورد مضرات سیگار می توان رفتارها و باورهای غلط را در آن ها اصلاح و به سمت انجام دادن رفتارها و عملکردهای بهداشتی درست سوق داد.

واژگان کلیدی: اپیدمیولوژی، استعمال سیگار، دانشگاه، ایران

*نشانی نویسنده مسئول: حمید کثیری، ایران، اهواز، جاده ی گلستان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، دانشکده بهداشت
تلفن: 3/38269-0611
مابر: 3/38282-0611
موبایل: 916620/508
پست الکترونیک:
Hamidka_2000@yahoo.com

تاریخ پذیرش: 90/4/6

تاریخ دریافت: 89/10/19

مقدمه

اثرات مضر دخانیات، منحصر به مصرف کنندگان آن نیست، بلکه اطرافیان آن ها که در محیط های بسته حضور دارند نیز در معرض خطر جدی قرار دارند (13، 12، 11). آمار مرگ در اطرافیان افراد سیگاری فقط در انگلستان، بیشتر از 10/000 نفر تخمین زده می شود (13). بررسی ها نشان می دهد که در 95% موارد شروع اعتیاد، از سیگار می باشد و لذا از روش های مؤثر در پیشگیری اعتیاد، جلوگیری از مصرف سیگار می باشد.

مطالعات جهانی نشان می دهد که شیوع مصرف سیگار در جوانان، در حال افزایش و سن شروع آن رو به کاهش است. به طوری که بیش از 80% سیگاری ها مصرف سیگار را قبل از 18 سالگی شروع کرده اند (15، 14). سالیانه صدها میلیون دلار سیگار مصرف می شود که بیش از پنجاه درصد آن، در کشورهای در حال توسعه هزینه می گردد (16).

بر اساس پژوهشی که بر روی 18 هزار نفر سیگاری در ایران انجام شد، مشخص گردید که 82% معتادان به سیگار در سنین 14 سالگی و کمتر از آن شروع به سیگار کشیدن کرده اند و به طور کلی مشخص شد حدود 88% از سیگاری های ایران در سنین مدرسه به سیگار کشیدن روی آورده اند (17). تحقیق دیگر انجام شده در سال 1384 در ایران، درصد افراد سیگاری را در کل 1/4% برآورد نمود که نسبت به ایالات متحده آمریکا درصد مشابهی دارد. این یافته در مقایسه با مطالعات انجام گرفته در انگلستان با شیوع 25% و ایتالیا با شیوع 28% از میزان کمتری برخوردار است. در طرح سلامت و بیماری که در سال 1381 در ایران انجام گرفت، درصد افراد سیگاری 1/9% برآورد گردید. همچنین مشخص شد که به طور متوسط 33/2% مردان و 1% زنان سیگاری بوده و میانگین تعداد نخ مصرفی سیگار در روز 69/14 تعیین گردید (18). طبق آمار موجود، سالیانه 50/000 نفر در ایران بر اثر استعمال دخانیات می میرند و همچنین سیگار باعث کاهش طول عمر به میزان 10 سال می شود. مطالعه ای که در سال 1379 در میان دانشجویان دانشگاه های تهران انجام شد، نشان داد که 16/4% دانشجویان سیگار مصرف می کنند. مصرف سیگار در دانشجویان پسر 25/4% و در دانشجویان دختر 5/1% بود. تحقیق دیگری که در سال 1381 در میان دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران انجام شد،

سیگار کشیدن به عنوان یک علت قابل پیشگیری بیماری ها و مرگ های زودرس، به وسیله ی سازمان جهانی بهداشت معرفی شده و مشکلات بسیاری برای سلامت و بهداشت عمومی ایجاد می کند. بدین علت اجرای برنامه های کنترل دخانیات خصوصاً در دو دهه ی گذشته اهمیت ویژه ای در جهان پیدا کرده است (2، 1). در کشور ما سه بیماری غیر واگیر قلب و عروق، سوانح و حوادث و سرطان ها مهم ترین علل مرگ و میر را تشکیل می دهند. یکی از عوامل خطر ساز اصلی و قابل پیشگیری بیماری های غیر واگیر، مصرف سیگار و دیگر مواد دخانی است (3). بهبود سبک زندگی، کاربرد الگوهای رفتاری مثبت و حذف عوامل منفی تأثیر گذار بر سطح سلامتی انسان، در ارتقای بهداشت عمومی اجتماع، بسیار اثر گذار می باشد. بیش از 50% علل مرگ و میر افراد در ارتباط با سبک زندگی آن ها است. بر این اساس رفتارهای سبک زندگی افراد در جامعه، در حفظ و ارتقای سلامت فرد و پیشگیری از بیماری ها (نظیر اعتیاد) نقش بسیار مهمی بازی می کند (4، 5، 6).

دود سیگار حاوی بیش از 4000 ماده ی شیمیایی مانند تار، منواکسید کربن، نیکوتین، سیانید هیدروژن، استون، آرسنیک، فنل، نفتالین، کادمیوم می باشد. بسیاری از این مواد سمی هستند و حداقل 43 مورد از آن ها می تواند باعث ایجاد سرطان شود (7). ارتباط مستقیم بیماری های زیادی نظیر سرطان ها، بیماری های قلبی عروقی، ریوی، روانی، گوارشی، سقط جنین، تأخیر در حاملگی، تولد نوزاد نارس و ... با مصرف سیگار به اثبات رسیده است. حدود 40% سیگاری ها در نهایت به علت مصرف سیگار دچار مرگ های زودرس می شوند (8).

در آمریکا سالانه بیش از 400/000 نفر بر اثر مصرف سیگار دچار مرگ زودرس می شوند که از هر 5 نفر، یک نفر از این طریق می میرند (9). در حال حاضر یک میلیارد و سیصد میلیون نفر (41% از مردان و 12% از زنان) در جهان سیگاری هستند که چهارپنجم آن ها در کشورهای با درآمد بسیار پایین تا متوسط هستند. گزارش های سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که سیگار دومین عامل عمده ی مرگ در جهان بوده و در سال، باعث مرگ حدود 5 میلیون نفر می شود. تخمین زده می شود تا سال 2025 این رقم به 10 میلیون مرگ برسد (10).

قبلی انجام شده در سایر نواحی و بازبینی آن ها انجام گرفته است. قسمت اول پرسش نامه شامل اطلاعات جمعیتی یا دموگرافیک با 13 سؤال (سن، رشته تحصیلی، شغل والدین، میزان تحصیلات والدین، تعداد فرزندان خانواده، درآمد ماهیانه خانواده و...) و قسمت دوم 42 سؤال مربوط به استعمال سیگار و علل مرتبط به آن (سن شروع، عوامل تشویق کننده، عوامل ترک کننده و...) بود. پرسش نامه به صورت خود ایفا و در کلاس درس توسط افراد مورد مطالعه تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS 15 انجام گردید. برای بیان وضعیت موجود در بررسی توصیفی از جداول توزیع فراوانی و یا شاخص های تمایل مرکزی همچون میانگین و برای بررسی ارتباط سنجی بین متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای دو (سطح معنی داری $\alpha - 0.05$) و برای مقایسه میانگین دو جامعه از آزمون t استفاده شده است.

نتایج

در مجموع 145 دانشجوی پسر مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین بعد خانوار دانشجویان $6/51 (\pm 2/08)$ و میانگین رتبه ی تولد آن ها $3 (\pm 1/84)$ تعیین شد. با استفاده از آزمون t بین میانگین بعد خانوار و رتبه ی تولد در خانواده در گروه سیگاری ها و غیر سیگاری ها اختلاف قابل توجهی مشاهده نگردید. از نظر محل سکونت فعلی، 81/1% در خوابگاه دانشجویی، 6/2% در منزل استیجاری، 11/2% با اعضای خانواده و 0/9% با سایر بستگان زندگی می کردند. از نظر محل زندگی فعلی با شیوع استعمال سیگار در دانشجویان رابطه ی قابل توجهی مشاهده نشد. جدول 1 شیوع مصرف سیگار بر حسب سطح تحصیلات و شغل والدین در دانشجویان مورد مطالعه را نشان می دهد. بر اساس نتایج حاصله رابطه ی معنی داری میان سطح سواد والدین و مصرف سیگار در دانشجویان مشاهده نشد. همچنین بین شغل پدر و شیوع استعمال سیگار در دانشجویان رابطه ی معنی داری مشاهده نشد ولی بین شغل مادر و شیوع مصرف سیگار در دانشجویان رابطه ی فراوانی وجود داشت ($P < 0.001$).

نشان داد که 2/28% دانش آموزان 18 تا 14 سال مورد مطالعه، به صورت گهگاهی سیگار مصرف می کنند. این آمار در دانش آموزان پسر 30/16% و در دانش آموزان دختر 25/46% بود. 4/2% دانش آموزان به شکل روزانه سیگار مصرف می کردند. این آمار در دانش آموزان پسر 6% و در دانش آموزان دختر 1% بود (19).

این مطالعه در میان دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، به منظور تعیین میزان شیوع استعمال سیگار و بعضی جنبه های اپیدمیولوژیک و دموگرافیک انجام شد. با مقایسه ی نتایج این چنین مطالعات با پژوهش های سایر کشورها می توان نسبت به برنامه ریزی های منسجم جهت پیشگیری از استعمال سیگار اقدام نمود.

روش

این مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی و در پاییز سال 1386 اجرا گردید. هدف این مطالعه تعیین میزان شیوع استعمال سیگار و برخی علل آن و بررسی دموگرافیک در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز بود. جامعه ی مورد پژوهش، دانشجویان دانشکده های علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بود. روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی متناسب و حجم نمونه 145 دانشجوی پسر بودند، به طوری که ابتدا تعداد کل دانشجویان محاسبه و سپس آمار مربوط به هر دانشکده مشخص و از طریق تقسیم جمعیت هر دانشکده به کل جمعیت دانشگاه، وزن هر دانشکده تعیین شد. تعداد نمونه های هر دانشکده به صورت ضرب وزن دانشکده در کل نمونه، مشخص و به صورت تصادفی انتخاب گردید. نمونه برداری از دانشکده های بهداشت (29%)، پیراپزشکی (22/1%)، پزشکی (1/1%)، پرستاری (8/4%)، توان بخشی (2/5%)، داروسازی (10/8%) و دندان پزشکی (10/2%) انجام پذیرفت. ضمناً فرمول تعیین حجم نمونه بدین شرح بود: $n = \frac{1.96^2 \times 0.22 \times 0.78}{0.03^2} - 1/33$ (برای اطمینان بیشتر حجم نمونه 145 تعیین شد).

ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه ای بدون نام و خود ساخته که روایی آن از طریق نظر سنجی از تعدادی اعضای هیئت علمی تأیید شده بود. طراحی پرسش نامه با استفاده از مطالعات

جدول شماره 1: میزان شیوع مصرف سیگار با توجه به شغل و تحصیلات والدین

متغیر	تعداد دانشجویان	تعداد دانشجویان سیگاری	شیوع (درصد)
شغل پدر:			
کارمند	41	40	31
کارگر	561	11	10/2
آزاد	212	1	46/3
بیکار	61	50	6/5
جمع	241	108	44/19
شغل مادر:			
خانه دار	485	82	13/2
شاغل	91	30	33/91
جمع	582	112	19/19
میزان تحصیلات پدر:			
بیسواد	86	19	11/3
ابتدایی	114	21	19
راهنمایی	91	18	16/4
دیپلم	125	17	15/5
دانشگاهی	161	35	31/8
جمع	577	110	19/19
میزان تحصیلات مادر:			
بی سواد	114	22	19/6
ابتدایی	182	32	28/6
راهنمایی	82	15	13/4
دیپلم	130	22	19/6
دانشگاهی	11	21	18/8
جمع	585	112	19/19

آن ها مشاهده نشد. .
 6/11 % دانشجویان مورد مطالعه دارای دوستان سیگاری و 54 % آنها دارای همکلاسی های سیگاری بودند. 33/6 % دانشجویان دارای خانواده سیگاری بودند. 19/1 % دانشجویان تحت مطالعه، سیگاری جدید و 44/1 % دارای سابقه ی سیگار کشیدن بودند . جدول 2 مشخصات فراوانی دانشجویان سیگاری بر حسب سن کشیدن اولین سیگار ، دلیل کشیدن

21/3 % دانشجویان مورد بررسی شاغل بودند . شیوع مصرف سیگار در دانشجویان شاغل و غیر شاغل به ترتیب 21/3 % و 16/1 % به دست آمد که اختلاف قابل توجهی را نشان داد (p=0/0001) 53/5 % دانشجویان سیگاری دارای پول توجیبی کمتر از 50 هزار تومان در ماه و 43/5 % بقیه دارای پول توجیبی بیشتر از 50 هزار تومان در ماه بودند. رابطه ی آماری قابل توجهی بین مصرف سیگار در دانشجویان و میزان پول توجیبی

کرده اند، شروع مصرف مداوم سیگار را در سنین 15-20 سال بیان کردند. 31/5% دانشجویان سیگاری، محل کشیدن اولین سیگار را در کوچه و خیابان ذکر کردند، 43/2% دانشجویان سیگاری تهیه اولین سیگار را به وسیله ی خود و 4/4% به وسیله ی دوستان عنوان نمودند.

اولین سیگار، محل کشیدن اولین سیگار، تعداد نخ مصرف سیگار در شبانه روز، چگونگی گذراندن اوقات فراغت و علل استمرار سیگار کشیدن رانشان می دهد. بین چگونگی گذراندن اوقات فراغت با استعمال دخانیات ارتباط آماری قابل توجهی مشاهده شد ($P < 0/001$) 59/1% کسانی که سیگار را تجربه

جدول شماره 2: فراوانی مشخصات دانشجویان سیگاری

متغیر	درصد
سن کشیدن اولین سیگار (سال):	
≤ 1	16/6
10-15	22/9
15-20	41/5
≥ 20	13
تعداد نخ سیگار:	
1-3	35/1
4-6	26/9
7-10	14/9
≥ 10	23/1
گذراندن اوقات فراغت:	
با دوستان سیگاری	39/1
به تنهایی	19/1
با خانواده	12/1
با دوستان غیر سیگاری	10/9
سایر	18/2
دلیل کشیدن اولین سیگار:	
حس کنجکاوی	50/3
سرگرمی	16/9
همراهی با جمع	13/9
نشان دادن ناراحتی	12/3
دلیل استمرار سیگار کشیدن:	
سرگرمی	32
رفع خستگی و ناراحتی	21/2
همراهی با جمع	15/4
منخالفت و اعتراض	1/9
استقلال	5/1
جلب توجه دیگران	3/5
سایر	8/3

(20، 21). علت این تفاوت ها احتمالاً به دلیل تأثیرات اقتصادی ، اجتماعی ، فرهنگی و محیطی حدس زده می شود. مطالعه ی ما نشان دهنده ی بالا بودن مصرف سیگار در این قشر تحصیل کرده ی دانشجویی است که خطر عمده ی بهداشتی - اجتماعی تلقی می شود. علیرغم آن که انتظار می رود در این طبقه ی اجتماعی ، شیوع استعمال دخانیات پایین باشد ، ولی این حالت مشاهده نمی شود. شاید علت این امر نبود مباحث آموزشی در خصوص مضرات سیگار به صورت مدون در کتب درسی و یا تأثیر کم آگاهی بر رفتار است. با توجه به این که سیگار در بین مواد دخانی بیشتر در دسترس عموم می باشد و قبح اجتماعی آن نیز کمتر است لذا جوانان به سادگی به استفاده از آن روی می آورند. اعتیاد به سیگار سبب ضررهای جسمی ، اقتصادی ، اجتماعی و روانی شده. و زمینه را برای افتادن جوانان در دام اعتیاد به مواد مخدر هموار می سازد. با اتخاذ تدابیری نظیر افزایش آگاهی ها به مضرات سیگار از طریق رسانه های جمعی و مطبوعات و کتب درسی ، جلوگیری از قاچاق سیگار، ایجاد قوانین سخت گیرانه در خصوص استعمال سیگار، از جمله قانون دریافت غرامت توسط غیرسیگاری ها از سیگاری ها بدلیل آسیب به سلامتی، ایجاد برنامه های مداخله ای نظیر آموزش، ایجاد قوانین و ... توسط دولت ، افزایش قیمت سیگار، بستن مالیات سنگین بر سیگار ، منع تبلیغات سیگار، منع فروش سیگار به نوجوانان ، محدودیت توزیع و واردات سیگار ، افزایش اماکن ورزشی و تفریحگاه ها، منع استعمال سیگار در اماکن عمومی، می توان دسترسی و مصرف سیگار در اجتماع را کاهش داد (22 ، 19). توصیه و تشویق دانشجویان به انجام دادن فرایض دینی همچون نماز و روزه نقش مهمی در جلوگیری از استعمال دخانیات در آن ها دارد (20).

میانگین سن شروع اولین تجربه ی سیگار، 17 سالگی با دامنه ی 5-30 سال بود. میانگین سن شروع مصرف در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس 18 سالگی، در دانش آموزان پسر سال آخر دبیرستان های شهر تهران 28/14 سال، در دبیرستان های زاهدان 14 سالگی و در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج 24 - 18 سالگی (10 % موارد) بود.

براساس نتایج به دست آمده، بین وجود فرد سیگاری در خانواده با مصرف سیگار ارتباط آماری قابل توجهی مشاهده گردید ($P < 0/001$). شیوع استعمال سیگار در دانشجویان با حداقل یک فرد سیگاری در خانواده 31/2 % و در دانشجویان بدون عضو سیگاری در خانواده 13/1 % بود. همچنین رابطه ی آماری معنی داری بین شیوع مصرف سیگار با داشتن دوستان سیگاری وجود دارد ($P < 0/001$). شیوع مصرف سیگار در دانشجویان با دوستان سیگاری و دوستان غیر سیگاری به ترتیب 24/9 % و 3 % بود. 92 % سیگاری ها در دانشجویانی مشاهده شدند که دارای دوستان سیگاری بودند.

62/5 % دانشجویان (با سابقه ی سیگاری) دارای سابقه ی ترک سیگار بودند و حدود 63/1 % آن ها به عزم خود مقید بودند. 51 % دانشجویانی که مایل به ترک سیگار بودند ، کاهش عوارض جسمانی و 28/6 % آن ها ترس از عوارض احتمالی را دلیل و انگیزه ی ترک سیگار عنوان نمودند. در خصوص بهترین دوره ی تحصیلی جهت ارائه ی اطلاعات پیرامون مضرات سیگار و عوارض آن ، دانشجویان مورد مطالعه به ترتیب دوره ی راهنمایی (35/9 %) ، متوسطه (31/3 %) ، ابتدایی (21/8 %) و دانشگاه (1/6 %) را عنوان نمودند. در خصوص بهترین شیوه برای جلوگیری از گرایش جوانان به سیگار کشیدن ، دانشجویان تحت مطالعه به ترتیب فراهم نمودن تفریحات سالم (41/8 %) ، آموزش در مورد مضرات سیگار (36/1 %) ، مراقبتهای خانوادگی (12/2 %) ، در دسترس قرار ندادن سیگار (5/2 %) و بالا بردن قیمت سیگار (4 %) را بیان کردند.

بحث

در این مطالعه مجموعاً 145 دانشجو پسر حضور داشتند. 83/6 % آن ها سن کمتر یا مساوی 25 سال و 16/4 % سن بالای 25 سال داشتند. مطالعه ی حاضر نشان داد که 19/1 % از دانشجویان پسر سیگاری هستند. از این تعداد حدود 61/9 % سیگاری فعال (هفته ای حداقل 1 نخ سیگار می کشند) و 38/1 % سیگاری غیر فعال (هفته ای کمتر از 1 نخ سیگار می کشند) بودند. نتایج بررسی استعمال سیگار در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج 15/6 % و دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس 9 % بود

تحصیلی و سابقه‌ی مردودی، مخالفت با والدین، وجود فرد سیگاری در خانواده، رهایی از مشکلات اجتماعی و فشارهای عصبی بیان شده است (31، 30، 29، 21، 20). چون مهم ترین عامل مصرف سیگار تفریح و سرگرمی بیان شده است و جوانان عمدتاً جهت ایجاد شخصیت و تظاهر به بلوغ ابتدا به صورت گهگاهی و به تدریج به صورت اکتیو به سیگار روی می آورند، لذا توصیه می شود با تصویب قوانینی در خصوص منع مصرف سیگار در اماکن عمومی و وسایل نقلیه و گسترش اماکن ورزشی، تفرجگاه ها و سایر اماکن تفریحی از تأثیرات این عامل در شیوع مصرف سیگار در جوانان به حد قابل توجهی کاست (32). داشتن دوست سیگاری و معاشرت با آن ها در گرایش جوانان و نوجوانان به استعمال سیگار مهم و تأثیر گذار می باشد. در این بررسی 1/61% دانشجویان دارای دوستان سیگاری بوده اند. لذا با توجه به ویژگی تقلید و الگو پذیری در سنین جوانی و نوجوانی، خانواده ها باید نقش مهمی در کنترل معاشرت های فرزندان خود ایفا نمایند. در تحقیقی بر روی آگاهی و نگرش دانش آموزان پسر دبیرستانی شهر یزد در باره مضرات سیگار، حدود 4/11% آن ها تأثیر دوستان سیگاری را در اعتیاد به سیگار زیاد می دانستند (28).

رابطه ی چشم گیری میان سطح سواد والدین و مصرف سیگار در دانشجویان مشاهده نشد. در مطالعه ی هاشمی (20) و محتشم امیری (32) نتیجه ی مشابهی به دست آمد. به نظر می رسد در این خصوص عوامل دیگری نظیر فشارهای اجتماعی - روانی، دوستی و معاشرت با افراد سیگاری، کمی یا فقدان اماکن تفریحی و سرگرمی و ... نقش بارزتری را بازی می کنند. البته این موضوع نشان دهنده ی روند رو به افزایش استعمال سیگار در خانواده های با سطح سواد بالا نیز می باشد. نتیجه ی مطالعه ی میر احمدی زاده (13/8) برخلاف این مطالعه می باشد (33). شیوع مصرف سیگار در دانشجویان دارای پدر با تحصیلات دانشگاهی بیشتر از دانشجویان دارای پدر با تحصیلات پایین تر (به تفکیک بی سواد، ابتدایی، راهنمایی، دیپلم) بود. شیوع مصرف سیگار در دانشجویان دارای مادر با تحصیلات دانشگاهی کمتر از دانشجویان دارای مادر با تحصیلات پایین تر بود.

مطالعات گسترده در مناطق مختلف دنیا نشان دهنده آن است که بیش از 80% سیگاری ها، مصرف سیگار را قبل از 18 سالگی شروع کرده اند (25، 24، 23، 21، 20، 10). عوارض بیماری زایی مصرف سیگار در دوران جوانی بیشتر است و عوارض قلبی، ریوی، معدی و ... را به دنبال دارد. همچنین اعتیاد به سیگار در این سنین زمینه ساز بیشتری برای اعتیاد به سایر مواد مخدر بوده و نیز سیگاری شدن سایر دوستان در آینده را فراهم خواهد کرد. شروع مصرف سیگار در این سنین می تواند با مواجهه فرد با مشکلات و مسئولیت های شغلی، خانوادگی و اجتماعی ارتباط داشته باشد. نقش آموزش و مراقبت والدین قبل از این سنین می تواند کمک شایانی به کاهش استعمال سیگار بنماید. بررسی ها نشان می دهد فردیکه سیگار کشیدن را در سنین پایین آغاز می کند، احتمال تبدیل آن ها به سیگاری-های قهار در سنین بالا بیشتر بوده و بالا بودن وابستگی به نیکوتین احتمال ترک سیگار را کم تر و مشکل تر می کند (21، 26).

یافته های حاصل از این بررسی حاکی از آن بود که رابطه ی آماری معنی داری بین مصرف سیگار و میزان پول توجیبی وجود ندارد. در تحقیق مسعودنیا (28) منبع تأمین پول سیگار در اکثر دانش آموزان پسر دبیرستانی شهر یزد، پول توجیبی گزارش شد. در خصوص پیشنهاد دهندگان اولین سیگار، دانشجویان مورد مطالعه، دوستان را تعارف کننده اولین سیگار دانسته اند. نتیجه ی این پژوهش با تحقیقات رضوی و همکاران (21) و مسعودنیا و همکاران (28)، منطبق بوده است.

در این پژوهش، مهم ترین علل گرایش دانشجویان به مصرف سیگار به ترتیب حس کنجکاوی، سرگرمی و تفریح، معاشرت با دوستان سیگاری و نشان دادن ناراحتی بود. در مطالعات مصرف سیگار در دانش آموزان دبیرستان های عربستان سعودی (2001)، در دانشجویان پزشکی عربستان سعودی (2006)، در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس (1386)، در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی یاسوج (13/9) و در دانش آموزان پسر دبیرستان های بیرجند (1384) نیز مهم ترین علل استعمال سیگار تفریح و سرگرمی، حس کنجکاوی، معاشرت با دوستان سیگاری، تظاهر به بلوغ، افت

دارای دوستان سیگاری بودند. دوستان سیگاری و اعضای خانواده ی سیگاری در زمره ی عوامل خطر مهم جهت گرایش به مصرف سیگار می باشند. بر اساس مطالعات امانوئل (1991) و فید (1993) الگوی کودک در سنین پایین، والدین و سپس با افزایش سن، سایر افراد خانواده و در نوجوانی دوستان هم سن هستند (34، 35). در مطالعات مختلف معاشرت و مصاحبت با دوستان سیگاری در گرایش جوانان به کشیدن سیگار اثبات شده (21، 29، 30). در تحقیقات، مشخص شده است که 82% معنادار به سیگار دارای دوستان سیگاری بوده اند. با توجه به خصوصیت الگوپذیری و تقلید در جوانان لزوم توجه بیشتر والدین به معاشرت های فرزندان مهم می باشد.

در بین عوامل تشویق برای ترک سیگار در این مطالعه به ترتیب ضرر جسمانی، عوارض احتمالی، فشار دوستان و بستگان را بیان نمودند. در مطالعه ی عابدینی و همکاران در بندرعباس (21) به ترتیب ضرر جسمانی، موقعیت اجتماعی و توصیه دیگران را ذکر نمودند. به نظر می رسد ارتقای آگاهی ها و آموزش در خصوص مضرات سیگار تأثیر قابل توجهی در کاهش مصرف دارد. افزایش آگاهی دانشجویان (از طرق مختلف نظیر اطلاع رسانی و آموزش بهداشت)، پیشنهاد و توصیه های جدی مراکز مشاوره ی دانشجویی و استادان راهنما در کاهش استعمال دخانیات میان دانشجویان می تواند مؤثر باشد. هم چنین با بالابردن اعتماد به نفس و افزایش فعالیت فیزیکی می توان رویکردهای جدیدی در مقابله با مصرف سیگار در دانشجویان به وجود آورد.

نتیجه گیری

افزایش سطح آگاهی دانشجویان در خصوص مضرات دخانیات می تواند در کاهش گرایش به سیگار و ارتقای عملکرد مؤثر باشد. شناخت احتیاجات آن ها، افزایش مراکز تفریحی و ورزشی، افزایش مراکز مشاوره، افزایش آگاهی ها، ارتباط صمیمی استادان راهنما با دانشجو، اقدامات پیش گیرانه از مصرف سیگار، استمرار برنامه های مراقبت بیماری های غیرواگیر، قانون مند کردن تولید، عرضه، فروش و مصرف سیگار، انجام دادن اقدامات پیش گیری اولیه و ثانویه در دوران تحصیل، اجرای برنامه های ترک عملی سیگار، فراهم کردن امکان انجام دادن مطالعات بیشتر می توانند در کاهش شیوع

در این تحقیق بیشترین شیوع مصرف سیگار در دانشجویان دارای پدران شغل آزاد (46/3%) و کمترین آن در دانشجویان دارای پدران بیکار (6/5%) بود که احتمالاً به دلیل تأثیر مسائل اقتصادی است. بیشترین شیوع مصرف سیگار در دانشجویان مادران خانه دار (1/3/2%) و کمترین آن در دانشجویان مادران کارگر (1/8%) بود. در مطالعه ی نمکین و همکاران (31) شیوع مصرف سیگار در دانش آموزان مادران خانه دار 3/2% و در دانش آموزان مادران شاغل 9/3% برآورد گردید (P=0/001). در تحقیق میراحمدی زاده و همکاران (33) بیشترین شیوع مصرف سیگار در استان فارس در مشاغل آزاد گزارش شد که نشان دهنده ی اطلاع کم و همچنین عدم محدودیت های اجتماعی و اداری بود. همین موضوع در مورد کشاورزان و دامداران که مصرف سیگار در آن ها نیز بالا بود، صدق می کند.

از نظر محل زندگی فعلی (خوابگاه دانشجویی، منزل استیجاری، با والدین و با سایر بستگان) و محل اقامت دائمی (با والدین، فقط پدر، فقط مادر، سایر بستگان، هیچ کدام) با شیوع استعمال سیگار در دانشجویان رابطه ی چشم گیری مشاهده نشد. نتیجه ی این مطالعه با مطالعه ی هاشمی (13/9) تطابق دارد. بیشترین شیوع مصرف سیگار (1/1/5%) در دانشجویانی ملاحظه شد که در خوابگاه دانشجویی سکونت داشتند. در این تحقیق بین شیوع استعمال سیگار و اشتغال به کار دانشجویان رابطه ی قابل ملاحظه ای ملاحظه شد. شیوع مصرف سیگار در دانشجویان شاغل 3/2/4% و در غیر شاغلان 5/1/0% تعیین شد.

در این مطالعه اثبات شد که بین وجود فرد سیگاری در خانواده با کشیدن سیگار ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. این ارتباط در مطالعات الیوسف (2001)، ابوالفتوح (1998)، عابدینی (1386) و هاشمی (13/9) نیز تأیید گردیده است. 3/5/2% دانشجویان سیگاری در خانواده هایی که فرد سیگاری داشتند، مشاهده گردیدند. بنابراین نداشتن فرد سیگاری در خانواده با توجه به روابط خانوادگی و فامیلی حاکم در جامعه ی ایرانی، نقش مؤثری در پیش گیری از استعمال سیگار دارد. در مطالعه ی هاشمی نیز تأکید شده که وجود والدین غیر سیگاری و غیر الکلی و زندگی با هر دو والد از عوامل مهم سیگاری نشدن جوانان و نوجوانان می باشند (20). رابطه ی قابل توجهی بین شیوع مصرف سیگار با دارا بودن دوستان سیگاری ملاحظه شد. 4/2% دانشجویان سیگاری

References

منابع

- 1-Novotny TE. Tobacco use. In : Brownson RC, Remington PL, Davis JR (eds). Chronic disease epidemiology and control, Baltimore: American Public Health Association;1993: 199-220.
- 2-Kaplan CP, Napoles Springer A, Stewart SL, Perez Stable EJ. Smoking acquisition among adolescents and young Latinas: The role of socioenvironmental and personal factors. *Addict Behav* 2001; 26(4): 531-50.
- 3-Kavey RW, Daniels SR, Lauer RM, Atkins DL, Hayman LL, et al. American Heart Association of guidelines for primary prevention of atherosclerosis cardiovascular diseases beginning in childhood. *Circulation* 2003; 107: 1562-6.
- 4-Phipps C. *Fundamental of nursing*. Philadelphia: Lipincott; 2001; 50-52.
- 5-Delaun SC, Ladner PK. *Fundamental of nursing standard and practice*. Albany: Delmar; 1998: 75.
- 6-Montgomery J. *Health care law*. New York: Oxford University Press; 1997.
- 7-Harrisons TR. *Principles of internal medicine*. USA: MC Grqw Hill; 1998:2516-2517.
- 8-Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco use – United States , 1900- 1999. *Morb Mortal Wkly Rep* 1999; 48 (43): 986-93.
- 9-Centers for Disease Control and Prevention. Smoking – attributable mortality and years of potential life lost – United States, 1984. *Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46: 444-51.
- 10-World Health Organization. *Tobacco free initiative, Noncommunicable disease and mental health*. Geneva: WHO; 2004.
- 11-Dunn A, Zeine L. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, CA, USA: California Environmental Protection Agency; 1997.
- 12-Cock DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking–10 : Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999; 54: 357-66.
- 13-Jamrozik K. Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults ,database analysis. *BMJ* 2005; 330: 812 – 15.
- 14-Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Soc Sci Med* 2003; 56 (1): 41-52.
- 15-Fleming CB, Kim H, Harachi TW, Catalann RF. Family process for children in early elementary school as predictor of smoking initiation. *J Adolescent Health* 2002; 30: 184-90.
- 16-World Health Organization. *Tobacco epidemic: much more than a health issue. Tobacco use is a major drain on the world's financial resources*.Geneva;WHO;1998.
- 17-Centers for Disease Control and Prevention. Reasons for tobacco use and symptoms of nicotine, with drawal among adolescent and young adult tobacco users *Morb Mortal Wkly Rep* 1994; 43(41): 745- 750.
- 18- Mehrabi S, Delavari A, Moradi GH, Esmailnasab N, Pooladi A, et al. [Smoking among 15 to 64 year old Iranian people in 2005]. *Iranian Journal of Epidemiology* 2007; 3(1,2): 1-9. [persian].
- 19- Heydari GH, Masjedi MR (eds). *Cigarette smoking factsheet*.Tehran: Farshiveh Press; 2007:125.[persian].
- 20- Hashemi N. [The prevalence of Cigarette smoking in male students at Yasuj university of medical sciences]. *Journal of Yasuj University of Medical Sciences* 2001; 6 (23): 43 – 47 . [persian].
- 21- Abadini S, Kamalzade H, Sadeghifar E, Shagraki A. [Cigarette smoking among students of Bandar Abbas Medical Sciences University 2007]. *Hormozgan Medical Journal* 2008; 11 (4): 296 – 302. [persian].
- 22- World Health Organization, Trans Abdolahinia A and Musavi V, Tehran: Shadnaghsh Press; 2008.
- 23- Mojahed A, Bakhshani N. [Prevalence of smoking and drug abuse in students of Zahedan high schools]. *Jorunal of Tabib Shargh* 2003; 6 (1): 59 -65. [persian].

- 24- Ziaee P, Hatamizadeh N, Vameghi R, Dolatabadi Sh. A study on prevalence of cigarette smoking and the age of first smoking in senior high school students in Tehran 1998-99, *Hakim Res J* 2001; 4 (2): 78-84. [persian].
- 25-Dowdell EB, Santucci ME. Health risk behavior assessment; nutrition, weight and tobacco use in one urban seventh – grade class. *Public Health Nursing* 2004; 21(2): 128- 135.
- 26-Harrisons TR. Principle of internal medicine. USA: MC Graw Hill; 1998.
- 27- Razzavi SM, Ashrafi Z, Hosseini S. [The first time , place , role model and the most important stimulant to cigarette smoking in Yazd]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services* 2000; 1 (8): 12-17.[persian].
- 28- Masoudnia MH, Solhi M, Fesharaki M, Beizae G. [Study of the effect of education on boys, knowledge and attitude about smoking in Yazd high schools] . *Journal of Health School Yazd* 2003; 2 (4) : 26-31. [persian].
- 29-Abolfotouh MA, Abdelaziz M, Alakija W, AL- Safy A, Khattab MS, etal . Smoking habits of King Saud university students in Abba, Saudi Arabia. *An Saudi Med* 1998; 18 (3) : 212 – 216.
- 30-AL- Yousaf MA, Krim A . Prevalence of smoking among high school students. *Saudi Med J* 2001; 22(10): 872-874.
- 31-Namakin K, Sharifzadeh GH, Miri MR. [Prevalence of Cigarette smoking and evaluation of attitude and knowledge in its high school boys in Birjand 2005]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2008; 15 (1): 66-70. [persian].
- 32- Mohtashamamiri Z, Ashhadi N, Motaserkohestani M. [Prevalence of Smoking in future physicians of Gilan university of medical sciences]. *Journal of Payesh* 2005; 1: 37-42. [persian].
- 33-Myrahmadizadeh AR, Kadivar MR, Tabatabaie HR, Fararoe M. [Assessment of tobacco consumption in Fars province]. *Journal of Yasouj University of Medical Sciences* 2001; 6 (21 , 22): 41-47. [persian].
- 34-Emmanuel SC, HO CK, Chen AJ . Cigarette smoking among school children in Singapore. *Singapore Med J* 1991; 32(4): 233-7.
- 35-Fidalgo Alvarez I, Lopez Pacios D, Pineiro Fernandez C, et al. Smoking habits among bierzo adolescents. *An ESP Pediatr* 1993; 38(3): 237-40.