

بررسی وضعیت مصرف سیگار و عوامل همراه آن در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران در سال ۱۳۸۲

دکتر غلامرضا میدری، دکتر هومن شریفی، دکتر مصطفی مسینی، دکتر ممدرضا مسبیدی^۱

خلاصه

سابقه و هدف: اولین علت قابل پیشگیری از مرگ و میر در دنیا، مصرف سیگار می‌باشد. از آنجایی که محیط خانواده در شکل گیری رفتار نوجوان نقش اساسی دارد، لزوم بررسی ارتباط مصرف سیگار اعضای خانواده و گرایش به مصرف آن در نوجوانان از اهمیت بسزایی برخوردار است. این مطالعه با هدف تعیین شیوع مصرف سیگار و عوامل همراه آن در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران در سال ۱۳۸۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این تحقیق به روش تصادفی بر روی ۱۰۹۵ دانش آموز دبیرستانی در مناطق مختلف آموزش و پرورش شهر تهران صورت گرفت. جمع‌آوری اطلاعات بر اساس پرسشنامه‌های طراحی شده توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) و طرح جهانی دخانیات جوانان (GYTS) و از طریق مصاحبه رو در رو توسط پزشک به عمل آمد. در خاتمه اطلاعات با استفاده از آزمون‌های مربع کای، فیشر و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: از ۱۰۹۵ دانش آموز، ۲۹٪ (۳۱٪ پسران و ۲۶٪ دختران) به صورت گهگاهی و ۵٪ (۲٪ دختران و ۶٪ پسران، $p < 0/0001$) به صورت روزانه سیگار مصرف می‌کردند. ۳۹ نفر (۲۱٪) از دانش آموزانی که مصرف گهگاهی سیگار داشتند در خانواده آنها بیش از یک فرد، سیگار مصرف می‌کرد و در مقابل، ۵۳۴ نفر (۶۸٪) از دانش آموزانی که بدون سابقه مصرف گهگاهی سیگار بودند در خانواده آنها فرد دارای اعتیاد به سیگار یافت نشد ($p < 0/0001$). از ۳۱۶ دانش آموز با سابقه مصرف گهگاهی سیگار، ۲۷۹ نفر (۸۸٪) با پدر و مادر خود و ۳۷ نفر (۱۲٪) با پدر یا مادر خود زندگی می‌کردند در حالی که از ۷۷۹ دانش آموز بدون چنین سابقه‌ای ۷۴۳ نفر (۹۵٪) با پدر و مادر خود و ۳۶ نفر (۵٪) با پدر یا مادر خود زندگی می‌کردند ($p < 0/0001$). نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که وجود بیش از یک فرد سیگاری در خانواده، وجود برادر یا خواهر سیگاری، زندگی فقط با یکی از والدین از جمله مهمترین عوامل پیش‌گویی کننده مصرف سیگار در دانش آموزان مورد مطالعه بود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: شیوع مصرف سیگار در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران قابل توجه است. آموزش، مداخله‌های بازدارنده در دانش آموزان، تشویق اعضای خانواده به دوری از سیگار و تلاش در ایجاد محیط آرام در خانواده برای پیشگیری از این مساله توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: سیگار، دانش آموزان، خانواده

مقدمه

به این ترتیب به نظر می‌رسد که اپیدمی مصرف سیگار و در نتیجه بیماری‌ها و مرگ و میر وابسته به آن در حال جابه‌جایی به سمت کشورهای در حال توسعه است. بنابراین، با توجه به جمعیت جوان کشور ما، اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات خصوصاً با نگرش به پیشگیری از شروع مصرف آن در جوانان اهمیت ویژه‌ای دارد (۴).

اگر مصرف منظم سیگار، در آغاز نوجوانی شروع شود، یک شانس ۵۰٪ برای مرگ زودرس در اثر بیماری‌های وابسته به سیگار ایجاد

اولین علت مرگ و میر قابل پیشگیری در دنیا مصرف سیگار می‌باشد (۱). سیگار عامل بروز ۹۰٪ سرطان‌های ریه، ۴۰٪ دیگر سرطان‌ها، ۷۵٪ بیماری‌های تنفسی، ۵۰٪ بیماری‌های قلبی عروقی، ۳۰٪ مرگ‌های بین ۵۰-۳۰ سالگی و ۱۲٪ کل مرگ‌ها می‌باشد (۲). در حال حاضر سالیانه ۴ میلیون نفر به علت مصرف سیگار در دنیا می‌میرند و این در حالی است که تا ۲۰ سال آینده این رقم به ۱۰ میلیون نفر خواهد رسید، که ۷ میلیون نفر از این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد (۳).

سیگارکشیدن را به عنوان راهی برای غلبه بر فشارها، افزایش اعتماد به نفس و خودباوری می‌دانند (۸).

مواد و روش‌ها

پس از موافقت اداره آموزش و پرورش تهران با این تحقیق، پنج منطقه (۱۹، ۱۴، ۴، ۲، ۱) و پنج مدرسه از این مناطق بطور تصادفی جهت انجام مطالعه انتخاب شدند. با انتخاب تصادفی ۱۲۹ دانش‌آموز از ۵ مدرسه، مشاهده گردید که ۱۱ دانش‌آموز سیگاری هستند $(P=1/5)$. لذا با استفاده از فرمول $\frac{Z^2 \times p(1-p)}{d^2}$ و انتخاب سطح اطمینان ۹۵٪ ($Z=1/96$) با خطای ۲٪، حداقل حجم نمونه ۸۴۷ نفر محاسبه شد. سپس با انتخاب ۴ مدرسه دیگر از هر یک از مناطق ذکر شده (مجموعاً ۲۵ مدرسه) و انتخاب یک کلاس به طور تصادفی از هر مدرسه، پرسشنامه طراحی شده توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۵)، توسط پزشک همکار طرح و با روش مصاحبه رو در رو، تکمیل گردید. اطلاعات به دست آمده از طریق نرم افزار SPSSv.11 و STATA-8.0 و با استفاده از آزمون‌های مربع کای، فیشر، رگرسیون لجستیک چند متغیره و روش گام به گام (step wise) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در تمام آزمون‌ها مرز معنی‌داری به صورت $p < 0/05$ تعریف شد.

یافته‌ها

در این مطالعه از ۱۰۹۵ دانش‌آموز که شامل ۷۱۲ پسر (۶۵٪) و ۳۸۱ دختر (۳۵٪) بود، ۳۱۶ نفر (۲۹٪) آنان مصرف گهگاهی سیگار را ذکر کردند (حدود اطمینان ۹۵٪، ۳۲-۲۶ درصد) که از این تعداد ۲۱۹ نفر (۳۱٪) پسر و ۹۷ نفر (۲۶٪) دختر بودند (NS). ۴۹ نفر (۵٪) از دانش‌آموزان سیگار را به صورت روزانه مصرف می‌کردند (حدود اطمینان ۹۵٪، ۶-۳٪) که شامل ۴۱ نفر (۶٪) پسر و ۶ نفر (۲٪) دختر بودند ($p < 0/001$).

در خانواده ۳۹ نفر (۱۲٪) از دانش‌آموزانی که مصرف گهگاهی سیگار داشتند بیش از یک فرد سیگاری وجود داشت در صورتی که در خانواده ۵۳۴ نفر (۶۸٪) از دانش‌آموزان فاقد این سابقه، فرد دارای اعتیاد به سیگار در خانواده آنها گزارش نشد ($p < 0/0001$) (جدول ۱).

برادر یا خواهر ۷ نفر (۱۴٪) از دانش‌آموزانی که سیگار

می‌شود. افراد سیگاری که در جوانی سیگار را ترک می‌کنند از همه این خطرات اجتناب می‌کنند. هرچه کودکان سیگار کشیدن را زودتر و در سنین پایین‌تری آغاز کنند، احتمال بیشتری وجود دارد که در تمام طول زندگی به این روند ادامه داده و سیگاری قهار شوند و در نتیجه بر اثر بیماریهای وابسته به سیگار بمیرند و یا در سنین پائین‌تری به حملات قلبی یا سرطان ریه مبتلا گردند (۵). در مقایسه با کودکان غیرسیگاری، کودکانی که حتی چندسیگار در هفته می‌کشند، بیشتر مبتلا به سرفه، سرماخوردگی و عفونتهای گوش می‌شوند. در ضمن افراد سیگاری زمان بیشتری از تحصیل را به علت بیماری از دست می‌دهند، مدت بستری بیشتری را در بیمارستان می‌گذرانند و ۶ برابر بیشتر احتمال خونریزی ساب آراکنوئید مغزی دارند. در ضمن به علت عملکرد نامناسب ریوی در دو سرعت و استقامت کندتر عمل می‌کنند و در کل از فعالیت ورزشی کمتری برخوردارند. البته در همه افراد، کارایی ریه‌ها با افزایش سن کاهش می‌یابد، ولی ریه کودکانی که سیگار می‌کشند بسیار سریعتر از افراد غیرسیگاری پیر می‌شوند. برای مثال، یک فرد ۱۶ ساله که روزی ۲۰ نخ سیگار می‌کشد دارای ریه‌هایی همانند یک فرد ۲۸ ساله غیرسیگاری است (۶). باید توجه داشت که، انسان در زمان نوجوانی با تعداد کمتری سیگار به آن وابستگی پیدا می‌کند (برای مثال کمتر از ۵ سیگار). اگر والدین سیگار بکشند، کودکان نیز معمولاً به همان صورت عمل می‌کنند. بدیهی است که برای کودکان بدست آوردن سیگار در یک خانواده سیگاری، راحت‌تر است. آنها همچنین به بو و اثرات محرک دود عادت دارند که می‌تواند آنان را برای حداقل چندسال آینده وابسته کند. جدی نگرفتن این مساله و یا فرهنگ پایین سبب می‌شود که بعضی از والدین حتی از سنین خیلی پائین به کودکان خود سیگار برای کشیدن، بدهند (۷).

بطور طبیعی، کودکان مایلند که از والدین، برادران و خواهران بزرگتر خود تقلید کنند. سیگار کشیدن برادران و خواهران حتی تأثیر بیشتری نسبت به سیگار کشیدن والدین دارد. همچنین عدم تأیید والدین (حتی والدین سیگاری) تمایل به مصرف سیگار را در کودکان کاهش می‌دهد. همچنین ترک مصرف سیگار در والدین تأثیر زیادی در تشویق کودکان جهت ترک سیگار دارد. از طرف دیگر داشتن یک محیط مناسب خانوادگی و رابطه خوب پدر و مادر (در مقایسه با جدایی والدین و زندگی کردن نوجوان با سایرین) می‌تواند نقش مهمی در جلوگیری از گرایش فرزندان به مصرف سیگار داشته باشد. همچنین مطالعات مختلف نشان داده است که نوجوانان

را به صورت روزانه مصرف می‌کردند، عادت به کشیدن سیگار اشتند ولی در خانواده ۶۸۴ دانش آموز (۶۵٪) فاقد این سابقه، فرد دارای اعتیاد به سیگار در خانواده آنها گزارش نشد ($p < 0.0001$).

از ۳۱۶ نفر دانش آموز با سابقه مصرف گهگاهی سیگار، ۲۷۹ نفر (۸۸٪) با پدر و مادر و ۳۷ نفر (۱۲٪) به علت فوت یا طلاق با پدر یا مادر خود زندگی می‌کردند. این وضعیت به ترتیب در ۷۴۳ نفر (۹۵٪) و ۳۶ نفر (۵٪) از دانش‌آموزان باقی مانده وجود نداشت ($p < 0.0001$). از ۴۶ دانش‌آموز با عادت مصرف روزانه سیگار، ۲ نفر (۴٪) با پدر و مادر خود و ۴ نفر (۸٪) با پدر یا مادر خود زندگی می‌کردند (NS).

با استفاده از رگرسیون لجستیک و بعد از حذف عوامل مخدوش کننده، مشخص شد که مهمترین عوامل پیش‌گویی کننده مصرف گهگاهی سیگار در دانش‌آموزان مورد مطالعه شامل: وجود بیش از یک فرد سیگاری در خانواده (با نسبت شانس ۳/۶۶)، وجود برادر یا خواهر سیگاری (با نسبت شانس ۲/۹۶) و زندگی فقط با یکی از والدین (با نسبت شانس ۲/۵) است. سیگاری بودن برادر یا خواهر دانش‌آموز (با نسبت شانس ۸/۵۸) و وجود بیش از یک فرد سیگاری در خانواده (با نسبت شانس ۶/۳۳) از مهمترین عوامل پیش‌گویی کننده مصرف روزانه سیگار در دانش‌آموزان مورد مطالعه بود.

بحث

در این مطالعه ۲۹٪ از دانش‌آموزان اعلام به مصرف گهگاهی سیگار نمودند. شیوع این وضعیت در مطالعه طرح جهانی دخانیات جوانان

(GYTS) طی سال ۱۹۹۹ در بین جوانان ۱۳ کشور دنیا، ۱۰ تا ۳۳٪ گزارش شد. در این مطالعه شیوع مصرف گهگاهی سیگار در جوانان کشورهای غربی بیش از کشورهای دیگر بود (۹٪). در مطالعه حاضر شیوع استعمال دخانیات در دختران به وضوح کمتر از پسران برآورد شد. این یافته مشابه مطالعات کشورهای حوزه مدیترانه است، به طوری که در کشور مصر کمتر از ۵٪ زنان در مقایسه با ۲۰٪ مردان و در کشورهای اروپایی حوزه مدیترانه کمتر از ۲۰٪ زنان در مقایسه با ۶۰٪ مردان مصرف دخانیات داشته‌اند (۱۱، ۱۰). در مطالعه‌ای که در تهران بین دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی انجام گرفت شیوع استعمال گهگاهی دخانیات در پسران ۳۵٪ و در دختران ۲۷٪ گزارش شد (۱۲). در مطالعه دیگری که در سال تحصیلی ۶۸-۱۳۶۷ در شهر اصفهان روی دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی پسر انجام گرفت، ۲۲/۵٪ دانش‌آموزان مورد بررسی سیگاری بوده و اولین سیگار را در سن ۱۳-۱۰ سالگی تجربه کرده بودند (۱۳). اما در طرح ملی سلامت و بیماری در ایران از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۸ شیوع استعمال سیگار کاهش نشان می‌دهد (۱۴).

در این مطالعه مصرف گهگاهی سیگار با شیوع ۲۹٪، به رغم بالا نبودن میزان آن نسبت به سایر کشورها، ولی به دلیل این که تعداد قابل توجهی از افرادی که به صورت گهگاهی سیگار مصرف می‌کنند در آینده به این ماده اعتیاد پیدا کرده و نیز به دلیل محدود بودن امکانات آموزشی و مداخلات بازدارندگی، این آمار باید جدی تلقی شود. همچنین وجود مصرف روزانه سیگار در این رده سنی هرچند نسبت به برخی آمارهای بین‌المللی کمتر است اما باید هشدار دهنده باشد و مداخلات آموزشی ویژه‌ای را می‌طلبد تا از افزایش آن

فراوانی حضور فرد سیگاری در خانواده دانش آموزانی که تجربه کشیدن سیگار داشتند، بیشتر از دانش‌آموزان فاقد چنین تجربه‌ای بود. این یافته نشان می‌دهد که تقلید از نزدیکان در گرایش به مصرف سیگار و ادامه آن اهمیت ویژه‌ای داشته و باید به آن توجه خاصی نشان داد (۸).

با توجه به این که مهمترین عوامل پیش‌گویی کننده مصرف سیگار در این مطالعه شامل؛ وجود بیش از یک فرد سیگاری در خانواده، وجود برادر و خواهر سیگاری و زندگی فقط با یکی از والدین شناخته شد، پس می‌توان نتیجه گرفت که در گرایش به مصرف سیگار و سیگاری مانند دانش‌آموزان، سیگاری بودن اعضای خانواده و وجود فضای نا امن خانوادگی از عوامل مهم تاثیر گذار هستند. بنابراین در کنار همه مداخله‌های آموزشی که ممکن است برای دانش‌آموزان طراحی و اجرا گردد لازم است نقش عوامل بالا و تاثیر بسیار نامطلوب مصرف سیگار دانش‌آموزان توسط رسانه‌ها به عموم مردم اطلاع‌رسانی گردد.

جلوگیری به عمل آید.

در میان دانش‌آموزانی که مصرف گهگاهی سیگار داشتند، ۲۶٪ دختر و ۳۱٪ پسر یافت شد. این یافته نشان می‌دهد که دختران و پسران دانش‌آموز به یک اندازه در معرض خطر شروع به استعمال دخانیات هستند. ولی از ۴۶ دانش‌آموزی که به صورت روزانه سیگار مصرف می‌کردند، ۴۱ نفر (۶٪) پسر و ۶ نفر (۲٪) دختر بودند. چنین یافته‌ای مبین محتمل بودن وابستگی به سیگار در پسران این رده سنی نسبت به دختران است.

در این تحقیق مشخص شد که مصرف سیگار رابطه معنی‌دار آماری با نحوه زندگی دانش‌آموزان با والدین دارد و زندگی درکانون خانواده و بودن با پدر و مادر یکی از عوامل مهم در پیشگیری از شروع به مصرف سیگار دانش‌آموزان بوده و وجود محیط صمیمانه در خانواده یک عامل بازدارنده و محافظت کننده مهم در برابر خطر شروع استعمال دخانیات در نوجوانان است (۷).

REFERENCES

1. Center for Disease Control and Prevention. Tobacco use United States 1900-1999. *MMWR* 1999; 48: 986-93
2. Bartecchi CE, Mackenzie TD. The human costs of tobacco use (first of two parts). *N Engl Med* 1994; 330: 907-13.
3. Smoking Related Deaths and Financial Costs: Estimates for 1990. *Rev ed* Washington DC: Office of Technology Assessment; 1993.
4. Murray CGL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disease by cause, 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498-504.
5. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people; *a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health; 1994.
6. Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from Tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268-78.
7. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *Br Med J* 1994; 309: 937-9.
8. World Health Organization. Tobacco or health: *a global status report*. Geneva: World Health Organization; 1997.
9. Charles W W, Leanne R, Samira A, et al. Tobacco use by youth: A surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. *Bull World Health Org* 2000; 78(7): 867-80.
10. Fakhfakh R, Hsairi M, Maalej M, et al. Tobacco use in Tunisia: Behavior and awareness. *Bulletin World Health Org* 2002; 80: 350-6.
11. Tessier JF, Nejari C, Bennani-Othmani M. Smoking in Mediterranean countries: Europe, North Africa and the Middle East: results from a co-operative study. *Int J Tube Lung Dis* 1999; 3: 927-37.
۱۲. ضیایی پروین، حاتمی‌زاده نیکتا، وامقی دولت آبادی شیوا. بررسی میزان مصرف سیگار و سن شروع اولین سیگار در دانش‌آموزان سال آخر دبیرستانهای شهر تهران در سال تحصیلی ۷۸-۱۳۷۷. *مجله حکیم* (۱۳۸۰) شماره ۲: ۷۸-۸۴.
۱۳. یزدانی ع. بررسی میزان تأثیر عوامل مؤثر در اعتیاد به سیگار دانش‌آموزان پسر سال سوم دبیرستانهای شهر اصفهان *پایان نامه کارشناسی ارشد*. دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۶۸.
۱۴. محمد کاظم، نوربالا احمد علی، مجدزاده سیدرضا، کریملو مسعود. روند تغییرات شیوع استعمال دخانیات در ایران ۷۸-۱۳۷۰ بر اساس دو طرح ملی سلامت و بیماری. *مجله حکیم* (۱۳۷۹) شماره ۴: ۱۹۷-۲۹۰.
15. World Health Organization International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and child Health, 11-14 January 1999, World Health Organization, *Tobacco Free Initiative Consultation Report*, Geneva, Switzerland. WHO/NCD/TFI/1999.10: 6-11.

جدول ۱- توزیع دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران بر اساس نحوه مصرف سیگار و استعمال آن در خانواده، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۲

مصرف سیگار در اعضای خانواده		مصرف گهگاهی سیگار در دانش آموزان		مصرف روزانه سیگار در دانش آموزان	
مصرف می کند	مصرف نمی کند	مصرف می کند	مصرف نمی کند	مصرف می کند	مصرف نمی کند
هیچکدام	۵۲)۱۶۵*	۶۹)۵۳۴	۳۷)۱۸	۶۵)۶۸۴	
پدر	۲۶)۸۳	۲۲)۱۷۸	۲۶)۱۳	۲۴)۲۴۸	
مادر	۴)۱۰	۲)۱۳	۲)۱	۲)۲۳	
برادر یا خواهر	۶)۱۹	۳)۱۹	۱۵)۷	۳)۳۱	
بیش از یک نفر	۱۲)۳۹	۴)۳۵	۲۰)۱۰	۶)۶۰	
جمع	۱۰۰)۳۱۶	۱۰۰)۷۷۹	۱۰۰)۴۹	۱۰۰)۱۰۴۶	

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

سر صفحه ها :

تاثیر خانواده در مصرف دخانیات دانش آموزان

۲۵۴ / دومانهنامه پژوهنده

دکتر غلامرضا حیدری و همکاران / ۲۵۵

شماره ۴۱، آذر و دی ۱۳۸۳

تاثیر خانواده در مصرف دخانیات دانش آموزان

۲۵۶ / دومانهنامه پژوهنده