

فراوانی مصرف سیگار و عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان دختر دبیرستان‌های کرمانشاه (۱۳۸۳)

لیلا پاشاروش^{۱*}؛ سپیده خوشبو^۲؛ منصور رضایی^۳؛ محمدرضا سعیدی^۴

چکیده

زمینه: مصرف سیگار به عنوان یک عامل مهم در کاهش کمیت و کیفیت زندگی، شناخته شده و عامل خطرزای مهمی در ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها است. این مطالعه با هدف تعیین شیوع مصرف سیگار و عوامل مرتبط با گرایش به آن در بین دانش آموزان دختر دبیرستان‌های شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۳ انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، به روش نمونه‌گیری دومرحله‌ای (خوشه‌ای، تصادفی)، ۳۱۵۰ دانش آموز دختر دبیرستانی از سه منطقه آموزش و پرورش انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه برگرفته از پرسشنامه WHO در پروژه غربالگری مصرف دخانیات در جوانان (GYTS) بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی مستقل و کای دو تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۱۵ درصد دانش آموزان دختر دبیرستان‌های شهر کرمانشاه، تجربه مصرف سیگار داشتند. میانگین سنی دانش آموزان سیگاری، $16/36 \pm 1/17$ سال و میانگین سن شروع مصرف سیگار، $13/99 \pm 2/07$ سالگی بود. دانش آموزان سیگاری، مهم‌ترین عامل گرایش به سیگار را، تشویق دوستان و اطرافیان ذکر کردند (۴۲/۶٪). بین میزان آگاهی از عوارض سیگار و مصرف آن رابطه معکوس معناداری وجود داشت ($P < 0/001$).

بحث: برای پیشگیری از مصرف سیگار، آموزش‌های لازم با استفاده از روش‌های مطلوب در مقطع تحصیلی قبل از دبیرستان و عدم مصرف سیگار، توسط اعضای خانواده بسیار ضروری است. مطالعات مداخله‌ای برای افزایش میزان آگاهی از عوارض مصرف سیگار، به منظور مقابله با این معضل بزرگ پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: مصرف سیگار، دانش آموزان دختر، کرمانشاه

«دریافت: ۱۳۸۸/۲/۲۰ پذیرش: ۱۳۸۸/۶/۱۷»

۱. مدیریت امور پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

۲. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۳. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۴. گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* **عهده‌دار مکاتبات:** تهران، ولنجک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲ ستاد دانشگاه، مدیریت امور پژوهشی،

تلفن: ۰۲۱-۲۳۸۷۲۰۶-۲۳۸۷۲۰۶-۲۱-۲۲۴۳۹۷۸۷-۲۱-۲۱

مقدمه

مصرف سیگار، سردسته علل مرگ و ناتوانی قابل پیشگیری در ایالات متحده است (۱ و ۲). سالانه ۴۴۰ هزار نفر در آمریکا به علت مصرف سیگار می‌میرند (۳). مصرف سیگار در سال ۱۹۹۵ باعث مرگ ۳/۱ میلیون نفر در جهان شده است (۴). به همین دلیل در تجدید نظر نهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD.9 CM) کد ویژه‌ای به آن اختصاص داده شد (۵). سیگار، عامل ۹۰ درصد سرطان‌های ریه، ۴۰ درصد سایر سرطان‌ها، ۵۰ درصد بیماری‌های قلبی-عروقی، ۷۵ درصد بیماری‌های تنفسی، ۱۲ درصد کل مرگ و میرها و ۳۰ درصد مرگ‌های بین ۵۰-۳۰ سال است (۶). همچنین عمر افرادی که دخانیات مصرف می‌کنند ۲۰ سال کم‌تر از افراد غیرسیگاری است (۳).

معمولاً مصرف سیگار از سنین نوجوانی شروع می‌شود (۷). هر چه سن شروع مصرف سیگار، پایین‌تر باشد؛ احتمال ادامه دادن آن بیشتر است. در این افراد، احتمال حملات قلبی و سرطان ریه در سنین پایین‌تر بیشتر است و این عوارض به مدت‌زمان مصرف سیگار، ارتباطی ندارد (۸). تحقیقات نشان داده است که در سنین پایین‌تر، تعداد کم‌تری سیگار می‌تواند باعث ایجاد وابستگی شود (۹).

در برخی از تحقیقات، مهم‌ترین عامل مصرف سیگار، تقلید از رفتارهای بزرگسالان ذکر شده است. همچنین کنجکاوی نیز می‌تواند یکی از عوامل مهم تمایل به مصرف سیگار باشد (۱۰). تقریباً تمام دانش‌آموزان دبستانی (سنین ۵-۱۱ سال) در مقابل

مصرف سیگار، مقاوم هستند اما در سنین ۱۳-۱۲ سال که دانش‌آموزان تحت فشارهای بیشتری از جانب همکلاسی‌های خود قرار می‌گیرند مقاومت آنان کاهش می‌یابد و اگر دوستان یا کودکان بزرگ‌تر در مدرسه سیگار بکشند آن‌ها نیز به این کار تمایل پیدا می‌کنند (۱۱). در خانواده‌های سیگاری، سیگار بیشتر در دسترس است و در صورت مصرف سیگار توسط والدین، کودکان در معرض بو و اثرات تحریک‌کننده سیگار قرار می‌گیرند. این وضعیت، احتمال گرایش به سیگار را در آنان افزایش می‌دهد (۱۲). همچنین در برخی از تحقیقات نشان داده شده است که مصرف سیگار توسط خواهر و برادر نسبت به مصرف سیگار توسط والدین، اثر بیشتری بر کودکان دارد (۱۳).

در آمریکا هر سال سه میلیون نوجوان سیگاری، قریب به یک بلیون پاکت سیگار مصرف می‌کنند (۱۴). طبق گزارش وزارت بهداشت کشورمان در سال ۱۹۹۱، بیش از ۶۰ درصد سیگاری‌ها مصرف سیگار را در سن ۱۵ سالگی شروع کرده بودند (۱۵). بررسی سال ۱۳۷۴ دانشگاه علوم پزشکی کرمان نشان داد که ۳۶ درصد دانشجویان پسر، به‌طور واضح سیگاری هستند. حدود ۴۰ درصد دانشجویان سیگاری، قبل از ورود به دانشگاه مصرف سیگار را شروع کرده بودند (۱۶). در بررسی انجام‌شده در سال ۱۳۷۹ مشخص شد که ۲۱/۸ درصد دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های شهر کرمانشاه سیگار می‌کشند (۱۶). به‌نظر می‌رسد مصرف سیگار در دوران دبیرستان نیز زیاد است. در حال حاضر بسیاری از کشورهای غربی در تلاش هستند تا قبل از سنین شروع

و...) استخراج شد. سؤالات پس از ترجمه برای تعیین اعتبار محتوایی^۱ به ۱۰ نفر از افراد صاحب نظر و متخصص در این مقوله به عنوان Content Experts و ۱۰ نفر از دانش آموزان، به عنوان Lay Experts ارایه شد. پس از جمع آوری نظرات و تصویب نهایی، تغییرات لازم در آن اعمال و پرسشنامه تنظیم شد.

به منظور تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین ترتیب که طی مصاحبه با ۲۰ دانش آموز دختر دبیرستان‌های کرمانشاه در دو مرحله با فاصله زمانی ۱۴ روز، پرسشنامه تکمیل و نتایج حاصل از آن با هم مقایسه گردید. چنانچه ضریب همبستگی هر سؤال در دو آزمون به عمل آمده، $0/7$ یا بیشتر بود ($r \geq 0/7$) سؤال، قابل اعتماد تلقی شده و در غیر این صورت حذف گردید.

پژوهش حاضر مانند کلیه تحقیقات مشابه در خصوص مصرف یا عدم مصرف مواد مخدر یا نوشیدنی‌های الکلی، انجام گرفته است. گرچه برخی از بررسی‌ها بیان کرده‌اند که برخلاف بزرگسالان، در نوجوانان، اعتبار "خودگزارش دهی" مصرف سیگار قابل اعتماد نیست اما در مطالعات انجام شده اختلاف بین بررسی‌های بیوشیمیایی و خودگزارش دهی مصرف سیگار در نوجوانان اندک بوده است (۱۸). پس از اخذ مجوز ورود به مدارس از سازمان آموزش و پرورش، در هر مقطع تحصیلی بر اساس میزان جمعیت دانش آموزی، ۶۳ خوشه ۵۰ نفری انتخاب شد. با توجه به این که دبیرستان‌های شهر کرمانشاه در سه ناحیه

مصرف سیگار، آگاه‌های لازم را به دانش آموزان بدهند (۱۳).

با توجه به افزایش میزان مصرف سیگار در گروه سنی نوجوان، لزوم انجام مطالعات اساسی و طرح ریزی برنامه پیشگیری از مصرف دخانیات در کشور، روشن می‌شود. متأسفانه تاکنون در خصوص میزان و عوامل دخیل در مصرف سیگار در دانش آموزان دبیرستان‌های دخترانه، مطالعه‌ای در شهر کرمانشاه انجام نشده است. این در حالی است که این شهر از نظر مصرف مواد مخدر، رتبه بالایی در کشور دارد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف برآورد شیوع مصرف سیگار در دبیرستان‌های دخترانه شهر و بررسی عوامل مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی در جمعیت دانش آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۳ انجام شد. نمونه‌گیری به روش دومرحله‌ای (خوشه‌ای و تصادفی) از بین دبیرستان‌های دخترانه مناطق سه‌گانه آموزش و پرورش شهر کرمانشاه انجام شد. حجم نمونه با اطمینان ۹۵ درصد، ۳۱۵۰ نفر برآورد شد. روش جمع‌آوری داده‌ها از طریق تکمیل پرسشنامه بود.

ابتدا پرسشنامه WHO در خصوص غربالگری مصرف دخانیات در جوانان (۱۷)، بررسی و سؤالات مرتبط با اهداف این مطالعه (سؤالات جمعیت‌شناختی، مصرف سیگار، نحوه مصرف سیگار، علل کشیدن سیگار

تحصیلی قرار دارند و هر ناحیه، جمعیت متفاوتی از دانش‌آموزان را در خود جای داده است، نمونه‌ها براساس جمعیت مقاطع مختلف تحصیلی در بین سه ناحیه تعیین شدند. مثلاً ناحیه یک با ۸۷۲۴ نفر دانش‌آموز، ۸۵۰ نفر (۱۷ خوشه) از حجم نمونه را به خود اختصاص داد. از این مقدار، ۲۵۰ نفر دانش‌آموز سال اول، ۲۵۰ نفر سال دوم، ۲۵۰ نفر سال سوم و ۱۰۰ نفر دانش‌آموز پیش‌دانشگاهی بودند. در مجموع به ۱۰ مدرسه ناحیه یک مراجعه شد. برای سایر نواحی نیز به همین منوال اقدام گردید. در هر دبیرستان ابتدا اهداف طرح توسط یک پزشک برای هر گروه از دانش‌آموزان توضیح داده شد. به دانش‌آموزان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند. شرکت در مطالعه اختیاری بود و اجباری به دانش‌آموزان برای پرکردن پرسشنامه‌ها وارد نیامد. پرسشنامه‌ها فاقد نام و نام خانوادگی بودند. دانش‌آموزان در محیط آرام و بدون حضور مسئولان مدرسه، به‌صورت انفرادی و بدون مشورت با یکدیگر، اقدام به پر کردن پرسشنامه‌ها کردند. سپس کدگذاری داده‌ها انجام و جداول توزیع فراوانی برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی محاسبه شد. برای بررسی روابط دومتغیره و تجزیه و تحلیل روابط بین استعمال سیگار و برخی از متغیرهای مهم از آزمون آماری کای دو و تی مستقل استفاده گردید.

یافته‌ها

در مجموع، تعداد ۳۱۶۳ دانش‌آموز دختر در طرح شرکت نموده و پرسشنامه‌ها را پاسخ دادند. بیشترین

تعداد دانش‌آموزان یعنی ۱۰۸۲ نفر (۳۴/۲ درصد) در سال اول تحصیل می‌کردند. بیشترین تعداد دانش‌آموزان، در ناحیه سه (۳۹/۵ درصد) قرار داشتند. بیشترین تعداد دانش‌آموزان در سال اول دبیرستان (دوره عمومی) (۳/۳۶/۷ درصد) و پس از آن در رشته انسانی (۱۸/۳ درصد)، مشغول به تحصیل بودند.

۱۵ درصد از دانش‌آموزان به سؤال «آیا تاکنون سیگار مصرف کرده‌اید؟» پاسخ مثبت و ۸۵ درصد، پاسخ منفی دادند. میانگین سنی دانش‌آموزان سیگاری و غیرسیگاری، به ترتیب $16/36 \pm 1/17$ و $16/35 \pm 1/22$ سال بود. مقایسه میانگین سنی دو گروه سیگاری و غیرسیگاری، تفاوت معنادار نداشت ($p=0/985$). پایین‌ترین سن اولین مصرف سیگار، ۷ و بالاترین آن ۱۸ سالگی بود. در بین سنین مختلف، سن ۱۴ سالگی با ۲۲/۱ درصد و ۱۵ سالگی با ۲۱/۷ درصد، بیشترین درصدهای سن شروع مصرف سیگار را داشتند. ۱۱/۵ درصد دانش‌آموزان سیگاری، شروع مصرف سیگار را در سنین ابتدایی (زیر ۱۲ سال)، ۴۳/۴ درصد در سنین راهنمایی (۱۴-۱۲ سالگی) و ۴۵/۵ درصد در سنین دبیرستان (بالای ۱۴ سال) ذکر کردند. میانگین سن شروع مصرف سیگار در بین دانش‌آموزان $13/99 \pm 2/07$ سالگی و میانگین مدت‌زمان مصرف سیگار $2/34 \pm 1/68$ سال بود.

در بین دانش‌آموزان با تجربه مصرف سیگار، ۷/۵ درصد (۱/۱ درصد کل دانش‌آموزان) همه روزه و ۳۷/۹ درصد (۵/۶ درصد کل دانش‌آموزان) به‌صورت غیرمداوم (تفریحی یا در مواجهه با مشکلات) سیگار

(سرطان ریه، بیماری قلبی و بیماری تنفسی) در دانش‌آموزان سیگاری و غیرسیگاری، محاسبه شد (جدول ۲). با استفاده از آزمون کای دو مشخص شد بین میزان آگاهی و سیگاری بودن، رابطه وجود دارد (به ترتیب $P=0/001$ ، $P=0/037$ و $P=0/001$).

جدول ۱- فراوانی اولین عامل ترغیب‌کننده به مصرف سیگار در

دانش‌آموزان دختر دبیرستانی سیگاری در کرمانشاه

ردیف	عامل	درصد
۱	تشویق دوستان و اطرافیان	۴۲/۶
۲	کنجکاو، تفریح و هیجان	۱۵
۳	مشکلات خانوادگی و اقتصادی- اجتماعی	۱۲/۶
۴	مشکلات درسی	۱۲/۳
۵	عادی بودن این کار در اجتماع و خانواده	۱۲/۲
۶	مشکلات عشقی و روحی	۳
۷	تقلید از بزرگترها و احساس غرورناشی از آن	۲/۶
۸	تسکین دردهای جسمی	۰/۹
۱۲	اجبار بزرگ‌ترها و روشن کردن سیگار برای آنان	۰/۹
۱۶	بوی محرک سیگار	۰/۳

می‌کشیدند. دانش‌آموزان سیگاری از حداقل مصرف یک نخ سیگار در هفته تا حداکثر ۱۲۰ نخ در هفته را ذکر کردند. ۴۱/۷۴ درصد آن‌ها یک تا ۲ نخ سیگار و ۲۰/۳۸ درصد، ۱۰ نخ سیگار یا بیشتر در هفته، مصرف می‌کردند. میانگین تعداد نخ مصرفی در هفته در دانش‌آموزان سیگاری $11/26 \pm 24/81$ به دست آمد.

۴۲/۶ درصد دانش‌آموزان سیگاری، تشویق دوستان و اطرافیان را مهم‌ترین عامل شروع مصرف سیگار دانستند. ۱۵ درصد، کنجکاو و تفریح و هیجان، ۱۲/۶ درصد، مشکلات خانوادگی و اقتصادی- اجتماعی، ۱۲/۳ درصد، مشکلات درسی و ۱۲/۲ درصد، عادی بودن این کار در اجتماع و خانواده را به‌عنوان مهم‌ترین عامل شروع مصرف سیگار، ذکر کردند (جدول ۱).

در بین دانش‌آموزان سیگاری، وضعیت مصرف سیگار در اعضای درجه یک خانواده، به‌صورت ذیل بود: ۳۹/۴۹ درصد دانش‌آموزان، مصرف سیگار توسط پدر، ۸/۴۰ درصد، مصرف سیگار توسط مادر و ۱۴/۲۸ درصد، مصرف سیگار توسط برادر را ذکر کردند.

میزان آگاهی از سه عارضه مهم مصرف سیگار

جدول ۲- فراوانی عدم آگاهی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی کرمانشاه از سه عارضه مهم مصرف سیگار

نوع عارضه	در سیگاری‌ها*	در غیرسیگاری‌ها*	P
عدم آگاهی نسبت به عارضه سرطان ریه	۱۱/۵۱	۵/۸۵	۰/۰۰۰۱
عدم آگاهی نسبت به عارضه بیماری قلبی	۱۹/۵۵	۱۵/۴۴	۰/۰۳۷
عدم آگاهی نسبت به عارضه بیماری تنفسی	۲۰/۶۳	۱۲/۶۹	۰/۰۰۱

* اعداد همگی به صورت درصد می‌باشند

بحث

در این مطالعه مشخص شد که ۱۵ درصد دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر کرمانشاه، تجربه مصرف سیگار دارند. این رقم در پسران دبیرستانی شهر کرمانشاه، ۲۱/۸ درصد گزارش شده است (۱۶). در تهران، ۳۵ درصد پسران دبیرستانی و ۲۶/۹ دختران دبیرستانی (۱۹) و در شیراز، ۱۹/۴ درصد پسران دبیرستانی (۲۰)، تجربه مصرف سیگار داشتند. این میزان در کل دانش‌آموزان دبیرستانی اصفهان، ۲۲/۵ درصد (۲۱) و در گیلان، ۲۰ درصد (۲۲) گزارش شد. همچنین این رقم در دانش‌آموزان دبیرستانی کشورهای درحال توسعه، ۳۰ درصد گزارش شده است (۱۶). پروژه WHO در غربالگری مصرف دخانیات در بین نوجوانان ۱۳ کشور مختلف، نشان داد که میزان شیوع مصرف سیگار ۳۳-۱۰ درصد و در کشورهای غربی بیشتر است (۲۳). این نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت دارد.

میانگین کشوری مصرف سیگار در بالغین ایران در سال ۱۹۹۹ در مردان، ۲۵ درصد و در زنان، ۲/۵ درصد گزارش شده است (۱۵). طبق نتایج طرح سلامت و بیماری در ایران، ۱۴/۶ درصد از افراد ۶۹-۱۵ ساله کشور سیگار می‌کشند (۲۴). این رقم در پسران دبیرستانی شهر تهران ۶/۰۶ درصد، در دختران دبیرستانی شهر تهران ۱/۵ درصد (۱۳)، در پسران دبیرستانی شیراز ۲/۵ درصد (۲۰) و در پسران و دختران دبیرستانی شهر زاهدان، به ترتیب ۲/۳ و ۰/۴ درصد (۲۵) گزارش شده است (۱۳). در این مطالعه نیز ۱/۱ درصد

کل دختران دبیرستانی کرمانشاه، روزانه سیگار می‌کشیدند. چنین استنباط می‌شود که طبق گزارشات، علی‌رغم کاهش شیوع کلی مصرف سیگار در ایران، جمعیت جوان، گرایش به مصرف سیگار پیدا کرده‌اند و الگوی مصرف به سنین پایین‌تر رسیده است (۱۶). در بررسی‌های به‌عمل آمده در جوامع مختلف نیز شیوع مصرف سیگار در جوانان افزایش داشته است. به‌طور مثال، مصرف سیگار در جوانان کشور آمریکا از سال ۹۲-۱۹۹۱ از ۴/۸ درصد به ۳ برابر آن یعنی ۱۲/۳ درصد رسیده است (۲۶ و ۲۷). این در حالی است که تعداد معتادین به سیگار در ایالات متحده آمریکا و بیشتر کشورهای توسعه یافته، کاهش همه‌جانبه یافته است (۳).

در این مطالعه، میانگین سنی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی سیگاری، ۱۶/۳۶±۱/۱۷ سال و میانگین سن شروع مصرف سیگار، ۱۳/۹۹±۲/۰۷ سال بود. در مطالعه‌ای در تهران، گزارش شد که دختران دبیرستانی در ۱۴/۲۹ سالگی و پسران دبیرستانی در ۱۴/۳۶ سالگی، شروع به مصرف سیگار کرده‌اند (۱۹)، همچنین در آن مطالعه، شایع‌ترین سن شروع مصرف سیگار در ۱۵ سالگی گزارش شده است و ۸۸/۹ درصد دانش‌آموزان سیگاری، قبل از ۱۷ سالگی سیگار کشیدن را شروع کرده‌اند (۱۳). میانگین سن شروع مصرف سیگار در پسران سال دوم دبیرستان شهر شیراز، ۱۲/۳±۲/۶۶ سال گزارش شده است و ۷۹/۴ درصد این دانش‌آموزان در سن ۱۴ سالگی یا پایین‌تر، مصرف سیگار را شروع کرده‌اند (۲۰). در اصفهان، سن شروع مصرف سیگار،

سیگار، ۱۸ و ۲۴ درصد گزارش شد (۳۰). آمارهای مذکور با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. گزارش شده است که تقریباً ۷۰ درصد سیگاری‌های ۱۸ ساله در آینده به افراد سیگاری مداوم، تبدیل می‌شوند (۳۱) و الگو و مدت زمان مصرف و تعداد نخ سیگار، از عوامل مهم در روند بروز عوارض یا عادت به ادامه سیگار کشیدن هستند (۳۰). پس با توجه به آمار به دست آمده، جدا از درصدی از دانش‌آموزان که سیگاری محسوب می‌شوند، پتانسیل نهفته‌ای در درصد بالایی از دانش‌آموزان، برای تبدیل شدن عادت سیگار کشیدن آن‌ها در شرایط خاص به یک عادت روزانه وجود دارد و این مسأله، باید به صورت جدی مورد توجه مسئولان قرار گیرد.

در این مطالعه، دانش‌آموزان سیگاری، مهم‌ترین عامل گرایش به سیگار کشیدن را تشویق دوستان و اطرافیان اعلام کردند. در رتبه‌های بعدی، کنجکاوی، تفریح و هیجان و مشکلات خانوادگی و اقتصادی-اجتماعی را عامل مهم در شروع سیگار کشیدن دانستند. بقیه دانش‌آموزان به عللی از قبیل مشکلات درسی و عادی بودن این کار در اجتماع و خانواده اشاره داشتند. در سایر مطالعات نیز به همین دلایل اشاره شده است. دانش‌آموزان تهرانی، کنجکاوی و تشویق دیگران را مهم‌ترین عامل، ذکر کرده‌اند (۱۳). شناخت عوامل مؤثر در آغاز مصرف سیگار توسط نوجوانان می‌تواند شانس فراهم کردن یک برنامه پیشگیری را فراهم آورد (۲۷). عواملی که در ابتدا سبب می‌شود فرد سیگار کشیدن را شروع نماید، متفاوت از علت‌هایی است که باعث ادامه

۱۰-۱۳ سالگی بود (۲۱) و بیشترین وقوع (۲۶/۲ درصد) اولین تجربه مصرف سیگار، در دانش‌آموزان دبیرستانی زاهدان، در سن ۱۴ سالگی گزارش شده است (۲۵). در ۵۴ درصد دانشجویان سیگاری امارات متحده عربی نیز سن ۱۵-۱۰ سالگی گزارش شده است (۲۸). در آمریکا هر روز تعداد ۳ هزار نفر در گروه‌های سنی ۱۳-۱۹ سال (نوجوانی)، شروع به کشیدن سیگار می‌نمایند (۳). در دانشجویان کالج مقدماتی پزشکی در پاکستان، متوسط رده سنی سیگاری‌ها ۱۷ سال بوده است (۲۹). ۴۰ درصد دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، قبل از ورود به دانشگاه، سیگار کشیدن را آغاز نموده‌اند (۱۶). جامعه دانش‌آموز دبیرستانی که دارای ظرفیت‌های متنوعی جهت آسیب‌پذیری است علاوه بر دریافت برنامه‌های کنترل و پیشگیری از گرایش به سمت سیگار کشیدن، باید برنامه‌های مربوط به ترک سیگار را به صورت علمی و کاربردی، دریافت نمایند.

نتایج این مطالعه نشان داد که ۵/۶ درصد دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر کرمانشاه، به صورت غیرمداوم (تفریحی یا در مواجهه با مشکلات) سیگار می‌کشند. این رقم در واقع ۳۷/۹ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی دختر سیگاری کرمانشاه را شامل می‌شود. در مطالعه‌ای در بین دانش‌آموزان دبیرستانی تهران مشخص شد که ۳۰/۸ درصد پسران و ۲۵/۲ درصد دختران، به صورت غیرمداوم، سیگار می‌کشیدند (۱۳). در مطالعه دیگری بر روی دانشجویان پزشکی دانشگاه‌های آسیا، مصرف روزانه سیگار در سال اول و آخر، به ترتیب ۴ و ۱۱ درصد و مصرف غیرمداوم

"مدارس" در امر تربیت و رشد فرزندان و دانش‌آموزان در جهت جلوگیری از انجام رفتارهای غیر بهداشتی و پرخطر می‌باشد که باید در جامعه مورد توجه قرار گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که وابستگی به خانواده و مدرسه، یک عامل حفاظتی در برابر طیف وسیع رفتارهای پرخطر بهداشتی در جوانان است (۱ و ۳۳). در یک مطالعه، ذکر شد که مداخله وسیع به‌منظور افزایش ارتباط با مدرسه در دانش‌آموزان دبیرستانی، باعث کاهش رفتارهای خشن، مصرف مشروبات الکلی و ارتباطات جنسی در سن ۱۸ سالگی خواهد شد (۱).

مطالعه حاضر نشان داد که بین مصرف سیگار در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی و میزان آگاهی از عوارض مصرف سیگار، رابطه وجود دارد. این مسأله در سایر مطالعات نیز نشان داده شده است. به‌عنوان مثال در بررسی دانشجویان پزشکی دانشگاه‌های آسیا تنها ۲۰ درصد دانشجویان غیرسیگاری، معتقد بودند که سیگار کشیدن برای سلامتی ضرر ندارد، در حالی که این دیدگاه در دانشجویان سیگاری با ۱۰۰ درصد افزایش به میزان ۴۰ درصد گزارش شد (۳۰). در دانش‌آموزان امارات نیز تنها ۲۸/۹ درصد سیگاری‌ها در خصوص اثرات مضر سیگار بر بدن خود نگران بودند (۲۸). مشخص شده است که بروز عوارض ناشی از سیگار کشیدن با دو عامل زمان شروع سیگار کشیدن و تعداد نخ مصرف سیگار، رابطه نزدیکی دارد. به‌طوری‌که هرچه سن شروع سیگار کشیدن، پایین باشد و تعداد نخ مصرفی نیز افزایش یابد احتمال بروز عوارض، خصوصاً بیماری‌های تنفسی و بدخیمی تنفسی، افزایش می‌یابد

مصرف سیگار می‌شود. به‌نظر می‌رسد عوامل فامیلی و اجتماعی، نقش بسیار مهمی در شروع سیگار کشیدن دارند. سیگار کشیدن افراد فامیل، دوستان و رفقا در بیشتر موارد، باعث کشیدن سیگار در نوجوانی و بلوغ می‌شود (۳). دانشجویان کالج مقدماتی رشته پزشکی پاکستان (۲۹) و دانشجویان پسر کشور کویت (۳۲)، مهم‌ترین عامل و تأثیر اصلی برای سیگار کشیدن خود را کشیدن سیگار در دوستان خود دانسته‌اند. ۷۰/۸ درصد دانش‌آموزان سیگاری در امارات متحده عربی، دوستان خود را به‌عنوان اولین منشأ سیگار کشیدن، ذکر کرده‌اند (۲۸). دانش‌آموزان سیگاری مطالعه حاضر، مصرف سیگار توسط پدرشان را در ۳۹/۴۹ درصد موارد، مادر ۸/۴۰ درصد موارد و برادر ۱۴/۲۸ درصد موارد ذکر کردند. ممکن است مصرف سیگار توسط پدران و پس از آن برادران، نقش بارزی در تسری این عادت به دانش‌آموزان، داشته باشد. در سایر مطالعات، مشخص شده حضور یک فرد سیگاری در خانواده، عامل مهمی در ترغیب دانش‌آموز به مصرف سیگار است (۱۳). مشابه این مطالعه، در مطالعه‌ای که بر روی دانش‌آموزان دبیرستان‌های تهران انجام شد نیز با هم‌مین تناسب، مصرف سیگار در پدران، مادران و برادران یا خواهران دانش‌آموزان سیگاری، به‌ترتیب ۲۶/۲۶، ۳/۱ و ۶/۰۱ درصد گزارش شد (۱۳). در مطالعه‌ای بر روی دانش‌آموزان گیلانی، مشخص شد که بین مصرف سیگار در اعضای خانواده دانش‌آموزان با مصرف سیگار و مواد در آنان، ارتباط معناداری وجود دارد (۲۲). یافته‌های مذکور، مؤید نقش بسیار مهم "خانواده‌ها" و سپس

دبیرستانی کرمانشاه با سن پایین و تعداد نخ مصرفی بالا به سیگار کشیدن مبادرت می‌نماید و تمام این مسایل، نیاز به انجام برنامه‌ریزی‌های صحیح در جهت کنترل و پیشگیری مصرف سیگار در بین دانش‌آموزان را روشن می‌سازد.

نتیجه‌گیری

برای پیشگیری از شیوع مصرف سیگار، آموزش‌های لازم با استفاده از روش‌های مطلوب در مقطع تحصیلی قبل از دبیرستان و عدم مصرف سیگار توسط اعضای خانواده بسیار ضروری است. مطالعات مداخله‌ای در جهت افزایش میزان آگاهی از عوارض مصرف سیگار، به‌منظور مقابله با این معضل بزرگ پیشنهاد می‌گردد.

(۳). در این مطالعه مشخص شد دختران سیگاری دبیرستانی کرمانشاه به‌صورت میانگین $11/26 \pm 42/81$ نخ سیگار در هفته مصرف می‌کنند، این در حالی است که متوسط مصرف سیگار در افراد ۶۹-۱۵ ساله سیگاری ایران در سال ۱۳۷۷ برابر $13/6$ نخ در روز (۲۴) و در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله سیگاری در ایران در سال ۱۳۸۴ برابر $14/69$ نخ در روز گزارش شده است (۳۴). در افراد بالای ۱۵ سال سیگاری استان فارس، میانگین سیگار مصرفی $13/3 \pm 10/5$ نخ در روز گزارش شده است (۳۵). با توجه به سن پایین شروع مصرف سیگار در دختران دبیرستانی و تعداد نخ مصرفی، این الگوی مصرف، زنگ خطری برای مسئولان امر محسوب می‌شود به‌طوری که یک دانش‌آموز دختر سیگاری

References:

1. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1993; 270 (18): 2207-12.
2. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress—Report of the Surgeon General 1989; DHHS Publ.No. (CDC) 89-8411.
3. Health and smoking. *Tips of Medical News Journal* 1998; 4(5): 44-54.
4. World health organization, Tobacco alert. Geneva; 1996: 1-15.
5. Novotny TE. Tobacco use. In: Brownson RC, Remington PL, Davis JR. Chronic disease epidemiology and control. Baltimore; American Public Health Association 1993:199-220.
6. Bartecchi CE, MacKenzie TD, Schrier RW. The human costs of tobacco use (1). *N Engl J Med* 1994; 330 (13): 907-12.
7. Herdman R, Hewitt M, Laschover M. Smoking-related deaths and financial costs: Office of Technology Assessment Estimates for 1990-- OTA testimony before the Senate Special Committee on Aging. Washington, DC: US Congress, Office of Technology Assessment Testimony, May 6, 1993.
8. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. Youth and Tobacco: Preventing Tobacco Use among Young People: A Report of the Surgeon General. 1994.
9. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339 (8804): 1268-78.
10. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349 (9064): 1498-504.
11. World Health Organization, Tobacco or health: a global status report. Geneva 1997.
12. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994; 309 (6959): 937-9.
13. Heydari G R, Sharifi Milani H, Hosseini M, Masjedi MR. [Evaluation of Factors Affecting the Tendency towards Cigarette Smoking in High School Students of Tehran (Persian)]. *Tanaffos* 2004; 3(9): 41-6.
14. DiFranza JR, Tye JB. Who profits from tobacco sales to children? *JAMA* 1990; 263(20): 2784-7.
15. Kazem M, Noorbala AA, Madjzadeh SR, Karimloo M. [The process of changes observed in prevalence of tobacco use in Iran. (1991-1999)- According to two national health and disease surveys (Persian)]. *Hakim Journal* 2000; 12(4): 290-4.
16. Saiedi MR. [Prevalence rate of Cigarette Smoking in High School boy Students of Kermanshah (2000) (Persian)]. Research project final report, vice-chancellor of research, Kermanshah University of medical sciences.
17. 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/ 99.10: 6-11.
18. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Dichr P, Koepsell T, Kinne S. The validity of self- report ed smoking: a review and meta analysis. *Am J Public Health* 1994; 84(7): 1086-93.
19. Ziaei P, Hatamizadeh N, Vameghi R, Dolatabadi Sh. [Evaluation of prevalence of cigarette smoking and the age of starting smoking in senior high school students of Tehran in 1998-1999(Persian)]. *Hakim Journal* 2001; 14(2): 78-80.
20. Ayatollahi S.A, Mohammad Poorasl A, Rajai Fard A. [Determination of the prevalence of stages in cigarette smoking and its correlates in grade-10 male students in Shiraz, 2003(Persian)]. *Journal of Mzandaran University of Medical Sciences* 2004; 43(14): 64-71.
21. Yazdani A. [Evaluation of factors affecting cigarette addiction in the male high school students of Isfahan (Persian)]. MScThesis, Nursing and midwifery faculty, Iran university of medical sciences 1989.
22. Najafi K, Fekri F, Mohseni R, Zarrabi H, Nazifi F, Faghir Pour M. et al. [Survey of the Prevalence of Substance Use Among High School Students in Guilan (2005-2006) (Persian)]. *Journal of medical faculty Guilan university of Medical sciences* 2007; 62(16): 67-9.
23. Warren CW, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Green L, Blanton C, et al. Tobacco use by youth: A surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. *Bull World Health Org* 2000; 78 (7): 868-76.
24. Mohammad K, Zali MR, Masjedi MR, Majdzadeh SR. [Cigarette smoking in Iran based on a national health survey (Persian)]. *Journal of medical council of Islamic republic of Iran* 1998; 1(16): 37-3.
25. Mojahed A, Bakhshani NM. [Prevalence of smoking and drug abuse in students of Zahedan high schools (Persian)]. *Tabibe shargh* 2004; 1(6): 59-65.
26. Centers for Disease Control and Prevention, Tobacco use among high school students-United States, United States, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47: 229-33.

27. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. National Survey Results on Drug Use From the Monitoring the Future Study 1975-1997, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse; NIH Publ: 1998; 98: 4345.
28. Bener A, Al-ketbi LM. Cigarette smoking habits among high school boys in a developing country. *J R Soc Health*, 1999; 119(3): 166-9.
29. Hussain SF, Moid I, Khan JA. Attitudes of Asian medical students towards smoking. *J Thorax* 1995; 50(9): 996-7.
30. Tessier JF, Freour P, Belougne D, Crofton J. Smoking habit and attitudes of medical students towards smoking and antismoking campaigns in nine Asian countries. The Tobacco and Health Committee of the International Union against Tuberculosis and Lung Diseases, *Int J Epidemiol* 1992; 21(2): 298-304.
31. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Tobacco Use among Young People: A Report of the Surgeon General. Atlanta; GA: 1994.
32. Sughatan TN, Moody P, Bustanm MA, Elgerges NS. Age pattern of smoking initiation among Kuwait university male students. *Sco Soi Med* 1998; 47(11):1855-8.
33. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*, 1997; 278(10): 823-32.
34. Mehrabi S., Delavari A., Moradi Gh., Esmailnasab N., Pooladi A., Alikhani S., Alaeddini F. [Smoking among 15-to 64-Year-Old Iranian People in 2005(Persian)]. *Iranian Journal of Epidemiology*, 2007; 1&2 (3): 1-9.
35. Mir Ahmadi AR, Kadivar MR, Tabatabaei SHR, Fararoei M. [Epidemiology of Tobacco smoking in Fars province, 1999(Persian)]. *Armaghane-Danesh, Journal of Yasuj University of Medical Sciences*, 2001; 22-21 (6): 51-41.