

## بررسی تأثیر برنامه درگیرسازی والدین بر استعمال دخانیات در نوجوانان پسر مقطع سوم راهنمایی

نویسندگان: آرمین زارعیان جهرمی<sup>۱\*</sup>، دکتر سادات سیدباقر مداح<sup>۲</sup> و دکتر فضل اله غفرانی پور<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

۲. استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳. دانشیار دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

Email: AZareiyan@modares.ac.ir

\* نویسنده مسئول:

### چکیده

سابقه: استعمال دخانیات از بزرگترین معضلات عصر حاضر است که عواقب خطرناک آن بر هیچ کس پوشیده نیست. نوجوانی دوره‌ای بحرانی است که طی آن، رفتارها غیربهداشتی و خصوصاً استعمال دخانیات آغاز می‌گردد.

هدف: هدف این مطالعه بررسی تأثیر برنامه درگیرسازی والدین بر میزان استعمال دخانیات در نوجوانان پس تعیین شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی (quasi-experimental) است که به صورت طرح گروه کنترل با نمونه‌گیری غیر تصادفی همسان‌سازی شده (non randomize matching control group) به منظور بررسی تأثیر برنامه درگیرسازی والدین بر استعمال دخانیات نوجوانان پسر مدارس راهنمایی منطقه ۶ تهران صورت گرفته است. نمونه‌ها ۷۶ نفر از نوجوانان پسر ۱۶-۱۳ ساله بودند که پس از همسان‌سازی به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. وضعیت استعمال دخانیات در دو محور مصرف سیگار و قلیان توسط پرسشنامه، و میزان درگیرسازی والدین از طریق چکلیست که اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفته بود، قبل و بعد از برنامه درگیرسازی سنجیده شد. سپس مطابق با نیازسنجی صورت گرفته، برنامه درگیرسازی طراحی گردید و در ۳ مرحله قبل از درگیرسازی، اجرای برنامه درگیرسازی و بعد از درگیرسازی به اجرا درآمد. در مرحله اول، میزان درگیرسازی والدین در ابتدای امر سنجیده شد و سپس در مرحله دوم، برنامه طراحی شده به صورت جلسات حضوری در ۴ جلسه، جزوات آموزشی و پیگیری تلفنی انجام پذیرفت. در مرحله سوم، مجدداً این میزان درگیرسازی والدین (در دو مرحله) و نیز استعمال دخانیات در نوجوانان مورد آزمون و سنجش قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده از بررسی، حاکی از عدم وجود تفاوت آماری معنادار به لحاظ مصرف دخانیات در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله بود؛ اما پس از اجرای برنامه درگیرسازی والدین، استعمال دخانیات در دو گروه آزمون و شاهد دارای اختلاف معناداری به لحاظ آماری است ( $p < 0/05$ ). علاوه بر این، میزان درگیرسازی والدین که در ۳ مرحله قبل از درگیرسازی، ۲ هفته پس از پایان درگیرسازی و یک ماه پس از اتمام درگیرسازی جهت بررسی تداوم فرایند درگیرسازی اندازه‌گیری شده بود، از طریق آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری (Repeat Measure ANOVA) مورد ارزیابی قرار گرفت که نتایج، نشان‌دهنده افزایش میزان درگیرسازی و وجود اختلاف معنادار آماری در این زمینه است ( $p < 0/0001$ ).

نتیجه‌گیری و بحث: نتایج این مطالعه حاکی است که برنامه درگیرسازی طراحی شده قابلیت اصلاح رفتارهای غیر بهداشتی نوجوانان پسر در بعد استعمال دخانیات و نیز افزایش درگیرسازی والدین را داشته است، فلذا فرضیه این تحقیق، مبنی بر کاهش استعمال دخانیات در نوجوانانی که خانواده در آموزش و تصحیح رفتارهای غیر بهداشتی ایشان درگیر شده، مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به نتایج حاصل پیشنهاد می‌شود برای پیشگیری و جلوگیری از استعمال دخانیات در نوجوانان و ارتقای سلامت آنان از راهکاری عملی برنامه درگیرسازی طراحی شده در این پژوهش استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: درگیرسازی والدین، استعمال دخانیات، نوجوانان

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سیزدهم - شماره ۶۳

تیر ۱۳۸۵

تاریخ وصول: ۸۲/۶/۱۶

تاریخ پذیرش: ۸۳/۱۲/۲۶

## مقدمه

سلامت دوران کودکی و نوجوانی، ضامن سلامتی در دوران میانسالی و سالخوردگی است. نوجوانی، فعال‌ترین و بحرانی‌ترین دوره از سیر تکاملی زندگی انسان است که طبق نظر سازمان جهانی بهداشت دهه دوم عمر، یعنی بین ۱۰ تا ۱۹ سالگی را شامل می‌گردد. متأسفانه تا سالیان اخیر هیچ‌گونه برنامه بهداشتی منظم و مدونی جهت ارائه به نوجوان در سراسر دنیا وجود نداشت و این قشر عظیم جامعه تا نیمه دوم قرن بیستم کاملاً نادیده گرفته می‌شدند. با تغییر نگرش به پدیده سلامتی و با درک اهمیت دوران نوجوانی در تأمین سلامتی دوران بعدی زندگی، به تدریج بر اهمیت کنترل وزن بدن، تغذیه متعادل، فعالیت بدنی کافی، و عدم استعمال دخانیات در جلوگیری از بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های فرعی دیگر صحنه گذاشته شد. اهمیت توجه به مقوله نوجوانی و جوانی از منظری دیگر نیز قابل بررسی است، چرا که جمعیت نوجوان ۱۰ تا ۱۹ ساله ایران طبق سرشماری سال ۱۳۷۵ نزدیک به ۲۷ درصد از کل جمعیت ایران را شامل می‌شود که نسبت به سال ۱۳۵۵، ۱۰۵ درصد رشد داشته است. در حال حاضر، جمعیت نوجوان ایران ۲۷/۱ درصد از کل جمعیت ایران را در بر می‌گیرد. این جمعیت بزرگ از نظر بهداشتی در معرض خطر اعتیاد به مواد مخدر و سیگار، بروز اختلالات تغذیه‌ای، عدم فعالیت جسمی و کلاً رفتارهای ناصواب بهداشتی نیز قرار دارد [۱]. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (center for disease control and prevention: CDC) (۲۰۰۱) بیش‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت و بهداشت نوجوانان را وجود رفتارهای مخاطره‌آمیز و غیربهداشتی، نظیر استعمال دخانیات و الکل، وضعیت تغذیه‌ای نامناسب و عدم تحرک جسمی بیان می‌کند [۲]. طبق آمار منتشر شده از سوی این مرکز، رفتارهای مخاطره‌آمیزی نظیر استعمال دخانیات از میزان ۱۲/۷ درصد در سال ۱۹۹۱ به ۱۶/۸ درصد در سال ۱۹۹۹ افزایش یافته است. به بیان این

آمار و ارقام در طول یک سال در جهان ۳ میلیون نفر به علت استعمال دخانیات و عوارض بیماری‌های ناشی از سیگار فوت شده‌اند که ۵۰ هزار نفر آن متعلق به کشور ایران بوده است. درصد نوجوانان سیگاری نشان می‌دهد که در ۱۱ تا ۱۲ سالگی این میزان پایین است، لکن از حدود ۱۵ سالگی از بین هر ۴ نفر نوجوان یک نفر سیگار می‌کشد [۳] و بدین ترتیب مصرف دخانیات در نوجوانی به‌طور چشمگیر افزایش پیدا می‌کند. براساس تحقیقی که در مورد ۱۸ هزار نفر سیگاری در ایران صورت گرفته، مشخص شده که ۸۲ درصد از معتادین به سیگار در ۱۴ سالگی و کم‌تر از آن شروع به کشیدن سیگار کرده‌اند. به‌طور کلی می‌توان گفت که ۸۸ درصد از سیگاری‌ها در ایران در سنین مدرسه به سیگار کشیدن روی آورده‌اند [۴]. با استناد به یافته‌های پژوهش‌های سیام (۱۳۷۵) در مشهد چنین استنباط می‌گردد که غالب دانش‌آموزان از ارتباط بیماری‌های مختلف با سیگار اطلاع اندک دارند. از طرف دیگر، خانواده به‌عنوان واحد بنیادی جامعه و کانون اصلی رشد و تعالی انسان که از نظر تربیتی، نقش اصلی را به عهده دارد، تنها ۵ درصد از اطلاعات‌دهی به نوجوان در مورد مضرات سیگار را به عهده داشته است. سایر مطالعات انجام شده در ایران نیز حاکی از انفعال خانواده‌ها در امر آگاهی‌رسانی و آموزش مضرات استعمال دخانیات است [۵]. متأسفانه تجربه زودرس استعمال دخانیات می‌تواند با سایر مشکلات بهداشتی نظیر اعتیاد به مواد مخدر و انحرافات اخلاقی و اختلالات جسمی نیز همراه باشد، مضافاً این که بسیاری از بیماری‌های مزمن و خطرناک بزرگسالی، مانند ابتلا به انواع بیماری‌های ریوی و سرطان‌ها می‌تواند ناشی از این عادت ناصحیح بهداشتی در دوران نوجوانی باشد [۷۶]. به‌نظر می‌رسد، درگیرسازی والدین در فرایند رشد و توجه به آموزش بهداشت نوجوانان می‌تواند سبب پرورش نوجوان به طریق صحیح و مطمئن گردد و بر این اساس، پرستار بهداشت جامعه بایستی با توجه

شاهد انتخاب گردید. انجام کار در این پژوهش به ۳ مرحله تقسیم بندی شد:

**الف) مرحله اول:** در این مرحله و پس از انتخاب واحدهای مورد پژوهش، در ابتدا اطمینان و اعتماد ایشان از جهت محرمانه بودن اطلاعات کاملاً جلب گردید و سپس پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک و ارزیابی استعمال دخانیات که بر اساس پرسشنامه استاندارد «رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان (Youth Risk Behavior Survey: YRBS)» بازنگری شده بود، توسط ۱۰ تن از اساتید دانشگاه تربیت مدرس، دانشگاه علوم پزشکی تهران و علوم بهزیستی و توانبخشی تأیید اعتبار شد. در این پرسشنامه بازنگری شده، سن شروع به استعمال دخانیات، دفعات مصرف سیگار و قلیان در طی ۳۰ روز و تعداد نخ و یا دفعات مصرف قلیان، و دوستان سیگاری مورد تأکید قرار گرفت. علاوه بر این، اطلاعات دیگری نظیر تعداد افراد سیگاری در خانواده، علل گرایش نوجوانان به سیگار، و نحوه تهیه دخانیات جهت برنامه ریزی بهتر در فرایند درگیرسازی والدین اخذ گردید. پس از تکمیل پرسشنامه توسط دو گروه آزمون و شاهد، از طریق دعوتنامه و با هماهنگی مدیر مدرسه از والدین گروه آزمون درخواست شد تا در جلسه ای جهت توجیه و آشنایی حضور به هم رسانند. در این جلسه، اهداف تحقیق، چگونگی انجام آن و نقش والدین به وضوح تشریح شد و سپس چکلیست تعیین درگیرسازی والدین که اعتبار و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته بود، برای بررسی وضع موجود به ایشان ارائه شد. بدین ترتیب، ارزیابی ابتدایی به عمل آمد و پژوهشگر برای انجام اقدام مداخله ای، مرحله دوم را طرح ریزی کرد.

**ب) مرحله دوم:** در این مرحله بر اساس ارزیابی آغازین و اهداف تحقیق ۴ جلسه آموزشی برنامه ریزی

به نقش های جامعه نگر خود یکی از اقدامات پیشگیرانه را به درگیرسازی خانواده ها جهت تصحیح روش ها و عادات نادرست بهداشتی نوجوانان کند. بر این اساس، پژوهشگر بر آن شد تا ارتباط درگیرسازی والدین و استعمال دخانیات در نوجوانان را مورد بررسی قرار دهد.

### مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی، از نوع طرح گروه کنترل با گزینش غیر تصادفی است که به منظور تعیین میزان تأثیر برنامه درگیرسازی والدین بر استعمال دخانیات در نوجوانان پسر ۱۶-۱۳ ساله منطقه ۶ تهران در سال ۱۳۸۲ صورت گرفته است. فرضیه این پژوهش عبارت است از این که استعمال دخانیات در نوجوانان پسر گروه آزمون بعد از برنامه درگیرسازی والدین، نسبت به گروه شاهد کاهش می یابد. در این تحقیق، برنامه درگیرسازی والدین متغیر مستقل است که جهت والدین واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون به مرحله اجرا گذاشته شده و اجرای این برنامه به عنوان دستکاری محسوب می گردد. مطابق با فرمول آماری تعیین حجم نمونه ۷۶ نفر از نوجوانان انتخاب گردیده که ۳۸ نفر از ایشان به عنوان گروه آزمون در نظر گرفته شدند و یک گروه از نوجوانان نیز به عنوان گروه کنترل جهت حذف متغیرهای ناخواسته و مداخله گر استفاده گردیدند. از بین مدارس منطقه ۶، دو مدرسه راهنمایی را به شکل کاملاً تصادفی انتخاب کرده و سپس معیار ورود و خروج از مطالعه این گونه در نظر گرفته شد:

- نوجوانان تحت قیمومیت ناپدری و نامادری و یا سایر بستگان نباشند.
- والدین ایشان دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن باشند.
- نوجوانان در گروه سنی ۱۶-۱۳ سال قرار داشته باشند.
- سپس یکی از مدارس به شکل تخصیص تصادفی به عنوان گروه آزمون و مدرسه دیگر به عنوان گروه

ج) **مرحله سوم:** پس از گذشت یک ماه از درگیرسازی والدین در امر پیشگیری و جلوگیری از استعمال دخانیات در نوجوانان، ابتدا در جلسه‌ای با حضور نوجوانان مجدداً پرسشنامه ارزیابی استعمال دخانیات توسط ایشان تکمیل گردید. این کار در مورد گروه شاهد نیز به همین منوال صورت گرفت. سپس از طریق دعوتنامه از والدین گروه آزمون درخواست شد تا جهت ارزشیابی پایانی و تکمیل چک‌لیست تعیین درگیرسازی والدین برای بار دیگر حضور به هم رسانند. بدین ترتیب پس از پایان مرحله سوم، مرحله اجرایی و مداخله‌ای این پژوهش به پایان رسید. سرانجام اطلاعات جمع‌آوری شده در دو مرحله قبل و بعد از اجرای مداخله، تجزیه، تحلیل و مورد مقایسه قرار گرفت. میزان درگیرسازی والدین نیز در سه نوبت جهت بررسی توالی فرایند درگیرسازی بررسی و مقایسه گردید.

### نتایج

طبق نتایج حاصل، میانگین سنی گروه آزمون ۱۳/۷۶ و گروه شاهد ۱۳/۹۷ بوده که با  $p > 0/05$  از نظر آماری تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. ۱۰۰ درصد از واحدهای مورد پژوهش، چه در گروه آزمون و چه در گروه شاهد با هر دو والد خود زندگی می‌کردند. مطالعه بائمان (Bauman) و همکاران او (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که وجود فرزند در خانواده تک‌والدی یا دو‌والدی در شروع درگیرسازی والدین تأثیر ندارد، اما بر ادامه آن و تکمیل این درگیرسازی تأثیرگذار است [۸]. لذا با توجه به برابری دو گروه در نحوه سرپرستی، متغیر مداخله‌گر نوع سرپرستی که می‌تواند در میزان درگیرسازی اولیای نوجوانان تأثیرگذار باشد کاملاً کنترل شده است. دو گروه به لحاظ سایر عوامل مداخله‌گر، نظیر تحصیلات والدین، شغل ایشان و اعضای سیگاری خانواده نیز مورد یکسان‌سازی قرار گرفتند. مطابق با اطلاعات به‌دست آمده سن شروع استعمال دخانیات در گروه آزمون ۱۰ سالگی و در

گردید و از والدین درخواست شد تا در این جلسات که در ۳ محور ارتباط با نوجوان، مضرات و عوارض استعمال دخانیات، و راهکارهای عملی جهت پیشگیری و جلوگیری از استعمال دخانیات توسط والدین طراحی شده بود، طبق برنامه حضور به هم رسانند. در هر یک از جلسات در ابتدا، اهداف آموزشی آن جلسه بیان می‌گردید و سپس در مورد موضوع مطرح شده، ۲۰ دقیقه سخنرانی صورت می‌گرفت و در ادامه از طریق پرسش و پاسخ و بحث به مسائل و مشکلات والدین در آن زمینه پاسخ داده می‌شد. در پایان، جمع‌بندی و خلاصه‌ای از مباحث مطرح شده جهت نتیجه‌گیری ارائه می‌گردید و بسته آموزشی مرتبط با موضوع مورد بحث جهت مطالعه و به‌کارگیری موارد عنوان شده به ایشان تحویل داده می‌شد. نحوه درگیرسازی بدین شکل بود که والدین راهکارهای علمی توصیه شده را به‌صورت عملی در محیط خانواده به اجرا در می‌آوردند. پس از اجرای راهکارها در صورت وجود هرگونه ابهام در این زمینه از طریق شماره تماس ارائه شده، با پژوهشگر تماس می‌گرفتند تا موارد از طریق مشاوره تلفنی و در صورت نیاز مشاوره حضوری در محل مدرسه مرتفع گردد. در جلسات بعد نیز در ابتدا از جلسه قبل ارزشیابی به‌عمل آمده، نقاط مبهم موجود شفاف می‌شد و در ادامه موضوع جلسه مطابق با برنامه طرح‌ریزی شده، ارائه می‌گردید.

در جلسه آخر و پس از ارائه ۳ محور آموزشی، از کل جلسات ارزشیابی به‌عمل آمده، سپس به روش بحث گروهی در مورد مشکلات مطرح شده راه حل مناسب ارائه شد. همچنین در این جلسه چک‌لیست تعیین درگیرسازی والدین جهت تکمیل در ۲ هفته بعد به ایشان داده شد. بدین ترتیب پس از مشخص شدن نحوه درگیرسازی والدین، از ایشان درخواست شد تا تمام موارد توصیه شده را به مدت یک ماه جهت نوجوان خود به‌کار گیرند.

بر اساس نتایج حاصل، تفاوت میانگین روزهای مصرف سیگار در دو گروه قبل از مداخله به لحاظ آماری با  $p > 0/05$  معنادار نبوده است، لکن پس از مداخله، میانگین روزهای مصرف سیگار از حدود ۴ روز به ۲/۵ روز کاهش یافته که این تفاوت در مقایسه با گروه شاهد با  $p < 0/05$  از نظر آماری معنادار بوده است. آزمون آماری نیز این تفاوت میانگین قبل و بعد را در گروه آزمون معنادار شناخته است، در حالی که این تفاوت در گروه شاهد معنادار گزارش نشده است (جدول ۲).

گروه شاهد ۱۲ سالگی است و به طور کل میانگین سن شروع استعمال دخانیات ۱۱ سالگی عنوان شده است. از مجموع ۳۸ نفر در گروه آزمون و ۳۸ نفر در گروه شاهد و بر اساس نتایج حاصل، تعداد نوجوانانی که در گروه آزمون قبل از مداخله سیگار مصرف کرده‌اند ۱۰ نفر بوده‌اند که بعد از مداخله این میزان به ۸ نفر کاهش یافته است. اما این تعداد در گروه شاهد ۹ نفر بوده که به ۱۰ نفر افزایش یافته است. به رغم عدم معناداری آزمون کای دو در قبل و بعد از مداخله، کاهش دو نفری نوجوانان سیگاری احتمالاً به دلیل تأثیر درگیرسازی والدین است (جدول ۱).

جدول ۱ توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مصرف سیگار قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

مداخله گروه فراوانی مصرف سیگار		قبل				بعد			
		آزمون		شاهد		آزمون		شاهد	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بله	۱۰	۲۶	۹	۲۴	۸	۲۱	۱۰	۲۶	
خیر	۲۸	۷۴	۲۹	۷۶	۳۰	۷۹	۲۸	۷۴	
جمع	۳۸	۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۸	۱۰۰	
نتیجه آزمون کای دو		$X^2=0/03$				$X^2=0/291$			
		$p=0/791$				$p=0/589$			
		$p. Value > 0/05$				$p. Value > 0/05$			

جدول ۲ مقایسه میانگین تعداد روزهای مصرف سیگار (در ۳۰ روز گذشته) توسط واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

مداخله	شاخص گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون من ویتنی یو		آزمون ویلکاکسون	
					P.Value	U	شاهد	آزمون
۱	آزمون	۱۰	۴/۲۰	۱/۱۴	۴۴/۵	۰/۵۷	۱/۹۳	مقایسه قبل و بعد از مداخله
	شاهد	۹	۴/۱۱	۱/۵۴				
۲	آزمون	۸	۲/۸۸	۰/۶۴	۱۴	۰/۱۹	۰/۰۵	مقایسه قبل و بعد از مداخله
	شاهد	۹	۴/۹	۱/۷۹				

جدول ۳ مقایسه میانگین تعداد نخ سیگار مصرفی روزانه توسط واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

آزمون ویلکاکسون		آزمون من ویتنی یو		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص	
							مداخله	گروه
شاهد		آزمون		P.Value	U	۱۰	آزمون	
مقایسه قبل و بعد از مداخله	$Z=0/93$	مقایسه قبل و بعد از مداخله	$Z=2/4$				$p=0/814$	۴۲/۵
	$p=0/655$		$p=0/002$	۶	۰/۵۳	۲/۵۶	۹	
				$p<0/01$	۶	۰/۵۲	۱/۳۸	شاهد
								$p=0/01$

جدول ۴ توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب مصرف قلیان قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

بعد				قبل				مداخله	
شاهد		آزمون		شاهد		آزمون		گروه	فراوانی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	مصرف قلیان	
۳۴	۱۳	۱۳	۵	۳۲	۱۲	۲۹	۱۱	بله	
۶۶	۲۵	۸۷	۳۳	۶۷	۲۶	۷۱	۲۷	خیر	
۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۸	جمع	
$X^2=4/569$ $p=0/03$				$X^2=0/602$ $p=0/8$				نتیجه آزمون کای دو	
p. Value<0/05				p. Value>0/05					

بر اساس نتایج حاصل، تعداد نوجوانانی که قبل از مداخله از قلیان استفاده کرده اند در گروه آزمون ۱۱ نفر و در گروه شاهد ۱۲ نفر بوده اند که به لحاظ آماری تفاوت معناداری بین گروه آزمون و شاهد وجود نداشته است. بعد از مداخله، این میزان در گروه آزمون به ۵ نفر کاهش و در گروه شاهد به ۱۳ نفر افزایش یافته است. آزمون کای دو این تفاوت در مرحله پس از مداخله را به لحاظ آماری با  $p<0/05$  معنادار تشخیص داده است.

جدول ۴ تعداد دفعات مصرف قلیان در یک ماه گذشته را نشان می دهد. بر اساس نتایج، تفاوت میانگین

همچنین تفاوت میانگین تعداد نخ مصرفی در دو گروه، قبل از مداخله، به لحاظ آماری با  $p>0/05$  معنادار نبوده، لکن پس از مداخله با توجه به کاهش میانگین تعداد نخ از حدود ۲/۵ نخ به ۱/۵ نخ کاهش یافته است که این تفاوت در مقایسه با گروه شاهد با  $p<0/01$  از نظر آماری معنادار بوده است. آزمون آماری نیز این تفاوت میانگین قبل و بعد را در گروه آزمون با  $p<0/05$  معنادار شناخته، در حالی که این تفاوت در گروه شاهد با  $p>0/05$  معنادار گزارش نشده است (جدول ۳).

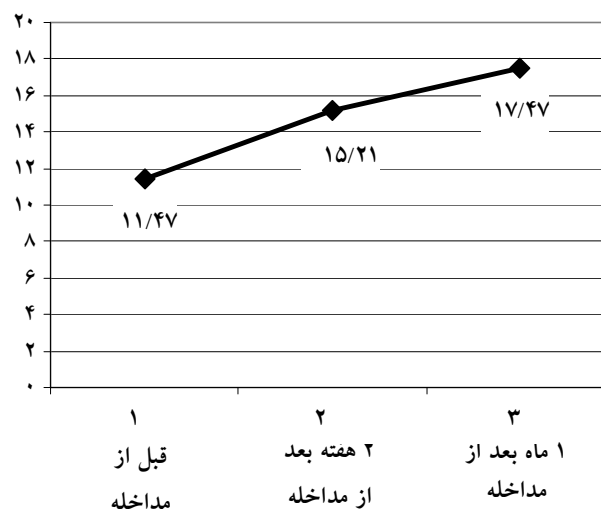
جدول ۵ توزیع فراوانی عوامل اعتیاد نوجوان به دخانیات از دید واحدهای مورد پژوهش

عوامل	موارد ذکر شده توسط نوجوانان	تعداد	درصد
خانوادگی	عدم آموزش والدین	۸	۶
	عدم کنترل والدین	۱۱	۸
	عدم وجود ارتباط مناسب والدین با نوجوان	۹	۶/۵
	مشاجره و اختلافات خانوادگی	۱۰	۷
	عدم درگیرسازی نوجوان در تصمیم گیری های خانواده	۳	۲/۵
	استعمال دخانیات در خانواده	۹	۶/۵
اجتماعی	دوستان ناباب	۱۴	۱۰/۵
	تحقیر و طرد از جانب دوستان	۱	۰/۵
	جلب توجه اجتماعی	۸	۶
	تلویزیون، ماهواره و رسانه های جمعی	۲	۱/۵
	عدم وجود تفریحات و سرگرمی	۱۲	۹
	عدم آموزش از سوی نهادهای ذیربط	۸	۶
روان شناختی	احساس بزرگی	۸	۶
	کنجکاوی	۵	۳/۵
	تقلید از دیگران	۱۰	۷
	وضعیت درسی نامطلوب و ترک تحصیل	۴	۳
محیطی	در دسترس بودن سیگار	۱۰	۷
	وضعیت بد اقتصادی (بیکاری پدر)	۱	۰/۵
	رفاه بیش از حد (پول زیاد)	۳	۲/۵
	وجود افراد خلافکار در منطقه محل سکونت	۱	۰/۵
جمع		۱۳۷	۱۰۰

میانگین نمرات  
درگیرسازی والدین

$$F=32/1$$

$$p<0/001$$



نمودار ۱ مقایسه نمرات میزان درگیرسازی والدین در گروه آزمون در ۳ مرحله قبل از مداخله، ۲ هفته بعد از مداخله و ۱ ماه پس از اتمام مداخله

### بحث و نتیجه‌گیری

به‌منظور تعیین تأثیر برنامه درگیرسازی والدین بر استعمال دخانیات در نوجوانان پسر، میانگین تعداد روزهای مصرف سیگار در ۳۰ روز گذشته، تعداد نخ‌های مصرفی روزانه و نیز دفعات مصرف قلیان در یک ماه گذشته در دو گروه آزمون و شاهد به فاصله یک ماه پس از اجرای برنامه مداخله‌ای اندازه‌گیری شد. همچنین میزان درگیرسازی والدین از طریق چک‌لیست در ۳ مرحله مورد سنجش قرار گرفت. سن شروع استعمال دخانیات در این مطالعه در مقایسه با مطالعات قبلی، نظیر مطالعه «شی» (Che) و پرسی (Percy) (۲۰۰۱) که عموماً ۱۳-۱۲ سالگی عنوان شده، پایین‌تر به نظر می‌رسد که حاکی از وضعیت وخیم شیوع دخانیات در بین نوجوانان است. با توجه این که فاصله بین شروع سیگار و مصرف منظم سیگار تنها یک تا ۲ سال است [۱۰]. لذا ضرورت دارد تا برنامه‌های پیشگیری عموماً از سن ۱۲ تا ۱۶ سالگی به مرحله اجرا درآید. چراکه بر اساس مطالعات صورت گرفته متعدد، رفتارهای مخاطره‌آمیز و غیربهداشتی از این سن آغاز می‌شود و این دوره سنی، بهترین زمان برای ایجاد تغییرات مثبت رفتاری محسوب می‌گردد [۹]. با توجه به این که سن هدف در این مطالعه ۱۶-۱۳ سالگی در نظر گرفته شده می‌توان چنین ادعا کرد که برنامه درگیرسازی مشارکتی والدین در بهترین دوره زمانی جهت پیشگیری و کنترل فرایند استعمال دخانیات برای نوجوانان مورد مطالعه به مرحله اجرا درآمده است.

درصد افراد سیگاری در گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۲۶ و ۲۴ درصد بوده که با پیمایش‌های رفتارهای مخاطره‌آمیز نوجوانان (YRBS) در نقاط مختلف جهان از جمله ایالات متحده، تایوان، زیمبابوه، هنگ کنگ همخوانی دارد [۱۰، ۱۱]. اگرچه آزمون کای دو تفاوت معنادار آماری را به لحاظ تعداد افراد سیگاری در دو گروه آزمون و شاهد گزارش نکرده

دفعات مصرف قلیان در دو گروه، قبل از مداخله به لحاظ آماری با  $p > 0.05$  معنادار نبوده است؛ اما پس از مداخله با توجه به کاهش میانگین دفعات مصرف قلیان از حدود ۴ دفعه به ۲ دفعه کاهش یافته است که این تفاوت در مقایسه با گروه شاهد با  $p < 0.01$  از نظر آماری معنادار بوده است. آزمون آماری نیز این تفاوت میانگین قبل و بعد را در گروه آزمون را معنادار شناخته است در حالی که این تفاوت در گروه شاهد معنادار گزارش نشده است.

براساس نتایج حاصل، قبل از مداخله، تفاوت میانگین تعداد دوستان سیگاری به لحاظ آماری معنادار نبوده است، لکن پس از مداخله، تفاوت میانگین تعداد دوستان سیگاری در دو گروه آزمون و شاهد از نظر آماری با  $p < 0.05$  معنادار بوده است.

مطابق با جدول ۵ علل اعتیاد به دخانیات از دیدگاه نوجوانان از طریق سؤال باز پاسخ مورد بررسی قرار گرفت که از مجموع موارد عنوان شده، عوامل خانوادگی با ۳۶/۵ درصد، بیش‌ترین میزان را به خود اختصاص داده است.

نمودار ۱ میانگین نمرات درگیرسازی والدین را در گروه آزمون در سه مرحله قبل از مداخله، ۲ هفته بعد از مداخله، و یک ماه پس از مداخله نشان می‌دهد. آزمون آماری استفاده شده در این مورد آنالیز واریانس با اندازه تکراری (repeat measure ANOVA) بوده که با توجه به این که آزمون کرویت موخلی (Mauchly) با  $p < 0.05$  معنادار شده، لذا از آزمون گرین هوس جیشر (Greenhouse-Geisser) استفاده شد که بر این اساس  $p < 0.001$  بوده و لذا تفاوت میانگین نمرات درگیرسازی والدین با  $p < 0.001$  به لحاظ آماری معنادار بوده است. بدین لحاظ به نظر می‌رسد برنامه طراحی شده جهت والدین در افزایش میزان درگیرسازی ایشان در طول زمان مؤثر بوده است.



سختی اتفاق می‌افتد، در حالی که آموزش سریع در برنامه‌های پیشگیری از این اتفاق جلوگیری می‌کند.

(ج) برنامه‌های پیشگیری با سیستم مدرسه همخوانی دارد.

(د) کاهش استعمال در نوجوانانی که به‌طور منظم - نه گاه به گاه - از دخانیات استعمال می‌کنند بسیار مشکل است، چرا که تأکید و توجه آن‌ها به زمان حال است و حاضر نیستند عواقب خطرناکی را که در آینده با آن مواجه خواهند شد بپذیرند.

لذا با توجه به دلایل فوق در برنامه درگیری‌سازی طراحی شده، پژوهشگر بیش از این که بر ترک سیگار تمرکز کند بر پیشگیری از استعمال دخانیات و کاهش روند تصاعدی مصرف دخانیات متمرکز بود. بدین لحاظ این برنامه هم برای نوجوانان سیگاری و هم نوجوانان غیر سیگاری که به‌صورت بالقوه مستعد اعتیاد به دخانیات بودند، قابل اجرا بود. به‌نظر می‌رسد عدم افزایش تعداد افراد سیگاری در گروه آزمون در مقایسه با افزایش نوجوانان سیگاری در گروه شاهد، حاکی از موفقیت برنامه درگیری‌سازی والدین در پیشگیری و متوقف ساختن استعمال دخانیات باشد.

با توجه به تفاوت آماری معنادار در مورد میانگین تعداد روزهای استعمال دخانیات در ۳۰ روز گذشته، به‌نظر می‌رسد برنامه درگیری‌سازی والدین در کنترل و نظارت نوجوانان موفق بوده و با توجه به کنترل سایر متغیرهای مداخله‌گر می‌توان چنین نتیجه گرفت که احتمالاً عامل کاهش‌دهنده تعداد روزهای مصرف سیگار در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد، عبارت بوده است از: درگیری‌سازی والدین و توجه و نظارت ایشان در امر پیشگیری از استعمال دخانیات و توقف فرایند ازدیاد روزهای سیگار کشیدن نوجوانان سیگاری. میانگین تعداد نخ‌های مصرفی سیگار نیز در این مطالعه مورد مذاقه قرار گرفت، چرا که از دیگر محورهای مهم در پیشگیری و توقف استعمال دخانیات در نوجوان، کاهش تعداد نخ‌های مصرفی در روزهایی

است، اما این امر به دلایل زیر، نافی تأثیر برنامه درگیری‌سازی نخواهد بود:

۱. به سبب خاصیت اعتیادآوری دخانیات و نیز تأثیر بسیار زیاد گروه همسال در افزایش تمایل نوجوان به سیگار، بدیهی به نظر می‌رسد که به شکل عادی و بدون وجود برنامه پیشگیری، تعداد افراد سیگاری در طول زمان افزایش یابد و باید انتظار داشت که پس از گذشت زمانی چند، شاهد نوجوانان سیگاری زیادتری باشیم که گرچه ممکن است تنها به‌صورت تفتنی دخانیات مصرف کنند، اما به هر حال در گروه افراد سیگاری قرار خواهند گرفت. بدین لحاظ به‌نظر می‌رسد که نه تنها عدم افزایش تعداد افراد سیگاری در گروه آزمون که کاهش این تعداد از ۱۰ نفر به ۸ نفر به نوعی مؤید موفقیت برنامه درگیری‌سازی والدین در جهت پیشگیری از استعمال دخانیات باشد. به عبارت دیگر در گروه شاهد افزایش یک نفری در تعداد افراد سیگاری ملاحظه می‌شود، اما در همین مدت، گروه آزمون، کاهش ۲ نفری نوجوانان سیگاری را گزارش می‌دهد که به وضوح در پرسشنامه خویش در پاسخ به سؤال مربوط به مصرف یا عدم مصرف دخانیات عبارت «ترک کرده‌ام» را قید کرده‌اند.

۲. مطالعات و کتب متعدد علمی، متفق‌القول اذعان دارند که با توجه به میزان مصرف پایین سیگار در نوجوانی، برنامه‌های ترک سیگار به نسبت برنامه‌های پیشگیری موفقیت‌چندانی نخواهند داشت. چندین دلیل برای موفقیت‌آمیز بودن برنامه‌های پیشگیری در مقایسه با برنامه ترک سیگار وجود دارد:

(الف) میزان برگشت اعتیاد در برنامه‌های ترک سیگار بسیار بالا است. برنامه‌های پیشگیری ممکن است فرایند اعتیاد را متوقف کنند، در حالی که در برنامه‌های ترک این اتفاق به سختی روی می‌دهد.

(ب) در برنامه‌های ترک، به سبب بروز عوارض جسمی در نوجوانان در اثر فرایند اعتیاد، ترک سیگار به

است که نوجوان از سیگار استفاده کرده است. به دیگر سخن، برنامه‌ای موفق خواهد بود که علاوه بر کاهش روزهای استعمال دخانیات قادر باشد دفعات مصرف سیگار را نیز کاهش دهد. لذا در مطالعه حاضر، این مورد نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. براساس نتایج حاصل، میانگین تعداد نخ‌های مصرفی در ۲ گروه آزمون و شاهد با  $p > 0.05$  به لحاظ آماری تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد. میانگین مصرف در دو گروه تقریباً برابر با  $2/5$  نخ در روز است که با مطالعات مرکز CDC (۲۰۰۱) و نیز مطالعه لی (۲۰۰۱) در هنگ‌کنگ همخوانی دارد [۱۱ و ۱۲]. پس از انجام برنامه مشارکتی نیز میانگین تعداد نخ‌های مصرفی در گروه آزمون کاهش یافته، در حالی که در گروه شاهد به سبب خاصیت تصاعدی استعمال دخانیات، افزایش مصرف سیگار مشاهده می‌شود. آزمون آماری با  $p < 0.05$  تفاوت معناداری از نظر مصرف تعداد نخ‌های سیگار در گروه آزمون و شاهد بعد از اجرای برنامه مشارکتی نشان می‌دهد. علاوه بر این که مقایسه قبل و بعد میانگین تعداد نخ‌های استعمال شده در نوجوانان گروه آزمون، حاکی از کاهش تعداد نخ‌های مصرفی بوده است که این تفاوت به لحاظ آماری با  $p < 0.05$  معنادار گزارش شده است. به نظر می‌رسد در مورد کنترل تعداد نخ‌های مصرفی توسط نوجوانان نیز درگیرسازی والدین دارای تأثیر شگرف و جالبی بوده که در سایر مطالعات نیز بدان اشاره شده است.

شایع‌ترین دخانیات مصرفی بعد از سیگار، قلیان است که متأسفانه علی‌رغم مضر بودن، بدان چندان توجه نمی‌شود. لذا با توجه به شیوع مصرف قلیان‌های میوه‌ای این مورد نیز مورد بررسی قرار گرفت. به نظر می‌رسد درگیرسازی والدین در کنترل مصرف قلیان در مقایسه با سیگار رضایتبخش‌تر بوده، چرا که قلیان بر خلاف سیگار به ملزومات و امکانات زیادتری نیازمند است که سهولت مصرف آن را در نوجوان مورد تردید قرار می‌دهد. لذا والدین با کنترل رفت و آمد نوجوان و

دوستان وی، با توجه به ماهیت دشوار مصرف قلیان، توانایی زیادتری در توقف فرایند استعمال قلیان توسط نوجوان خواهند داشت. عدم سهولت تهیه، گرانی نسبی قلیان در مقایسه با سیگار، و احتیاج به مکان‌های خاص (نظیر سفره‌خانه) برای مصرف قلیان، همگی از عواملی هستند که به راحتی می‌توانند توسط والدین کنترل شوند و بدین طریق این فرایند مخرب را متوقف سازند. علاوه بر این، بسیاری از نوجوانان از آثار مخرب قلیان چندان آگاه نیستند و فکر می‌کنند مصرف قلیان دارای ضرر و عوارض بسیار کمی در مقایسه با سیگار است و لذا توجه عواقب و عوارض جسمی و روحی قلیان توسط والدین و تفهیم آن به نوجوان نیز می‌تواند از دیگر عوامل کنترل مصرف قلیان در مقایسه با مصرف سیگار باشد، چرا که بعضاً نوجوانانی وجود دارند که از سیگار استفاده نمی‌کنند، ولی در برابر مصرف قلیان مقاومتی از خود نشان نمی‌دهند و اشکالی در مصرف آن نمی‌بینند. بررسی میانگین دفعات مصرف قلیان در ۳۰ روز گذشته، حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار در قبل از مداخله است، اما پس از اجرای برنامه درگیرسازی والدین، آزمون من‌ویتنی با  $p < 0.05$  تفاوت میانگین مصرف در گروه آزمون و شاهد را به لحاظ آماری معنادار گزارش کرده است. لذا به نظر می‌رسد برنامه مشارکتی طراحی شده در کاهش مصرف قلیان نیز کارایی خود را به اثبات رسانیده است.

تعداد دوستان سیگاری نیز از جمله عواملی است که می‌تواند بر افزایش استعمال دخانیات مؤثر باشد. لذا از درگیرسازی والدین جهت کنترل این مورد استفاده گردید که مطابق با نتایج، پس از درگیرسازی والدین در گروه آزمون، میانگین تعداد دوستان سیگاری کاهش یافته است، بنابراین به نظر می‌رسد آگاه‌سازی والدین از تأثیر گروه همسال، چه از طریق جلسات حضوری و چه از طریق جزوات آموزشی و ذکر راهکارهای عملی جهت کنترل آیین معاشرت و دوستیابی نوجوان و جلب

درگیرسازی اجرا شده نه تنها در طول زمان کارایی خویش را از دست نداده، بلکه بر اثربخشی آن نیز افزوده شده است. به نظر می‌رسد از عمده دلایل حفظ این فرایند تصاعدی، دریافت اهمیت مشارکت در تصحیح رفتارهای فرزند توسط والدین، دریافت بازخورد مثبت از طریق مشاهده بهبود رفتار فرزند، وجود راهنمای عملکرد عینی و کاربردی در مواقع مورد لزوم، و سهولت انجام این موارد به سبب تکرار و تمرین در مراحل بعدی است. مطالعه مشابه زنده‌طلب (۱۳۷۷) برای بررسی تعیین میزان مشارکت والدین بر عزت نفس نوجوانان پسر در شهر مشهد نیز حاکی از افزایش میزان مشارکت در قبل و بعد از مداخله است [۱۳]. اگرچه این مطالعه تنها در دو مقطع به بررسی میزان مشارکت والدین پرداخته است، اما به هر حال افزایش مشارکت که با  $p < 0.05$  به لحاظ آماری معنادار تلقی شده است، نشان‌دهنده، ماهیت پویا و مداوم فرایند مشارکت است. با توجه به نتایج حاصل می‌توان چنین اذعان کرد که برنامه درگیرسازی والدین قادر بوده در پیشگیری و جلوگیری از استعمال دخانیات نقش برجسته‌ای ایفا کند. بر این اساس، پژوهشگر پیشنهاد می‌کند این برنامه با مدیریت پرستاران بهداشت جامعه در مدارس و حتی مراکز بهداشتی-درمانی به اجرا درآید و از طریق تشکیل پرونده‌های بهداشتی و درگیرسازی والدین، نه تنها در زمینه استعمال دخانیات، بلکه در سایر زمینه‌های بهداشتی و رفتارهای مخاطره‌آمیز نیز این برنامه به اجرا گذاشته شود.

## منابع

1. دوستدار صنایع مهرناز. آموزش بهداشت نوجوانان در منطقه مدیترانه شرقی. بهداشت جهان، ۱۳۷۸، سال ۱۳، شماره ۲: صفحات ۵۴-۵۰.
2. Center for disease control and prevention, Youth Risk Behavior Survey. [monograph on CD-ROM] US Department of health and human service.

مشارکت ایشان در جهت کنترل دوستان نوجوان، کارآمدی خود را به اثبات رسانیده است [۱۲].

عوامل اعتیاد به دخانیات از دید نوجوانان نیز مورد ارزیابی قرار گرفت که به نظر می‌رسد از منظر نوجوانان نیز مهم‌ترین عامل تأثیرگذار در کاهش اعتیاد در نوجوانان، درگیرسازی والدین در انجام آموزش به نوجوان، کنترل منطقی نوجوان، بهبود رابطه مناسب با فرزند، کاهش مشاجرات خانوادگی، عدم استعمال دخانیات در محیط منزل، دخالت دادن نوجوان در امر تصمیم‌گیری‌های خانواده، و توجه به استقلال نوجوان باشد. فرایند مشارکت و درگیرسازی دارای ماهیتی پویا و فعال است و باید این فرایند در طول زمان به‌طور مستمر ادامه داشته باشد. در صورتی که متخصصین علوم بهداشتی قادر باشند مشارکت جامعه را در طول زمان به شکلی پویا حفظ کنند، بی شک ارتقای سلامت جامعه و جامعه محور بودن خدمات بهداشتی دور از دسترس نخواهد بود. بدین جهت در مطالعه حاضر نیز این دیدگاه و نگرش لحاظ شده و پژوهشگر بر آن بود که درگیرسازی والدین را از طریق برنامه طراحی شده در طول زمان حفظ کند تا علاوه بر این که نوجوانان مورد مطالعه به شکل مداوم از نتایج این مشارکت پویا بهره می‌برند، سایر فرزندان نیز به نوعی از فواید این مداخلات بهره‌مند شوند. چک‌لیست درگیرسازی طراحی شده، علاوه بر این که وضعیت مشارکت والدین را اندازه می‌گرفت راهنمای عملکردی بود تا والدین از این طریق از کاستی‌های اقدامات خود آگاه شده، در مراحل بعدی سعی در تصحیح آن کنند. مضافاً این که باز خورد مثبت احتمالی در نتیجه به‌کارگیری اقدامات توصیه شده، نکته مثبتی جهت به‌کارگیری مجدد آن اقدامات محسوب می‌شد. بر این اساس، پژوهشگر بر آن شد تا با ارزیابی میزان مشارکت والدین از چگونگی سیر این فرایند اطلاع حاصل کند. مقایسه نتایج حاصل، حاکی از پیشرفت قابل ملاحظه مشارکت در طول زمان است. نتیجه مذکور، مبین این امر است که برنامه

۳. اسدیپور محمد. بررسی تأثیر آموزش به روش بحث گروهی بر میزان مصرف سیگار دانش آموزان پسر دبیرستان‌های شهر رفسنجان در سال ۷۶-۷۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، تهران: دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۸.
۴. پورقاضی لطفعلی (مؤلف). سیگار، سگته، سرطان. چاپ اول، تهران: انتشارات ناهید، ۱۳۷۴.
۵. سیام شهره. بررسی میزان آگاهی، عقاید و رفتار دانش آموزان پسر دبیرستان‌های شهر مشهد درباره سیگار. بهداشت جهان، ۱۳۷۵، سال ۱۰، شماره ۱۳: صفحات ۴۸-۵۳.
۶. Morton B, et al. Peer and parent influence on smoking and drinking among early adolescents. *Health Educ Behav* 2001; 28(1): 95-107.
۷. Giorino G, et al. Epidemiology of tobacco use and dependence. *Epidemiol Rev* 1995; 17:48-65.
۸. Bauman K, et al. Correlation of participation in family directed tobacco and alcohol prevention program for adolescents. *Health Educ Behav* 2001; 28(4): 440-461.
۹. لطف‌آبادی حسین. روان‌شناسی رشد. چاپ دوم، تهران، انتشارات سمت، ۱۳۷۹.
10. Che H.S, Percy M, Harner Sh. Cigarettes: A growing problem for Taiwanese Adolescents. *J of Community Health Nurs* 2001; 18(3): 167-172.
11. Lee A, Tsang C.K, Et al. A YRBS Survey of Youth Risk Behavior at alternative high schools and mainstream high school in Hong Kong. *J Sch health School Health* 2001; 71(9): 443-448.
12. Sargent L, Mankowski E, Peterson A, et al. Adolescents reason for Smoking. *J Sch health* 1992; 62(5):185-190.
۱۳. زنده‌طلب، حمیدرضا. بررسی تأثیر برنامه مشارکت والدین بر میزان عزت نفس نوجوانان پسر دبیرستان‌های شهر مشهد در سال تحصیلی ۷۶-۷۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، تهران: دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۷.