

# ارتباط الگوی باور بهداشتی با استعمال سیگار در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی گیلان

\*نسرین مختاری لاکه (M.Sc)<sup>۱</sup> - حسن قدسی (M.Sc)<sup>۲</sup> - شهلا اسیری (M.Sc)<sup>۱</sup> - دکتر احسان کاظم‌نژاد لیلی (Ph.D)<sup>۱</sup>

\*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

پست الکترونیک: Lakeh@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۹

## چکیده

مقدمه: سیگار یکی از عوامل مهم تهدیدکننده سلامت افراد بخصوص جوانان است. کشیدن سیگار رفتار پیچیده‌ای است که با عوامل روانی-اجتماعی، بیوشیمی و اقتصادی ارتباط دارد. الگوی باور بهداشتی تلاش می‌کند رفتارهای بهداشتی را با تمرکز بر اعتقاد و نگرش افراد توصیف کند. هدف: بررسی ارتباط چهار سازه الگوی باور بهداشتی (آسیب پذیری درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده و منافع درک شده) با مصرف سیگار در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی گیلان

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۸۹ بر ۲۲۲ دانشجوی پسر دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با کمک پرسشنامه‌ای که شامل اطلاعات دموگرافی (سن، رشته تحصیلی، تعداد فرزندان خانواده و...) و بعدهای چهارگانه الگوی باور بهداشتی (شدت درک شده، آسیب پذیری درک شده، موانع درک شده و منافع درک شده) بود انجام شد و برای تحلیل داده‌ها آزمون‌های آماری مجذور کا و من ویتنی بکار رفت.

نتایج: میانگین سنی دانشجویان ۲۲/۳±۳/۲ سال، ۸۷/۴٪ آنان مجرد و ۵۱ نفر (۲۳٪) سیگاری بودند. نتایج آزمون من-ویتنی نشان داد اختلاف آماری معنی دار در موانع درک شده (P=۰/۰۰۲) و منافع درک شده (P=۰/۰۰۰) در گروه دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری وجود دارد. داشتن دوستان سیگاری (OR=۱۶/۶۸)، سن (OR=۱/۳۲)، تحصیلات بالاتر (OR=۷/۵۱)، موانع درک شده بیشتر (OR=۲/۱۹۵) و منافع درک شده کمتر (OR=۰/۶۲۱) بیشترین ارتباط را با سیگار کشیدن نشان دادند.

نتیجه‌گیری: الگوی باور بهداشتی در بررسی عوامل مرتبط با استعمال سیگار کارایی دارد. لذا از این الگو می‌توان به عنوان چارچوبی برای طراحی و اجرای مداخله آموزشی در پیشگیری از مصرف سیگار استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: استعمال دخانیات/ دانشجویان/ رفتار بهداشتی/ نگرش نسبت به مسائل بهداشتی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و دوم شماره ۸۵ صفحات: ۴۱-۳۳

## مقدمه

که مهم‌ترین عوامل خطر تهدیدکننده سلامت عبارتند از: رژیم غذایی نامناسب، بی‌تحركی، کمی فعالیت بدنی و مصرف سیگار. کنترل این عوامل خطر تقریباً سبب کاهش حدود ۵۰ درصد از مرگ‌های زود هنگام می‌شود (۵).

سیگار یکی از عوامل مهم تهدیدکننده سلامت افراد بخصوص جوانان است (۶) و ارتباط مصرف دخانیات و بیماری‌های مهمی همچون سرطان حفره دهان، سرطان ریه، آمفیوزم و بیماری‌های آترواسکلروز رگ‌ها کاملاً ثابت شده است (۷).

سیگار عامل ۲۰ درصد مرگ‌های ناشی از علل قلبی-عروقی و

سلامت مفهوم گسترده‌ای داشته و تعریف آن متأثر از عوامل گوناگونی است (۱). طبق آخرین تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت مساله‌ای چندبعدی است که سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را در بر می‌گیرد (۲). تعیین‌کننده‌های فراوان و متنوعی بر سلامت افراد جامعه تأثیری گذارند که مهم‌ترین آنها وراثت، عوامل فردی، اجتماعی، محیطی، سبک زندگی، نظام مراقبت بهداشتی و خدمات ارائه شده، است. شیوه زندگی یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر سلامت بوده و خود از عوامل فردی و اجتماعی تأثیر می‌گیرد (۱، ۳ و ۴). بررسی‌های متعدد نشان داده

برای فهم رفتار بهداشتی و نیز برای انواع موضوع‌های آموزش بهداشت است. مدل اعتقاد بهداشتی بر اساس این اندیشه تدوین شده است که آیا ادراک افراد از تهدید سلامت، رفتارهای آنها را تغییر می‌دهد یا نه. بر اساس این مدل برای عملکرد پیشگیری کننده از کشیدن سیگار، افراد باید نخست در برابر مسأله (سیگار کشیدن یا مواجهه با دود آن) احساس خطر کنند (حساسیت درک شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن در ابعاد جسمی، اجتماعی، روانی و اقتصادی خود را درک کنند (شدت درک شده) و با علایم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می‌کنند (راهنماهای عمل) مفید و قابل اجرا بودن برنامه پیشگیری از کشیدن سیگار را باور کنند (منافع درک شده) و خود را قادر به غلبه بر عوامل بازدارنده از ترک سیگار بدانند (موانع درک شده) تا در نهایت به عملکرد پیشگیری کننده از کشیدن سیگار اقدام کنند (۱۴).

این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط با کشیدن سیگار مبتنی بر الگوی باور بهداشتی در دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. هدف ویژه بررسی این عوامل بر اساس چهار سازه اصلی الگوی باور بهداشتی بود. فرض بر این بود که دانشجویانی که نمره بالاتری در شدت درک شده از مشکلات بهداشتی ناشی از استعمال سیگار و نیز نمره بالاتری در آسیب‌پذیری درک شده و نمره بالاتری در زمینه منافع درک شده ناشی از نکشیدن سیگار دارند به احتمال زیاد در حال حاضر غیرسیگاری هستند. به عبارت دیگر دانشجویانی که نمره بالاتری در زمینه موانع درک شده برای نکشیدن سیگار دارند به احتمال زیاد در حال حاضر سیگاری هستند.

### مواد و روش‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها: در این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی، نمونه‌ها شامل ۲۲۲ نفر از دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی گیلان بودند که از ۷۲۳ دانشجوی پسر مشغول به تحصیل در رشته‌های مختلف موجود در دانشگاه در نیمسال اول سال ۱۳۸۹ به روش تصادفی طبقه‌بندی شده، انتخاب شدند. با توجه به این‌که توزیع دانشجویان پسر در ترم‌های مختلف

۳۰ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان‌هاست. سیگار علت ۲۰ درصد مرگ‌های قابل پیشگیری در کشورهای توسعه یافته است و به همین دلیل برخی از پژوهشگران معتقدند که سیگار مهم‌ترین معضل بهداشتی می‌باشد (۶).

سالانه ۵ میلیون نفر در جهان بر اثر مصرف سیگار می‌میرند (۳). تا پایان قرن بیستم مصرف دخانیات حدود ۶۲ میلیون نفر (۵۲ میلیون مرد و ۱۰ میلیون زن) را در کشورهای توسعه یافته از بین برده است (۴). در ایران سالانه هزار و ۷۴۰ میلیارد تومان صرف خرید سیگار می‌شود و نظام سلامت کشور حدود ۵ هزار و ۲۲۰ میلیارد تومان برای درمان عوارض ناشی از سیگار می‌پردازد (۸). علت واحدی برای شروع مصرف سیگار در نوجوانان وجود ندارد، بلکه کشیدن سیگار رفتار پیچیده‌ای است که با عوامل روانی-اجتماعی، بیوشیمی و اقتصادی - سیاسی ارتباط دارد (۹). عوامل زیادی با کشیدن سیگار در دانشجویان مرتبط دانسته شده‌اند. از جمله آنها می‌توان به افسردگی، جنس مذکر، باور فردی و اجتماعی، رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل، سیگاری بودن افراد خانواده و دوستان اشاره کرد (۱۰).

اگرچه اعتیاد به سیگار یک معضل جوامع انسانی است که در تمام اقشار جامعه، از بی‌سواد تا تحصیل کرده بروز کرده ولی وجود آن در قشر تحصیل کرده سیستم بهداشت و درمان کشور، تأثیر مخرب بر این سیستم می‌گذارد. مرگ زودهنگام و قابل پیشگیری میلیون‌ها نفر از افراد آموزش دیده و مهارت یافته در محدوده سنی دارای بیشینه بازدهی، که نقش مهمی در کنترل و مبارزه با مصرف سیگار دارد، فراتر از حدود ملی است. آنها می‌توانند به مردم آموزش داده و از سیاست‌های جهانی کنترل اعتیاد حمایت کنند. رفتار دانشجویان علوم پزشکی که صاحبان آینده مشاغل پزشکی و بهداشتی هستند، باید الگویی برای سایر افراد، بخصوص کسانی باشد که از خدمات آنها بهره می‌برند (۱۱-۱۳).

بررسی‌های انجام شده و مروری بر مطالعات نشان می‌دهد که الگوی اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model) الگوی خوبی برای آموزش و مداخله در پیشگیری از مصرف سیگار است. این مدل یکی از پرستفاده‌ترین چارچوب‌های ادراکی

شدت درک شده از مشکلات بهداشتی ناشی از استعمال سیگار با ۸ گزینه اندازه‌گیری می‌شد. این سازه باورهای دانشجویان را در مورد این عبارت بررسی می‌کرد (که سیگار می‌تواند خطر بروز ۸ مشکل بهداشتی را افزایش دهد). این مشکلات عبارتند از بدخیمی ریه، آسم، بیماری قلبی، مشکلات گردش خون، سکتة قلبی، تنگی نفس، سرفه و آنژین صدری.

آسیب‌پذیری درک شده از مشکلات بهداشتی ناشی از استعمال سیگار با ۹ گزینه اندازه‌گیری شد. این سازه باورهای دانشجویان را در مورد این عبارت بررسی می‌کرد که (من نگران ابتلای به برخی مشکلات بهداشتی مرتبط با سیگار هستم). این مشکلات عبارتند از سرطان ریه، آسم، بیماری قلبی، مشکلات گردش خون، سکتة مغزی، تنگی نفس، سرفه، آنژین صدری و ناتوانی در لذت بردن از ورزش‌های مورد علاقه.

موانع درک شده برای نکشیدن سیگار به کمک ۸ گزینه اندازه‌گیری شد. این سازه باورهای دانشجویان را در مورد عبارت‌های زیر بررسی می‌کرد: "خرید سیگار هزینه بالایی برای من ندارد"، "دانشجویان غیرسیگاری از سوی دوستان سیگاری خود طرد می‌شوند"، "وقتی که شروع به سیگار کشیدن می‌کنید، غلبه بر وسوسه نیکوتین سخت است"، "سیگار کشیدن یک روش مهم برای از بین بردن استرس ناشی از درس خواندن است"، "سیگار نکشیدن باعث بی‌هویتی می‌شود"، "سیگار نکشیدن فعالیت‌های اجتماعی (رفتن به کافی‌شاپ، مهمانی و...) را محدود می‌کند"، "سیگار کشیدن یک روش مؤثر برای رهایی از اضطراب است"، "سیگار کشیدن باعث جذاب بودن ظاهری می‌شود".

منافع درک شده ناشی از نکشیدن سیگار با ۷ گزینه اندازه‌گیری شد. این سازه باورهای دانشجویان را در مورد عبارت‌های زیر بررسی می‌کرد: "سیگار نکشیدن باعث می‌شود پول‌هایم را برای انجام کارهای مورد علاقه‌ام ذخیره کنم"، "سیگار نکشیدن باعث پیشگیری از بیماری‌هایی مانند سرطان ریه، آسم و ... می‌شود"، "سیگار نکشیدن کمک می‌کند از ناراحتی‌هایی مانند سرفه، تنگی نفس و ... رها شوم"، "سیگار نکشیدن کمک می‌کند توان جسمی‌ام را برای لذت بردن از ورزش‌های مورد علاقه‌ام حفظ

یکسان نبود از روش نمونه‌گیری منظم (سیستمی) استفاده شد بدین ترتیب که ابتدا تعداد نمونه‌ها در هر رشته بر حسب تعداد کل دانشجویان پسر آن رشته تعیین و سپس فهرست تمام دانشجویان پسر در آن رشته از اداره آموزش هر دانشکده دریافت شد، آنگاه دانشجویان به ترتیب حروف الفبا شماره‌گذاری شدند و با توجه به فاصله نمونه‌گیری که معادل  $E = 723/222$  بود با کمک جدول اعداد تصادفی نفر اول مشخص و سپس با فاصله ۴ به روش سیستماتیک، سایر نمونه‌های مورد نیاز از لیست مشخص شدند. در مجموع ۱۰ نفر حاضر به مشارکت نشدند که افرادی دیگر به روش نمونه‌گیری ذکر شده جایگزین آنها شدند. ابزار پرسشنامه‌ای بر اساس مطالعات قبلی در کشورهای آمریکا و چین بود (۱۵) که پس از ترجمه به فارسی توسط دو نفر از استادان زبان انگلیسی (بدون مشاهده پرسشنامه اصلی) مجدداً به انگلیسی برگردانده و سپس مشکلات ترجمه آن رفع شد.

این پرسشنامه از دو بخش اطلاعات دموگرافی و پرسش‌های مربوط به سازه‌های الگوی باور بهداشتی تشکیل شده است. بخش اول پرسشنامه با ۱۷ سؤال مربوط است به بررسی متغیرهای دموگرافی (سن، مقطع تحصیلی، رشته، تأهل، بومی بودن، محل اقامت، محل سکونت پدر و مادر، تعداد فرزندان خانواده، رتبه در میان فرزندان، تحصیلات و شغل والدین، وجود عضو سیگاری در خانواده و تعداد دوستان سیگاری).

سپس، برای تعیین سیگاری بودن سؤال زیر پرسیده می‌شد (آیا در طول عمر خود حداقل ۱۰۰ نخ سیگار کشیده‌اید) اگر پاسخ منفی بود فرد غیرسیگاری و در غیر این صورت سیگاری تلقی می‌شد. در پرسش‌های بعدی از افراد سیگاری در مورد سن شروع سیگار کشیدن، دلیل سیگار کشیدن برای اولین بار، تعداد نخ‌های سیگار در روز، اقدام به ترک و مدت ترک سیگار پرسیده می‌شد.

بخش دوم پرسشنامه مربوط به سازه‌های الگوی باور بهداشتی بود با ۳۲ عبارت لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم موافقم، بدون نظر، مخالفم و کاملاً مخالفم) در ۴ سازه باورهای دانشجویان در مورد مصرف سیگار مشخص می‌شد.

سیگاری و غیرسیگاری استفاده شد. برای تمام آزمون‌های استنباطی فاصله اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد در نظر گرفته شد.

### نتایج

از ۲۳۰ دانشجوی پسر مشارکت‌کننده در مطالعه، ۵۱ نفر (۲۳٪) در زمان مطالعه سیگاری بودند. پس از حذف ۸ نفر از دانشجویانی که پرسشنامه را کامل نکرده بودند، آزمون‌های آماری برای ۲۲۲ نفر باقیمانده بکار برده شد. همانگونه که در جدول ۱ نشان داده شده، سیگار کشیدن دانشجویان از نظر آماری به طور معنی‌دار با سن ( $p = 0/01$  و  $x^2 = 13/092$ )، تحصیلات مادر ( $p = 0/04$  و  $x^2 = 17/321$ ) و تعداد دوستان سیگاری ( $p = 0/000$  و  $x^2 = 33/43$ ) رابطه داشت. در مقابل بین سیگار کشیدن دانشجویان با تحصیلات پدر ( $p = 6/565$  و  $x^2 = 0/161$ )، رشته تحصیلی ( $p = 0/5$  و  $x^2 = 8/962$ )، معدل ( $p = 0/213$  و  $x^2 = 3/097$ )، تأهل ( $p = 0/785$  و  $x^2 = 0/59$ ) و وجود عضو سیگاری در خانواده ( $p = 0/18$  و  $x^2 = 10/07$ ) ارتباط آماری معنی‌دار وجود نداشت.

اکثر دانشجویان سیگاری (۴۱/۸ درصد) پس از ۲۰ سالگی شروع به کشیدن سیگار کرده بودند و مهم‌ترین دلیل آنان برای این کار کنجکاوی (۳۶ درصد) بود. ۴۱/۲ درصد دانشجویان سیگاری تمایل به ترک داشتند.

همچنین، نتایج آزمون آماری کای اسکوئر حاکی از آن بود که دانشجویان مسن‌تر (۲۵-۲۲ سال، ۳۰ درصد)، متأهل (۲۵ درصد)، غیربومی (۲۳/۷ درصد) و ساکن در منازل مجردی (۳۹/۱ درصد) بیش از دانشجویان با سن کمتر (۲۱-۱۸ سال، ۱۳/۳ درصد)، دانشجویان مجرد (۲۲/۷ درصد)، دانشجویان بومی (۲۲/۲ درصد) و دانشجویان ساکن در خوابگاه (۱۸/۵ درصد) سیگاری بودند.

**اختلاف میانگین نمره ابعاد الگوی باور بهداشتی در دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری**

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده، دانشجویان سیگاری در مقایسه با غیرسیگاری در بعد موانع درک شده به طور معنی‌دار میانگین نمره بالاتر (به ترتیب ۲۱/۴۶ در مقابل ۱۹/۵۷ و  $p = 0/002$ ) و در بعد منافع درک شده میانگین نمره

کمتر، "سیگار نکشیدن باعث می‌شود برای کسانی که از بوی سیگار متنفرند خوشایند باشم"، "ترک سیگار می‌تواند باعث بهبود خلق و خو شود"، "ترک سیگار می‌تواند باعث حفظ وزن متناسب شود".

جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از شیوه اعتبار محتوا بهره‌برده شد. بدین منظور پرسشنامه برای نظرخواهی در اختیار ۱۲ نفر از استادان دانشگاه قرار داده شد و پس از جمع‌آوری پیشنهاد و انجام اصلاح لازم پرسشنامه نهایی در اختیار دو نفر از اساتیدی که در مورد الگوی باور بهداشتی صاحب نظر بودند قرار داده و بازبینی نهایی شد.

جهت پایایی پرسشنامه، از روش آزمون مجدد استفاده شد. به این منظور یک مطالعه نمونه در ۲۰ نفر از دانشجویان دانشکده‌های مختلف انجام و پس از دو هفته مجدداً پرسشنامه بین همان افراد توزیع و داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS آنالیز شد. نتایج نشان داد پایایی خرده آزمون شدت درک شده معادل  $r = 0/982$  و ضریب آلفای کرونباخ برای این سازه معادل ۸۸ درصد، پایایی خرده آزمون آسیب‌پذیری درک شده معادل  $r = 0/954$  و ضریب آلفای کرونباخ برای این سازه معادل ۹۶ درصد، پایایی خرده آزمون موانع درک شده معادل  $r = 0/894$  و ضریب آلفای کرونباخ برای این سازه معادل ۸۸ درصد، پایایی خرده آزمون منافع درک شده معادل  $r = 0/992$  و ضریب آلفای کرونباخ برای این سازه معادل ۸۴ درصد بود.

تجزیه و تحلیل نهایی داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت. برای بررسی خصوصیات فردی و اجتماعی مشارکت‌کنندگان از آمار توصیفی و برای تعیین هر گونه ارتباط بین متغیرهای دموگرافی و وضعیت استعمال سیگار در دانشجویان از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. متغیرهایی که در آزمون کای اسکوئر از نظر آماری در سطح  $p < 0/1$  معنی‌دار بودند، وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند تا متغیرهای پیشگویی‌کننده استعمال سیگار مشخص شوند چون طبق آزمون کولوموگروف اسمیرنوف داده‌ها در مورد سازه‌های الگوی باور بهداشتی از توزیع نرمال پیروی نمی‌کرد، از آزمون من ویتنی برای مقایسه میانگین نمره سازه‌های الگوی باور بهداشتی در دو گروه

جدول ۱: عوامل فردی-اجتماعی (N=۲۲۲)

P	Df	X <sup>2</sup>	غیر سیگاری تعداد (%)	سیگاری تعداد (%)	سن (سال)
			۸۶/۶۸۴	۱۳/۴۱۳	۱۸-۲۱
۰/۰۰۱	۲	۱۳/۰۹۲	۶۹/۵۷۳	۳۰/۵۳۲	۲۲-۲۵
			۷۰/۱۴	۳۰/۶	۲۵<
تحصیلات مادر					
			۸۰/۲۴	۲۰/۶	بی سواد
			۶۸/۸۲۲	۳۱/۲۱۰	خواندن و نوشتن
			۷۰/۲۱	۳۰/۹	ابتدایی
۰/۰۰۴	۵	۱۷/۳۲۱	۷۵/۱۵	۲۵/۵	راهنمائی
			۸۹/۹۶۲	۱۰/۱۷	دیپستان
			۶۵/۹۲۷	۳۴/۱۱۴	دانشگاهی
تعداد دوستان سیگاری					
			۹۵/۸۶۹	۴/۲۳	صفر نفر
۰/۰۰۰	۲	۳۳/۴۳	۸۲/۳۵۱	۱۷/۷۱۱	۲-۱ نفر
			۵۸/۵۱	۴۲/۳۷	۳ نفر و بیشتر

سیگار کشیدن بودند، به طوری که دانشجویانی که ۱-۲ نفر دوست سیگاری داشتند در مقایسه با دانشجویانی که دوست سیگاری نداشتند ۱۶/۶۸ برابر شانس بیشتری برای سیگار کشیدن داشتند. همچنین، دانشجویانی که تحصیلات مادرانشان دانشگاهی بود نسبت به دانشجویانی که مادرانشان بی سواد بودند ۷/۵ برابر شانس سیگار کشیدن بیشتری داشتند. به ازای هر یک سال افزایش سن احتمال کشیدن سیگار در دانشجویان ۱/۳۲ برابر افزایش پیدا می کرد و به ازای هر انمره افزایش در میانگین نمره موانع درک شده و منافع درک شده، شانس سیگار کشیدن به ترتیب در دانشجویان ۲/۱۹۵ برابر بیشتر و ۱/۶ برابر کمتر می شد.

پایین تری (به ترتیب ۲۵/۸۸ در مقابل ۲۸/۸۷ و  $p=۰/۰۰۰$ ) داشتند. در بعد آسیب پذیری درک شده دانشجویان سیگاری در مقایسه با غیرسیگاری میانگین نمره بالاتر (به ترتیب ۳۰/۴۶ در مقابل ۲۸/۴۱ و  $p=۰/۱۷۴$ ) و در بعد شدت درک شده میانگین نمره پایین تر (به ترتیب ۳۶/۷۱، در مقابل ۳۷/۵۸ و  $p=۰/۴۰۷$ ) داشتند اما در هیچ کدام از این ابعاد اختلاف آماری معنی دار نبود.

همانطور که جدول ۳ نشان می دهد، نتایج آزمون رگرسیون لجستیک حاکی از آن بود که داشتن دوستان سیگاری ( $OR=۱۶/۶۸$ )، سن ( $OR=۱/۳۲$ )، تحصیلات بالاتر مادر ( $OR=۷/۵۱$ )، موانع درک شده بیشتر ( $OR=۲/۱۹۵$ ) و منافع درک شده کمتر ( $OR=۰/۶۲۱$ ) پیش بینی کننده ترین عوامل مرتبط با

جدول ۲: اختلاف میانگین ابعاد الگوی باور بهداشتی میان افراد سیگاری و غیرسیگاری

P*	غیر سیگاری		سیگاری		
	میانگین	میانه	میانگین	میانه	
۰/۴۰۷	۳۷/۵۸±۳/۳۲	۳۹	۳۶/۷۱±۳/۸۸	۴۰	شدت درک شده
۰/۱۷۴	۲۸/۴۱±۱۰/۸۸	۲۷	۳۰/۴۶±۹/۸۹	۳۳	آسیب پذیری درک شده
۰/۰۰۲	۱۹/۵۷±۷/۶۹	۱۸	۲۱/۴۶±۵/۲۰	۲۱	موانع درک شده
۰/۰۰۰	۲۸/۸۷±۴/۷۲	۲۸	۲۵/۸۸±۵/۶۵	۲۷	منافع درک شده

\*Mann-whitny u

جدول ۳: رگرسیون لجستیک عوامل پیش بینی کننده استعمال سیگار

P	OR	متغیر
۰/۰۰۹	۱/۳۲	سن
۰/۰۰۳	۲/۱۹۵	موانع درک شده
۰/۰۹۷	۰/۶۲۱	منافع درک شده
		تحصیلات مادر
۰/۰۹۲	۳/۲۳۳	خواندن و نوشتن
۰/۱۵۴	۲/۵۸۱	راهنمایی
۰/۰۰۰	۷/۵۱۷	دانشگاهی
		تعداد دوستان سیگاری
۰/۰۰۱	۱۶/۶۸۶	۲-۱ نفر
۰/۰۰۲	۳/۳۶۴	بیشتر از ۳ نفر

### بحث و نتیجه گیری

مطالعات انجام شده در چین و ایران همخوانی دارد (۲۳، ۱۵ و ۲۴). البته با توجه به این که مطالعه ما مقطعی بود به طور قطع نمی توان گفت این افزایش به دلیل افزایش تحصیلات یا افزایش سن یا هر دوی آنها بوده است. از نظر پژوهشگر با توجه به این که هرچه سن فرد بالاتر می رود با رفتاری ها، مشکلات و استرس های بیشتری روبرو می شود و با این فرض غلط که استعمال سیگار این استرس ها و ناراحتی ها را کاهش می دهد، احتمال شیوع مصرف سیگار با افزایش سن بالاتر می رود. همچنین، با افزایش سن، افراد استقلال بیشتری پیدا کرده و کمتر زیر کنترل خانواده هستند.

در این مطالعه نشان داده شد که میزان تحصیلات مادران با استعمال سیگار در دانشجویان از نظر آماری ارتباط معنی دار دارد که با نتایج مطالعه سآتسی (ترکیه) و انصاری (ایران) مطابقت دارد (۲۵ و ۲۶). معنی دار بودن ارتباط آماری بین تحصیلات مادر و استعمال سیگار در دانشجویان ممکن است به این خاطر باشد که مادران با تحصیلات بالاتر به دلیل مشغله های کاری نمی توانند نظارت کافی بر رفتار و عملکرد فرزندان داشته باشند و وقت کافی را با آنها سپری نمی کنند.

یافته های دیگر این پژوهش نشانگر آن بود که میانگین نمره شدت درک شده از مشکلات بهداشتی ناشی از استعمال سیگار در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری از نظر آماری معنی دار نیست، که این مورد با نتایج مطالعه کای گانگ در چین مطابقت نداشت (۱۵).

اگرچه در این مطالعه شیوع استعمال سیگار در دانشجویان معادل ۲۳ درصد و در مقایسه با نتایج مطالعات مشابه در چین (۳۴/۲ درصد)، ترکیه (۴۹/۴ درصد)، آمریکا (۲۸/۵ درصد) کمتر بود (۱۸-۱۶)، ولی باید توجه کرد که در مطالعه سال ۱۳۸۳ در دانشگاه علوم پزشکی گیلان (۱۹) میزان استعمال سیگار در دانشجویان معادل ۱۶/۶ درصد بود که به این ترتیب یافته های مطالعه ما افزایش زیادی را نسبت به گذشته نشان می دهد و این افزایش ممکن است به دلیل کم شدن قبح سیگار کشیدن و گزارش دهی راحت تر در دانشجویان باشد.

اکثر دانشجویان سیگاری در این پژوهش (۳۵/۸ درصد) دلیل اولین سیگار کشیدن کنجکاو خود را بیان کرده بودند که با نتایج تحقیق چین (۲۰) مطابقت دارد.

مصرف سیگار در دانشجویان، ارتباط قوی با داشتن دوستان صمیمی سیگاری داشت که علت و معلول و تقدم و تأخر مشخصی نداشت. این در حالی است که اکثر مطالعات بر تأثیر قابل توجه دوست صمیمی بر مصرف سیگار در جوانان صحنه گذاشته و این مسأله را از تأثیر مصرف سیگار توسط والدین، خواهر یا برادر مهم تر قلمداد کرده اند (۲۱ و ۲۲). در این مطالعه تأثیر مصرف سیگار در والدین، بستگان و خواهر و برادر معنی دار نبود.

همچنین، در این مطالعه با افزایش مقطع تحصیلی و سن، احتمال سیگار کشیدن دانشجویان افزایش پیدا می کرد که با نتایج دیگر

متأثر از باورهای افراد نیست بلکه مسائلی مانند عوامل اجتماعی، زیست شناختی و... در این امر دخالت دارند. با این وجود اختلاف میانگین نمره‌های دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری در دو بعد موانع درک شده برای نکشیدن سیگار و منافع درک شده ناشی از نکشیدن سیگار از نظر آماری معنی‌دار بود و یافته‌های کای گانگ و شریفی‌راد نتایج مطالعه ما را تأیید می‌کند (۲۷ و ۱۵).

نتیجه آن که با توجه به روند افزایشی پذیرش دانشجو در کشور و شیوع زیاد مصرف سیگار این گروه، باید نگاه ویژه‌ای به این قشر از جوانان - مخصوصاً دانشجویان گروه‌های پزشکی برای مداخله کنترل مصرف سیگار کرد. اختلاف معنی‌دار در موانع درک شده و منافع درک شده دو گروه سیگاری و غیرسیگاری نشان می‌دهد که در برنامه‌ریزی آموزشی در زمینه پیشگیری از استعمال سیگار باید بر این ابعاد از الگوی باور بهداشتی تمرکز بیشتری کرد. همچنین، به نظر می‌رسد ترکیبی از الگوی برنامه باور بهداشتی با سایر الگوها می‌تواند کارایی بیشتری داشته باشد.

علاوه بر این میانگین نمره آسیب‌پذیری درک شده از مشکلات بهداشتی ناشی از استعمال سیگار در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری از نظر آماری معنی‌دار نبود که با نتایج مطالعه کای گانگ (چین) و فارسی (ایران) همخوانی دارد (۲۲ و ۱۵). به نظر می‌رسد معنی‌دار نبودن میانگین نمره این دو بعد از الگوی باور بهداشتی در افراد این مطالعه به خاطر داشتن اطلاعات و آگاهی بالا از مضار سیگار باشد که با رشته تحصیلی‌شان مرتبط است، زیرا تمام افراد مورد مطالعه به خاطر ماهیت رشته تحصیلی خود اطلاعات نسبتاً گسترده‌ای از بیماری‌های مرتبط با استعمال سیگار داشتند که باعث می‌شد اختلاف در دو گروه معنی‌دار نباشد. همچنین، نبودن اختلاف آماری معنی‌دار بین این دو بعد از الگوی باور بهداشتی می‌تواند حاکی از این باشد که الگوی باور بهداشتی برای مسائل و مشکلات پیچیده بهداشتی مانند سیگار کشیدن بنهایی نمی‌تواند پیشگویی کننده خوبی باشد و شاید نیاز به ادغام با سایر الگوها داشته باشد. همچنین، می‌توان نتیجه گرفت که انجام یا ترک یک رفتار بهداشتی فقط

## منابع

1. Stanhope M., Lancaster J. Community & public health nursing. St. Louis: Mosby; 2008.
2. Park K. Park's Textbook of Preventive and Social Medicine. 18th Ed. India; M/s Banarsidas Bhanot Publishers, 2005.
3. Ildarabadi E, Dabbaghi F. Community of Health Nursing 3rd ed. Tehran; Jameenegar, 2007.3 [Text in Persian]
4. Clau M. The Use of the Term Lifestyle Medicines or Lifestyle Drugs. Pharmacy World & Science 2004;26(4):193-200.
5. Mohammadi Zeydi E, Heidar Nia AR, Haji Zadeh E. The Study of Cardiovascular Patients Lifestyle, Daneshvar, Scientific-Reserch Journal Of shahed University 2006;61(13)49-56. [Text in Persian].
6. Jadid milani M, Arshadi F, Asadi Novghabi A. Community of Health Nursing. 3rd ed Tehran, Andishe Rafi, 2007. [Text in Persian].
7. Davodi R, Azma R. Healthy people 2010. 1st ed. Mashhad; Mashhad University of medical Sciences Publication, 2005. [Text in Persian].
8. Ghaffari M. 50 Thousand People Die Annually in the Effects of Smoking. Khorasan Newspaper. Date : 6/3/1388. [Text in Persian].
9. Ann JA, Spradley BW. Community Health Nursing. 6th ed. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
10. Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial Factors Related to Adolescent Smoking: a Critical Review of Literature. Tobacco Control 1998; 7: 409-420.
11. Esfahani M. Collection of articles of experts on medical ethics. Tehran: 1990. Available from : URL: <http://icnc.ir/index.aspx>. [Persian]
12. Asefzade S. Recognition of Hospital. Tehran: Tehran University Publication, 1990:162. [Text in Persian].
13. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic, WHO. 2003. Available from URL: <http://www.WHO.int/fctc/en/index.html>
14. Brox J. Blood lipids, Fatty Acids, Diet and Lifestyle Parameters in Adolescents From a Region in Northern Norway With a High Mortality from Coronary Heart Disease. Eur J Clin Nutr 2002;6:694-700.

15. Kaigang Li, Ms Ches, Noy S Kay. Correlates of Cigarette Smoking Among Male Chinese College Student in China\_A Preliminary Study. International Electronic Journal of Health Education 2009; 12:59-71.
16. Tong zhu, Buoling Feng, Shiushing Wong, Won Choi and Shu-Hong Zhu. A comparison of Smoking Behaviors Among Medical and other College Students in China: Health promotion International 19:2004; 2, 189-196
17. Oksuz E, Multu ET, Malhan S. Characteristics of Daily and Occasional Smoking Among Youths. Public Health 2007; 121(5): 349-56.
18. Steptoe A, Wardle J, Cui W, et al. An International Comparison of Tobacco Smoking, Beliefs and Risk Awareness in University Students from 23 countries. Addiction. 2002; 97(12):1561-71.
19. Seyyed fazel poor F, Moghaddam niya M, Nasirzadeh F. Survey of Attitude of Guilan University of Medical Sciences Students Regard to Smoking: 2004; 10(32):25-29. [Text in Persian].
20. Huiyun Xiang, Zengzhen Wang, Lorann Stallones, Songlin Yu, Hervey W. Gimbel, Puna Yang. Cigarette Smoking among Medical College Students in Wuhan, Peoples Republic of China. Preventive Medicine 29:1999; 210-215.
21. Tyas S, Pederson LL. Psychosocial Factors Related to Adolescent Smoking: a Critical Review of the Literature. Tobacco Control. 1998; 7:409-420.
22. Farsi, Jabari-Moroui, Ebadi, Asad Zandi. Application of Health Belief Model in Change of Self Care Behaviors of Diabetic Patients. Iran Journal of Nursing; 2009; 22 (61): 61-72 [Text in Persian].
23. Smith DR, Leggat PA. An International Review of Tobacco Smoking Among Medical Students. J Postgrad Med 2007; 53(1): 55-62.
24. Shojaa M, Jouybari L, Qorbani M, Sanagoo A, Shojaee H, Kia Kajoori z et al. Prevalence and cause of Smoking Among the Dormitories Students in Gorgan University of Medical Sciences. Pajoohandeh Journal. 2010; 15 (3):123-128. [Text in Persian].
25. Esra Saatci, Serpil Inan, Nafiz Bozdemir, Ersin Akpinar, Guney Ergun. Predictors of Smoking Behavior of First Year University Students: Questionnaire Survey. Croatian Medical Journal 2004; 45: 76-79.
26. Ansari R, Khosravi A, Mokhtari M. Prevalence and Cause of Smoking in the Medicine Students. Journal of Semnan University of Medical Sciences 2007; 25(9): 21-26. [Text in Persian].
27. Sharifi-rad Gh, Hazavei M, Hasan-zadeh A, Danesh-amouz A. The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Preventive Actions of Smoking in Grade One, Middle School Students. Arak University of Medical Sciences Journal 2007; 10 (1) :79-86. [Text in Persian].



# Relationship between Health Belief Model and smoking in male students of Guilan University of Medical Sciences.

\*Mokhtari N. (M.Sc)<sup>1</sup>- Ghodsi H. (M.Sc)<sup>2</sup>- Asiri Sh. (M.Sc)<sup>1</sup>- Kazemnejad E. (Ph.D)<sup>1</sup>

\*Corresponding Address: Shahid beheshty Nursing and Midwifery School, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

Email: Lakeh@gums.ac.ir

Received: 18/Jan/2012 Accepted: 19/Sep/2012

## Abstract

**Introduction:** Smoking is one of the major factors threatening the health of community, especially the young. It is a complex behavior associated with psycho-social, biochemical and economic factors. Health Belief Model tries to describe health behaviors focusing on beliefs and attitudes.

**Objective:** This study aims to determine the relationship between four constructs of the Health Belief Model (HBM) (Perceived Severity, Perceived Susceptibility, Perceived Barriers and Perceived Benefits), and cigarette smoking among male students at Guilan University of Medical Sciences.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was carried out on 222 male medical university students of Guilan in 2011. Data were collected using a two part questionnaire including items about demographic features (age, study major, number of children in family,...) and the four HBM constructs. Data analysis was performed using the Chi-square and Mann-Whitney U tests.

**Results:** Mean age of the students was  $22.3 \pm 3.2$  years and 87.4% were single. In total, 51 students (23%) were current smoker. Results of Mann-Whitney test showed significant differences in perceived barriers ( $P=0.002$ ) and perceived benefits ( $P=0.000$ ) between male smokers and nonsmokers. Results of multivariable logistic regression analysis also indicated that having smoker friends ( $OR=16.68$ ), age ( $OR=1.32$ ), mother with high education level ( $OR=7.51$ ), more perceived barriers ( $OR=2.195$ ) and low perceived benefits toward non-smoking ( $OR=0.621$ ) are closely related with smoking.

**Conclusion:** The results suggest that constructs of HBM can be considered when examining the related Factors with cigarette smoking and developing smoking prevention programs.

**Key Words:** Attitude to Health/ Health Behavior/ Smoking/ Students

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 85, Pages: 33-41