

الگوهای مصرف سیگار در بزرگسالان سیگاری در ایران - تحلیل محتوی

حسین ابراهیمی^۱، محمدحسن صاحبی حق*^۲، فضل‌الله غفرانی‌پور^۳، اصغر محمدپوراصل^۴، جعفرصادق تبریزی^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۸/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۱۱/۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مصرف‌کنندگان سیگار یک جمعیت آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند زیرا آن‌ها در معرض بیماری‌های مختلف قرار دارند و میزان‌های ابتلا و مرگ‌ومیر در آن‌ها بالاست. میزان شیوع مصرف سیگار در ایران نسبتاً بالاست و پرستاران می‌توانند با استفاده از رویکردهای کیفی نقش کلیدی در کاهش آن داشته باشند. این مطالعه با رویکرد کیفی درصدد شناسایی الگوهای مصرف سیگار در بزرگسالان ایرانی است.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوی قراردادی انجام پذیرفت. شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۳۰ نفر بودند و با استفاده از روش‌های مصاحبه انفرادی، اخذ سناریو، پاسخگویی به پرسشنامه اولیه و تکمیلی، پاسخگویی به پرسشنامه مخصوص فروشندگان سیگار و بحث گروهی موردبررسی قرار گرفتند. برای نیل به داده‌های بارز چهار بعد مقبولیت داده‌ها، وابستگی داده‌ها، تأیید پذیری و انتقال‌پذیری موردتوجه بوده است.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه در ۵ طبقه اصلی و ۱۵ زیرطبقه خلاصه شدند. طبقات اصلی مطالعه عبارت بودند از: الگوی روشن کردن سیگار با ۳ زیر طبقه وابستگی مصرف سیگار، مشاهده مصرف سیگار و رفتار شرطی‌سازی، الگوی تهیه سیگار با ۳ زیرطبقه نحوه خرید سیگار، اولویت خرید سیگار و رفتار سیگاری‌ها در صورت نداشتن سیگار، الگوی مصرف سیگار با ۳ الگوی اذیت نکردن دیگران، اذیت کردن ناخواسته دیگران و اذیت شدن فرد سیگاری، الگوی تبادل سیگار با ۴ زیرطبقه درخواست سیگار، پاسخ به درخواست سیگار، پیشنهاد سیگار و پاسخ به پیشنهاد سیگار و درنهایت الگوی افزایش سیگار با ۲ زیر طبقه علل افزایش و نتیجه افزایش.

بحث و نتیجه‌گیری: بدون شناسایی الگوهای مصرف سیگار نحوه تعامل تیم سلامت با افراد سیگاری صحیح نخواهد بود و افراد سیگاری در برابر پرسنل تیم سلامت حالت تدافعی خواهند داشت. درک فرد سیگاری و رفتارهای وی به‌عنوان یک مددجو مبنی بر اینکه چگونه سیگار تهیه و تبادل می‌شود؟ چرا سیگار روشن می‌شود؟ مزایای سیگار برای فرد سیگاری چیست؟ فرد سیگاری در صورت نداشتن سیگار چه وضعیتی پیدا می‌کند؟ و چرا افراد سیگاری با دود سیگار خود موجب رنجش دیگران می‌شوند؟ کمک شایانی به برقراری یک ارتباط مناسب بین پرستار و فرد سیگاری می‌نماید و این ارتباط می‌تواند بستر را برای آموزش افراد سیگاری و ترک سیگار فراهم نماید.

واژه‌های کلیدی: مصرف سیگار، مصرف دخانیات، تحقیق کیفی، ایران

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۷۷، اسفند ۱۳۹۴، ص ۱۱۱۸-۱۱۰۴

آدرس مکاتبه: تبریز، خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، تلفن: ۳۴۷۵۱۷۰۶ - ۰۴۱

Email: sahebighagh@tbzmed.ac.ir

مقدمه

۶۱-۳۲ هزار کم‌وزنی زمان تولد، ۴۸۰۰-۱۹۰۰ مرگ ناشی از اختلالات حول تولد و ۲۲۰۰-۱۲۰۰ مرگ ناگهانی کودک در آمریکا است (۲). سیگار یک عامل خطر مستقل برای ابتلا به سل ریه است (۳) و مصرف سیگار نه‌تنها به سلامت فرد سیگاری آسیب می‌رساند بلکه سلامت افرادی را که در معرض دود سیگار قرار

مصرف‌کنندگان سیگار یک جمعیت آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند زیرا آن‌ها در معرض بیماری‌های مختلف قرار دارند و میزان‌های ابتلا و مرگ‌ومیر در آن‌ها بالاست. سیگار اثرات سوء بر روی بارداری داشته (۱) و مسئول ۱۴۱-۱۹ هزار سقط خودبه‌خودی،

^۱ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران

^۲ استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار دانشگاه تربیت مدرس، دانشگاه تربیت مدرس دانشکده پزشکی گروه آموزش بهداشت

^۴ استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

^۵ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تبریز، ایران

قالب تخمین‌های احتمالی عددی است که نمی‌تواند احساسات و افکار فرد در مورد سیگار را به حد کافی اندازه‌گیری نماید (۲۴) موضوع سیگار به‌دفعات به‌صورت کیفی توسط پژوهشگران پرستاری مورد مطالعه قرار گرفته است. شولتز و همکاران^۱ (۲۰۰۹) در یک مرور سیستماتیک روی ۵۱ مقاله کیفی در مورد سیگار که توسط پژوهشگران پرستاری کار شده بود اشاره می‌کند که ۸۵ درصد مقالات در زمینه ترک سیگار بودند (۲۵). در یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوی کودکان مصرف سیگار را نوعی اعتیاد، عادت یا رفتاری که نمی‌توان آن را متوقف نمود توصیف نمودند. آن‌ها معتقد بودند ماهیت واقعی این اعتیاد به‌خوبی شناسایی نشده است. به نظر آن‌ها اعتیاد به سیگار پیامد منفی رفتار سیگار کشیدن بود. آن‌ها عمیقاً معتقد بودند که سیگار برای سلامتی آن‌ها مضر است و آن را نوعی دام یا تله (گرفتار شدن در آن بدون کنترل) می‌دانستند و تمامی کودکان اظهار داشتند که خروج از آن آسان نیست (۲۶). محققین پرستاری که از روش‌های مختلف کیفی در امر کنترل سیگار استفاده می‌نمایند احتمالاً باب جدیدی را در امر کنترل سیگار باز می‌نمایند. تحقیقات آن‌ها نشان می‌دهد که چگونه سیگار با شناسه‌های فردی و اجتماعی درهم می‌پیچد، اثر زمینه اجتماعی بر مصرف سیگار چیست؟ و پرستاران چگونه در امر کنترل سیگار وارد عمل می‌شوند؟ تحقیقات کیفی فهم پرستاران را در مورد مصرف سیگار افزایش می‌دهد و پرستاران ممکن است از این دانش در مهارت‌های پرستاری (ضمن کار با بیمار)، سیاست‌ها و مراقبت‌های نظام بهداشتی و فیلدهای عمومی کنترل سیگار استفاده نمایند (۲۵). پرستاران نقش کلیدی در کاهش مصرف دخانیات دارند (۱۶). پرستاران باید از رفتارهای پرخطر که نوجوان را به‌سوی مصرف سیگار سوق می‌دهد آگاه باشند (۲۷). آن‌ها باید از هر فرصتی برای پیشگیری از شروع مصرف سیگار و یا حمایت از افراد سیگاری برای ترک آن بهره‌جویند. آن‌ها ممکن است از استراتژی‌های مختلف در این زمینه بهره‌جویند. مؤثرترین استراتژی زمانی حاصل می‌شود که سیستم بهداشتی درمانی با بیمار تعاملی مناسب داشته و ترکیبی از روش‌های آموزشی، مشاوره و حمایتی بکار گرفته شود (۲۸).

با عنایت به شیوع نسبتاً بالای مصرف سیگار در ایران و اثرات زیان‌بار آن در ایجاد بیماری‌های مختلف و افزایش مرگ‌ومیرها و نقش پرستاران سلامت جامعه در آموزش سلامت به افراد سیگاری، این مطالعه باهدف شناسایی الگوی مصرف سیگار در بزرگسالان سیگاری انجام گرفته است.

می‌گیرند را نیز به خطر می‌اندازد (۴). مصرف سیگار احساس درد را به دنبال جراحی افزایش می‌دهد (۵) و سیگار عامل خطر بیماری عروق کرونری است (۶). مشخص شده است افرادی که دچار سکتته مغزی شده‌اند ۱/۲۲ برابر بیشتر در معرض دود سیگار بوده‌اند (۷)، مصرف سیگار باعث کاهش میزان ایمنوگلوبین‌های G1 و G2 شده (۸) و باعث تشدید بیماری‌های پریدونتال می‌شود (۹). سیگار از جمله عوامل خطر کاتاراکت محسوب می‌شود (۱۰). سلامت عمومی روانی با سیگار کشیدن ارتباط معنی‌داری دارد (۱۱) و شروع سیگار در سنین پایین خطر بیماری‌های روان‌پریشی را در سنین بالا افزایش می‌دهد (۱۲). افراد سیگاری مشکلات بیشتری در زمینه ناسازگاری اجتماعی، اضطراب و افسردگی دارند (۱۳) و احساسات منفی مانند غمگینی، نگرانی و افسردگی در بیماران سیگاری بیشتر از بیماران است که سیگار نمی‌کشند (۱۴). مصرف دخانیات بخصوص مصرف سیگار منجر به مرگ‌های قابل‌پیشگیری در سرتاسر جهان می‌شود (۱۵). میزان‌های ابتلا و مرگ‌ومیر مرتبط با سیگار یک مشکل عمده بهداشتی است (۱۶). تخمین زده می‌شود مرگ‌ومیرهای منتسب به سیگار از ۴/۸ میلیون نفر در سال ۲۰۰۶ به ۸/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد (۱۷). سیگار مشکل عمده سلامتی در بین بزرگسالان ایالات‌متحده است و نتیجه عوارض آن بر روی سلامتی تقریباً یک‌پنجم مرگ‌های سالانه است (۱۸).

سیگار قسمت عمده تولید انبوه توتون را به خود اختصاص می‌دهد و هیچ محصول توتونی دیگر در بازار امروزه به‌اندازه سیگار برای انسان مضر نیست (۱۹). از نظر شیوع مصرف سیگار، حدود یک‌چهارم مردم جهان از سیگار استفاده می‌کند (۲۰). تخمین زده می‌شود تعداد افراد سیگاری از ۱/۳ میلیارد نفر در حال حاضر به ۱/۶ میلیارد نفر در سال ۲۰۲۵ برسد (۱۷). اگرچه مصرف سیگار در ایالات‌متحده کاهش یافته است ولی در بعضی کشورها از جمله کشورهای درحال توسعه و بعضی جمعیت‌ها از جمله جمعیت زنان روبه افزایش بوده است (۲۱). گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که جغرافیای استعمال سیگار از کشورهای توسعه‌یافته به کشورهای درحال توسعه تغییر یافته است و مشکل در آسیا حادتر است (۲۲). در ایران میزان شیوع مصرف سیگار در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است. در وبسایت سازمان جهانی بهداشت میزان شیوع مصرف سیگار در ایران برای مردان ۲۰/۴ درصد، برای زنان ۱ درصد و برای کل جمعیت ۱۰/۸ درصد گزارش شده است (۲۳).

استراتژی‌های متداول اندازه‌گیری درک خطر سیگار اغلب در

¹ Schultz et al.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوی قراردادی^۱ انجام پذیرفت. شرکت‌کنندگان در این مطالعه نفر بودند. حداقل سن شرکت‌کنندگان ۲۱ و حداکثر آن ۶۰ و میانگین سنی آن‌ها ۴۲/۵۳ سال بود. ۵ نفر آن‌ها زن و ۲۵ نفرشان مرد بودند. حداقل سال‌های تحصیل ۵ (ابتدایی) و حداکثر سال‌های تحصیل ۲۵ (فوق تخصص) و میانگین سال‌های تحصیل ۱۱/۸ بود. از نظر محل سکونت شرکت‌کنندگان ۱۲ نفر ساکن تبریز، ۲ نفر ساکن تهران، ۴ نفر ساکن شیراز، ۳ نفر ساکن اصفهان، ۳ نفر ساکن مشهد، ۲ نفر ساکن بوشهر، ۲ نفر ساکن ایلام، ۱ نفر ساکن مشکین-شهر و ۱ نفر ساکن مهاباد بود. در متغیر محل سکونت، شروع مصرف سیگار و عمده سال‌های مصرف سیگار مدنظر بود. از نظر شغلی ۹ نفر از شرکت‌کنندگان کارگر، ۱۱ نفر کارمند، ۲ نفر دانشجو، ۲ نفر خانه‌دار و ۶ نفر آن‌ها دارای شغل آزاد بودند. از نظر وضعیت مصرف سیگار ۱۹ نفر سیگاری حرفه‌ای، ۱۱ نفر سیگاری تفننی بودند. میانگین نمره آزمون فاگستروم^۲ برای کل افراد سیگاری ۶/۲۳ برای سیگاری‌های حرفه‌ای ۸/۳۶ و برای سیگاری‌های تفننی ۲/۵۴ بود. در این پژوهش انتخاب شرکت‌کنندگان و مصاحبه از اسفند سال ۱۳۹۰ شروع شد و تا مهر سال ۱۳۹۳ ادامه یافت. در این فاصله زمانی از ۳۰ شرکت‌کننده داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های مصاحبه انفرادی، اخذ سناریو، پاسخگویی به پرسشنامه اولیه و تکمیلی، پاسخگویی به پرسشنامه مخصوص فروشنندگان سیگار و بحث گروهی بدست آمد. نحوه جمع‌آوری داده‌ها از هر شرکت‌کننده در جدول شماره ۱ آورده شده است.

شرکت‌کنندگان اولیه از افراد سیگاری آشنا انتخاب شدند. در انتخاب ۳ شرکت‌کننده اول پژوهشگر فرد خاصی را مدنظر نداشت و از افراد در دسترس هر کس که حاضر به مصاحبه می‌شد با آن‌ها مصاحبه می‌کرد. در انتخاب شرکت‌کننده چهارم به دنبال یک سیگاری خانم بودیم که به یک زن و شوهر سیگاری دست یافتیم و با هر دو آن‌ها در یک جلسه مصاحبه کردیم. در انتخاب شرکت‌کننده بعدی دنبال سیگاری‌های تحصیلکرده کرده بودیم، که به یک جوان ۲۲ ساله دانشجو و یک دبیر بازنشسته دست یافتیم. شرکت‌کننده هشتم توسط شرکت‌کننده سوم معرفی شده بود. شرکت‌کننده نهم مصرف‌کننده تفننی سیگار از تهران بودند. شرکت‌کننده

دهم مصرف‌کننده تفننی و شرکت‌کننده یازدهم سیگاری قه‌ار از ایلام بودند. شرکت‌کننده دوازدهم و سیزدهم هر دو از بوشهر بودند. شرکت‌کننده چهاردهم یک خانم سیگاری بود که پس از سی سال موفق شده بود سیگار را با دستگاه ترک نماید، شرکت‌کننده پانزدهم و شانزدهم افرادی بودند که موفق شده بودند سیگار را با موفقیت ترک نمایند. سابقه ترک‌های مکرر و غیرموفق در شرکت‌کنندگان قبلی انگیزه انجام این مصاحبه‌ها بود. شرکت‌کنندگان هفدهم و هیجدهم فروشنندگان سیگار بودند که سیگار هم مصرف می‌کردند. شرکت‌کننده نوزدهم یک رزیدنت جراحی بود که بنا به ادعای تسهیل‌کننده تعداد زیادی از دانشجویان پزشکی را سیگاری کرده بود. با این شرکت‌کننده مصاحبه نمودیم تا دفاعیاتش را در مورد سیگار بشنویم. شرکت‌کننده بیستم یک متخصص ریه بودند که سیگار را به دلیل عدم تناسب با موقعیت خانوادگی‌اش ترک کرده بود. شرکت‌کنندگان بیست و یکم تا سیام از شهرهای شیراز، اصفهان و مشهد برای تأیید یافته‌ها و یا دستیابی به یافته‌های متفاوت انتخاب شدند و پرسشنامه‌های اولیه و تکمیلی را پر نمودند. لازم به ذکر است نوجوانان در این مطالعه به علت مبتدی بودن در فرایند سیگاری شدن و کمی تجربه در مورد آن شرایط شرکت در مطالعه را نداشتند. تمامی شرکت‌کنندگان تبریزی در تبریز مصاحبه شدند، مصاحبه شرکت‌کنندگان ایلامی در ایلام توسط یکی از دانشجویان دکتری صورت پذیرفت، یکی از شرکت‌کنندگان بوشهری در پارک ائل‌گلی تبریز مورد مصاحبه قرار گرفت و دیگر شرکت‌کننده بوشهری سناریوی خود را به پژوهشگر ارسال نمود. خانم مهابادی در زمان مراجعه به تبریز توسط تسهیل‌کننده پیش پژوهشگر آورده شد و مصاحبه گردید. شرکت‌کننده مشکین‌شهری در تبریز رزیدنت جراحی بود، شرکت‌کنندگان شهرهای اصفهان، مشهد و شیراز پرسشنامه‌ها را از تسهیل‌کننده دریافت و پس از تکمیل به ایشان تحویل دادند. شرکت‌کنندگان شهرهای اخیر نزد پژوهشگر شماره تماس داشتند و موارد سؤال برانگیز توسط تماس تلفنی از آن‌ها پرسش شد. مصاحبه در پارک‌های عمومی شهر، محل کار شرکت‌کنندگان، محل کار محقق، خانه شرکت‌کنندگان و یا خانه محقق صورت پذیرفت. شرکت‌کنندگان با مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته مورد مصاحبه قرار گرفتند. در ابتدای مصاحبه اهداف پژوهش و روش کار به شرکت‌کنندگان توضیح داده می‌شد.

اولین سیگار در صبح (مشکل = ۱، عدم مشکل = ۰)؛ ۴- تعداد سیگارهای مصرفی (۳۱ نخ و بیشتر = ۳، ۲۱ الی ۳۰ نخ = ۲، ۱۱ الی ۲۰ نخ = ۱، کمتر از ۱۰ نخ = ۰)؛ ۵- وضعیت مصرف سیگار نسبت به روز قبل (افزایش = ۱، مساوی یا کاهش = ۰)؛ ۶- رنج بردن از یک بیماری شدید با ساعتها استراحت روی تخت (بلی = ۱، خیر = ۰).

^۱ Conventional Content Analysis

^۲ آزمون فاگستروم میزان وابستگی به سیگار را از طریق بررسی ۶ مورد می‌سنجد: ۱- زمان مصرف اولین سیگار بعد از بیدار شدن (کمتر از ۵ دقیقه = ۳، بین ۶ الی ۳۰ دقیقه = ۲، بین ۳۱ الی ۶۰ دقیقه = ۱، بعد از ۶۰ دقیقه = ۰)؛ ۲- مصرف سیگار در محل‌های ممنوعه (بلی = ۱، خیر = ۰)؛ ۳- عدم مصرف

روش کدگذاری و استخراج گروه‌ها ثبت گردید. از نظر انتقال پذیری^۶ یافته‌های مطالعه در اختیار یک فردی سیگاری غیر شرکت‌کننده در مطالعه قرار داده شد و صحت یافته‌ها مورد تأیید قرار گرفت. این طرح برای اجرا از سوی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز مجوز اخلاق داشت و شرکت‌کنندگان در ابتدای مصاحبه رضایت نامه کتبی امضاء می نمودند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۵ الگو در رفتار مصرف سیگار کشف گردید که عبارت بودند از الگوی روشن کردن سیگار، الگوی تهیه سیگار، الگوی مصرف سیگار، الگوی تبادل سیگار و الگوی افزایش مصرف سیگار. در ادامه به ترتیب به توضیح این الگوها و زیرطبقات و کدهای آن‌ها (تابلو ۲) پرداخته می‌شود:

الف) الگوی روشن کردن سیگار: بر اساس تجربیات شرکت‌کنندگان ۴ عامل در روشن کردن سیگار توسط شرکت‌کنندگان نقش داشت که عبارت بودند از:

- ۱. وابستگی به مصرف سیگار:** وابستگی یکی از علل مهم روشن کردن سیگار در افراد سیگاری است که فرد به دنبال کاهش نیکوتین خون و یا حتی بدون آن از روی عادت و اعتیاد و یا براساس نیاز و یا به قصد کسب لذت و آرامش و یا به دنبال دغدغه ذهنی به روشن کردن سیگار و مصرف آن می‌پردازد.
 - ۲. مشاهده مصرف سیگار:** براساس تجربیات شرکت‌کنندگان این پژوهش مشاهده سیگار در دست دوست، سینه خودرو، مغازه و همچنین مشاهده مصرف سیگار توسط دیگران و یا مشاهده مصرف سیگار در فیلم برای آن‌ها محرک بوده و منجر به روشن کردن سیگار در آن‌ها شده بود. شرکت کننده شماره ۱ می‌گوید:
- " من دیدم که در سینه خودرو ایشان سیگار وجود دارد ، گفتم ببخشید می‌تونید ۲ سیگار از اون سیگارهایتون را به من بدهید؟ برداشت بسته را به من داد ، سیگار ایشان وینستون بود، آوردم آن شب، آن روز من آن را کشیدم".
- ۳. شرطی‌سازی مصرف سیگار:** در بعضی موارد بعضی از شرکت‌کنندگان مصرف سیگار را با یک پدیده یا موضوع دیگر شرطی کرده بودند. عیب شرطی کردن این بود که با انجام رفتار پاداش یا مصرف سیگار باید تحقق می‌یافت. بعضی

مصاحبه‌ها با چند سؤال کلی آغاز می‌شد. سؤال کلی این بود: " چطور شد که مصرف سیگار را شروع کردید؟ لطفاً داستان مصرف سیگار خود را از روز اول تا به امروز برایم تعریف کنید. سیگار را در حال حاضر چگونه و در چه موقعیتهایی مصرف می‌کنید؟" طول مدت مصاحبه‌ها حداکثر یک ساعت بود و در صورتی که مطالب شرکت‌کنندگان در عرض یک ساعت تمام نمی‌شد، مصاحبه دیگری ترتیب داده می‌شد. بعد از مصاحبه هشتم اشباع نسبی داده‌ها بدست آمد و نیاز به مصاحبه دوم کمتر شد. در طی مصاحبه‌های اولیه پژوهشگر به یک ابزار نیمه ساختاریافته دست یافت که پرسشنامه اولیه نامیده شد. سوالاتی که در طی مصاحبه‌ها پژوهشگر با آن‌ها مواجه می‌شد در قالب یادآور^۱ ثبت می‌شد، این یادآورها بعداً منجر به شکل‌گیری پرسشنامه تکمیلی گردید.

در مرحله نمونه‌گیری و کدگذاری باز هر مصاحبه‌ای که صورت می‌پذیرفت بلافاصله تایپ می‌شد، وارد نرم افزار می‌گردید و کدگذاری می‌شد. سوالاتی که با کدگذاری هر مصاحبه پیش می‌آمد یادداشت می‌گردید و از آن سؤال در مصاحبه بعدی استفاده می‌شد.

برای رسیدن به داده‌های بارز^۲ از نظر مقبولیت^۳ داده‌ها، پژوهشگر ارتباط طولانی مدت و نزدیک (به مدت ۲ سال) با شرکت‌کنندگان داشت، دارای سابقه کار پژوهشی در زمینه مصرف سیگار بود و همچنین شرکت‌کنندگان از یک طیف وسیع (مرد - زن، جوان - مسن، غیر سیگاری و سیگاری با مصرف سیگار کم - زیاد و از نقاط مختلف کشور) انتخاب شده بودند. علاوه در جریان مصاحبه هم مصاحبه‌ها ضبط می‌شدند و بعد گوش داده می‌شدند و بعد مطالب آن‌ها بر روی کاغذ نوشته می‌شد. متون نوشته شده و سناریوها بازخوانی می‌شد و برای آن‌ها واحد محتوایی، معنی محتوایی، تغلیظ معنی و کدگذاری انجام می‌گردید (یک نمونه در تابلو ۱ آورده شده است). بعد از فراهم شدن کدهای باز به شیوه استقرایی کدهای مشابه در کنار هم قرار گرفته و زیرطبقات را تشکیل دادند و زیر طبقات هم در کنار یکدیگر قرار گرفته و طبقات (یا الگوهای مصرف سیگار) را شکل دادند. متون مصاحبه‌ها و سناریوها به انضمام کدهای مستخرجه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده می‌شد و از سوی شرکت‌کنندگان تأیید می‌شدند. از نظر وابستگی^۴ داده‌ها تناسب کدها با طبقات و مفاهیم توسط دو نفر از همکاران صاحب‌نظر در پژوهش کیفی بررسی شد و تأیید گردید. از نظر تأیید پذیری^۵ نحوه نمونه‌گیری، نحوه توسعه سؤالات و ابزار و

⁴ Dependability

⁵ Confirmability

⁶ Transferability

¹ Memo

² Trustworthiness

³ Credibility

هر عامل دیگر در خرید سیگار نقش داشته باشد. شرکت کننده شماره ۲ می‌گوید:

"من سیگار را بوکسی تهیه می‌کنم، کمی اقتصادی‌تر فکر می‌کنم، از بقال بگیرم پاکتی ۵۰۰ تومان می‌شود ولی من بوکس اش را می‌خرم پاکتی ۴۵۰ تومان می‌افته. بعلاوه احتمال دارد که شب بعد از صرف غذا متوجه بشوم که سیگار ندارم و نتوانم به بقال بروم، برای اینکه همیشه در دسترس داشته باشم بوکسی می‌گیرم و دو تا مونده به آخر بوکس، بوکس دیگری را می‌خرم فقط به خاطر پولش نیست، ۵۰۰ تومان، هزار تومان هم بشه ما خواهیم خرید، همیشه در دسترس باشه".

۲. **اولویت خرید سیگار:** اغلب شرکت‌کنندگان اظهار نمودند که خرید سیگار برای آن‌ها اولویت خیلی بالایی دارد و حتی ممکن است اولویت آن از خرید نیازهای اساسی بشر همچون نان و لباس هم بیشتر باشد. شرکت کننده شماره ۱ می‌گوید:

"۱۰ بوکس، ۱۵ بوکس یکجا می‌خرم، زیرا در اینصورت هم هزینه‌اش کم می‌افتد، هم اینکه گاهی ممکن است در جیب آدم پول نباشد در آن صورت معطل می‌ماند، خدا هیچکس را سیگاری نکند، برای فرد سیگاری واجب‌تر از نون، سیگار است".

اگر چه هیچ شرکت کننده‌ای در موقعیت انتخاب اجباری بین نان و سیگار یا لباس و سیگار قرار نگرفته بود تا واقعاً مشخص شود که کدامیک از آن‌ها انتخاب می‌شود، با اینحال شواهد و قرائینی در طول پژوهش بدست آمد که حکایت از اولویت بالای خرید سیگار دارد (مثل خرید سیگار با پول صدقه، ترک منزل در وسط شب برای خرید سیگار). به نظر می‌رسد اولویت خرید سیگار به میزان زیادی از میزان وابستگی فرد به سیگار هم تأثیر پذیرد. کسی که در مصرف سیگار به حد نیاز و اعتیاد رسیده است واقعاً خرید سیگار برایش اولویت بیشتری نسبت به نان خواهد داشت. اما کسی که سیگار را بصورت تفننی مصرف می‌کند و وابستگی چندانی هم به سیگار ندارد خرید یا عدم خرید سیگار برایش چندان مهم نخواهد بود.

۳. **رفتار سیگاری‌ها در صورت نداشتن سیگار:** رفتار سیگاری‌ها به هنگام نداشتن سیگار از میزان وابستگی آن‌ها تأثیر می‌پذیرد. شرکت کننده شماره ۱۰ که یک سیگاری تفننی است می‌گوید:

"سیگار را نخ می‌خرم، اگر هوس سیگار بکنم در دسترس باشد می‌کشم، اگر نباشد نمی‌کشم، اگر هم شب بروم مغازه‌ها بسته باشد هیچ تأثیری برایش ندارد می‌گیرم می‌خواهم ولی اگر باشد می‌کشم".

شرکت‌کنندگان مصرف سیگار را به خواندن درس مشروط کرده بودند و در صورتی که موفق می‌شدند حجم معینی از مطلب را بخوانند سیگار می‌کشیدند. شرکت کننده سوم هم که نصاب سقف کاذب بود مصرف سیگار را به پیشرفت حجم معینی از کار مشروط کرده بود. جالب توجه است سیگار که در ابتدا به‌عنوان پاداش انجام رفتار مصرف می‌شد بعد از مدتی این احساس را در فرد سیگاری ایجاد کرده بود که با کشیدن سیگار بهتر می‌تواند درس بخواند یا کار کند و لذا جایگاه خود را تدریجاً به محرک بودن و عامل انگیزشی تغییر داده بود! اظهارات شرکت کننده ششم در این زمینه جالب است:

"زمانی که تنها شدم و تصمیم گرفتم درس بخوانم اون زمان بهترین زمان عمر من بود، سیگار هم از کارهای آن زمان بود و زیاد یک چیز منفی نبود، مورد مثبت بیشتر اون بود که به وظیفه‌ام عمل می‌کردم آن چیزی که خودم تعیین کرده بودم به آن عمل می‌کردم، وظیفه را که تمام می‌کردم سیگار می‌کشیدم".

توجه داشته باشید که سیگار در اینجا نقش پاداش را ایفاء می‌کرده است. ایشان در یک قسمت دیگر می‌گوید:

"حتی مثلاً شب‌ها که من تا ساعت ۳ درس می‌خواندم مثلاً نوعی برایم تلقین شده بود که مثلاً ساعت ۱۲ تا ۲ که تست فیزیک می‌زدم وقتی یک عدد سیگار می‌کشیدم در ذهن من این قابلیت ایجاد می‌شد که یک ساعت بیشتر تست فیزیک بزنم، این تلقین در من ایجاد شد و واقعاً هم می‌شد".

در عبارت دوم دقت کنید که چگونه نقش سیگار از پاداش شرطی به محرک رفتار تغییر می‌کند.

ب) الگوی تهیه سیگار

در تهیه سیگار عمدتاً به سه موضوع توجه می‌شود: ۱. خرید سیگار؛ ۲. اولویت خرید سیگار و ۳. رفتار سیگاری‌ها در صورت نداشتن سیگار.

۱. **خرید سیگار:** در خرید سیگار دسترسی دایمی به سیگار و بعد اقتصادی همواره مورد توجه است. افراد سیگاری با توجه به مدت زمانی که در منزل، محل کار، مسافرت و یا هر محل دیگر حضور خواهند داشت، میزان مصرف خود را پیش بینی نموده و بر اساس آن سیگار تهیه می‌نمایند. پول یک عامل مهم در تهیه سیگار است. خرید نخ‌ی گرانتر از خرید پاکتی و خرید پاکتی گرانتر از خرید بوکسی آن است. لذا افراد سیگاری در صورت تمکن مالی سیگاری را طوری می‌خرند که برایشان باصرفه‌تر باشد. خرید پاکتی و بوکسی در زمان آن‌ها نیز صرفه جویی می‌کند. با این حال به نظر می‌رسد دسترسی مهمتر از

کرد که دود به بیرون برود، این برای من ناراحت کننده خواهد بود که دیگران را با سیگار خود اذیت کنم".

این شرکت کنندگان اغلب وابستگی کمی به سیگار داشته و تعداد سیگارهای مصرفی آنها کم بود. شرکت کنندگانی که وابستگی شان به سیگار زیاد و مصرف سیگارشان بالاست اغلب در گروه بعدی قرار می گرفتند.

۲. اذیت کردن دیگران بصورت ناخواسته:

افراد سیگاری که وابستگی شان به سیگار بالاست و به تبع آن تعداد سیگارهای مصرفی شان نیز بالاست، تحت هر شرایطی به مصرف سیگار می پردازند. این دسته از افراد سیگاری در منزل پشت سرهم و به قول معروف آتش به آتش سیگار روشن می کنند. اینها ممکن است در دستشوییها به مصرف سیگار بپردازند، برای مصرف سیگار نصف شب از خواب بیدار شوند و در حالتی مابین خواب و بیداری سیگار روشن کنند. اینها در طول روز نیز خواب آلوده و خمار هستند و پشت سر هم سیگار را با سیگار روشن می کنند. گاه ممکن است اینها را در حال مصرف سیگار در مکانهای بسیار ممنوعه مثل بیمارستانها ببینید. شما ممکن است یک خانم سیگاری را در حال جارو زدن، لباس پوشیدن، آشپزی و ... با مصرف سیگار ببینید، یا خانمها که معمولاً از مصرف سیگار در خارج از منزل خودداری می کنند ببینید که در کنار خیابان یا یک گوشه از خیابان و یا داخل خودرو در حال مصرف سیگار هستند. حاملگی و سرانجام آن برای اینها پدیده مهمی است ولی اینها ممکن است در حاملگی نیز به مصرف سیگار بپردازند. در تمامی این موارد و مواردی مشابه آن واقعیت اینست که اینها قصد اذیت مردم و اطرافیان را ندارند بلکه قادر به ترک مداوم منزل، محل کار، مجالس و مهمانی برای مصرف سیگار نیستند، فردی که روزانه ۲-۳ پاکت سیگار می کشد نمی تواند روزانه ۶۰-۴۰ بار منزل، محل کار یا مهمانی را برای مصرف سیگار ترک نماید. انجام چنین کاری حتی برای فردی که روزانه یک پاکت سیگار می کشد به نظر می رسد که با مشقت زیادی همراه باشد. فلذا چنین افرادی با مصرف سیگار در محل های ذکر شده موجب اذیت دیگران می شوند. شرکت کننده شماره ۱۱ می گوید:

" خانم که زندگی می کنم، دود سیگار پره، از پرده و در و دیوار دود می بارد، بچه هایم عاجز شده اند- می گن نکش ما داریم خفه می شویم، کی که گوش کنه!"

۳. اذیت شدن فرد سیگاری: افراد سیگاری که وابستگی شان به سیگار بالاست در صورتی که امکان مصرف سیگار برایشان فراهم نباشد خود اذیت خواهند شد. این افراد در محیط های کار بخصوص محیط های اداری مجبور هستند

اما سیگاری های حرفه ای (سیگاری های عادی و قهار) در زمان نداشتن سیگار رفتار متفاوتی دارند؛ بعضی از آنها نصف شب خانه را به قصد خرید سیگار ترک کرده بودند و برای رسیدن به سیگار یک مسیر طولانی را طی کرده بودند. بعضی دیگر با دوستانشان تماس گرفته و از آنها خواسته بودند که برایشان سیگار بیاورند. اگر علت نداشتن سیگار نداشتن پول بود بعضی از آنها از دیگران پول قرض کرده بودند یا حتی با پول صدقه ها سیگار تهیه کرده بودند. بعضی دیگر از اطرافیان و یا حتی افراد غریبه سیگار قرض گرفته بودند. بعضی دیگر به مانده های سیگارهای مصرف شده را مجدداً روشن نموده و مصرف کرده بودند، یک زوج هم سیگارهای خود را یکی کرده بودند تا شانس دسترسی را افزایش دهند. در نهایت اگر علت عدم دسترسی هم پنهان کردن سیگارها توسط اطرافیان بود شدیداً داد و بیداد راه انداخته و سیگارهای خود را پس گرفته بودند. شرکت کننده شماره ۸ می گوید:

" شده بود که من شب ساعت ۲/۵ همه جا را برای سیگار بگردم، آخر سرش هم پیدا نکرده بودم و آخرش هم سیگار نصفه پیدا کرده بودم و کشیده بودم".

ج) الگوی مصرف سیگار

یافته های این پژوهش با توجه به تجربیات شرکت کنندگان نشان داد که سیگار توسط افراد سیگاری بر اساس سه اصل اذیت نکردن دیگران، اذیت کردن دیگران بصورت ناخواسته و اذیت شدن مصرف می شود.

۱. اذیت نکردن دیگران: اغلب سیگاری ها دوست ندارند در کنار مصرف سیگار خود موجب رنجش دیگران شوند و لذا در این زمینه ملاحظاتی را به عمل می آورند. بعضی از آنها سیگار خود را در حیاط یا تراس مصرف می کنند تا موجب رنجش اعضای خانواده نشوند، بعضی از آنها از مصرف سیگار در خودرو در حال سکون خودداری می کنند و یا در حال حرکت پنجره خودرو را باز می کنند تا موجب رنجش مسافران نشوند، بعضی از آنها مجالس و مهمانی را به قصد مصرف سیگار بطور موقت ترک نموده و به حیاط و خیابان می روند تا موجب آزار و اذیت سایر مهمانان نشوند. شرکت کننده شماره ۷ می گوید:

" در پیش خانواده ام هیچوقت، در اتاق نمی کشم، به حیاط می روم، چون می دانم که اگر این کار را نکنم سبب آزار دیگران خواهم شد، تراس باشه، به تراس خواهم رفت، حیاط باشه به حیاط خواهم رفت، یا اگر تو خودرو باشم شیشه را باز خواهم

نحوه درخواست و پیشنهاد توضیح داده می‌شود سپس در ادامه هر قسمت واکنش دریافت کننده پیشنهاد یا درخواست شونده آورده می‌شود.

۱. **درخواست سیگار از دیگران:** اغلب افراد سیگاری در صورت نداشتن سیگار به راحتی از سایر افراد سیگاری (چه آشنا، چه غریبه)، سیگار درخواست می‌نمایند. تعداد کمی از آن‌ها ممکن است اینکار را مایه رسوایی و شرمندگی بدانند و در برابر هوس سیگار خود مقاومت کنند. افراد غیرسیگاری از روی کنجکاوی ممکن است از افراد سیگاری درخواست سیگار نمایند. شرکت کننده شماره ۱ می‌گوید:

"وقتی شما دو دوست سیگاری یکدیگر را می‌بینید، دوستی که سیگار ندارد بطور ناخودآگاه خواهد گفت یک دونه از سیگارهایتان به من بدهید. مطلقاً نخواهد توانست جلوی درخواست خود را بگیرد، یا باید دردسترس‌اش سیگار داشته باشد، یا باید فوراً برود یک بسته سیگار بخرد و بگذارد توی جیبش، یا اینکه اگر با تو صمیمی باشد یک دونه از تو درخواست خواهد کرد."

۲. **پاسخ به درخواست سیگار:** پاسخ به درخواست فرد سیگاری در مورد سیگار اغلب مثبت است. ولی چنانچه این رفتار بخواهد به تکرار شود اغلب پاسخ منفی است. شرکت کننده شماره ۴ می‌گوید:

"وارد هفته دوم که شدیم، ایشون دیدند که من مرتب سیگارهای اونو برمی‌دارم و می‌کشم، برگشت به من گفت: داداش اونجا مغازه بقالیه، با اینکه دخل‌مون یکی است ولی برو از اونجا برای خودت سیگار تهیه کن، با هم هستیم، ولی برای خودت سیگار تهیه کن، مصرفات هر چقدر هست به همان اندازه سیگار بگیر."

۳. **پیشنهاد سیگار به دیگران:** اکثر شرکت‌کنندگان در این پژوهش اظهار داشتند که به هیچ وجه سیگار را به دیگران پیشنهاد نکرده‌اند و در آینده هم نخواهند کرد، آن‌ها سیگار را برای خود یک پدیده منفی می‌دانستند که نمی‌توانند از آن خارج شوند و لذا می‌گفتند که دوست ندارند دیگران را همانند خود گرفتار کنند. تنها یکی از شرکت‌کنندگان اظهار داشت که تا به امروز ۳۰ نفر را به قلیان انداخته‌است و یا وقتی سرباز بوده یک بسته سیگار را از دژبانی رد نموده و بین سربازها اعم از سیگاری و غیرسیگاری توزیع کرده است، این شرکت کننده که دانشجو هم بود اظهار نمود که سیگار را در خوابگاه بین دوستان‌اش نیز توزیع نموده است و این کار را از روی شوخی و تفریح انجام داده و قصد خاصی نداشته است! بعضی از شرکت‌کنندگان هم اظهار داشتند که نه‌تنها سیگار را به دیگران پیشنهاد نمی‌کنند بلکه در صورت مشاهده نوجوان

نکشیدن سیگار را تحمل نمایند. مصرف سیگار در حضور کودکان و نوزادان برای اینها انتقادهای زیادی را به همراه دارد که یا باید نکشیدن سیگار را تحمل نمایند و یا توهین‌ها و اعتراضات مردم و اطرافیان را. اغلب سیگاری‌ها وقتی در مصرف سیگار به این درجه از وابستگی رسیده‌اند شناخت خوبی از سیگار و مسائل آن دارند و کاملاً به غیرمنطقی بودن رفتار مصرف سیگار معترف‌اند فلذا وقتی در این مرحله با انتقاد بخصوص از طرف اطرافیان مواجه می‌شوند پاسخ محکمی برای دفاع از خود ندارند و سکوت آزاردهنده‌ای را باید تحمل کنند، اصولاً اعتراض و انتقاد مردم لذت سیگار را از بین برده و آن را برای مصرف‌کنندگان بسیار تلخ می‌کند. سیگار قبل صبحانه و صرف غذا و چایی، در زمان گرسنگی، در محیط‌های گرم و خشک تلخ و مصرف آن زجرآور است. مصرف سیگار در پادگان‌ها، بیمارستان‌ها، مهمانی‌ها با محدودیت زیادی برای اینها همراه است و اغلب آزار دهنده است. سیگار که در نوجوانی با غرور و برای خود را بزرگ نشان دادن مصرف می‌شود بعد از رسیدن به این مرحله با احساس شرم و خجالت همراه است. افراد سیگاری حرفه‌ای در چند ثانیه یا دقیقه‌ای که وارد مغازه‌ها و فروشگاه‌ها و سوپرمارکت‌ها می‌گردند حتی در این مدت کوتاه نیز بخواهند سیگار مصرف نمایند با اعتراض مؤدبانه یا شدید فروشندگان مواجه می‌شوند که همه اینها نیز برای مصرف‌کنندگان سیگار آزار دهنده است. شرکت کننده شماره ۵ می‌گوید:

"سوریه که می‌رفتیم از اینجا تا اونجا من خواب آلود بودم، یا می‌خوابیدم، سوار ماشین که می‌شدم، جای عمومی بود و نمی‌توانستم سیگار بکشم، بهم می‌گفتند شما توی خونه هم اینطوری هستی؟ اینهمه می‌خوابی؟ نتوانستم به آن‌ها بگویم دردم چیست."

در بعضی موارد هم یک تعداد از شرکت‌کنندگان برای اذیت نکردن دیگران روابط اجتماعی خود را با مردم محدود نموده و خود رنجیده خاطر شده بودند. شرکت کننده شماره ۱۱ می‌گوید:

"از ترس پدرم کمتر به خانه پدرم می‌رفتم- به خانه کسی می‌روم که جلو سیگار کشیدنم را نگیرد حتی سیگار کنارم نبود. کار نمی‌کردم. به مهمانی نمی‌رفتم. خیابان کمتر می‌رفتم. چون باید سیگار می‌کشیدم."

د) الگوی تبادل سیگار

تبادل سیگار در قالب درخواست سیگار از دیگران و پیشنهاد سیگار به دیگران اتفاق می‌افتد. در این قسمت ابتدا

توصیف کردند. آن‌ها معتقد بودند که مصرف سیگار هیچ‌گونه تأثیر در کاهش عصبانیت و یا ناراحتی‌شان ندارد و لذا واکنش‌های متفاوتی در برابر پیشنهاد سیگار از خود نشان داده بودند بعضی آن را نگرفته بودند و بعضی نیز آن را گرفته ولی دور انداخته بودند. شرکت کننده شماره ۲ در این مورد می‌گوید:

" من وقتی دعوا می‌کنم اصلاً سیگار برایم لذت بخش نیست، سیگار هم بدهند دور می‌اندازم، اصلاً خوشم نمی‌آید، دماغم چاق نیست که سیگار بکشم، در اون زمان سیگار را برای خودم زهر میدانم، اصلاً لذتبخش نیست، وقتی ناراحتم یکی سیگار هم تعارف کند، نمی‌گیرم، نمی‌کشم".

ه) الگوی افزایش سیگار

هر عاملی که فرد سیگاری را از تعادل زندگی روزمره خارج نماید منجر به افزایش سیگار خواهد شد، حال این عوامل شادکننده باشد یا ناراحت کننده. علاوه بر اینها جمع‌های دوستانه برای مصرف سیگار محرک بوده و مصرف سیگار را افزایش می‌دهد. همچنین کاهش سیگار به منظور کاهش آسیب‌های جسمی و یا ترک در صورت شکست با افزایش سیگار مواجه خواهد شد. شرکت کننده شماره ۵ می‌گوید:

"در واقع سیگار من قبلاً زیاد نبود، از زمان به جبهه رفتن همسر مصرف سیگار من زیاد شد، امروز یکی، فردا دو تا، پس فردا سه تا، یواش یواش زیاد شد. بعد اون هم که آدم نمی‌تونه به عقب برگرده".

شرکت کننده شماره ۸ هم می‌گوید:

"در مورد من به دنبال ترک‌ها، مصرف سیگار افزایش یافت، هر بار که ترک کردم و مجدداً سیگار را شروع کردم متوجه شدم که ۵ تا هم افزایش یافته است".

جدول (۱): نمونه تحلیل محتوی

کد	تغلیظ معنی	معنی محتوا	واحد محتوا
طلب آرامش	روشن کردن سیگار برای رسیدن به آرامش	احتمالاً سیگار اثرات متناقض در طول زمان دارد. در طولانی مدت آرامش را سلب می‌کند اما در کوتاه مدت ایجاد می‌کند. در هر صورت فرد برای رسیدن به آرامش به روشن کردن سیگار اقدام می‌کند.	شرکت کننده نوزده: من سیگار را به قصد رسیدن به آرامش روشن می‌کنم. پژوهشگر: بعضی شرکت‌کنندگان اظهار نمودند که این موضوع را قبول ندارند و رسیدن به آرامش با سیگار یک نوع تلقین است، نه اثر واقعی سیگار! آیا آن‌ها اشتباه گفته‌اند؟ شرکت کننده: سیگار آرامش را در طولانی مدت سلب می‌کند. اما در کوتاه مدت ایجاد می‌کند. من روزی سه نخ سیگار می‌کشم اگر نکشم آرامشم سلب می‌شود و در طولانی مدت آدم را استرسی و ضعیف می‌کند

سیگار بدست تلاش می‌کنند که ایشان را متقاعد کنند که اینکار را انجام ندهد. شرکت کننده شماره ۷ در این زمینه می‌گوید:

"هر کس را از جوانان ببینم سیگار می‌کشد، بهش می‌گویم که نکش، تو سیگار را تازه شروع کرده‌ای، می‌توانی نکشی، نکش".

آن‌ها پیشنهاد سیگار را پیشنهاد خطرناکی می‌دانستند که ممکن است تا آخر عمر دریافت کننده پیشنهاد را گرفتار کند. آن‌ها پیشنهاد سیگار را مساوی پیشنهاد دهها خطر جانی و مالی به گیرنده‌گان پیشنهاد می‌دیدند و آن را غیرمنصفانه می‌دانستند. در نزد آنان پیشنهاد سیگار به دیگران تداعی‌گر دریافت پیشنهاد مصرف سیگار در روزهای شروع مصرف سیگارشان بود و از آن به‌عنوان یک خاطره تلخ یاد می‌کردند. پیشنهاد سیگار به یک فرد ترک کرده پیشنهاد بسیار خطرناکی است که به راحتی پذیرفته خواهد شد و هفته‌ها، ماه‌ها و شاید سال‌ها زحمت طرف مقابل را در ترک سیگار در عرض چند ثانیه به باد خواهد داد.

۴. پاسخ به پیشنهاد سیگار: پیشنهاد سیگار به افراد غیرسیگاری اغلب با پاسخ منفی همراه است اگر چه در نوجوانان این پاسخ منفی با طی فرایندی ممکن است به پاسخ مثبت تبدیل شود. پیشنهاد سیگار از سوی افراد سیگاری به افراد سیگاری همان تعارف کردن سیگار است که اغلب بین دوستان و ندرتاً بین افراد غریبه صورت می‌پذیرد و اغلب مورد پذیرش واقع می‌شود. پیشنهاد سیگار به افراد سیگاری در هنگام ناراحتی، عصبانی شدن و یا دعوا کردن از سوی افراد غیرسیگاری صورت می‌پذیرد که ممکن است مورد پذیرش واقع شود یا رد شود. اغلب شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که مصرف سیگار در چنین زمان‌هایی برایشان خوشایند نیست و بعضی مصرف سیگار را در چنین زمان‌هایی مثل زهر

تابلو (۲): الگوهای مصرف سیگار در ایران

کدها	زیر طبقات	طبقات
طلب آرامش، کسب لذت، عادت، دغدغه ذهنی، اعتیاد، احساس نیاز.	وابستگی	الگوی روشن کردن سیگار
مشاهده سیگار در دست دوست، مشاهده سیگار در سینه خودرو، مشاهده سیگار در مغازه، مشاهده مصرف سیگار توسط دیگران، مشاهده مصرف سیگار در فیلم؛ مشاهده سیگار برای مصرف سیگار اشتیاق ایجاد می‌کند؛ نتیجه مشاهده و دسترسی مصرف سیگار است.	مشاهده	روشن کردن سیگار
مصرف سیگار به شرط انجام کار، مصرف به شرط حل مسئله، مصرف سیگار به شرط خواندن بخش معینی از مطلب.	شرطی‌سازی	سیگار
پیش بینی میزان مصرف، خرید در حد دسترسی دایمی، اجتناب از خرید نخی، توجه به صرفه اقتصادی.	خرید سیگار	الگوی تهیه سیگار
اولویت خرید به نان، اولویت خرید به لباس،	اولویت دادن به خرید سیگار	سیگار
سیگارکش‌های تفننی: مصرف در صورت دسترسی، عدم مصرف در صورت عدم دسترسی؛ سیگاری‌های عادی و قهار: خرید سیگار با پول صدقه‌ها، داد و بیداد راه انداختن در صورت پنهان کردن سیگارها، ترک خانه در نصف شب برای تهیه سیگار، طی مسافت طولانی در نصف شب برای خرید سیگار، تماس با دوستان برای آوردن سیگار، قرض کردن پول برای خرید سیگار در صورت نداشتن پول، درخواست سیگار از دیگران حتی غریبه، روشن کردن مجدد ته مانده‌های سیگار، یکی کردن سیگار برای دسترسی دایمی بین زن و شوهر؛	رفتار سیگاری‌ها در صورت نداشتن سیگار	سیگار
روشن کردن سیگار در حیاط و تراس به دور از سایر اعضای خانواده، اجتناب از مصرف سیگار در خودرو در صورت حضور فرد غیرسیگاری، اجتناب از مصرف سیگار در خودرو در حال سکون، ترک مجلس برای مصرف سیگار، محدود سازی روابط اجتماعی به منظور راحتی در مصرف سیگار و اذیت نکردن دیگران؛	اذیت نکردن دیگران	الگوی مصرف سیگار
داخل اتاق، داخل خودرو با حضور مسافران یا اعضای خانواده، مصرف در بیمارستان و سایر محیط‌های ممنوعه، مصرف در دستشویی؛ مصرف تحت هر شرایطی: مصرف سیگار در ضمن پوشیدن لباس، مصرف سیگار در حین جارو زدن، مصرف سیگار در حین آشپزی، مصرف در حالت خواب آلودگی (خماری)، بیدار شدن در وسط شب برای مصرف سیگار، مصرف در کمی هوشیاری و عدم تسلط به خود، مصرف در حاملگی، مصرف در گوشه و کنار خیابان، مصرف دزدکی با توجه به دید بد مردم (خانم)، مصرف در نزد غریبه (خانم)، مصرف سیگار در خودرو توسط خانم،	اذیت کردن ناخواسته	الگوی مصرف سیگار
مصرف نکردن در: محیط کار بخصوص اداری، حضور کودکان بخصوص نوزادان، قبل صبحانه و صرف غذا و چایی، گرسنگی، گرما، اعتراض و انتقاد مردم، ماه رمضان، حاملگی، پادگان، بیمارستان، مهمانی، موقعیت‌های خجالت کشیدن، مغازه‌ها و فروشگاهها و سوپرمارکت‌ها.	اذیت شدن	الگوی مصرف سیگار
ناخودآگاه بودن درخواست سیگار، آبروریزی در درخواست سیگار.	درخواست سیگار	الگوی تبادل سیگار
دادن پاسخ مثبت به درخواست سیگار، دادن پاسخ با کمیت بیشتر، دادن پاسخ با کیفیت بیشتر، ناراحتی در صورت درخواست‌های مکرر.	پاسخ به درخواست سیگار	الگوی تبادل سیگار
اجتناب از پیشنهاد سیگار به افراد غیرسیگاری یا ترک کرده در اکثر موارد، تعارف به افراد سیگاری در اغلب موارد.	پیشنهاد سیگار	الگوی تبادل سیگار
قبول پیشنهاد از سوی افراد سیگاری، قبول پیشنهاد در صورت آمادگی مصرف، رد پیشنهاد در صورت عدم آمادگی برای مصرف.	پاسخ به پیشنهاد سیگار	الگوی تبادل سیگار
استرس (مرگ همسر، طلاق، گرفتن بچه‌ها به دنبال طلاق، ناراحتی، شکست عشقی)، جمع دوستانه، افزایش به دنبال کاهش، افزایش به دنبال ترک‌های ناموفق.	موقعیت‌های افزایش	الگوی افزایش سیگار
احساس تخلیه فشار، کرختی و بیخیالی، فراموشی مشکل.	نتیجه افزایش	الگوی افزایش سیگار

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه در رابطه با الگوی مصرف سیگار ۵ مقوله معرفی شد و برای هر کدام از آن‌ها طبقاتی مطرح گردید. پژوهشگر در مراجعه به مطالعات دیگر با همخوانی یا عدم همخوانی یافته‌های این مطالعه با مطالعات دیگر مواجه شد که در این قسمت به بیان آن‌ها پرداخته می‌شود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که مشاهده مصرف سیگار توسط دیگران و یا مشاهده آن در یک فیلم از سوی افراد سیگاری از عوامل محرک روشن کردن و مصرف سیگار است. پلوتنیکف و همکاران^۱ (۲۰۰۷) می‌نویسند زمانی که رفتار توسط یک فرد مورد مشاهده قرار می‌گیرد آن فرد ممکن است در آن رفتار و رفتارهای متعاقب آن مشارکت داشته باشد (۲۹). گوتسچوون و ون دن بولک^۲ (۲۰۰۴) در این مورد اظهار می‌دارند ارتباط قوی و مستقیم بین نگاه به تلویزیون و مصرف سیگار وجود دارد. افرادی که ۶ ساعت یا بیشتر در روز به تلویزیون نگاه می‌کنند در هفته ۶۰ الی ۱۴۷ نخ بیشتر سیگار مصرف می‌کنند نسبت به کسانی که روزانه یک ساعت یا کمتر به تلویزیون نگاه می‌کنند (۳۰). دالتون و همکاران^۳ (۲۰۰۳) اظهار می‌دارند شواهد قدرتمندی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف سیگار در فیلم‌ها شروع مصرف سیگار (برای اولین بار) را در بین نوجوانان افزایش می‌دهد (۳۱). فارلی^۴ (۲۰۱۲) هم در این مورد اظهار می‌دارد اگر چه مواجهه با مصرف سیگار در فیلم‌ها با شروع مصرف سیگار در نوجوانان ارتباط دارد ولی باید مدنظر داشت که سایر محتوی فیلم (مثل صحنه‌های خشونت، جنسی، ناسزاگویی و ...) نیز ممکن است با شروع مصرف سیگار در نوجوانان ارتباط داشته باشد فلذا تحقیقات بیشتری لازم است تا نقش هرکدام از اینها را بصورت مستقل نشان دهد (۳۲). در این مطالعه به دنبال اظهارات شرکت‌کنندگان مبنی بر مصرف سیگار با نگاه به فیلم و تلویزیون برای پژوهشگر این احتمال مطرح شد که شاید نگاه به فیلم و تلویزیون در شروع مصرف سیگار (برای اولین بار) هم نقشی داشته باشد. لذا موضوع را در پرسشنامه تکمیلی مطرح و از تمامی شرکت‌کنندگان یکبار دیگر شروع مصرف سیگار با شروع مجدد آن با نگاه به فیلم و تلویزیون را مورد سؤال قرار داد. تقریباً تمامی شرکت‌کنندگان شروع مصرف سیگار (برای اولین بار) به دنبال نگاه کردن به فیلم و تلویزیون را رد کردند (به غیر از یک مورد). نگاه به فیلم و تلویزیون در شروع مجدد یا عود مصرف سیگار بعضی شرکت‌کنندگان تأثیر داشت ولی تقریباً همه آن‌ها اظهار داشته بودند که با نگاه به فیلم و تلویزیون مصرف سیگارشان

افزایش می‌یابد. با توجه به اینکه یکی از زمان‌های مصرف سیگار اوقات بیکاری و پرکردن وقت است، شاید نگاه به فیلم و تلویزیون برای بسیاری از شرکت‌کنندگان جزء اوقات فراغت و بیکاری محسوب شود و این خود سبب افزایش سیگارهای مصرفی گردد. یافته‌های این مطالعه نشان داد افراد سیگاری در خرید سیگار به صرفه اقتصادی آن توجه می‌کنند، از سوی دیگر سیگاری‌های قهار در صورت نداشتن سیگار برای دست یافتن به سیگار به هر اقدامی دست می‌زنند. افزایش مالیات‌های سیگار که یکی از روش‌های دولتها برای کاهش مصرف سیگار است به نظر می‌رسد که اثرات متفاوتی در سیگاری‌های قهار، عادی و تفنی داشته باشد (۳۳) و از سوی دیگر این امر با توان اقتصادی فرد در ارتباط است. شاید افزایش مالیات‌های سیگار برای فرد سیگاری که از توان اقتصادی بالایی برخوردار است بی‌تأثیر باشد. روت (۲۰۱۴) در این زمینه می‌نویسد افزایش قیمت سیگار باید بیشتر از افزایش درآمد فرد سیگاری باشد تا بتواند اثر خود را کاهش مصرف سیگار اعمال بنماید (۳۴). در این مطالعه شرکت‌کنندگان اظهار نمودند که سیگار را عمدتاً از سوپرمارکتها تهیه می‌کنند اگرچه در مواردی ممکن است از دوستان نیز قرض گرفته شود. در مطالعه پلنچر و شوارز (۲۰۰۰) شرکت‌کنندگان در پاسخ به این سؤال که سیگار را از کجا بدست می‌آورند؟ به ترتیب بدین شرح جواب دادند: دوستان، خویشاوندان، خرید از مغازه، دستگاه‌های فروش اتوماتیک و دزدی از مغازه. یافته‌های مطالعه ایشان روی نوجوانان ۱۳-۱۰ ساله نشان داد نزدیک به یک سوّم شرکت‌کنندگان سیگار را از یک فرد دیگر قرض کرده بودند. ۱۶/۹ درصد از یک سوپرمارکت خریده بودند، ۳/۹ درصد از ماشین‌های اتوماتیک فروش کالا تهیه کرده بودند، سیگار ۱۶/۳ درصد افراد توسط یک فرد دیگر برایشان تهیه شده بود و ۱۲/۱ درصد از طریق سرقت آن را بدست آورده بودند (۳۵). یافته‌های این مطالعه نشان داد افراد سیگاری با ۳ الگوی ادیت نکردن دیگران، ادیت ناخواسته و ادیت شدن به مصرف سیگار می‌پردازند. بروگ و همکاران (۲۰۰۲) در این مورد می‌نویسند برای حفظ احترام حقوق فردی متقابل لازم است که سیگاری‌ها به حقوق غیر سیگاری‌ها احترام بگذارند و آن‌ها را با دود سیگارشان ادیت نکنند. آزادی در ایالات متحده بدین معنی نیست که فرد حق داشته باشد به مردم آسیب برساند. افراد سیگاری ممکن است ادعا بکنند که دود محیطی سیگار ممکن است آزار دهنده باشد ولی کشنده نیست (۳۶). فریدن و بلکمن (۲۰۰۵) در این زمینه می‌نویسند تماس با دود محیطی سبب بیماری و مرگ می‌شود.

³ Dalton et al.

⁴ Farrely

¹ Plotnikoff et al.

² Gutschoven & Van den Bulck

شعله‌ور نماید و با افزایش سیگار و یورش به طرف سیگار مرتبط است. سیگاری‌ها گزارش نموده‌اند که در پاسخ به استرس سیگار خود را افزایش داده‌اند. شگفت‌آور نیست که شیوع مصرف سیگار در مشاغل پر استرس بالاست و سیگار کشیدن با افزایش استرس شغل تشدید می‌یابد (۴۰). فرگوسن و همکاران^{۱۰} (۱۹۹۵) هم می‌نویسد شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد کودکانی که در اوایل کودکی سیگار را تجربه می‌کنند تمایل به ملحق شدن به گروه‌های همسالان سیگاری در نوجوانی دارند و گروه‌های همسالان به نوبه خود تمایلات قبلی آن‌ها را برای شروع مجدد مصرف سیگار و افزایش آن تشدید می‌کند (۴۱). فلذا بعضی پژوهشگران معتقدند نوجوانان بخصوص نوجوانان پسر بایستی هدف برنامه‌های پیشگیری و اقدامات سالم‌سازی در مقابل مصرف سیگار قرار گیرند (۴۲).

محدودیت‌های پژوهش: ما در این مطالعه به علت عدم آمادگی افراد غریبه برای مصاحبه و ضبط صدا مجبور شدیم شرکت‌کنندگان را از افراد آشنا انتخاب کنیم. با این حال در انتخاب شرکت‌کنندگان از افراد آشنا تلاش شد که شرکت‌کنندگان از نظر شغل، تحصیلات، سن و میزان وابستگی به سیگار متنوع باشند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه نحوه مصرف سیگار در ۵ الگو شناسایی و مورد بحث قرار گرفت. پژوهشگران بر این باورند بدون شناسایی این الگوها نحوه تعامل با افراد سیگاری صحیح نخواهد بود و افراد سیگاری در برابر پرسنل تیم بهداشتی درمانی بخصوص پرستاران سلامت جامعه حالت تدافعی خواهند داشت. درک فرد سیگاری به‌عنوان یک مددجو مبنی بر اینکه فرد چگونه سیگار را تهیه و تبادل می‌کند؟ چرا سیگار روشن می‌کند؟ مزایای سیگار برای فرد سیگاری چیست و سیگار به کدام نیازهای فرد سیگاری پاسخگوست؟ فرد سیگاری در صورت نداشتن چه وضعیتی پیدا می‌کند و چرا افراد سیگاری با دود سیگار خود موجب رنجش دیگران می‌شوند؟ کمک شایانی به برقراری یک ارتباط مناسب بین پرستار و فرد سیگاری می‌نماید و این ارتباط می‌تواند بستر را برای آموزش افراد سیگاری و ترک سیگار فراهم نماید. لذا پژوهشگر به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌نماید که نسبت به طراحی ابزار "الگوی مصرف سیگار در بزرگسالان سیگاری" و روانسنجی آن اقدام نموده و دانش درمانگران را با آن مورد سنجش قرار دهند و ارتباط این دانش را با موفقیت درمانگران در ترک سیگار افراد سیگاری موردبررسی قرار دهند.

سیستم گردش خون فرد غیرسیگاری همانند فرد سیگاری عمل می‌کند و دقیقاً ۳۰ دقیقه بعد مواجهه با دود سیگار خطر بیماری‌های ایسکمیک قلب افزایش می‌یابد. دود محیط ۲۵ درصد بیماری‌های مزمن ریوی را افزایش می‌دهد، خطر آسم را ۶۰-۴۰ درصد در بزرگسالان بیشتر می‌کند، ۱۰۰-۵۰ درصد خطر بیماری‌های حاد تنفسی را در کودکان افزایش می‌دهد و خطر سندروم مرگ ناگهانی کودک را به میزان دو برابر افزایش می‌دهد (۲۱). بوگ و همکاران (۲۰۰۲) هم می‌نویسند دود محیطی یا دود دست دوم^۵ علت شیوع بسیاری از بیماریها و مرگ‌ومیرهای ناشی از آن‌ها در ایالات‌متحده است. قرار گرفتن در معرض دود دست دوم با سرطان ریه، سرطان مری و دیگر سرطان‌ها در ارتباط است. آن همچنین با بیماری‌های قلبی، آسم، عفونت‌های مجاری تحتانی تنفسی مانند پنومونی، برونشیت و آمفیزم در ارتباط است. عوارض تکاملی دود محیطی شامل: کم وزنی زمان تولد، اختلالات شناختی و سندروم مرگ ناگهانی شیرخواران است (۳۶). در این مورد وایز و همکاران^۶ (۲۰۱۳) می‌نویسند رفلکس سرفه در کودکان سالمی که با افراد سیگاری زندگی می‌کنند مختل می‌شود (۳۷).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که افراد سیگاری به راحتی به یکدیگر سیگار پیشنهاد (تعارف) می‌کنند و یا آن را از یکدیگر درخواست می‌کنند. یافته‌های مطالعه فورستر و همکاران^۷ (۲۰۰۳) نشان داد که ۹۰ درصد جوانان شرکت‌کننده در مطالعه سابقه درخواست سیگار از همدیگر را داشتند و در ۷۵ درصد موارد آن‌ها سیگار را برای فرد درخواست‌کننده تهیه کرده بودند. سیگاری‌های رسمی (افرادی که روزانه سیگار مصرف می‌کنند) بیشتر از سیگاری‌های تفننی (افرادی که مصرف گهگه‌گیر دارند) به درخواست سیگار اقدام کرده بودند (۳۸). ویدوم و همکاران^۸ (۲۰۰۷) هم در این مورد می‌نویسد سیگار اغلب از منابع تجاری تهیه می‌شود و در صورتی که در تهیه سیگار از منابع تجاری مشکل وجود داشته باشد تبادل سیگار بصورت اجتماعی در بین جوانان دیده می‌شود (۳۹).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که هرگونه تغییر در زندگی فرد، حضور در گروه‌های همسالان و ترک ناموفق سیگار منجر به افزایش مصرف سیگار می‌شود. در این مورد در این مورد هاروود و همکاران^۹ (۲۰۰۷) می‌نویسند نیکوتین مسئول اثرات روانی و رفتاری سیگار کشیدن است و استرس اغلب قبل از شروع مصرف سیگار وجود دارد. استرس ممکن است رفتار سیگار کشیدن را

⁸ Widome et al.

⁹ Harwood et al.

¹⁰ Fergusson et al.

⁵ Second hand smoke

⁶ Wise et al.

⁷ Forster et al.

مصاحبه با شرکت‌کنندگان شهرهای دیگر را برای ما فراهم نمودند سپاسگزاریم. از جناب آقای دکتر هادی حسنجانی که تناسب و دسته‌بندی کدها، طبقات و مفاهیم را مورد بازبینی قرار دادند سپاسگزاریم. از تک‌تک شرکت‌کنندگان که وقت خود را جهت مصاحبه و تأیید مطالب در اختیار پژوهشگران قرار دادند، متشکریم.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری پرستاری است. پژوهشگران از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی . که حمایت مالی این طرح را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایند. از افراد تسهیل‌کننده که انجام

References:

1. Chistyakov V, Patkina N, Tammimäki A, Talka R, Salminen O, Belozertseva I, et al. Nicotine exposure throughout early development promotes nicotine self-administration in adolescent mice and induces long-lasting behavioural changes. *Euro J Pharmacol* 2010;640(1):87-93.
2. Kennison LH. Smoking and Pregnancy: Reconciling Incompatibilities. *Holistic Nurs Pract* 2009;23(1):32.
3. Rezaei TF, Akbari H, Rezaei T. Cigarette Smoking and Its Relationship with Pulmonary Tuberculosis. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2007.
4. Afrasiabi A, Derakhshan A, SadeghiHasanAbadi A, Rajaeifard A. Study of tendency to cigarette smoking and its related causes among students of Shiraz University of Medical Sciences -1998. *Armaghane Danesh* 1998;5(19-20):24-48.
5. Alimian M, Zaman B, Khatibi R. Opioid requirement after elective leg surgery (ORIF) under general anesthesia, for smoker and non smoker men. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2006;11(3):20-5.
6. Yagi H, Komukai K, Hashimoto K, Kawai M, Ogawa T, Anzawa R, et al. Difference in risk factors between acute coronary syndrome and stable angina pectoris in the Japanese: Smoking as a crucial risk factor of acute coronary syndrome. *J Cardiol* 2010;55(3):345-53.
7. Shayeghannejhad V, Zare M. The role of smoking and passive smoking on the incidence of stroke in people with high blood pressure. *J Principles Mental Health* 2002;6(19-20):114-20.
8. Mousavi M, Khoshkhonejhad A, Golestan B. Plasma levels of antibodies IgG2, IgG1 in patients with periodontitis and control groups. *J Dentistry Tehran Univ Med Sci* 2008;21(4):242-8.
9. Lafzi A, Abou AN, Eskandari A, Shir MA. The clinical assessment of the effects of smoking on periodontal tissues in referring patients to tabriz dental faculty during 2005-2006. *J Dentistry Shiraz Univ Med Sci* 2006;7(3-4):120-31.
10. Kazemi T, Heydari-B RR, Sharifzadeh GHR, Zarban A. Comparison of blood pressure, smoking and body mass index in patients with Cataract. *J Birjand Univ Med Sci* 2006;12(3-4):36-40.
11. Samimi R, Vali ZA. Relationship Between Smoking And General Health In Students Of Iran University Of Medical Sciences, 2006. *Med J Hormozgan Univ* 2008;11(4):303-8.
12. McGrath JJ, Alati R, Clavarino A, Williams GM, Bor W, Najman JM, et al. Age at first tobacco use and risk of subsequent psychosis-related outcomes: A birth cohort study. *Aust New Zealand J Psychiatry* 2015;0004867415587341.
13. Tavakolizadeh J, Gahramani M, Hadizadeh TF, Chamanzari H. Ghq. *Ofoh-e-danesh* 2003;9(1):1-9.
14. Shahab Jahanlo A, Ghofrani Poor F, Kimiyagar M, Vafaie M, Heidarnia A, Sobhani A, et al. Relationship between knowledge, efficacy and quality of life in diabetic patients with blood glucose control and lipid consumer tobacco. *J Hormozgan Univ Med Sci* 2008;11(4):261-6.
15. Méndez D, Alshaneqtey O, Warner KE. The potential impact of smoking control policies on

- future global smoking trends. *Tobacco control* 2013;22(1):46-51.
16. Radsma J, Botorff JL. Counteracting ambivalence: Nurses who smoke and their health promotion role with patients who smoke. *Res Nurs Health* 2009;32(4):443-52.
 17. Lim HK, Ghazali SM, Kee CC, Lim KK, Chan YY, Teh HC, et al. Epidemiology of smoking among Malaysian adult males: prevalence and associated factors. *Bmc Public Health* 2013;13(1):8.
 18. Mickens L, Ameringer K, Brightman M, Leventhal AM. Epidemiology, determinants, and consequences of cigarette smoking in African American women: An integrative review. *Addictive Behav* 2010;35(5):383-91.
 19. Prokhorov AV, Winickoff JP, Ahluwalia JS, Ossip-Klein D, Tanski S, Lando HA, et al. Youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians. *Pediatrics* 2006;118(3):e890-e903.
 20. Wu J. Double target concept for smoking cessation. *Acta Pharmacologica Sinica* 2010;31(9):1015-8.
 21. Frieden TR, Blakeman DE. The dirty dozen: 12 myths that undermine tobacco control. *J Info* 2005;95(9).
 22. Kan M, Lau M. Minor access control of Hong Kong under the framework convention on tobacco control. *Health policy* 2010;95(2-3):204-10.
 23. Organization WH. Global Health Observatory Data Repository: Monitor: Prevalence - adult age-standardized by country:Tobacco control:Prevalence - adult age-standardized by country. <http://apps.who.int/gho/data/nodomain1250?lang=en>. 2013.
 24. Hay J, Shuk E, Cruz G, Ostroff J. Thinking through cancer risk: characterizing smokers' process of risk determination. *Qualitative Health Res* 2005;15(8):1074-85.
 25. Schultz ASH, Botorff JL, McKeown SB. Nurses' Use of Qualitative Research Approaches to Investigate Tobacco Use and Control. *Annual Rev Nurs Res* 2009;27(1):115-44.
 26. Wang C, Henley N, Donovan R. Exploring children's conceptions of smoking addiction. *Health Educ Res* 2004;19(6):626-34.
 27. Park S, Romer D. Problem Behavior Syndrome and its Influence on the Transition from Experimental to Daily Smoking Among Adolescents in the US. *J Addictions Nurs* 21. 2010;2(3):114-22.
 28. Giarelli E, Ledbetter N, Mahon S, McElwain D. Not Lighting Up: A Case Study of a Woman Who Quit Smoking 2004: *Onc Nurs Society*.
 29. Plotnikoff RC, Bercovitz K, Rhodes RE, Loucaides CA, Karunamuni N. Testing a conceptual model related to weight perceptions, physical activity and smoking in adolescents. *Health Educ Res* 2007;22(2):192-202.
 30. Gutschoven K, Van den Bulck J. Television viewing and smoking volume in adolescent smokers: a cross-sectional study. *Preventive Med* 2004;39(6):1093-8.
 31. Gutman LM, Eccles JS, Peck S, Malanchuk O. The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *J Adolescence* 2011;34(1):119-28.
 32. Farrelly MC, Kamyab K, Nonnemaker J, Crankshaw E, Allen JA. Movie smoking and youth initiation: parsing smoking imagery and other adult content. *PloS one* 2012;7(12):e51935.
 33. Kostova D, Andes L, Erguder T, Yurekli A, Keskinçilic B, Polat S, et al. Cigarette prices and smoking prevalence after a tobacco tax increase-Turkey, 2008 and 2012. *MMWR Morbidity and mortality weekly report* 2014;63(21):457-61.
 34. Rout S, Arora M. Taxation of smokeless tobacco in India. *Indian J Cancer* 2014;51(5):8.
 35. Pletcher JR, Schwarz DF. Current concepts in adolescent smoking. *Curr Opin Pediatr* 2000;12(5):444-9.

36. Brugge D, DeJong W, Hyde J, Le Q, Shih CS, Wong A, et al. Development of targeted message concepts for recent Asian immigrants about secondhand smoke. *J Health Communication* 2002;7(1):25-37.
37. Wise PM, Mennella JA, Finkbeiner S. Impaired Cough Sensitivity in Children of Smokers. *Nicotine Tobacco Res* 2013;15(2):603-7.
38. Forster J, Chen V, Blaine T, Perry C, Toomey T. Social exchange of cigarettes by youth. *Tobacco control* 2003;12(2):148-54.
39. Widome R, Forster JL, Hannan PJ, Perry CL. Longitudinal patterns of youth access to cigarettes and smoking progression: Minnesota Adolescent Community Cohort (MACC) study (2000-2003). *Preventive Med* 2007;45(6):442-6.
40. Harwood GA, Salsberry P, Ferketich AK, Wewers ME. Cigarette smoking, socioeconomic status, and psychosocial factors: examining a conceptual framework. *Public Health Nurs* 2007;24(4):361-71.
41. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood L. The role of peer affiliations, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescence. *Addiction* 1995;90(5):647-59.
42. Ngahane BHM, Ekobo HA, Kuaban C. Prevalence and determinants of cigarette smoking among college students: a cross-sectional study in Douala, Cameroon. *Arch Public Health* 2015;73(1):1-7.

CIGARETTE SMOKING PATTERNS IN ADULT SMOKERS OF IRAN A CONTENT ANALYSIS STUDY

Ebrahimi H¹., Sahebihagh M.H²., Ghofranipour F.³, Mohammadpoorasl A.⁴, Tabrizi J.S.⁵

Received: 21 Nov, 2015; Accepted: 25 Jan, 2016

Abstract

Background and Aims: Cigarette smokers are a vulnerable population because they are exposed to various diseases and the morbidity and mortality rates among them are high. Smoking prevalence is relatively high in Iran, and nursing researchers by qualitative approaches could play a key role in reducing it. This study aimed to identify the smoking patterns in adults by qualitative approach.

Materials and Methods: The present study was done as a qualitative approach by using conventional content analysis method. Thirty people participated in the study and were evaluated by using techniques including: individual interview, scenario, responding to primary and supplementary questionnaire, responding to cigarette sellers' questionnaire, and group discussion. To achieve the trustworthiness data we noticed 4 dimensions included: credibility, dependability, confirmability and transferability.

Results: Finding of this study summarized in 5 main categories and 15 subcategories. The pattern of cigarette lightening with 3 subcategories including: dependency to cigarette smoking, observation of cigarette smoking, and conditional behavior. The pattern of provision of cigarette with 3 subcategories including: how to buy cigarette, purchase priority of cigarette, and cigarette smokers' behavior in the case of not having a cigarette. The pattern of cigarette smoking with 3 subcategories including: do not bother others, unwanted bother of others, and bullying of cigarette smoker. The pattern of cigarette exchanging with 4 subcategories including: requesting of a cigarette, responding to cigarette requesting, offering of cigarette to others, and responding to cigarette offer. Finally, the pattern of increasing the number of cigarette with 2 subcategories including: causes of cigarette increasing and the result of cigarette increasing.

Conclusion: Without identifying the patterns of cigarette smoking, engagement of health team with cigarette smokers will not be correct and the smokers have a defensive behavior against to the personnel of health team. Understanding the cigarette smokers and his/him behaviors as a client including: "how they prepare cigarette and exchange?" "Why they lighten a cigarette?" "What is the benefits of cigarette to smokers?" "A cigarette smoker what manifest behavior when he/she has not a cigarette?" and "Why do smokers with their cigarette smoking cause offense to others?" extremely helpful to establish a proper relationship between the nursing staff and smoker and this relationship can be a platform to educate smokers and quit smoking.

Key words: Cigarette smoking; Tobacco use; Qualitative research; Iran.

Address: Department of Community Health Nursing, Faculty of Tabriz Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, South Shariaty, Tabriz, Iran.

Tel:(+98 41 34776770)

Email:Sahebihagh@tbzmed.ac.ir

¹ *Associated professor, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.*

² *Assistant professor, Department of Community Health Nursing, Faculty of Tabriz Nursing and Midwifery, Member of Student Research Committee, Tabriz Health Service Management Research Centre, , Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran(corresponding author).*

³ *Associated professor, Department of Health Education, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.*

⁴ *Assistant professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Tabriz Health Service Management Research Centre, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.*

⁵ *Associated professor, Tabriz Health Service Management Research Centre, Department of Health Service Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.*