تبیین مصرف سیگار در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان بر اساس مدل بزنف

عبدالرحمان چرکزی [۱]، هاشم حشمتی [۲]، عثمان نیریزی [۳]

چکیده

مقدمه: سالانه حداقل ۴/۵ میلیون نفر در دنیا بر اثر استعمال سیگار و بیماری‌های ناشی از مصرف آن جان خود را از دست می‌دهند. الگوی بزنف یکی از الگوهای جامع مطالعه رفتار است. این مطالعه با هدف تبیین وضعیت مصرف سیگار بر اساس سازه‌های الگوی بزنف، در بین دانشجویان سیگاری مقیم خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی صورت گرفت.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی، تعداد ۷۸ دانشجوی سیگاری به روش گلوله برفی در بهار سال ۱۳۹۰ وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه محقق ساخته‌ای بود که بر اساس سازه‌های الگوی بزنف تهیه شده بود. داده‌ها از طریق آمار توصیفی به کمک آزمون‌های Independent t-test و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: هم‌اتاقی سیگاری (۴۶/۲ درصد) و دوستان سیگاری (۴۱ درصد) از مهم‌ترین هنجارهای انتزاعی مصرف سیگار بودند. دسترسی آسان (۷۳/۱ درصد)، سهولت مصرف (۶۷/۹ درصد) و ارزانی قیمت (۶۲/۸ درصد) از مهم‌ترین عوامل قادرساز بودند. در سازه نگرش، ۳۰/۸ درصد نگرش منفی، ۴۳/۶ درصد نگرش خنثی و ۲۵/۶ درصد نگرش مثبت به مصرف سیگار داشتند.

نتیجه‌گیری: هنجارهای انتزاعی و عوامل قادرساز از مهم‌ترین عوامل مؤثر در مصرف سیگار می‌باشند. بنابراین باید در برنامه‌های ترک سیگار و پیش‌گیری از آن به اهمیت این عوامل توجه ویژه‌ای مبذول شود.

واژه‌های کلیدی: مصرف سیگار، الگوی بزنف، عوامل قادرساز، نگرش، هنجارهای انتزاعی.

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۹۰/۰۵/۱۰ *پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۱۵*

مقدمه

مصرف سیگار مهم‌ترین علت مرگ و ناتوانی در سراسر دنیا به شمار می‌رود. سالانه حداقل ۴/۵ میلیون نفر بر اثر استعمال سیگار و بیماری‌های ناشی از مصرف آن جان خود را از دست می‌دهند که از مجموع مرگ‌های ناشی از ایدز، سل و مالاریا هم بیشتر است (۱). ۸۰ درصد مصرف سیگار در کشورهای با درامد پایین و متوسط است و اگر این روند ادامه یابد تا سال ۲۰۳۰ سالانه ۱۰ میلیون قربانی خواهد گرفت (۱). تخمین زده شده است که سیگار موجب مرگ ۱۰۰ میلیون نفر در قرن ۲۰ میلادی شده است و برآورد می‌شود که این رقم در قرن ۲۱ به یک میلیارد نفر برسد (۳، ۲).

مطالعه انجام شده در داخل کشور نیز نشان داد که میزان شیوع مصرف سیگار ۱۵/۳ درصد بوده است. علاوه بر آن نیز ۱/۲ درصد سیگاری‌ها غیر فعال هستند. بیش‌ترین فراوانی سیگار در گروه‌های سنی ۶۴-۳۵ سال است و مصرف آن در مردان بیش از زنان می‌باشد. همچنین میانگین تعداد نخ

۱- دانشجوی دکترای تخصصی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۲- مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: heshmati3369@yahoo.com

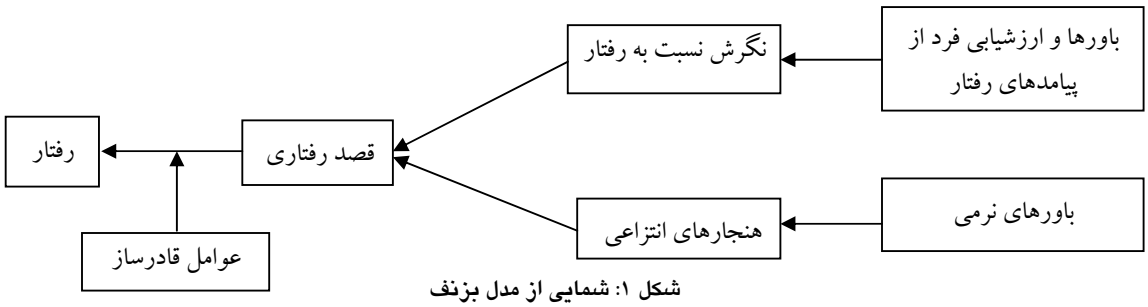
۳- کارشناس، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

مصرفی ۱۴/۶۹ نخ بوده است (۴). بر اساس آمار موجود در کشور در سال ۱۳۶۹ فقط ۱۰/۷ درصد از افراد ۲۴-۱۵ ساله سیگاری بودند، در حالی که این رقم در سال‌های اخیر به ۱۷/۱ درصد افزایش پیدا کرده است (۵). با توجه به این که به نظر می‌رسد مصرف سیگار در دانشجویان در حال افزایش است و از طرفی مصرف سیگار یک رفتار پیچیده می‌باشد که عوامل مختلفی در بروز آن نقش دارند، برای پیش‌گیری از مصرف آن شناسایی عوامل مؤثر مرتبط با آن ضروری است تا بتوان بر اساس برنامه‌ریزی جهت مداخلات را فراهم آورد.

یکی از عوامل تأثیرگذار در مصرف سیگار به خصوص در افراد نوجوان و جوان وجود دوستان سیگاری و فشار ناشی از هم‌سالان جهت مصرف سیگار است.

متخصصین آموزش بهداشت برای تبیین رفتارهای مرتبط با سلامت از الگوها و نظریه‌های متعددی استفاده می‌کنند. یکی از الگوهای مورد استفاده جهت درک رفتار افراد، الگوی بزنف (Behavior, Attitude, Subjective norms, Enabling factors یا BASNEF) می‌باشد که یک الگوی جامع و کامل جهت مطالعه رفتار است. این الگو به منظور مطالعه رفتار، برنامه‌ریزی جهت تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم‌گیری افراد برای انجام رفتار مؤثر هستند، به کار گرفته می‌شود. بر طبق این الگو فرد زمانی دست به انجام یک رفتار جدید می‌زند که به این باور برسد که آن رفتار دارای فواید بهداشتی، اقتصادی و غیره می‌باشد (باور فرد و ارزشیابی از پیامدهای رفتار). سپس این ارزیابی باعث شکل‌گیری نگرش نسبت به رفتار مورد نظر در وی می‌شود (نگرش به رفتار). در موازات آن افراد مهمی که در زندگی فرد وجود دارند، می‌توانند تصمیم فرد برای رفتار جدید را تحت تأثیر قرار دهند و به عنوان یک مانع یا یک تسهیل کننده در رفتار عمل کنند (هنجارهای انتزاعی). هنجارهای انتزاعی فرد نیز توسط باورهای هنجاری تعیین می‌شود. به این معنی که فرد رفتار جدید را با میزان تأیید یا رد این رفتار توسط افرادی که برای وی مهم هستند، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ترکیب نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای انتزاعی باعث شکل‌گیری تصمیم فرد برای اتخاذ رفتار جدید می‌شوند (قصد رفتاری). در این بین عواملی نظیر مهارت، پول، هزینه و غیره می‌توانند در تبدیل قصد رفتاری به رفتار مؤثر باشند. این عوامل باید از قبل وجود داشته باشند تا رفتار صورت گیرد (عوامل قادرساز) (شکل ۱). این مدل علاوه بر فرد به تأثیر خانواده، جامعه و سطوح ملی در شکل‌گیری رفتار تأکید می‌کند. برای حصول یک رفتار باید تغییرات آموزشی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی در نظر گرفته شوند (۷، ۶).

مدل بزنف هم بر توانمندی و هم بر محدودیت‌ها و موانع افراد جهت انجام یا عدم انجام یک رفتار تأکید دارد (۸). بر اساس مدل بزنف مصرف سیگار در افراد نوجوان و جوان به باورها و نگرش‌های آنان بستگی دارد. بر این اساس اگر این افراد مصرف سیگار را سودمند بدانند و پیامدهای ناشی از مصرف آن را مثبت تلقی کنند، نگرش مثبتی را به سیگار پیدا خواهند کرد. از طرفی دوستان سیگاری و فشار هم‌سالان به عنوان هنجار انتزاعی مهم به همراه قیمت ارزان و دسترسی راحت به عنوان عوامل قادرساز می‌توانند باعث گرایش به



شکل ۱: شمایی از مدل بزنف

www.mui.ac.ir

مصرف سیگار شوند.

نتایج مطالعه باقیانی‌مقدم و همکاران نشان داد که کاربرد این مدل در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مؤثر و سودمند است (۹).

در مطالعه شریفی‌راد و کامران نتایج نشان داد که عامل دسترسی آسان مهم‌ترین فاکتور قادرساز و دوستان سیگاری مهم‌ترین هنجار انتزاعی مصرف سیگار در بین دانشجویان سیگاری مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است (۱۰).

در مطالعه عابدینی و همکاران بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس، نتایج نشان داد که ۹ درصد دانشجویان سیگار، ۱۲ درصد قلیان و ۲۰/۵ درصد آنان هر دو را تجربه نموده‌اند و مهم‌ترین عامل مصرف سیگار را تفریح و سرگرمی، معاشرت با دوستان سیگاری و دسترسی آسان به سیگار بیان کردند (۱۱). مطالعه حاضر با هدف تبیین عوامل مؤثر بر مصرف سیگار بر اساس سازه‌های الگوی بزنف در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام گرفت.

روش‌ها

نوع مطالعه توصیفی با رویکرد مقطعی بود. جامعه مورد مطالعه دانشجویان سیگاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان در نیم‌سال دوم تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ بودند. روش نمونه‌گیری به شکل گلوله برفی بود. به این صورت که محققین تعدادی از دانشجویان سیگاری را شناسایی کردند و پس از توضیح در مورد هدف تحقیق و جلب رضایت شفاهی، از آنان درخواست کردند که دیگر دانشجویان سیگاری را معرفی نمایند و از آن‌ها نیز خواسته شد که همین زنجیره را ادامه دهند تا دانشجویان سیگاری بیش‌تری وارد مطالعه گردند. به این ترتیب در نهایت تعداد ۷۸ پرسش‌نامه تکمیل گردید.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها از طریق تکمیل پرسش‌نامه بود. این پرسش‌نامه از چهار بخش تشکیل شده بود. بخش اول مربوط به مشخصات دموگرافیک بود. بخش دوم مربوط به هنجارهای انتزاعی بود که افراد تأثیرگذارنده روی تصمیمات فرد از جمله دوستان، هم‌اتاقی، همکلاسی، پدر و سایر افراد خانواده را شامل می‌شد. بخش سوم عوامل قادرکننده بود که شامل قیمت سیگار، دسترسی آسان، استفاده آسان و آزاد بودن مصرف سیگار بود. برای پاسخ‌های سؤالات هنجارهای انتزاعی و عوامل قادرساز سه گزینه"بلی"، "تا حدودی" و "خیر" در نظر گرفته شد، ولی نمره‌دهی در این بخش انجام نگرفت و پاسخ‌ها به شکل توزیع فراوانی گزارش گردید.

بخش چهارم نگرش نسبت به مصرف بود (۱۰ سؤال). برای سنجیدن این بخش از آزمون لیکرت ۵ قسمتی (۱- کاملاً موافقم، ۲- موافقم، ۳- نظری ندارم، ۴- مخالفم و ۵- کاملاً مخالفم) استفاده شد و به ترتیب نمره ۵ تا ۱ داده شد. دامنه نمرات فرد ۵-۱ بود و کسب نمره کمتر از ۲/۴ به عنوان نگرش منفی، نمره ۳/۷-۲/۴ نگرش خنثی و نمره بالاتر از ۳/۷ به عنوان نگرش مثبت به مصرف سیگار در نظر گرفته شد.

برای تعیین روایی پرسش‌نامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد. ابتدا پرسش‌نامه بر اساس کتب و منابع معتبر تهیه شد و سپس در اختیار تعدادی از اساتید و کارشناسان قرار گرفت و نظرات آن‌ها در پرسش‌نامه اعمال گردید. جهت پایایی پرسش‌نامه از آزمون ثبات درونی در فاز پایلوت بر روی ۲۰ دانشجوی سیگاری استفاده شد که با ضریب آلفای ۰/۸۷ مورد تأیید قرار گرفت.

پس از اخذ مجوز از مسؤولین دانشگاه و تصویب طرح پژوهشی، برای تکمیل پرسش‌نامه از روش خود ایفا استفاده گردید. به این صورت که در ابتدا درباره اهداف پژوهش به جامعه مورد مطالعه توضیح داده شد و پس از گرفتن رضایت شفاهی و اطمینان دادن از محرمانه ماندن اطلاعات آنان، از آن‌ها خواسته شد بدون نوشتن نام و نام خانوادگی پرسش‌نامه را تکمیل نمایند. همچنین به آن‌ها توضیح داده شد که تکمیل پرسش‌نامه اختیاری است و هیچ اجباری در تکمیل آن نمی‌باشد.

داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار $SPSS_{۱۵}$ گردید و از طریق آمار توصیفی و آزمون‌های Independent t-test و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری ۹۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

دامنه سنی افراد مورد بررسی ۲۸-۱۸ سال با میانگین و انحراف معیار ۲/۰۸ ± ۲۱/۹۴ سال بود. در این بین ۸۷/۲ درصد افراد مجرد و ۶۲/۸ درصد پسر بودند. بر اساس مقطع تحصیلی ۷۴/۴ درصد لیسانس، ۱۹/۲ درصد دکترای عمومی، ۵/۱ درصد فوق دیپلم و ۱/۳ درصد فوق لیسانس بودند. دامنه تعداد نخ‌های مصرفی ۴۰-۱ با میانگین ۵/۹۹ ± ۵/۷۵ نخ در روز بود.

در سازه هنجارهای انتزاعی هم‌اتاقی سیگاری با ۴۶/۲ درصد و دوستان سیگاری و پذیرش اجتماعی هر کدام با ۴۱ درصد مهم‌ترین افراد تأثیرگذار در مصرف سیگار بودند (جدول ۱).

از بین عوامل قادرساز، دسترسی آسان با ۷۳/۱ درصد بیش‌ترین عامل تأثیرگذار و عدم ممنوعیت مصرف سیگار در خوابگاه با ۲۵/۶ درصد کم‌ترین عامل تأثیرگذار و تسهیل کننده مصرف سیگار بودند (جدول ۲).

در سازه نگرش ۳۰/۸ درصد نگرش منفی، ۴۳/۶ درصد نگرش خنثی و ۲۵/۶ درصد نگرش مثبت به مصرف سیگار داشتند. در این بخش عبارت "از مصرف سیگار و قلیان لذت می‌برم" بیش‌ترین نمره و عبارت "نداشتن کنترل بر زندگی‌ام باعث روی آوردن من به سیگار و قلیان شد" کم‌ترین نمره را به خود اختصاص دادند (جدول ۳).

میانگین نمره نگرش دانشجویان پسر و دختر به ترتیب برابر با ۰/۹۲ ± ۳/۵۰ و ۰/۹۰ ± ۲/۳۵ بود که بر اساس آزمون Independent t-test این مقدار از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵$). به این ترتیب که دانشجویان پسر نگرش مثبت‌تری نسبت به مصرف سیگار داشتند. بین نگرش با وضعیت تأهل، تحصیلات پدر، مقطع تحصیلی و تعداد نخ‌های مصرفی ارتباط معنی‌داری به دست نیامد ($P > ۰/۰۵$). همچنین بین تعداد نخ سیگار مصرفی و عامل قادرساز قیمت ارزان ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید ($P > ۰/۰۵$).

بحث

مدل بزنف عوامل مختلف مؤثر در اتخاذ یا عدم اتخاذ یک رفتار بهداشتی را مورد بررسی قرار می‌دهد. اهمیت این مدل بر این

جدول ۱: توزیع فراوانی هنجارهای انتزاعی مصرف سیگار در بین دانشجویان سیگاری مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی گلستان در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹

هنجار انتزاعی	بلی		تاحدودی		خیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دوستان سیگاری	۳۲	۴۱	۱۶	۲۰/۵	۳۰	۳۸/۵
هم‌اتاقی سیگاری	۳۶	۴۶/۲	۱۵	۱۹/۲	۲۷	۳۴/۶
همکلاسی سیگاری	۱۸	۲۳/۱	۲۰	۲۵/۶	۴۰	۵۱/۳
پدر سیگاری	۳	۳/۸	۶	۷/۷	۶۹	۸۸/۵
پذیرش اجتماعی	۳۲	۴۱	۲۱	۲۶/۹	۲۵	۳۲۹/۱
سایر افراد	۴	۵/۱	۷	۹	۶۷	۵۸/۹

جدول ۲: توزیع فراوانی عوامل قادرساز مصرف سیگار در بین دانشجویان سیگاری مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی گلستان در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹

عوامل قادرساز	بلی		تاحدودی		خیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
دسترسی آسان	۵۷	۷۳/۱	۱۵	۱۹/۲	۶	۷/۷
سهولت مصرف	۵۳	۶۷/۹	۱۷	۲۱/۸	۸	۱۰/۳
قیمت ارزان	۴۲	۶۲/۸	۱۳	۱۶/۷	۱۶	۲۰/۵
عدم ممنوعیت مصرف در خوابگاه	۲۰	۲۵/۶	۱۶	۲۰/۵	۴۲	۵۳/۸

جدول ۳: توزیع فراوانی نگرش نسبت به مصرف سیگار در بین دانشجویان سیگاری مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی گلستان در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹

گویه	میانگین و انحراف معیار
با مصرف سیگار احساس بزرگی می‌کنم.	۳/۳۰ ± ۱/۵۰
مصرف سیگار میزان یادگیری‌ام را افزایش می‌دهد.	۳/۰۵ ± ۱/۵۰
با مصرف سیگار احساس آرامش می‌کنم.	۳/۴۳ ± ۱/۴۰
مصرف سیگار باعث کاهش دردهای جسمی‌ام می‌شود.	۲/۹۳ ± ۱/۵۰
از مصرف سیگار لذت می‌برم.	۳/۴۸ ± ۱/۵۳
مصرف سیگار باعث وابستگی من به آن نمی‌شود.	۳/۱۱ ± ۱/۶۰
خلأ حمایت عاطفی خانواده را با سیگار کشیدن پر می‌کنم.	۲/۷۸ ± ۵۰۴۲
دوری از خانواده باعث سیگار کشیدن من شد.	۲/۹۲ ± ۱/۳۱
با سیگار کشیدن اعتماد به نفس‌ام بالا می‌رود.	۳/۰۰ ± ۱/۳۸
نداشتن کنترل بر زندگی‌ام باعث سیگار کشیدن من شد.	۳/۷۳ ± ۱/۵۰
کل	۳/۰۷ ± ۱/۰۶

است که در برنامه‌ریزی و زمینه‌سازی تغییر و ثبات رفتار به باورها و نگرش‌های فرد از ارزشیابی نتایج حاصل از رفتار و انجام رفتار توسط فرد توجه دارد. در واقع به باورهای هنجاری و هنجارهای انتزاعی که منجر به تصمیم برای تغییر و استمرار رفتار مورد نظر می‌گردد، همراه با عوامل قادرساز توجه می‌شود (۱۲).

نتایج این مطالعه نشان داد که هم‌اتاقی‌ها و دوستان سیگاری مهم‌ترین هنجارهای انتزاعی در زمینه مصرف سیگار بودند. در مطالعه زارعی‌پور و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۳) و همچنین در مطالعه محبی و همکاران بر روی دانشجویان دانشگاه کرمانشاه (۱۴)، دوستان سیگاری مهم‌ترین هنجار انتزاعی بودند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه مجیدپور و همکاران رابطه صمیمانه با افراد سیگاری نه تنها مهم‌ترین علت گرایش دانشجویان به سیگار بوده است، بلکه دوستان سیگاری در انتقال فرد به مراحل بعدی اعتیاد به سیگار نقش به سزایی داشتند (۱۵). نتایج مطالعه Ridner نشان داد که با اضافه شدن هر فرد سیگاری به جمع دوستان فرد، احتمال سیگاری شدن وی نیز ۱/۳ برابر افزایش می‌یابد (۱۶).

در مطالعه رجبی که با هدف اعتباریابی مقیاس نگرش نسبت به مصرف سیگار انجام گردید، نشان داده شد که عامل "رابطه با فرد سیگاری" بیش‌ترین تبیین را نسبت به عوامل دیگر داشت (۱۷).

به نظر می‌رسد هنجار دوستان یکی از مهم‌ترین هنجارها در بین نوجوانان و جوانان در گرایش به سیگار کشیدن و دیگر رفتارهای سوء مصرف مواد باشد؛ چرا که افراد در این سنین به دلیل فشارهای گروه هم‌سالان و کسب تأیید و پذیرش اجتماعی و نداشتن قاطعیت و قدرت "نه گفتن" نسبت به افراد واقع در سنین بالاتر، بیشتر به سمت مصرف سیگار و سوء مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که در سنین نوجوانی و اوایل جوانی مصرف سیگار متأثر از تعاملات و روابط اجتماعی افراد است؛ به طوری که افراد واقع در این سن برای ایجاد و حفظ دوستی و همچنین برای پذیرش در گروه اجتماعی به مصرف سیگار روی می‌آورند (۲۰-۱۸). نتیجه مطالعه Guo و همکاران نشان داد که وابستگی و تعلق اجتماعی مهم‌ترین علت گرایش مصرف سیگار در بین نوجوانان چینی بوده است (۲۱). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که کسب پذیرش در جمع دوستان یکی از مهم‌ترین عوامل در مصرف سیگار بوده است.

در سازه نگرش نتایج نشان داد که یک چهارم دانشجویان نسبت به مصرف سیگار نگرش مثبت و مطلوبی داشتند و باوری بر زیان‌بار بودن آن نداشتند و باورهای غلطی نظیر لذت‌بخش بودن مصرف سیگار، افزایش اعتماد به نفس و افزایش یادگیری را متأثر از مصرف سیگار می‌دانستند. همچنین حدود نیمی از آنان نگرش خنثی نسبت به سیگار داشتند که این خود می‌تواند احتمال گرایش آنان به سمت سیگار را تشدید نماید. در مطالعه زارعی‌پور و همکاران حدود

www.mui.ac.ir

۳۳/۵ درصد دانشجویان نسبت به سیگار نگرش مثبت داشتند که به مراتب بیشتر از مطالعه حاضر بود (۱۳). این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت فرهنگی دانشجویان مورد بررسی و یا ابزار متفاوت سنجش نگرش نسبت به سیگار در مطالعه آنان و مطالعه حاضر باشد.

در مطالعه حاضر بین نگرش به مصرف سیگار و سطح تحصیلات پدر ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. در حالی که در مطالعات دیگر این ارتباط معنی‌دار بود؛ به طوری که افراد دارای والدین با تحصیلات پایین‌تر نگرش مثبت‌تری نسبت به مصرف سیگار داشتند (۱۴، ۱۳). تفاوت ابزارهای مورد استفاده و کم بودن افراد مورد بررسی در مطالعه فعلی شاید در این امر دخیل باشند.

در سازه عوامل قادرساز نتایج نشان داد که دسترسی آسان، قیمت ارزان در خوابگاه به ترتیب مهم‌ترین عوامل قادرساز برای مصرف سیگار بودند. در مطالعات شریفی‌راد و کامران (۱۰)، زراعی‌پور و همکاران (۱۳) و محبی و همکاران (۱۴)، نیز این سه عامل به عنوان مهم‌ترین عوامل قادرساز مصرف سیگار گزارش شده‌اند. این عوامل به دلیل کاهش هزینه‌ها و موانع مصرف سیگار می‌توانند به عنوان عوامل محرک مصرف باشند. در مطالعه گواری و همکاران که بر روی دانشجویان سیگاری انجام شد، دانشجویان معتقد بودند که سهولت دستیابی به سیگار مجوزی برای مصرف سیگار توسط آنان است (۱۸). در این بین تشدید مجازات مصرف سیگار در خوابگاه‌ها و محیط‌های آموزشی به همراه تشدید مجازات و محدودیت برای افراد سیگاری در سطح جامعه، مانند ممنوعیت استخدام در دستگاه‌ها و ارگان‌های دولتی و دیگر امتیازات اجتماعی به همراه آموزش‌های صحیح و مداخلات پیش‌گیرانه در پیش‌گیری و کاهش مصرف سیگار مؤثر می‌باشند.

کم بودن تعداد افراد مورد بررسی به همراه نمونه‌گیری غیراحتمالی یکی از محدودیت‌های این مطالعه بود. همچنین پایین بودن احتمالی ابزار پرسش‌نامه برای سنجش واقعی نگرش افراد مورد بررسی یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه بود که با بدون نام بودن پرسش‌نامه‌ها تا حدودی کنترل گردید.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد نگرش به نسبت مساعد به سیگار، هنجار انتزاعی هم‌اتاقی‌ها و دوستان سیگاری به همراه عوامل قادرساز دسترسی آسان، قیمت ارزان و نبود ممنوعیت در خوابگاه به عنوان مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار مصرف سیگار در بین دانشجویان مورد بررسی بودند و در برنامه‌های پیش‌گیری از مصرف سیگار و برنامه‌های مداخله‌ای ترک سیگار می‌باید توجه ویژه‌ای به این سازه‌ها مبذول شود. تشدید و اجرای قوانین موجود در جهت ممنوعیت استعمال سیگار و دخانیات در خوابگاه‌ها می‌تواند در پیش‌گیری و کاهش مصرف سیگار تأثیرگذار باشد. همچنین برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای دانشجویان به خصوص دانشجویان جدیدالورود در زمینه مهارت‌های زندگی با تأکید بر پیش‌گیری از سوء مصرف مواد و سیگار از دیگر راه‌کارهای موجود می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از یک پایان‌نامه دانشجویی جهت دریافت درجه کارشناسی بهداشت عمومی در دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. نویسندگان مقاله نهایت تقدیر و تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان و دانشجویان عزیزی که در این مطالعه شرکت داشتند، اعلام می‌دارند.

References

1. Bollyky T. Beyond Ratification: The Future for US Engagement in Global Tobacco Control. Washington, DC: Center for Strategic and International Studies Global Health Policy Center; 2010.
2. World Health Organization. Who Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The Mpower Package. Geneva: World Health Organization; 2008.

3. Bitton A, Green C, Colbert J. Improving the delivery of global tobacco control. Mt Sinai J Med 2011; 78(3): 382-93.
4. Mehrabi S, Delavari A, Moradi GH, Esmailnasab N, Pooladi A, Alikhani S, et al. Smoking among 15-to 64-Year-Old Iranian People in 2005. Iranian Journal of Epidemiology 2007; 3(1-2): 1-9. [In Persian].
5. Taremian F, Bolhari J, Pairavi H, Ghazi Tabatabaeii M. The Prevalence of Drug Abuse among University Students in Tehran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 13(4): 335-42. [In Persian].
6. Salehi M, Kimiagar SM, Shahbazi M, Mehrabi Y, Kolahi AA. Assessing the impact of nutrition education on growth indices of Iranian nomadic children: an application of a modified beliefs, attitudes, subjective-norms and enabling-factors model. Br J Nutr 2004; 91(5): 779-87. [In Persian].
7. Hubley J. Communicating health: an action guide to health education and health promotion. London: Macmillan; 1993. p. 20-180.
8. Hazavehei MM, Jeihooni AK, Hasanzadeh A, Amini SH. The Effect of Educational Program Based on BASNEF Model for Eye Care in Non-insulin Dependent Diabetic Patients. JRHS 2010; 10(2): 81-90. [In Persian].
9. Baghianimoghadam MH, Rahaee Z, Morowatisharifabad MA, Sharifirad G, Andishmand A, Azadbakht L. Effects of education on self-monitoring of blood pressure based on BASNEF model in hypertensive patients. J Res Med Sci 2010; 15(2): 70-7.
10. Sharifirad GR, amran A. Effective factors on smoking behavior based on basnef model in dormitory students of isfahan medical sciences university. Medical Journal of Hormozgan University 2008; 11(4): 267-71. [In Persian].
11. Abedini AS, Kamalzadeh Takhti H, Sadeghifar E, Shahraki Vahed A. The survey of smoking behavior among Banare Abbas medical Sciences University students, 2007. Hormozgan Medical Journal 2008; 11(4): 297-302. [In Persian].
12. Hazavehei MM, Asadi Z, Hassanzadeh A, Shekarchizadeh P. Comparing the Effect of Two Methods of Presenting Physical Education Π Course on the Attitudes and Practices of Female Students towards Regular Physical Activity in Isfahan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education 2008; 8(1): 121-30. [In Persian].
13. Zareipour M, Sadeghi R, Sadeghitabatabaei SA, Seyedi S. Survey of smoking behavior factors bases on BASNEF model among male students of Tehran University of Medical Sciences in 2009. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty 2011; 9(1): 23-9. [In Persian].
14. Mohebbi S, Shahsiah M, Matlabi M, Kargar M. The Study of Factors Influencing Smoking among Male University Students in Kermanshah. Knowledge & Health Journal 2010; 5(2-3): 5-11. [In Persian].
15. Majidpour A, Hamidzadeh Arbabi Y, Abasgholizadeh N, Salehi E. Smoking prevalence and its cause among Ardabil University of Medical Sciences students. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2005; 5(17): 266-70. [In Persian].
16. Ridner SL. Predicting smoking status in a college-age population. Public Health Nurs 2005; 22(6): 494-505.
17. Rajabi GH. Validating the Measuring Attitude toward Smoking Scale. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2006; 12(3): 230-5. [In Persian].
18. Gavari F, Mohammad Alizadeh S, Ramezani T, Riani M, Bahrampour MR. Attitude of Kerman Universities Male Students toward Cigarettes. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2004; 10(1): 59-67. [In Persian].
19. Treacy MP, Hyde A, Boland J, Whitaker T, Abaunza PS, Stewart-Knox BJ. Children talking: emerging perspectives and experiences of cigarette smoking. Qual Health Res 2007; 17(2): 238-49.
20. Rugkasa J, Knox B, Sittlington J, Kennedy O, Treacy MP, Abaunza PS. Anxious adults vs. cool children: children's views on smoking and addiction. Soc Sci Med 2001; 53(5): 593-602.
21. Guo Q, Unger JB, Azen SP, Li C, Spruijt-Metz D, Palmer PH, et al. Cognitive attributions for smoking among adolescents in China. Addict Behav 2010; 35(2): 95-101.

Explaining Smoking among Students at Golestan University of Medical Sciences Based on BASNEF Model

Abdurrahman Charkazi[1], Hashem Heshmati[2], Osman Neirizi[3]

Abstract

Background: Smoking and its related diseases account for annual death of 4 million people around the world. Beliefs, attitude, subjective norms, enabling factors (BASNEF) model is considered as one of the comprehensive models of behavior study. The aim of the current study was to explain smoking among students living in dormitories of Golestan University of Medical Sciences based on BASNEF model

Methods: In a cross-sectional study, 78 students were recruited through snowball sampling in spring 2011. Data collection instrument was a researcher-designed questionnaire based on the BASNEF model. Data was analyzed by descriptive statistics along with independent-t test and analysis of variance (ANOVA).

Findings: Smoker roommates (46.2%) and friends (41%) were the most important subjective norms. Easy accessibility (73.1%), easy consumption (67.9%), and cheapness (62.8%) were the most important enabling factors of smoking. In attitude construct, while 30.8% had negative attitudes, 43.6% and 25.6% had respectively neutral and favorable attitudes toward smoking.

Conclusion: Subjective norms and enabling factors are the most important factors in smoking. These factors should be considered in smoking cessation and prevention programs and interventions.

Key words: Smoking, BASNEF Model, Enabling Factors, Attitude, Subjective Norms.

1. PhD Candidate, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
2. Lecture, Department of Public Health, School of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. (Corresponding Author)
Email: heshmati3369@yahoo.com
3. BSc, Department of Public Health, School of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.