# بررسی تأثیر آموزش در پیشگیری از مصرف سیگار در دانش آموزان شهر زاهدان*

فاطمه رخشانی[۱]، عبدالطیف اسمعیلی[۲]، عبدالرحمان چرکزی[۳]، محی الدین هفت سوار[۴]، حسین شهنازی[۵]، امان جان اسمعیلی[۶]

## چکیده

**مقدمه:** استعمال دخانیات یکی از عمده‌ترین علل مرگ و میر زود هنگام است. هدف از این مطالعه بررسی تأثیرآموزش با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از مصرف سیگار در دانش آموزان دوم دبیرستان شهر زاهدان بود.

**روش‌ها:** در این پژوهش نیمه تجربی ۳۸۰ نفر از طریق نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمون تقسیم شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای شامل سئوالات دموگرافیک، آگاهی، نگرش و سئوالاتی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود. روایی و پایایی آن از طریق روایی محتوایی و آزمون مجدد تعیین شد و بر اساس آن پیش آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. مداخله آموزشی از طریق سخنرانی به همراه پمفلت بر روی گروه آزمون انجام شد. دو ماه پس از مداخله از طریق همان پرسش‌نامه پس آزمون به عمل آمد. اطلاعات بدست آمده با نرم افزار آماری $SPSS_{۱۸}$ و از طریق آزمون کای دو، ضریب همبستگی پیرسون و t-student مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** قبل از مداخله، میانگین نمرات دو گروه از نظر سطح آگاهی، نگرش، منافع، موانع، حساسیت، شدت درک‌شده، راهنمای عمل و خود کار آمدی تفاوت معنی‌داری نداشتند. پس از آموزش میانگین نمرات تمام متغیرهای فوق در گروه آزمون به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرد. ولی میانگین نمرات گروه کنترل تفاوت معنی‌داری پیدا نکرد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در رفتار پیشگیری‌کننده از مصرف سیگار در بین دانش آموزان پایه دوم دبیرستان شهر زاهدان است.

**واژه‌های کلیدی:** آگاهی، نگرش، مصرف سیگار، مدل اعتقاد بهداشتی، آموزش بهداشت.

***نوع مقاله:*** *تحقیقی*

*دریافت مقاله: ۸۹/۲/۲۳* *پذیرش مقاله: ۸۹/۳/۱*

* این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می‌باشد.

۱- استاد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، بیمارستان آل جلیل آق قلا، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. (نویسنده مسؤول).

۳- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت،گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و گروه بهداشت عمومی، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

Email: latif.esmaili@yahoo.com

۴- پزشک عمومی، بیمارستان آل جلیل آق قلا، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۵- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اصفهان، ایران.

۶- پرستار، مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07 ]

www.mui.ac.ir

**مقدمه**

استعمال دخانیات و مواد مخدر یکی از بیشترین علل مرگ‌ومیر زود هنگام در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه است. تولید انبوه سیگار و تبلیغات گسترده، موجب روی آوردن افراد زیادی به آن و افزایش شدید مصرف سیگار در دهه‌های گذشته گردیده (۱). دردنیا ۱/۱ میلیارد نفر سیگاری هستند که ۸۰ درصد از آن‌ها در کشورهایی که درآمد کم یا متوسط دارند، زندگی می‌کنند. در نتیجه، بررسی روند تغییرات مصرف دخانیات در کشورهای در حال توسعه به عنوان یک اولویت بهداشتی اهمیت زیادی دارد (۲). تاکنون علی رغم گزارش‌های متعدد در خصوص خطرات ناشی از استعمال سیگار، گرایش افراد جامعه به آن به خصوص در بین نوجوانان وجوانان رو به افزایش و سن شروع مصرف سیگار رو به کاهش است (۴، ۳)، در بین افراد بزرگسالی که هر روز سیگار می‌کشند. ۸۲ درصد اولین پوک‌های سیگار را قبل از ۱۸ سالگی زده‌اند و به طور تقریبی نصف نوجوانانی که در حال حاضر سیگار می‌کشند این عمل را تا زمانی که از بیماری‌های ناشی از مصرف سیگار بمیرند، ادامه خواهند داد (۵). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت شیوع مصرف سیگار در ایران بین جوانان ۱۵تا۱۹ ساله ۱۰/۵ درصد در پسران و ۰/۷ درصد در دختران ذکر گردیده (۶). در تحقیقات انجام شده درنقاط مختلف ایران، شیوع مصرف سیگار در نوجوانان شیراز ۱۶/۹ درصد، تهران ۲۸/۲ درصد، تبریز ۱۲/۶ درصد، اصفهان ۸/۷ درصد، هرمزگان ۸/۷ درصد، و در زاهدان ۲۵/۲ درصد عنوان شده است (۷). حمایت و تبلیغات گسترده کارخانه‌های تنباکو، دسترسی آسان به آن و قیمت پایین، عواملی هستندکه خطر سیگاری شدن جوانان را افزایش می‌دهند. تشویق دوستان و والدین سیگاری نیز نقش مهمی در سیگاری‌شدن فرد دارد (۸). نوجوانان و جوانان کشورهای مختلف به میزان زیادی سیگاری بوده و اطلاعات آن‌ها در مورد ارتباط سیگار با بیماری‌های مختلف جسمی ناکافی بوده وآموزش لازم در این زمینه نمی‌بینند (۹). مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات به تنهایی از مرگ و میر ناشی از سوء استفاده از بقیه مواد، ایدز، خودکشی، دیگرکشی و تصادفات بیشتر است (۷).

به تازگی سازمان بهداشت جهانی سیگار را جزو مواد اعتیادآور و معتادین به سیگار را جزو بیماران روانی تقسیم‌بندی نمود (۹). نیکوتین یک ماده محرک است که در محصولات تنباکو مثل سیگار پیدا می‌شود. نیکوتین سیستم عصبی را تحریک می‌کند و اعتیادآور می‌باشد. (۱۰). اعتیاد به سیگار به گروه، طبقه و قشر خاصی تعلق ندارد، اما نوجوانان و جوانان آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در برابر آن هستند (۹). رهایی از اعتیاد حاصل از سیگار دشوار است، این امر بر اهمیت پیشگیری و از بین بردن و یا کاستن این معضل جهانی دلالت می‌کند (۱).

الگوها و نظریه‌ها راهنمای فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت هستند. نظریه‌ها می‌توانند به پرسش‌های برنامه‌ریزان در مورد اینکه چرا مردم رفتار مطلوب مورد نظر را ندارند، چگونه باید رفتارها را تغییر داد و چه عاملی را باید در ارزشیابی برنامه‌ها در نظر گرفت پاسخ دهند (۱۱). متخصصان آموزش بهداشت، برای طراحی مداخلات آموزش بهداشت به منظور کمک به افراد گروه هدف جهت تغییر، از نظریه‌ها و الگوهای مناسب در این زمینه استفاده می‌کنند که یکی از آنان الگوی اعتقاد بهداشتی است (۱۱). این مدل رابطه بین اعتقاد بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری‌کننده براساس اعتقاد شخص است. بر طبق این مدل اگر افراد خود را مستعد و حساس در برابر وضعیتی ببینند (حساسیت درک‌شده) و باور داشته باشند که آن وضعیت برای آنان بالقوه خطرناک بوده و دارای پیامدهای منفی است (شدت درک‌شده) و اعتقاد داشته باشند که با انجام یک‌سری اقدامات می‌توانند این مخاطرات و عوارض را کاهش دهند و انجام این اعمال و اقدامات منفعت‌هایی (منافع درک شده) بیش از موانع عدم انجام آن رفتار (نظیر وقت، هزینه) را دارا است (موانع درک‌شده) رفتار پیشگیری‌کننده از خطر را انجام خواهند داد. در این بین وجود



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07 ]

www.mui.ac.ir

محرک‌هایی می‌توانند به عنوان یک ماشه جهت رفتار عمل کرده و راهنما و محرک فرد برای عمل مورد نظر باشند (راهنمای عمل) و فرد جهت غلبه بر موانع رفتار احساس کفایت و بسندگی کنند (خودکارآمدی) (۱۲).

Li نشان داد که حساسیت درک شده بالا نسبت به بیماری به طور معنی‌داری با کاهش و جلوگیری از دود سیگار در غیر سیگاری‌ها و سیگاری‌ها همراه بود. موانع درک شده پیشگوکننده ضعیف برای در معرض دود سیگار قرار گرفتن در بین غیرسیگاری‌ها بود ولی در سیگاری‌ها این مورد برعکس بود. راهنما برای عمل و خودکارآمدی ارتباط معنی‌داری با در معرض دود سیگار قرار گرفتن نداشت (۱۳). شریفی راد و همکاران نیز در مطالعه خود تأثیر کارایی این مدل را در رفتار پیشگیری از مصرف سیگار در بین دانش‌آموزان سال اول دبیرستان نشان دادند (۱۴). هدف این مطالعه بررسی تأثیرآموزش با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در پیشگیری از مصرف سیگار در دانش آموزان دوم دبیرستان شهر زاهدان می‌باشد.

## روش‌ها

نوع مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد و نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. ابتدا شهر زاهدان به دو منطقه مرکزی و حاشیه تقسیم گردید، سپس فهرست مدارس از دو ناحیه ۱ و ۲ آموزش و پرورش شهر زاهدان استخراج شد و از هر منطقه ۸ مدرسه متوسط پسرانه بصورت تصادفی انتخاب گردید و دانش‌آموزان دوم دبیرستان آنها وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ای بود که براساس مدل اعتقاد بهداشتی به انضمام اطلاعات فردی (دموگرافیک) طراحی شده بود و شامل مشخصات دموگرافیک (۱۰ مورد)، سؤالات آگاهی (۱۰مورد)، سؤالات نگرشی (۱۰مورد)، و ۳۵ سؤال مربوط به اجزای مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد، که برای سازه‌های حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، راهنما برای عمل هر کدام ۶ سؤال و برای سازه خود کارآمدی ۵ سؤال در نظر گرفته شد.

سؤالات مربوط به حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک شده ،موانع درک‌شده بر پایه مقیاس ۳ رتبه‌ای لیکرت از موافقم تا مخالفم تنظیم گردید و به پاسخ‌های موافقم نمره ۲، نظری ندارم نمره ۱ و پاسخ‌های مخالفم نیز نمره صفر تعلق می‌گیرد. خودکارآمدی افراد نیز با ۵ سؤال درباره موقعیت‌هایی که احتمال مصرف سیگار و پاسخ احتمالی افراد به آن موقعیت‌ها، اندازه‌گیری شد و نیز به پاسخ‌های بلی نمره ۲، خیر نمره صفر وبه پاسخ‌های "مطمئن نیستم" نیز نمره ۱ داده شد. در مورد سؤالات معکوس دربخش خود کار آمدی نیز به پاسخ‌های خیر نمره ۲، بلی نمره صفر و مطمئن نیستم نمره ۱ در نظر گرفته شد. برای سنجش سؤالات آگاهی به پاسخ درست نمره ۲، به پاسخ نمی‌دانم نمره یک و به پاسخ نادرست نمره صفر داده شد (دامنه نمرات ۲۰-۰). برای سنجش بخش نگرش بر پایه مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت از به طور کامل مخالفم تا به طور کامل موافقم تا مخالفم تنظیم گردید. طرز نمره دهی سؤالات نگرشی بدین صورت بود که به پاسخ‌های به طور کامل موافقم نمره ۱، موافقم نمره ۲، نظری ندارم نمره ۳، مخالفم نمره ۴ و گزینه به طور کامل مخالفم نمره ۵ داده شد (دامنه نمرات ۵۰-۱۰). در مورد پرسش‌های ناهم‌سو نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام شد.

جهت روایی پرسش‌نامه از روایی محتوایی استفاده شد و برای نظرخواهی در اختیار ۸ نفر از متخصصین رشته آموزش بهداشت قرار داده شد تا مناسبت ابزار با هدف‌های پژوهش را ارزیابی نمایند. پایایی پرسش‌نامه نیز از طریق انجام آزمون بررسی مجدد و با ضریب همبستگی (r = ٪۷۲) تعیین شد. به این صورت که پرسش‌نامه توسط ۲۰ نمونه تکمیل گردید و پس از یک هفته دو باره پرسش‌نامه به همان افراد داده شد. برای تعیین پایایی ثبات درونی پرسش‌نامه در اختیار افراد فوق قرار گرفت و با آزمون آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۸۱ محاسبه شد. برای تکمیل پرسش‌نامه پس از انجام هماهنگی و دریافت مجوز از مسئولین سازمان آموزش و پرورش استان



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07 ]

www.mui.ac.ir

و اولیای مدارس به کلاس درس دانش‌آموزان مورد بررسی مراجعه و در ابتدا برای آنان در مورد هدف انجام مطالعه و نحوه تکمیل پرسش‌نامه توضیح داده و بر بی‌نام بودن پرسش‌نامه و محرمانه بودن اطلاعات آنان و اهمیت پاسخ صادقانه تأکید گردید و به آنان گفته شد که شرکت در مطالعه به طور کامل اختیاری است و در صورت تمایل پرسش‌نامه را تکمیل کنند. در زمان تکمیل پرسش‌نامه هیچ یک از اولیای مدرسه در کلاس حضور نداشتند. گروه آزمون در معرض متغیر مستقل یعنی آموزش از طریق یک جلسه آموزشی ۲ ساعته که با استفاده از تکنیک‌های آموزشی از قبیل سخنرانی، تهیه اسلاید و پمفلت آموزشی که به صورت تمام رنگی تهیه شده بود، قرار گرفتند. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. با توجه به نتایجی که قبل و بعد از آموزش بدست آمد، تأثیر آموزش بر متغیرهای وابسته (آگاهی و نگرش) و تأثیر آن بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از گذشت مدت زمان انتظار که ۲ ماه بود، مجدد همان پرسش‌نامه توسط همان دانش‌آموزان تکمیل و نتایج حاصل از این پرسش‌نامه (post test) با نتایج حاصله از تکمیل پرسش‌نامه‌ای که درابتدای برنامه تکمیل شد (pre test) جمع‌آوری شده و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمون آماری کای دو، آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و t-student نتایج با یکدیگر مقایسه شد. سطح اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شد.

در این مطالعه به فردی سیگاری (Smoker) اطلاق گردید که در کل ۱۰۰ نخ و بیشتر سیگار مصرف کرده‌اند، بدون توجه به مصرف فعلی آنها. سیگار آزموده (Experimenter) به افرادی اطلاق گردید که سیگار را امتحان کرده‌اند حتی چند پک ولی در کل کمتر از ۱۰۰ نخ سیگار مصرف کرده‌اند (۱۵).

## یافته‌ها

میزان پاسخ‌گویی ۹۰/۵ درصد (۳۸۰ نفر) از بین ۴۲۰ نفر بود. ۱۹۴ نفر در دو گروه مداخله و۱۸۶ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند. میانگین سنی افراد مورد بررسی ۰/۷ ± ۱۵/۹ سال بود. میزان شیوع سیگار ۲/۱ درصد بود که این مقدار در گروه شاهد ۲/۷ درصد و در گروه مورد ۱/۵ درصد بود، میزان تجربه سیگار کشیدن ۲۳/۲ درصد بود که این مقدار در گروه شاهد ۲۰ درصد و در گروه مورد ۲۶/۳ درصد بود، وجود یک فرد سیگاری در بین افراد خانواده نمونه‌ها ۱۶/۱ درصد که این مقدار در گروه شاهد ۱۴/۵ درصد و در گروه مورد ۱۷//۵ درصد بود که بر اساس آزمون کای دو تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$). بین میزان تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، و شغل پدر نیز بر اساس آزمون کای دو تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$).

میانگین نمرات آگاهی، نگرش، حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، راهنمای عمل و خود کارآمدی در دو گروه قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P > ۰/۰۵$) ولی بعد از مداخله این مقدار تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P < ۰/۰۵$).

نتایج مطالعه فوق حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر آگاهی و نگرش براساس سازه‌های اجزای مدل اعتقاد سلامتی نسبت به عملکردهای پیشگیری‌کننده از مصرف سیگار در بین نمونه‌های پژوهش بوده است. میانگین آگاهی قبل از مداخله در گروه شاهد و مورد به ترتیب ۹/۵۷ و ۹/۳۹ از ۲۰ نمره بود که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. پس از مداخله آموزشی میانگین نمرات گروه شاهد از نظر آماری تفاوت معنی‌دار آماری نشان نداد ولی میانگین نمرات گروه مداخله به ۱۳/۷۹ رسید که این افزیش از نظر آماری معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۱$) (جدول ۱).



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07 ]

www.mui.ac.ir

**جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی، نگرش و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در گروه شاهد و مداخله قبل و بعد از مداخله آموزشی در دانش آموزان پسر دوم دبیرستان شهر زهدان**

| گروه متغیر | مداخله | | شاهد | | مقدار p | سقف نمره |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | میانگین و انحراف معیار | | میانگین و انحراف معیار | | | |
| | قبل مداخله | بعد مداخله | قبل مداخله | بعد مداخله | | |
| آگاهی | ۹/۳۹ ± ۲/۰۶ | ۱۳/۷۹ ± ۲/۵۲ | ۹/۵۷ ± ۲/۳۲ | ۹/۷۵ ± ۲/۱ | ۰/۰۰۱ | ۲۰ |
| نگرش | ۳۷/۶۰ ± ۴/۱۴ | ۳۹/۱۴ ± ۳/۷۵ | ۳۸/۱ ± ۴/۱۳ | ۳۷/۵۹ ± ۵/۹ | ۰/۰۰۱ | ۵۰ |
| حساسیت درک‌شده | ۱۰/۰۸ ± ۲/۰۰ | ۱۰/۹۰ ± ۱/۵۸ | ۹/۹۲ ± ۲/۱ | ۹/۷۶ ± ۲/۴ | ۰/۰۰۱ | ۱۲ |
| شدت درک‌شده | ۹/۱۰ ± ۲/۰۱ | ۱۰/۱۹ ± ۱/۹۳ | ۸/۹۱ ± ۱/۹۱ | ۸/۸۱ ± ۲/۷ | P < ۰/۰۰۱ | ۱۲ |
| منافع درک‌شده | ۹/۸۱ ± ۲/۳۶ | ۱۰/۵۹ ± ۱/۹۸ | ۹/۷۶ ± ۲/۴۸ | ۹/۱۳ ± ۲/۹۷ | ۰/۰۰۱ | ۱۲ |
| موانع درک‌شده | ۸/۱۷ ± ۲/۱۷ | ۹/۱۲ ± ۲/۱ | ۷/۵۹ ± ۲/۴۸ | ۷/۷۵ ± ۲/۸۱ | ۰/۰۰۱ | ۱۲ |
| راهنمای عمل | ۸/۷۷ ± ۲/۳۷ | ۹/۸۷ ± ۲/۲۸ | ۸/۵۷ ± ۲/۸۹ | ۸/۳۴ ± ۳/۰۸ | ۰/۰۰۱ | ۱۲ |
| خودکارآمدی | ۷/۸۶ ± ۲/۲۴ | ۸/۲۸ ± ۱/۹۳ | ۷/۹۰ ± ۲/۰۴ | ۷/۵۸ ± ۲/۴۸ | ۰/۰۰۱ | ۱۰ |

## بحث

مطالعات مختلف مؤید تأثیر مداخله آموزشی برنامه‌ریزی شده بر افزایش سطح آگاهی و دانش افراد در مسائل و رفتارهای مختلف بهداشتی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی است (۱۹-۱۶، ۴). در مطالعه سجادی و همکاران آموزش درباره خطرات استعمال دخانیات بر روی آگاهی سربازان استان فارس تأثیر مثبت داشته است (۲۰).

در بخش نگرش یافته‌ها نشان داد که در مرحله قبل از مداخله میانگین نمرات در گروه شاهد و مورد به ترتیب برابر با ۳۸/۱۰ و ۳۷/۶۰ از ۵۰ نمره بود که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند و در این مرحله (قبل از مداخله) اکثریت افراد دارای نگرش متوسط و خوبی بودند. در مطالعه نمکین نیز اکثر دانش آموزان مورد بررسی دارای نگرش متوسط و خوبی نسبت به مضرات مصرف سیگار بودند (۴). که با نتایج مرحله قبل از مداخله مطالعه ما هم‌خوانی دارد ولی بعد از مداخله در گروه مورد نمره نگرش به ۳۹/۱۴ افزایش یافت که این مقدار افزایش از نظر آماری معنی‌داری بود (P = ۰/۰۰۱).

البته افزایش حدود ۱/۵ نمره‌ای می‌تواند به دلیل بالا بودن سطح کلی نگرش افراد مورد بررسی در مرحله قبل از مداخله مربوط باشد.

در بخش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری بین گروه شاهد و مورد مشاهده نشد. پس از مداخله آموزشی میانگین نمرات تمامی اجزای مدل اعتقاد بهداشتی تفاوت معنی‌داری را نشان دادند. در مطالعه حاضر میانگین نمرات حساسیت درک شده در مرحله بعد از مداخله در گروه مورد به ۱۰/۹۰ افزایش یافت که این افزایش از نظر آماری معنی‌دار بود افزایش میانگین نمرات حساسیت درک شده پس از آموزش در مطالعات متعدد مشاهده شده است (۲۳-۲۱، ۱۸). در بخش سازه شدت درک شده پس از مداخله میانگین نمره گروه مورد به ۱۰/۱۹ رسید که این مقدار از نظر آماری با نمره مرحله قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری را نشان داد (P = ۰/۰۰۱). بالا بودن شدت درک شده در هر دو گروه قبل از مداخله می‌تواند تأثیر مثبتی در کاهش عملکرد مصرف سیگار در بین نمونه‌ها داشته باشد کما این که شیوع



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07 ]

www.mui.ac.ir

پایین سیگار کشیدن در بین نمونه‌ها (۲/۱٪) نیز مؤید این مطلب است. درارتباط با سازه موانع درک شده در مرحله بعد از مداخله آموزشی این مقدار در گروه مورد به ۹/۱۲ رسید که این مقدار از نظر آماری معنی‌دار بود (P = ۰/۰۰۱) که حاکی از تأثیر برنامه آموزشی بوده است. در مطالعه شریفی راد و همکاران در مرحله بعد از آموزش میانگین نمرات موانع درک شده در مورد مضرات مصرف سیگار تفاوت معنی‌داری را نشان نداد که دلیل آن را به در معرض آموزش و تبلیغات رسانه‌ای بودن نمونه‌های پژوهش نسبت دادند (۱۴). که این یافته با نتایج مطالعه فعلی هم‌خوانی ندارد. در مطالعه‌ای در امریکا موانع درک‌شده رفتار دوری از محیط‌های حاوی دود سیگار را در افراد غیرسیگاری و افزایش حضور در محیط‌های حاوی دود سیگار را در بین سیگاری‌ها را نشان داد (۲۴). بنابراین موانع درک شده عامل بالقوه بازدارنده از اتخاذ عملکرد پیشگیری‌کننده از مصرف سیگار است که باعث می‌شود فرد پیشنهاد مصرف سیگار را نپذیرد و نوعی تجزیه و تحلیل درباره مفید بودن عمل در مقابل مخارج، خطرات، عوارض، وقت را انجام دهد و بر اساس آن رفتار بهداشتی را در پیش بگیرد. در بخش سازه منافع درک‌شده پس از مداخله نمره اکتسابی در گروه مورد به ۱۰/۵۹ رسید و این افزایش از نظر آماری معنی‌دار بود (P = ۰/۰۰۱). افزایش منافع درک شده می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از رفتار مضر بهداشتی داشته باشد. Simsekoglu نشان داد که افزایش منافع درک‌شده توسط افراد می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بسیار مهمی در استفاده از کمربند ایمنی در آنان در حین رانندگی باشد (۲۵). میانگین نمرات راهنما برای عمل بعد از مداخله این مقدار به ۹/۸۷ رسید و این مقدار از نظر آماری معنی‌دار بود (P = ۰/۰۰۱). نتایج مطالعه Lajunen نشان داد که راهنمای برای عمل از پیشگویی قوی در جهت استفاده از کلاه ایمنی در بین نوجوانان برخوردار است بطوری که تأکید والدین و مطالب آموزشی چاپ شده در این زمینه باعث افزایش معنی‌دار در استفاده از کلاه ایمنی شده است (۲۶). وجود والدین سیگاری نیز می‌تواند به عنوان یک راهنمای عمل منفی عمل کرده و به عنوان یک الگو باعث ترغیب نوجوانان به استفاده از سیگار و مواد مخدر شوند . وجود ۱۶/۱ درصدی والدین سیگاری در بین افراد مورد بررسی نگران‌کننده است. میانگین نمره خودکارآمدی پس از مداخله به ۸/۲۸ رسید که این افزایش از نظر آماری معنی‌دار بود (P = ۰/۰۰۱). Bandura خود کارآمدی را به عنوان اطمینان فرد نسبت به توانایی‌هایش در انجام موفقیت‌آمیز یک عمل تعریف کرده است (۱). و به عنوان یک سازه مهم غیر از مدل اعتقاد بهداشتی در دیگر تئوری‌ها و نظریه‌های آموزش بهداشت نیز مورد تأکید قرار گرفته است که حاکی از اهمیت فوق‌العاده این سازه در انجام موفقیت‌آمیز رفتارهای بهداشتی است. مطالعه Aydin Avci در ترکیه نشان داد که خودکارآمدی و انگیزه سلامتی دو بخش مهم از اجزای مدل اعتقاد بهداشتی هستند که نسبت به سایر اجزای مدل پیشگویی‌کننده قوی‌تر رفتار بهداشتی خودآزمایی پستان در زنان است (۲۷). نتایج مطالعه مروتی شریف آباد نشان داد که خودکارآمدی درک شده در رفتار خود مراقبتی در بیماران دیابتی تأثیر بسزایی دارد و افرادی که دارای خودکارآمدی بالاتری بودند از کنترل بهتری نسبت به جنبه‌های مختلف این بیماری برخوردار بودند (۲۸).

با توجه به محدودیت مطالعات انجام شده درارتباط با عنوان تحقیق، لازم است تحقیقات مشابه در سایر نقاط کشور انجام شود تا بر اساس آن بتوان به نتایج کامل‌تری دست یافت. از محدودیت‌های این مطالعه پایین‌بودن احتمالی اعتبار ابزار پرسش‌نامه برای سنجش دیدگاه واقعی افراد بود که با بدون نام بودن پرسش‌نامه و اطمینان جهت محرمانه نگهداشتن اطلاعات افراد تا حدودی کنترل گردید. همچنین ریزش ۹/۵ درصدی بود که ممکن است بر روی نتایج سوگرایی ایجاد کرده باشد. بررسی دانش آموزان پسر (محدودیت جنسی) و پایه دوم دبیرستان، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بودند که در تعمیم نتایج باید مدنظر قرار گیرند.



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07 ]

www.mui.ac.ir

## نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در رفتار پیشگیری‌کننده از مصرف سیگار و مضرات آن در بین دانش آموزان پایه دوم دبیرستان شهر زاهدان است. آموزش و مداخله بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در دانش آموزان دبیرستان با توجه به شرایط سنی خاص سنی آنان جهت تقویت نگرش و جلوگیری از مصرف سیگار ضروری است.


## تشکر و قدردانی

این پژوهش بر گرفته از پایان نامه دانشجویی دوره کارشناسی ارشد بوده و از اداره آموزش و پرورش شهرستان زاهدان، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و همچنین دانش آموزان عزیز که در این طرح به عنوان نمونه‌های پژوهش شرکت نمودند، تقدیروتشکر به عمل می‌آید.


## References


1. about smoking].Iranian Journal of Forensic Medicine 2004 ;10(33):25-9.(Persian)
2. Kazem M, Nourbala AA, Majedzadeh SR, Karimlo M. Smoking rates changes in Iran bases on to national survey of health and disease,1991-1999. Hakim Research Journal 2000; 3(4): 290-7.
3. Afrasiabi Far A, Derakhshan A, Sadeghi Hassanabadi A, Rajaei Fard AR. Survey of cigarette smoking tendency and its associated causes among students of Shiraz University of Medical Sciences, 1998. Journal of Yasuj University of medical Sciences, Armaghane Danesh 2000; 5(19-20): 42-8.
4. Namakin K, Sharifzadeh Gh, Miri MR. Prevalence of cigarette smoking and evaluation of attitude and knowledge in its high school boys in Birjand, 2005. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2008; 15(1): 66-70.
5. Health and Human Services Dept.(U.S.). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. U.S. Dept. of Health and Human Services, 2000.
6. Mojahed A, Bakhshani NM. Prevalence of smoking and drug abuse in students of Zahedan high schools. Journal of Zahedan University of Medical Sciences (Tabib-e-shargh) 2004; 6(1): 59-65.
7. Ziaadini H, Kheradmand A, Nakhaee N, Taherzadeh H. Prevalence of cigarette smoking and relevant factors among school students in south of Iran. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health 2008; 10(39): 239-45.
8. Eriksen M, Mackay J. The Tobacco Atlas. World Health Organization, 2002.
9. Vafaei B, Shaham Far J. Effective factors in tendency towards cigarette smoking among Tabrizian high school students. Journal of Babol university of Medical Sciences 2005; 7(25): 57-62.
10. Philip HM, Randy M. Comprehensive School Health Education. McGraw-Hill, 2007: 24.
11. Mirzaei E. Health Education and Health Promotion in Textbook of Public Health. 1st ed. Tehran: Rakhshan, 2004.
12. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2008.
13. Li C, Unger JB, Schuster D, Rohrbach LA, Howard-Pitney B, Norman G. Youths' exposure to environmental tobacco smoke (ETS): associations with health beliefs and social pressure. Addict Behav 2003; 28(1): 39-53.
14. Sharifirad GR, Hazavei MM, Hasanzadeh A, Daneshamouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. Arak Medical University Journal 2007; 10(1): 79-86.
15. Kaplan CP, Napoles-Springer A, Stewart SL, Perez-Stable EJ. Smoking acquisition among adolescents and young Latinas: the role of socioenvironmental and personal factors. Addict Behav 2001; 26(4): 531-50.
16. Hatamizadeh N, Ziaei P, Dolatabadi S, Vameghi R, Vaseghi S. Survey of Tehran gigh school students knowledge and belief towaed the smoking effect. Iranian Psychiatry and Clinical Psychology Journal 2003; 9(1): 103-8.
17. Roohafza HR, Sadeghi M, Emami AR. Smoking in youth: Isfahan healthy heart project (IHHP). Hakim Research Journal 2003; 6(2): 61-8.
18. Park S, Chang S, Chung C. Effects of a cognition-emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. Public Health Nurs 2005; 22(4): 289-98.
19. Twinn SF, Holroyd E, Fabrizio C, Moore A, Dickinson JA. Increasing knowledge about and uptake of cervical cancer screening in Hong Kong Chinese women over 40 years. Hong Kong Med J 2007; 13(Suppl 2): S16-20.




[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07 ]

www.mui.ac.ir

**20.** Izadi M, Sajjadi A A, Ghafourian A R. Effect of education on the knowledge of soldiers about smoking hazards. Journal of Military Medicine 2009; 11(2): 81-7.
**21.** Hazavehei SM, Taghdisi MH, Saidi M. Application of the Health Belief Model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. Educ Health (Abingdon ) 2007; 20(1): 23.
**22.** Hazavehei SMM, Sharifirad G, Mohabi S. The effect of educational program based on healthbelief model on diabetic foot care. Int J DiabDev Ctries 2007; 27(1): 18-23.
**23.** Sharifirad GR, Hazavehie SM, Mohebi S, Rahimi MA, Hasanzadeh A. The effect of educational programme based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients. Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism 2006; 8(3): 231-9.
**24.** Li C, Unger JB, Schuster D, Rohrbach LA, Howard-Pitney B, Norman G. Youths' exposure to environmental tobacco smoke (ETS): associations with health beliefs and social pressure. Addict Behav 2003; 28(1): 39-53.
**25.** Simsekoglu Ö, Lajunen T. Social psychology of seat belt use: A comparison of theory of planned behavior and health belief model. Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour 2008; 11(3): 181-91.
**26.** Lajunen T, Rasanen M. Can social psychological models be used to promote bicycle helmet use among teenagers? A comparison of the Health Belief Model, Theory of Planned Behavior and the Locus of Control. J Safety Res 2004; 35(1): 115-23.
**27.** Avc IA. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. European Journal of Oncology Nursing 2008; 12(2): 127-33.
**28.** Morovati Sharifabad MA, Rouhani Tonekaboni N. The Relationship between Perceived Benefits/Barriers of Self-care Behaviors and Self Management in Diabetic Patients. The Journl of Faculty of Nursing & Midwifery 2007; 13(1): 17-27.



[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07 ]
www.mui.ac.ir

# Effect of education on smoking prevention in students of Zahedan*

***Fatemeh Rakhshani[1], Abdolatif Esmaeili[2], Abdorahman Charkazi[3], Mohyedin Haftsavar[4], Hosein Shahnazi[5], Aman Jan Esmaeili[6]***

## Abstract

Background: Smoking is one of the most common causes of premature death. The purpose of this study was to evaluate the effect of education using health belief model in the prevention of smoking in high school students of Zahedan.

Methods: In this quasi-experimental study, 380 students selected through randomized cluster sampling method and randomized in two case and control groups. The data collecting tool was a questionnaire containing demographic questions, knowledge and attitude questions based on the health belief model structures. Validity and reliability of the questionnaire was determined based on content validity and pre-tests from both studied groups. Educational intervention in case group was a speech along with pamphlets. Post test was performed two months after the intervention using the questionnaire. Data analyzed using SPSS18 software and chi-square, Pearson correlation and t-student tests.

**Findings:** Before intervention, the mean scores of knowledge, attitudes, interests, barriers, susceptibility, perceived severity, cues to action and self-efficacy were not significantly different in two studied groups. After intervention means score of all mentioned variables of health belief model increased significantly in case group but it was not different in control group.

**Conclusion:** The results of this study indicated the effects of educational intervention based on health belief model structures in prevention of smoking behavior among the second base high-school students of Zahedan.

**Key words**: Knowledge, Attitudes, Smoking, Health Belief Model, Health Education.

[ Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-07 ]

* This article derived from thesis by Zahedan University of Medical Sciences.

1- Professor, Department of Public Health, School of Health and Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
2- MSc, Agh ghala Ale Jalil Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran (Corresponding Author).
3- PhD student, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences and Department of Public Health, School of Health and Paramedicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
Email: latif.esmaili@yahoo.com
4- General Practitioner, Agh ghala Ale Jalil Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
5- PhD Student, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
6- Nurse, Gorgan Azar Fifth Educational and Clinical Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.



www.mui.ac.ir