



بررسی آگاهی و باور دانش آموزان پیش‌دانشگاهی شهر تهران در باره تأثیرات مصرف سیگار

دکتر نیکتا حاتمی‌زاده*، دکتر پروین ضیایی**، دکتر شیوا دولت‌آبادی***
دکتر روشک وامقی****، دکتر ساناز واثقی*****

چکیده

هدف: این پژوهش به بررسی میزان آگاهی و نگرش دانش‌آموزان درباره اثرات مصرف سیگار و ارتباط آن با سیگارکشیدن دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی پرداخته است.

روش: داده‌های پژوهش به کمک یک پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و اطلاعات در سال تحصیلی ۱۳۷۷-۷۸ از ۴۰۲۳ دانش‌آموز پیش‌دانشگاهی (۲۰۱۸ دختر، ۲۰۰۵ پسر) از ۶۴ مدرسه که به روش خوشه‌ای-تصادفی از مدارس شهر تهران انتخاب شده بودند گردآوری شد.

یافته‌ها: ۴۲٪ دختران و ۳۹/۵٪ پسران دست‌کم یکی از چهار اثر رفع دلشوره و اضطراب، تقویت ذهن، رفع خستگی، رفع عصبانیت را به سیگار نسبت می‌دادند. در این میان شایعترین باور در هر دو گروه «رفع عصبانیت» بوده است. بین تعداد باورها و همچنین وجود هر یک از باورهای یادشده با سیگاری شدن و تجربه مصرف سیگار ارتباط قوی معنی‌داری در هر دو گروه دختران و پسران وجود داشت. تنها ۲۸٪ پسران و ۳۰/۸٪ دخترها از کلیه عوارض مورد پرسش مانند سرطان، کاهش طول عمر، بیماری‌های قلبی-عروقی، پیری زودرس و چروکیدگی پوست، زخم معده، به‌خطر افتادن سلامت اطرافیان آگاهی داشتند. آگاهی از شمار بیشتری از عوارض یادشده سیگار، همچنین آگاهی از هر یک از عوارض سیگار ارتباط معکوس و معنی‌داری با سیگاری بودن و تجربه کشیدن سیگار داشت که این ارتباط در دختران قوی‌تر بود.

نتیجه: این بررسی نشان داد که آگاهی نوجوانان و جوانان از پیامدهای زیانبار مصرف سیگار سبب دوری آنان از این ماده می‌شود و با مصرف آن را کاهش می‌دهد.

:

*متخصص کودکان، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی. تهران، خیابان کریمخان، بین خیابان سپهدقونی و خیابان ایرانشهر، شماره ۱۸۸، طبقه ششم (نویسنده مسئول).

** پزشک عمومی، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی. تهران، خیابان کریمخان، بین خیابان سپهدقونی و خیابان ایرانشهر، شماره ۱۸۸، طبقه ششم.

*** دکترای تخصصی روان‌شناسی، استادیار دانشگاه علامه طباطبایی. تهران، خیابان کارگر، پایین‌تر از چهارراه لشکر، دانشگاه علامه طباطبایی.

**** متخصص کودکان، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی. تهران، خیابان کریمخان، بین خیابان سپهدقونی و خیابان ایرانشهر، شماره ۱۸۸، طبقه ششم.

***** متخصص پزشکی اجتماعی. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی. تهران، خیابان کریمخان، بین خیابان سپهدقونی و خیابان ایرانشهر، شماره ۱۸۸، طبقه ششم.

این رو دچار بیشترین مرگ و میر و بیماری های ناشی از سیگار می شوند (وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا^۱، ۱۹۸۲، ۱۹۸۴). از همین رو پژوهشگران در کشورهای پیشرفته صنعتی پیوسته بر اهمیت پیشگیری از مصرف سیگار در میان نوجوانان تأکید کرده اند. برنامه هایی نیز برای پیشگیری از کشیدن سیگار در میان دانش آموزان طراحی شده و به اجراء درآمده است. هدف از اجرای این برنامه ها افزایش آگاهی، تغییر نگرش و تأثیر بر رفتار دانش آموزان بوده است که برخی از این برنامه ها تا حدودی نیز موفق بوده اند (میلنه^۱، مارشال-مایز^۱، کولمن^۲، ۱۹۷۵؛ ویلکوکس^۳، انگل^۴، رید^۵، ۱۹۷۸؛ مورای^۶، رونا^۷، موریس^۸، موریس و تیت^۹، ۱۹۸۴).

بررسی هایی نیز در زمینه باورها و نگرش های افراد در ارتباط با مصرف سیگار انجام شده است. برای نمونه کودری^{۱۰}، فیتز هوگ^{۱۱} و وانگ^{۱۲} (۱۹۹۷) به بررسی اثر ویژگی های رفتاری نوجوانان و جامعه پیرامون آنان بر شیوع سیگار کشیدن آنان پرداختند. در این بررسی از ۳۸۵ نوجوان ۱۵ تا ۲۲ ساله اطلاعاتی درباره شروع سیگار کشیدن، نگرش ها و باورهای آنان نسبت به سیگار کشیدن، وضعیت سیگار کشیدن اعضاء خانواده و دوستان گردآوری شد. این دانش آموزان سه سال پیگیری شدند. ۴۳/۴٪ آنان طی این مدت سیگار کشیدن را آغاز کردند. عوامل خطر مربوط به شروع کشیدن سیگار عبارت بودند از: داشتن دوستان سیگاری و نگرش مثبت نسبت به سیگار. وضعیت سیگار کشیدن

مصرف سیگار یک مشکل جهانی است. هر سه ثانیه یک نفر در اثر عوارض ناشی از کشیدن سیگار می میرد (پورکاظمی، ۱۳۷۴). از حدود ۳ میلیون نفری که سالانه در جهان در اثر مصرف سیگار می میرند یک میلیون نفر در کشورهای رو به رشد زندگی می کنند. با وجود این روند سیگاری شدن در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش می باشد (همان جا). سیگار عامل مهمی در ایجاد سرطان ها می باشد و زمینه را برای مبتلا شدن به بیماری های ایست قلبی، عفونت های تنفسی، زخم معده و اثنی عشر و افسردگی آماده می کند (بران^۱ و فاوسی^۲، ۱۹۹۴).

نوزادان مادران سیگاری نیز از عوارض ناشی از مصرف سیگار در امان نیستند (براون و فاوسی، ۱۹۹۴؛ بهرمن^۳ و کلیگ من^۴، ۱۹۹۶).

کشیدن سیگار افزون بر زیان های جسمی، سلامت روانی افراد را نیز به مخاطره می اندازد (چلات^۵ و تراگوت^۶، ۱۹۹۶) و زمینه ساز اعتیاد به مواد افیونی نیز می باشد. در بهترین مراکز ترک دخانیات شانس بازگشت پس از ترک بیش از ۷۵٪ می باشد. همین امر بر اهمیت پیشگیری، کاهش و از میان برداشتن این مشکل جهانی تأکید دارد (همان جا). از همین رو بیشتر فعالیت های سازمان جهانی بهداشت^۷ و دیگر جوامع بهداشتی پس از سال های دهه ۱۹۷۰ به جای درمان متوجه پیشگیری از اعتیاد به مصرف دخانیات شده اند.

بررسی های انجام شده در چندین کشور جهان نشان داده اند که بیشتر سیگاری ها، سیگار کشیدن خود را از سنین زیر ۱۸ سال و در دوران نوجوانی آغاز کرده اند. (مرکز کنترل بیماری های آمریکا^۸، ۱۹۹۴).

بیشتر بررسی های انجام شده نشان داده اند که سیگاری ها، سیگار کشیدن را در دوران نوجوانی و یا اوایل بزرگسالی آغاز کرده اند. هنگامی که افراد در سنین پایین تر شروع به کشیدن سیگار می کنند، احتمال این که در بزرگسالی به مصرف آن ادامه دهند بیشتر است (همان جا، مرکز کنترل بیماری های آمریکا، ۱۹۹۱). از

- | | |
|--|-------------|
| 1- Braun | 2- Fauci |
| 3- Behrman | 4- Kliegman |
| 5- Chollat | 6- Traguat |
| 7- World Health Organization (WHO) | |
| 8- US Centers for Disease Control | |
| 9- United States Department of Health and Human Services (USDHS) | 10- Milne |
| 11- Marshall-Mies | 12- Colmen |
| 13- Wilcox | 14- Engel |
| 15- Reid | 16- Murray |
| 17- Rona | 18- Morris |
| 19- Tait | 20- Cowdery |
| 21- Fitzhugh | 22- Wang |

پدر و مادر و خواهر و برادر تأثیر کمی بر وضعیت سیگار کشیدن این نوجوانان داشته است.

اساکی^۱، مینوا^۲ و می^۳ (۱۹۹۹) در کشور ژاپن به بررسی و مقایسه رفتار کشیدن سیگار و عوامل مرتبط به آن در میان ۵۷۶۶ دانش‌آموز چینی و ۱۸۳۶ دانش‌آموز ژاپنی پرداختند. در هر دو گروه مورد بررسی بالاترین خطر داشتن دوستان سیگاری بود. از سوی دیگر سیگاری بودن مادر و خواهر با کشیدن سیگار در میان دانش‌آموزان ژاپنی به‌میزان چشمگیری ارتباط داشته است. پژوهشگران از این بررسی نتیجه گرفتند که مهمترین اقدام برای پیشگیری از مصرف سیگار حمایت دانش‌آموزان در به‌کارگیری تکنیک‌های مقاومت علیه فشار گروه و هم‌چنین بالا بردن توجه جامعه و خانواده‌ها نسبت به کشیدن سیگار در میان نوجوانان است.

نیچر^۴ (۱۹۹۷) در ایالت آریزونا ای امریکا برای تعیین میزان شیوع الگوهای مصرف و دلایل شروع کشیدن سیگار در نوجوانان به بررسی ۲۰۵ دانش‌آموز دختر کلاس دهم و یازدهم (با میانگین سنی ۱۶/۷ سال) پرداخت. در این بررسی ۳۰٪ این دانش‌آموزان اخیراً سیگار کشیده بودند، ۷٪ سیگار را ترک کرده بودند و ۶۳٪ سیگار نمی‌کشیدند. این دانش‌آموزان شایع‌ترین دلایل مصرف سیگار را کاستن از استرس و کاهش تنش گزارش کرده‌اند و مواردی چون مشکلات محیط خانواده، ارتباط با همکلاسی‌ها و کارهای مدرسه را به‌عنوان وضعیت‌های استرس‌زا نام برده‌اند.

سیگاری‌های کشور ما (ایران) سالانه ۳۶۵ میلیارد تومان برای خرید سیگار هزینه می‌کنند (پورکاظمی، ۱۳۷۴).

در پژوهشی جمالیان (۱۳۶۳) به کمک یک پرسش‌نامه ۳۸۷ پسر و ۳۲۴ دختر دانش‌آموز سال آخر دبیرستان و ۸۳ هنرجوی پسر سال آخر هنرستان را مورد بررسی قرار داد و دریافت که ۴/۷۷٪ پسرها و ۰/۳۱٪ دخترها و ۱۶/۶۶٪ هنرآموزان فنی پسر بر این باور بوده‌اند که سیگار زبانی ندارد. ۴/۲۵٪ پسرها، ۲/۸۶٪

دخترها و ۷/۱۴٪ هنرآموزان باور داشته‌اند که سیگار ممکن است خطرناک باشد و ۲۳/۹٪ پسرها، ۱۲/۱٪ دخترها و ۳۱٪ هنرآموزان پسر اعتقاد داشته‌اند که سیگار تا حدودی خطرناک است و بقیه باور داشته‌اند که سیگار کشیدن حتماً خطرناک است (۶۷/۱٪ پسرها، ۸۴/۷٪ دخترها و ۴۵/۳٪ هنرآموزان).

علیخانی (۱۳۷۱) در پژوهشی با عنوان بررسی میزان آگاهی دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه شمال و جنوب تهران از زیان‌های مصرف سیگار دریافت که ۲۸/۵٪ از دانش‌آموزان از زیان‌های کشیدن سیگار آگاهی داشته‌اند. ۳۷٪ تا اندازه‌ای آگاهی داشته‌اند و ۳۴/۵٪ آنان زیان‌های کشیدن سیگار را نمی‌دانسته‌اند.

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی میزان آگاهی و باورهای دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی شهر تهران درباره اثرات کشیدن سیگار و ارتباط آن با سیگار کشیدن آنان بوده است.

بررسی حاضر یک بررسی مقطعی-توصیفی می‌باشد. جامعه مورد بررسی را دانش‌آموزان دختر و پسر پیش‌دانشگاهی شهر تهران تشکیل داده‌اند. نمونه‌گیری با روش خوشه‌ای-تصادفی انجام شد. طبق آمار اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۷۷-۷۸، ۳۱۵۶۲ دانش‌آموز دختر و ۲۳۰۱۹ دانش‌آموز پسر در ۲۲۲ مدرسه و مرکز پیش‌دانشگاهی و ۱۶۴۹ کلاس در دوره پیش‌دانشگاهی مشغول به تحصیل بوده‌اند. دامنه سنی این دانش‌آموزان بین ۱۶-۲۰ سال بود. در مرحله اول فهرستی از مدارس پیش‌دانشگاهی شهر تهران و تعداد کلاس‌ها و شمار دانش‌آموزان هر یک از مدارس تهیه گردید. میانگین دانش‌آموزان کلاس حدود ۳۰ نفر با انحراف معیار ۱۰ نفر در نظر گرفته شد. کلاس‌هایی که جمعیتی کمتر از ۲۰ نفر داشتند با هم ادغام و به‌عنوان یک کلاس در

1- Osaki
3- Mei

2- Minowa
4- Nicher

بررسی‌های پیشین انجام شده است (بانکس^۱، بولی^۲، بلند^۳، دین^۴ و پولند^۵، ۱۹۷۸).

سیگاری‌ها کسانی بودند، که دست کم در هفته یک سیگار می‌کشیدند. تجربه‌کنندگان سیگار کسانی بودند که دست کم یک‌بار سیگار کشیده بودند و کمتر از ماهی سه‌عدد سیگار می‌کشیدند و بالاخره افراد غیرسیگاری کسانی بودند که تاکنون سیگار نکشیده بودند.

بخشی از پرسش‌نامه که به بررسی آگاهی و باورهای دانش‌آموزان درباره اثرات سیگار مربوط می‌شد دارای ۱۲ پرسش (۴ پرسش برای سنجش باورها، ۶ پرسش برای سنجش میزان آگاهی از اثرات سیگار و ۲ پرسش برای کاستن از تورش «میل به کسب مقبولیت اجتماعی» بود.

همه پرسش‌های یادشده به‌صورت جملات خبری با سه پاسخ «بله»، «خیر» و «نمی‌دانم» بود. جملات درست و نادرست با ترتیب تصادفی به‌دنبال هم در پرسش‌نامه آورده شده بودند.

تجزیه و تحلیل آماری با بهره‌گیری از روش آماری غیر پارامتریک از خانواده خی‌دو و زیرشاخه نسبت برتری^۶ تجزیه و تحلیل گردیده است.

برای تعیین ارتباط میان هر یک از «باورها» و یا «آگاهی» از هر یک از زیان‌های سیگار با تجربه کشیدن سیگار دو گروه دانش‌آموزان «بدون تجربه» و «تجربه‌کننده سیگار» مورد مقایسه قرار گرفتند. برای تعیین ارتباط میان این متغیرها با سیگاری‌بودن؛ دو گروه «تجربه‌کننده سیگار» و «سیگاری» با هم مقایسه شدند.

گفتنی است که برای مقایسه آگاهی‌ها و باورهای سه گروه (سیگاری، تجربه‌کننده سیگار و بدون تجربه سیگار)، پرسش‌نامه‌هایی که به سؤالات کنترل مقبولیت اجتماعی جواب «بله» داده بودند، (یعنی نسبت‌دادن بیماری ورم مفاصل و کم‌خونی به مصرف سیگار در

نظر گرفته شدند. سپس با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای- تصادفی مدارس و کلاس‌های مورد بررسی (شامل ۶۴مدرسه و ۱۴۴کلاس) تعیین شد. در هر کلاس همه دانش‌آموزان بررسی شدند. جمع دانش‌آموزان مورد بررسی ۴۰۲۳ نفر (شامل ۲۰۱۸ دختر و ۲۰۰۵ پسر) بود.

برای اجرای پژوهش همکاران طرح که دارای درجه کارشناسی روان‌شناسی بوده و در یک کلاس توجیهی شرکت نموده بودند به مدرسی که قبلاً با آن‌ها هماهنگی شده بود مراجعه نموده و به آموزگاران کلاس‌های مورد نظر معرفی شدند. آموزگار هر کلاس پس از معرفی همکار طرح به دانش‌آموزان، کلاس را ترک می‌کرد و برای کاستن از احتمال کم‌گزارش‌دهی، همکار طرح پیش از ارائه پرسش‌نامه‌ها در مورد هدف اجرای طرح و روش تکمیل پرسش‌نامه به دانش‌آموزان توضیح می‌داد و به محرمانه‌ماندن اطلاعات ثبت‌شده در پرسش‌نامه‌ها و اهمیت پاسخ صادقانه آنان تأکید می‌کرد. آن‌گاه پرسش‌نامه‌ها میان دانش‌آموزان توزیع می‌گردید تا بدون نوشتن نام و نام‌خانوادگی به تکمیل آن اقدام کنند. این پرسش‌نامه دارای ۵۸ پرسش و برای گردآوری اطلاعاتی درباره هشت ویژگی در نظر گرفته شد: ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی ۲- وضعیت سیگار کشیدن ۳- عوامل خطرزای خانوادگی و روانی برای سیگار کشیدن ۴- سن شروع سیگار ۵- آگاهی از پیامدهای کشیدن سیگار ۶- داشتن آگاهی درباره زیان‌های کشیدن سیگار ۷- دلایل شروع و ادامه سیگار کشیدن و ۸- الگوی سیگار کشیدن.

گفتنی است که پرسش‌نامه یادشده بر پایه چندین پرسش‌نامه و پژوهش‌های مشابه در جهان و ایران تدوین شده و پایایی آن به‌شیوه بازآزمایی و اعتبار آن توسط پنج صاحب‌نظر (روان‌پزشک، روان‌شناس، پزشک متخصص آمار و روش تحقیق) تأیید شد.

پس از تکمیل پرسش‌نامه و گردآوری اطلاعات دانش‌آموزان بر اساس آنچه خود از وضعیت سیگار کشیدن خویش گزارش کرده بودند به سه گروه تقسیم شدند. این تقسیم‌بندی بر اساس الگوهای

1- Banks
3- Bland
5- Polland

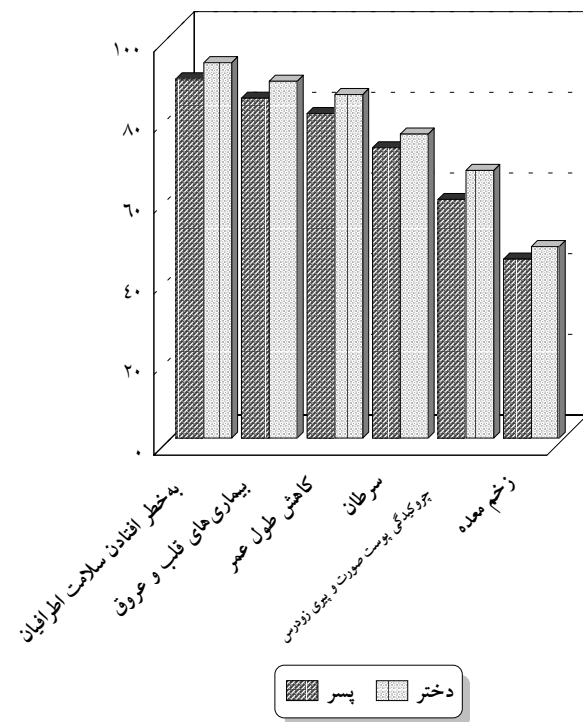
2- Bewley
4- Dean
6- odds ratio

سرطان، کاهش طول عمر، بیماری قلب و عروق، چروکیدگی پوست و پیری زودرس، زخم معده و به خطر افتادن سلامت اطرافیان- دانش آموزان دختر بیش از همه از به خطر افتادن سلامت اطرافیان (۹۳/۱٪) آگاهی داشتند و کمترین آگاهی از پیامد زخم معده (۴۷/۵٪) بود (نمودار ۲).

از میان زبان‌های سیگار دانش آموزان پسر نیز بیش از همه از پیامد "به خطر افتادن سلامت اطرافیان" (۸۹/۱٪) آگاهی داشتند و کمترین آگاهی را از پیامد "زخم معده" (۴۴/۴٪) داشتند.

به طور کلی تنها ۲۸٪ پسرها و ۳۰/۸٪ دخترها از کلیه عوارض یاد شده سیگار آگاهی داشتند. نتایج آزمون‌های آماری انجام شده در زمینه داده‌های به دست آمده در دو گروه سیگاری و تجربه کننده سیگار در جدول ۱ و نتایج آزمون‌های آماری داده‌های به دست آمده از دو گروه تجربه کننده سیگار و افرادی که کشیدن سیگار را تجربه نکرده‌اند در جدول ۲ ارائه گردیده است.

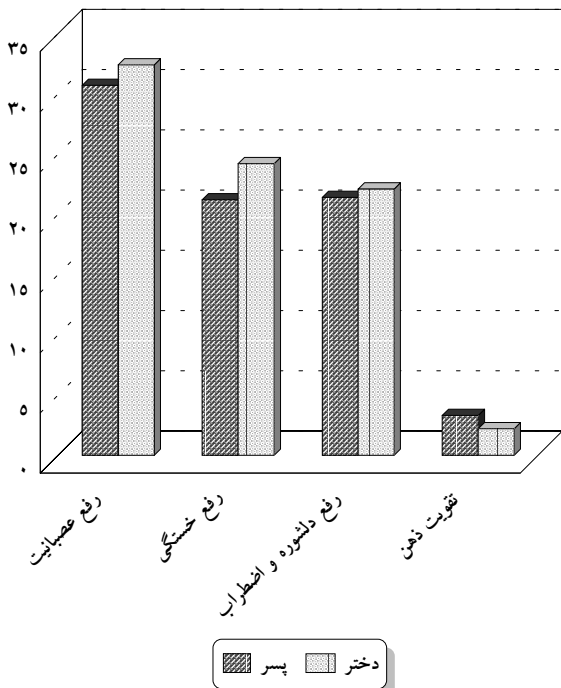
نمودار ۲- آگاهی در خصوص عوارض ناشی از سیگار به تفکیک جنس



مورد سنجش آگاهی، و نسبت دادن بیماری ورم مفاصل به مصرف سیگار در مورد ارزیابی باور) از تجزیه و تحلیل حذف شدند.

این بررسی نشان داد که از میان باورهایی که در جامعه درباره سیگار رایج است، یعنی رفع دلشوره و اضطراب، رفع خستگی، رفع عصبانیت و باور به تقویت ذهن در میان دانش آموزان تهرانی رواج زیادی دارد (نمودار ۱)، ۴۲٪ دختران و ۳۹/۵٪ پسران دست کم یکی از چهار اثر یاد شده را به سیگار نسبت می‌دادند. ارتباط مستقیم و معنی دار میان وجود هر یک از باورهای رایج و تجربه سیگار و سیگاری بودن وجود دارد و هم چنین بین تعداد باورهای رایج و تجربه سیگار و سیگاری بودن ارتباط مستقیمی وجود دارد.

نمودار ۱- اعتقاد به چند باور شایع درباره اثرات مصرف سیگار به تفکیک جنس



از میان زبان‌های سیگار که مورد پرسش قرار گرفتند

جدول ۱- نسبت برتری آگاهی‌ها و باورهای رایج - مقایسه دو گروه سیگاری و تجربه‌کننده سیگار

دخترها	پسرها	باورها و آگاهی‌ها
۸/۶ (۲/۲۱-۳۹/۰۶) ، P<۰/۰۰۱	۳/۴۲ (۲/۱۸-۵/۳۶) ، P<۰/۰۰۱	رفع دلشوره و اضطراب
۷/۸۳ (۱/۵۴-۳۵/۳۸) ، P<۰/۰۰۵	۳/۶ (۱/۶۷-۷/۷۳) ، P<۰/۰۰۱	تقویت ذهن
۱۶/۱۹ (۲/۲۱-۳۳۲/۹۷) ، P<۰/۰۰۱	۴/۵۵ (۲/۸۵-۷/۳) ، P<۰/۰۰۱	رفع عصبانیت
۱۱/۹۲ (۲/۵۳-۷۷/۵۴) ، P<۰/۰۰۱	۴/۸۹ (۳/۱۱-۷/۷۱) ، P<۰/۰۰۱	رفع خستگی
۰/۱۳ (۰/۰۳-۰/۰۵) ، P<۰/۰۰۱	۰/۵۳ (۰/۳۴-۰/۸۱) ، P<۰/۰۰۱	ایجاد سرطان
۰/۱۵ (۰/۰۴-۰/۴۹) ، P<۰/۰۰۱	۰/۵۹ (۰/۳۷-۰/۹۳) ، P<۰/۰۰۵	کاهش طول عمر
۰/۱۶ (۰/۰۵-۰/۵۱) ، P<۰/۰۰۱	۰/۵۱ (۰/۳۲-۰/۸۲) ، P<۰/۰۰۱	ایجاد بیماری‌های قلبی و عروقی
۰/۳۴ (۰/۱۵-۱/۱) ، P<۰/۰۰۵	۰/۶۲ (۰/۴۱-۰/۹۵) ، P<۰/۰۰۵	ایجاد چروکیدگی پوست صورت و پیری زودرس
۰/۲۳ (۰/۰۳-۱/۰۷) ، P<۰/۰۰۵	۰/۷۲ (۰/۴۶-۱/۱۲) N.S.	ایجاد زخم معده
۰/۰۷ (۰/۰۲-۰/۲۲) ، P<۰/۰۰۱	۰/۲۸ (۰/۱۷-۰/۴۷) ، P<۰/۰۰۱	به خطر افتادن سلامت اطرافیان

جدول ۲- نسبت برتری آگاهی‌ها و باورهای رایج - مقایسه دو گروه تجربه‌کننده سیگار و بدون تجربه

دخترها	پسرها	باورها و آگاهی‌ها
۲/۲ (۱/۶۸-۲/۸۸) ، P<۰/۰۰۱	۱/۷۷ (۱/۲۹-۲/۲۸) ، P<۰/۰۰۱	رفع دلشوره و اضطراب
۱/۹۴ (۰/۸۸-۴/۲۵) ، P<۰/۰۰۱	۲/۴۹ (۱/۱۸-۵/۳۲) ، P<۰/۰۰۱	تقویت ذهن
۲/۴۷ (۱/۹۴-۳/۱۴) ، P<۰/۰۰۱	۱/۶۶ (۱/۲۹-۲/۱۳) ، P<۰/۰۰۱	رفع عصبانیت
۲/۳۴ (۱/۸۱-۳/۰۳) ، P<۰/۰۰۱	۱۹/۸۶ (۱۰/۳-۳۹/۳۲) ، P<۰/۰۰۱	رفع خستگی
۰/۴۹ (۰/۳۸-۰/۶۳) ، P<۰/۰۰۱	۰/۷۵ (۰/۵۹-۰/۹۷) ، P<۰/۰۰۵	ایجاد سرطان
۰/۴۱ (۰/۳-۰/۵۵) ، P<۰/۰۰۱	۰/۵۸ (۰/۴۴-۰/۷۷) ، P<۰/۰۰۱	کاهش طول عمر
۰/۵۱ (۰/۳۶-۰/۷۲) ، P<۰/۰۰۱	۰/۶۳ (۰/۴۶-۰/۸۶) ، P<۰/۰۰۱	ایجاد بیماری‌های قلبی و عروقی
۰/۶۵ (۰/۵۱-۰/۸۲) ، P<۰/۰۰۱	۰/۸ (۰/۶۴-۱) ، P<۰/۰۰۵	ایجاد چروکیدگی پوست صورت و پیری زودرس
۰/۶۷ (۰/۵۳-۰/۸۴) ، P<۰/۰۰۱	۰/۷۳ (۰/۵۹-۰/۹۲) ، P<۰/۰۰۱	ایجاد زخم معده
۰/۳۴ (۰/۲۲-۰/۵۲) ، P<۰/۰۰۱	۰/۶۷ (۰/۴۶-۰/۹۷) ، P<۰/۰۰۵	به خطر افتادن سلامت اطرافیان

باورهای رفع خستگی، رفع دلشوره و اضطراب و

بالاخره باور تقویت ذهن قرار می‌گیرند.

اگرچه خستگی با جوانی همساز نمی‌نماید و انرژی

سرشار این مرحله از زندگی باید به خودی خود مانع از

تجربه خستگی باشد ولی امروز می‌دانیم که

با نگاهی به یافته‌ها (جدول‌های ۱ و ۲) می‌توان

دریافت که باور «رفع عصبانیت» در هر دو گروه

دختران و پسران بیشترین فراوانی را در میان باورهای

مربوط به دلیل استفاده از سیگار دارد، پس از آن

بسیاری از نوجوانان از پیامدهای زیان‌بار سیگار آگاه نیستند. بنابراین لازم است آگاهی‌رسانی درباره زیان‌های مصرف سیگار بخشی از محتوای برنامه پیشگیری باشد.

با توجه به حساسیت ویژه دختران نوجوان به ظاهر خود و کمبود آگاهی آنان از تأثیر سوء مصرف سیگار در ایجاد چروکیدگی پوست لازم است این امر را در جریان آموزش مورد تأکید قرار داد.

لازم می‌دانیم از معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور به دلیل حمایت مالی و فراهم نمودن امکانات مورد نیاز، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری نمایم.

از آقایان دکتر عمران محمد رزاقی، دکتر کاظم محمد، دکتر علی فیض‌زاده خراسانی، حسین سحری، دکتر بیژن شفقی، مسئول محترم اداره کل آموزش و پرورش استان تهران و مناطق نوزده‌گانه، مدیران معاونین و دبیران محترم و دانش‌آموزان عزیز مدارس پیش‌دانشگاهی شهر تهران، معاونت و کارشناسان محترم پیشگیری منطقه شمیرانات استان تهران، دکتر محمدی، دکتر آل داود، آقای کاوه، سرکار خانم بارگاهی، سرکار خانم مکی، به دلیل همکاری در انجام پژوهش قدردانی و تشکر می‌شود.

پورکاظمی، لطفعلی (۱۳۷۴). *سیگار، سکنه، سرطان*. تهران: انتشارات ناهید.

جمالیان، رضا (۱۳۶۳). بررسی میزان اعتیاد و نوع عقاید دانش‌آموزان کرمانی درباره سیگار کشیدن. *رسانه دارویش*. شماره ۳، صص ۴۸-۴۵.

دادستان، پریخ (۱۳۷۸). *روانشناسی مرضی تحولی*. تهران: انتشارات سمت.

علیخانی، حسین (۱۳۷۱). *بررسی مقایسه‌ای میزان آگاهی دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه شمال و جنوب تهران از مضرات مصرف سیگار*.

اضطراب‌های مزمن و حتی خفیف به مرور زمان به شکل خستگی تظاهر می‌نمایند. وسواس‌های ذهنی شدید نوجوانی نیز می‌تواند خود عاملی برای ایجاد خستگی باشد (نالکن^۱، ۲۰۰۰). به‌رحال می‌توان ریشه‌های مشترک خستگی، افسردگی و اضطراب را به‌عنوان زمینه‌ای برای پذیرش باور خستگی‌زدایی سیگار در نوجوانان شناسایی کرد که سبب می‌شود این باور در ردیف دوم باورهای رایج یعنی پس از باور رفع عصبانیت قرار بگیرد.

در ردیف سوم باورها در هر دو گروه دختران و پسران، رفع دلشوره و اضطراب عنوان شده است. بررسی‌ها نشان می‌دهند که در گروه سنی سال‌های آخر نوجوانی- پیش‌دانشگاهی در مورد نمونه بررسی حاضر- اضطراب‌ها ماهیتی نسبتاً مشخص و محتوایی کمابیش روشن دارند (دادستان، ۱۳۷۸). آزمودنی‌های پژوهش حاضر با اضطراب کنکور روبرو بوده‌اند. این دانش‌آموزان در شرایطی سرنوشت‌ساز قرار داشته، با اضطراب، دلشوره و دل‌مشغولی‌های وسواس‌گونه زیادی همراه بوده‌اند. این فشارها می‌توانند باور اثر کاهش‌دهنده اضطراب سیگار را در ذهن نوجوانان تسهیل کنند.

خوشبختانه در مقایسه با سایر باورها، باور «تقویت ذهن» در پژوهش حاضر رواج چشمگیری نداشت.

توجه ویژه دانش‌آموزان مورد بررسی به خطرناک بودن مصرف سیگار برای دیگران و رابطه معکوس آن با گرایش به استفاده از سیگار، می‌تواند نشانه بارزی از نگرش نوع‌دوستانه دوران نوجوانی باشد و از آن می‌توان برای طراحی مؤثرتر برنامه‌های پیشگیرانه بهره برد.

به‌طورکلی ارتباط مستقیم میان بالابودن میزان آگاهی از پیامدهای زیان‌بار سیگار و گرایش کمتر به استفاده از آن از یک سو و ارتباط معکوس میان فراوانی باورهای نادرست و گرایش بیشتر به استفاده از سیگار، تجربه سیگار و سیگاری شدن در یافته‌های پژوهشی حاضر نشان‌دهنده ضرورت آگاهی‌رسانی و تلاش برای ایجاد باورهای مناسب و به‌موقع در جوانان است.

school students. *Journal Epidemiology*, 9, 254-260.

US Department of Health and Human Services (1982).

The health consequences of smoking: Cancer, a report of the surgeon general. Washington, DC:

US Department of Health and Human Services (1984).

The Health Consequences of smoking: Chronic lung disease. Washington, DC: US Health and Human Services.

United States Centers for Disease Control (1991).

Youth Cigarettes smoking. *Mortality and Morbidity Weekly Report (MMWR)*, 40, 712-715.

United States Centers for Drug Control and Prevention (1994). *Preventing tobacco use among young people. A report of surgeon general.* Atlanta, Public Health Service.

Wilcox, B., Engel, E., & Reid, D. (1978). Smoking education children: UK trial of an international project. *International Health Education*, 21, 236-244.

پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.

Banks, M.H., Bewley, B.R., Bland, J.M., Dean, J., & Pollard, V. (1978). Long-term study of smoking by secondary children. *Archives of Disease in Childhood*, 53, 12-19.

Behrman, R.E., & Kliegman, R. M. (1996). *Nelson's textbook of pediatrics.* (13th ed). New York: Saunders Company.

Braun, W.E., & Fauci, A.F. (1994). *Harrison's principles of internal medicine*, New York: McGraw Hill.

Chollat, C., & Traguët, E. (1996). *Evaluating tobacco control activity.* Geneva: WHO.

Cowdery, J.E., Fitzhugh, E.C., & Wang, M. Q. (1997). Sociobehavioral influences on smoking initiation of Hispanic adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 20, 46-50.

Knolken, U. (2000). *Kinder-Und Jugend-Psychiatrie Und-Psychotherapie*, Germany, Bremen: Uni. Med.

Milne, A., Marshall-Mies, J., & Colmen, J.C. (1975). A study of the impact of the school health curriculum. *project on knowledge, attitudes and behavior of teenage students.* Washington: Education and Public Affairs.

Murray, M., Rona, R.J., Morris, R. Y., Morris, R. W., & Tait, N. (1984). The smoking and dietary behavior of Lambeth school children: 1, the effectiveness of an anti-smoking and nutrition education programme for children. *Public Health* 98, 163-172.

Nichter, M. (1997). Smoking experimentation and initiation among adolescent girls. *Tobacco Control*, 6, 285-295.

Osaki, Y., Minowa, M., & Mei, J. (1999). Comparison of correlates of cigarettes smoking behavior between Jiagxi Province, China and Japanese high