

## نقش پیش‌بین ارتباط مثبت درون خانوادگی در نگرش به ترک سیگار در نوجوانان

مریم‌السادات مطیعی‌راد<sup>۱</sup>، اسحق رحیمیان بوگر<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه غیرانتفاعی کومش، واحد سمنان، ایران.

<sup>۲</sup> هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه غیرانتفاعی کومش، واحد سمنان، ایران. (نویسنده مسئول)

### چکیده

هدف این پژوهش کاربردی و از نظر جمع‌آوری اطلاعات از نوع توصیفی و همبستگی است و جامعه آماری مورد نظر در این تحقیق دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه دبیرستان نمونه دولتی محمد رسول‌الله شهرستان سمنان در سال تحصیلی ۹۹-۴۰۰ بوده‌اند. در این مطالعه برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های: قسمتی از فرم کوتاه پرسش‌نامه الگوی فرانظریه برای ترک سیگار و مقیاس تعاملات خانوادگی استفاده شده است. طبق نتایجی که به دست آمد بین تأثیر مثبت تعاملات خانوادگی و ترک سیگار رابطه معنادار یافت نشد. به نظر می‌رسد در عصر ارتباطات و عجین شدن دنیای مجازی با زندگی افراد به‌ویژه جوانان و نوجوانان ارتباطات و تعاملات خانوادگی بسیار کمتر از پیش شده است و نیز در این مقطع زمانی که بحران همه‌گیری کرونا در تمامی جوامع باعث آسیب‌های خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی فراوان شده است وابستگی نوجوانان به اینترنت چه در فضاهای مفید مجازی مانند کلاس‌هایی آموزشی آنلاین و چه در قسمت سرگرمی‌های کاذب، باعث کاهش ارتباط بین اعضای خانواده و از عوامل این عدم همبستگی می‌تواند باشد.

واژه‌های کلیدی: نوجوانان، تعاملات خانوادگی، سیگار.

## مقدمه

در ابتدا بایستی یادآوری کرد همانطور که در تحقیقات پیشین آمده مصرف سیگار یک معضل جهانی است و علاوه بر زیان‌های جسمی، سلامت روانی افراد را نیز در معرض خطر قرار می‌دهد. با وجود کاهش نسبی استعمال دخانیات در جوامع غربی و صنعتی در سال‌های بعد از دهه ۱۹۹۰ و افت قابل توجه مصرف سیگار در محدوده سنی نوجوانان دبیرستانی بین ۱۳ تا ۱۷ سال، متأسفانه آمار نشان‌دهنده در رابطه با هر دو مورد در کشورهای جهان سوم و همچنین در کشور ما رو به فزونی است. در پژوهشی این‌گونه بیان شد که استعمال سیگار یکی از تهدیدکننده‌های جدی و آسیب‌زننده به سلامتی افراد است که هر ساله باعث مرگ تقریباً ۵ میلیون نفر می‌شود. سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> افرادی را که تا سال ۲۰۲۰ در اثر ابتلا به بیماری‌های وابسته به استعمال تنباکو می‌میرند در طی یکسال هشت میلیون و چهارصد نفر برآورد می‌کند. جالب است بدانیم دو سوم این مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. در مجموع اهمیت مسئله در این است که استعمال ارادی یا غیرارادی سیگار (دود دست دوم) موجب هزاران مرگ در طول سالهای زندگی افراد در جوامع مختلف می‌شود و هر ساله بیش از ۱۵۰ بیلیون دلار برای مشکلات مربوط به بازگشت به سلامتی ناشی از استعمال سیگار هزینه می‌شود. نیکوتین ماده به‌شدت اعتیادآور موجود در سیگار است. میزان ناخوشی و مرگ و میر در افراد، مستقیماً به میزان استعمال سیگار، استنشاق دود سیگار، محتوای نیکوتین داخل سیگار، مقدار و مدت‌زمان درگیری با سیگار در فرد مرتبط است. استعمال تنباکو به ویژه در دوره نوجوانی که دوره بحران جسمی و روحی است یک مشکل خطرناک و شایع است. زیرا باعث شروع مصرف در سنین پایین‌تر می‌باشد و این اتفاق ضرورت و اهمیت پیشگیری قبل از درمان را یادآوری می‌کند. نتایجی که از بزرگ‌ترین تحقیقات در دنیا راجع به نوجوانان و تنباکو در دست است و در بیش از ۱۵۰ کشور جهان بررسی شده است، واقعیت تلخی است که نشان دهنده این مطلب است که که دختران جوان تقریباً به‌اندازه پسران جوان سیگار می‌کشند. نتایج حاصل از این بررسی جهانی در ایران بیانگر این موضوع است که بیشتر افراد تجربه سیگار را قبل از هجده‌سالگی داشته‌اند و ۶۶/۷٪ سیگاری‌ها در سن چهارده سالگی برای اولین بار مصرف سیگار را شروع کرده‌اند. جای بسی تاسف و نگرانی است که روند اخیر بیانگر میزان شیوع تجربه سیگار در بین کودکان و نوجوانان است و نشان می‌دهد گرایش به مصرف آن در سنین پایین بیشتر شده است. همچنین تفاوت معناداری مشاهده نشده است در اولین مرتبه تجربه سیگار قبل از ۱۰ سالگی، در بین دختران و پسران، و در آینده نزدیک با افزایش شیوع مصرف سیگار در نوجوانان دختر مواجه خواهیم شد. اگر تغییرات مفید و کارآمدی در پیشگیری و توقف استعمال تنباکو صورت نگیرد، شیوع مصرف آن در بین زنان و بیشتر در کشورهای در حال رشد، با روند اخیر، از جانب سازمان‌های بین‌المللی، مصرف سیگار مخصوصاً در میان بانوان و دختران، بحران جهانی سلامت اعلام شده است، حدود یک‌سوم جمعیت کشور جوانان و نوجوانان محدوده سنی ۱۵-۲۹ سال (معادل ۳۲/۱٪ کل جمعیت کشور) هستند، تلاش‌های جدی‌تر و به نوعی مصمم‌تر به‌خاطر حفظ سلامت دختران نوجوان به جهت نقش تربیتی سازنده‌ای که دارند توصیه می‌شود. بنا به مطالب منتشر شده در مجله اینترنتی نمناک در قسمت سلامت یافتیم سیگار کشیدن هر ساله بیش از ۳۷۰۰۰ نفر را در دنیا به کام مرگ می‌فرستد. آمار کشتار توسط سیگار چند برابر بیشتر از خودکشی، ایدز، تصادفات و... است. کمی عجیب به نظر می‌رسد اما واقعیتی است که هر ساله هزاران نفر از نوجوانان بر اثر سیگار کشیدن جان خود را از دست می‌دهند. در واقع تقریباً ۹۰٪ از آنان اولین بار قبل از سن ۱۸ سالگی سیگار را تجربه کرده بودند. چنانچه در ادامه مطالب این سایت می‌خوانیم سیگارها حاوی نیکوتین هستند که یکی از اعتیادآورترین مواد در دنیا است. از دیگر محصولات حاوی نیکوتین برخی از

<sup>۱</sup> WHO

سیگارهای الکترونیکی، سیگارهای معمولی و سیگار رول‌ها هستند. بعضی از انواع جدید دخانیات شبیه به شکلات هستند و شباهتی به سیگار ندارند. نکته حائز اهمیت این است که در واقع والدین سیگاری الگوی رفتاری نامطلوب و ناکارآمد برای فرزندان خود هستند. بر طبق اظهارات محمدجواد ربانی پارسا در مقاله‌ای در سایت نمناک در مورد علت روی آوردن نوجوانان به سیگارکشیدن ۴ دلیل را عنوان کردند. ۱. بعضی از نوجوانان به سبب لذت فیزیولوژیکی که در مغز آنان اتفاق می‌افتد به مصرف سیگار روی می‌آورند و شدت این لذت در افراد مختلف متفاوت می‌تواند باشد. ۲. اگر همسالان و دوستان سیگارکشیدن را جالب و سرگرم‌کننده بدانند ممکن است زمینه‌ای باشد برای گرایش فرد به مصرف آن. ۳. در باور نوجوانان تصور می‌شود سیگارکشیدن نشان‌دهنده بزرگ شدن، جرئت داشتن، خاص و متفاوت بودن است. ۴. اینکه گروهی دیگر از نوجوانان هم می‌خواهند از دستور بزرگ‌ترها و والدین سرپیچی کنند و اقتدار خود را با مصرف سیگار به دیگران به ویژه والدین ثابت کنند. به نظر ایشان مخالفت کردن با اظهارات والدین و بزرگ‌ترها بخشی از فرایند هویت‌یابی در نوجوانان است که این مقوله باید به شیوه سازنده و درست اتفاق بیفتد. وی با مطرح کردن این مسئله در رابطه با درگیری نوجوانان با این موارد ادامه گفتند در خصوص نحوه کمک کردن به نوجوانان برای ترک، یا درگیر نشدن در این مقوله سه مرحله وجود دارد. ۱- صحبت کردن و آشنا کردن نوجوانان درباره پیامدهای ناشی از مصرف سیگار. ۲- محدود کردن دسترسی آنها به سیگار. ۳- برقراری یک رابطه صادقانه، صمیمانه و دوستانه با نوجوانان می‌باشد که بیشترین تاثیر را بنظر مورد سوم همراه با مدیریت و برنامه‌ریزی دارد. مسئله حائز اهمیت دیگر چالشی که در دوره نوجوانی برای نوجوانان اتفاق می‌افتد اینک که آنها نوع خاصی از خودمحموری را در این دوران تجربه می‌کنند. بعضی از افراد در دوران نوجوانی بر این باورند که آسیب‌ناپذیرند به همین خاطر از انجام رفتارهای پرخطر ترسی ندارند و دست به انجام اینگونه رفتارها می‌زنند.

بنابراین ضرورت مسئله پژوهش ایجاب می‌کند تا به سؤال اصلی پژوهش - نقش پیش‌بین تعاملات مثبت خانوادگی بر نگرش نوجوانان در گرایش به ترک سیگار چگونه است؟

### روش پژوهش

طرح تحقیق از نوع کاربردی و از نظر جمع‌آوری اطلاعات از نوع توصیفی - همبستگی بوده است. جامعه آماری مورد نظر در مطالعه حاضر کلیه دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه دبیرستان نمونه دولتی محمد رسول‌الله شهرستان سمنان، در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۴۰۰ که به دلیل شرایط بهداشتی (کرونا) به شکل مجازی مشغول به تحصیل بوده‌اند با مشارکت خانواده‌های آنها که در تعامل با نوجوانان هستند. آمار کل دانش‌آموزان مدرسه نمونه ۱۰۰۰ نفر بوده که از این تعداد ۲۰۰ نفر با استفاده از فرمول استونز در تحلیل رگرسیون خطی استفاده شده است انتخاب شدند. با توجه به لزوم افزایش توان آزمون با احتساب ریزش، نمونه پژوهش به حجم ۲۰۰ نفر به با استفاده از فرمول استونز در تحلیل رگرسیون خطی به صورت تصادفی طبقه‌ای نسبی انتخاب شدند به این ترتیب که با مراجعه به مدرسه پرسش‌نامه‌ها را در بین دانش‌آموزان توزیع شد و از خانواده‌هایشان نیز خواسته شد در صورت تمایل می‌توانند در این پژوهش شرکت کنند. پژوهش حاضر مبتنی بر وب بوده و پرسش‌نامه بصورت آنلاین در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفته شد.

## ابزار پژوهش

مقیاس تعاملات خانوادگی<sup>۲</sup> (FCS) و رضایت خانوادگی<sup>۳</sup> (FSS): در خانواده‌های ایرانی:

در حیطه خانواده‌درمانی و ارزیابی خانواده، در طول ۲۵ سال گذشته نظریات و پژوهش‌های زیادی به دنبال پاسخ به این سؤال بوده‌اند که چه ابعادی نشان‌دهنده کارکرد خانواده سازگار است. شواهد مطالعاتی و تجربی زیادی بر اهمیت دو بعد انعطاف‌پذیری و انسجام تاکید بسیار کرده‌اند (باربر<sup>۴</sup> و بوهرلر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹؛ دوهرتی<sup>۶</sup> و هواندر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰؛ ورنر<sup>۸</sup>، گرین<sup>۹</sup>، گرینبرگ<sup>۱۰</sup>، براون<sup>۱۱</sup> و مک‌کنا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۱). در سال ۱۹۷۹ السون<sup>۱۳</sup>، اسپرنکل<sup>۱۴</sup> و راسل<sup>۱۵</sup> مدل مدور سیستم‌های خانواده و زوجین<sup>۱۶</sup> را تدوین کردند آنها بعد از مرور بیشتر از ۵۰ تحقیق، پژوهشی و تجربی روی کارکرد خانواده و کار تجربی در حیطه ابزارهای خانواده به این تجارب دست یافتند (السون، ۲۰۱۱). این مدل در شامل سه مفهوم اساسی برای کارکرد خانواده در نظر گرفته است: انعطاف‌پذیری، انسجام، و تعامل<sup>۱۷</sup>. انعطاف‌پذیری به عنوان کیفیت و سازمان‌دهی و بیان رهبری، جایگاه نقش و قواعد روابط و مذاکرات تعریف شده‌است. انسجام به عنوان پیوند هیجانی بین افراد خانواده نسبت به یکدیگر و تعامل به عنوان بعد تسهیل‌کننده در نظر گرفته می‌شود و به خانواده‌ها در تغییر سطح انسجام و انعطاف‌پذیری و کارکرد بهتر خانواده کمک می‌کند. فرضیه اصلی مدل مدور که فرضیه منحنی نام‌گذاری شده است بدین گونه است که سطوح متوازن<sup>۱۸</sup> انسجام و انعطاف‌پذیری نشان‌دهنده عملکرد خانواده سالم است و سطوح نامتوازن<sup>۱۹</sup> انسجام و انعطاف‌پذیری (میزان بسیار کم یا زیاد) با کارکرد خانواده مشکل‌زا رابطه دارد (السون، ۲۰۱۱). از طرفی، در زمینه‌ی خانواده، داشتن ابزارهایی که پایایی و روایی مناسبی داشته باشند ضروری است. علاوه بر این، اندازه‌گیری کارکرد خانواده حوزه پیچیده‌ای است که اختلاف نظرهای زیادی را به همراه دارد (بایکو، کاکیوپو، لاگی و تافا، ۲۰۱۳<sup>۲۰</sup>). بخش عظیمی از تلاش‌های پژوهشی در راستای ساخت و تحول ابزارهای اندازه‌گیری بوده است.

مقیاس تعاملات خانوادگی (FCS؛ السون و بارنز، ۲۰۰۴<sup>۲۱</sup>) که نشان‌دهنده‌ی چگونگی تعاملات افراد خانواده با یکدیگر است یک مقیاس ۱۰ سوالی است و بر اساس مقیاس ۲۰ ماده‌ای تعاملات والدین - نوجوانان (PAS؛ بارنز و السون، ۱۹۸۵) ساخته شده‌است. السون (۲۰۰۷) در نمونه ۲۴۶۵ نفری از اعضای خانواده پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب بازآزمایی ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. از طرفی رضایت خانوادگی درجه‌ای که اعضای خانواده احساس خوشحالی و کامل شدن با یکدیگر را دارند تعریف شده است (السون و ویلسون<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۲). مقیاس رضایت خانوادگی (FSS) نیز یک پرسشنامه

<sup>۲</sup> Family Communication Scale.

<sup>۳</sup> Family Satisfaction Scale.

<sup>۴</sup> Barber.

<sup>۵</sup> Carl Boehler.

<sup>۶</sup> Doherty.

<sup>۷</sup> Havandarp.

<sup>۸</sup> Werner.

<sup>۹</sup> Green.

<sup>۱۰</sup> Greenberg.

<sup>۱۱</sup> Brown.

<sup>۱۲</sup> McKenna.

<sup>۱۳</sup> Elson.

<sup>۱۴</sup> Sprinkle.

<sup>۱۵</sup> Russell.

<sup>۱۶</sup> Circumplex model of marital and family systems.

<sup>۱۷</sup> Communication.

<sup>۱۸</sup> Balanced.

<sup>۱۹</sup> Un-balanced.

<sup>۲۰</sup> Baiocco , Cacioppo, Laghi, Keitner.

<sup>۲۱</sup> Olson & Barnes.

<sup>۲۲</sup> Olson & Wilson.

۱۰ سوالی است که بر مبنای مقیاس ۱۴ سوالی آن ساخته شده است (السون و ویلسون، ۱۹۸۲). این مقیاس درجه رضایت اعضای خانواده نسبت به جنبه‌های مختلف انسجام، انعطاف‌پذیری و به طور کلی کارکرد خانواده را ارزیابی می‌کند و یک مقیاس برون‌داد مهم است. السون (۲۰۰۷) در نمونه‌ای ۲۴۶۵ نفری از اعضای خانواده ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی را ۰/۸۵ گزارش کرده است.

### فرم کوتاه پرسشنامه الگوی فرانظریه برای ترک سیگار

یکی از الگوهایی که در خصوص ترک سیگار به کار گرفته می‌شود، الگوی فرانظریه‌ای<sup>۲۳</sup> است. TTM از بیش از ۳۰۰ تئوری روان‌درمانی و تغییر رفتار پدیدار شده است که از ۲۰ سال پیش توسط پروچسکا<sup>۲۴</sup> و همکاران اعتبارسنجی شده است. ابزارهای متعددی مبتنی بر TTM به منظور اندازه‌گیری مداخلات تغییر رفتار توسعه یافته است. به‌طور مثال ابزارهایی برای اندازه‌گیری تغییرات شیوه زندگی سالم مانند تحرک بدنی، کنترل وزن، تغذیه سالم و استعمال دخانیات به کار گرفته می‌شوند. در سال ۱۹۹۱، فاوا و همکاران نسخه فرم کوتاه این الگو را اعتبارسنجی کردند. این ابزار برای اندازه‌گیری تغییر رفتار به دنبال مداخلات مبتنی بر الگو و همچنین مطالعات تجربی بکار رفته است. نسخه انگلیسی پرسشنامه TTM در مطالعات مختلف روان‌سنجی شده است. در ایران تعداد اندکی از مطالعات از این الگو استفاده کرده‌اند فرم کوتاه این پرسشنامه شامل ۴ سازه است:

**الف) مراحل تغییر:** وضعیت مصرف سیگار فرد رادر حال حاضر چه در صورت داشتن تمایل به ترک یا ادامه تعیین می‌کند. در این پرسش‌نامه ابتدا مصرف‌کننده فعلی سیگار، ترک کرده و غیر سیگاری تشخیص داده می‌شود و سپس مصرف‌کننده فعلی به دو سوال بعدی پاسخ می‌گوید: سابقه ترک سیگار و مرحله ترک سیگار.

**ب) فرآیند تغییر:** این سازه به دو طبقه اصلی تقسیم می‌شود: فعالیت‌های تجربی و رفتاری. هر کدام شامل ده فرآیند می‌باشد. نمونه سوال‌های موجود در پژوهش برای اندازه‌گیری هر کدام از فرآیندها در جدول ۱ نشان داده شده است. در این مطالعه ۱۰ آیتم با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (۱=هرگز؛ ۵=همیشه) طراحی گردید.

**ج) وسوسه:** ابزاری برای بررسی شرایط وسوسه است که شامل سه زیر سازه می‌باشد شرایط اثر منفی، شرایط اجتماعی و شرایط ناشی از عادت/اشتیاق و هر کدام شامل سه سوال است.

**د) تعادل تصمیم‌گیری:** این سازه، باور اشخاص سیگاری را رابطه با ترک اندازه‌گیری می‌کند. تعادل تصمیم‌گیری دو زیر سازه دارد منافع و موانع و مصرف سیگار است که هر یک شامل سه سؤال است. به‌منظور تهیه نسخه فارسی ابزار، ابتدا پرسش‌نامه بوسیله دو مترجم به فارسی برگردانده، سپس برای تعیین مقدار مطابقت با پرسش‌نامه اصلی از ترجمه مجدد استفاده گردید. (سربندی و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۲۱-۶۱۱).

<sup>23</sup> Transtheoretical Model.

<sup>24</sup> Prochaska.

## یافته ها

نتیجه آزمون تحلیل رگرسیون برای فرضیات پژوهش در جدول زیر نشان داده شده است:

جدول ۱: خروجی آزمون تحلیل رگرسیون فرضیات فرعی پژوهش

معنی داری	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		Model
			انحراف استاندارد	B	
۱۰۰۰	۲۷,۴۰۹		۱,۱۴۲	۳۱,۳۱۰	(Constant)
۱۵۲۷	۱۶۳۴	۱۰۵۴	۱۳۵۱	۱۲۲۲	۱ برنامه‌های آموزشی

متغیر وابسته: نگرش به استعمال سیگار

فرضیه شماره ۱ فرعی پژوهش حاکی از این است که تعاملات مثبت خانوادگی تاثیر مثبت و معنی داری در نگرش به ترک در نوجوانان دارد که از آنجایی که در جدول فوق ملاحظه می‌گردد مقدار معنی داری برای این آزمون عدد ۰,۵۲۷ بدست آمده که بنابراین می‌توان در سطح اطمینان ۹۵ درصد پذیرفت این فرضیه رد شده است.

## بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه در مورد فرضیه مبنی بر اینکه ارتباط مثبت درون خانوادگی در پیش‌بینی نگرش به ترک سیگار در نوجوانان نقش دارد؟

در نتایج تحلیل آماری این پژوهش این گونه به دست آمد که هیچ رابطه معنی داری بین تعاملات خانوادگی و نگرش به ترک سیگار نیز در نوجوانان وجود ندارد. در حالی که ارتباطات مثبت والد فرزندی در ایجاد سلامت روان کودکان و نوجوانان از اهمیت بالایی برخوردار است. اما در زندگی امروز عجين شدن نوجوانان با دنیای مجازی کامپیوتر، تبلت و گوشی و به نوعی اعتیاد به اینترنت در نوجوانان چه در فضای مفید مجازی، کلاسهای آموزشی آنلاین و چه در فضای سرگرمی‌های کاذب. باعث ایجاد فاصله بین نوجوانان خانواده‌ها و کاهش تعاملات و تأثیرات مثبت بین آنها شده است. در تبیین این نتیجه‌گیری و هم‌راستا با نتایج تحقیق در بخش علم و آموزش مرکز مشاوره دانشگاه تهران همزمان با روز جهانی بدون دخانیات در توصیه‌ای به مردم تاکید کردند که با حمایتگری، مشوق بودن و صبوری می‌توان با فرزندان درگیر شده با این مقوله همراهی کرد و به ایشان کمک کرد و مشوقی برای افراد سیگاری برای ترک دخانیات شد (ایرنا، ۱۳۹۹). دکتر حسام بختیاری (۱۴۰۰) در مقاله خود این‌گونه تبیین می‌کند بهترین راه برای جلوگیری از سیگار کشیدن در کودکان این است که خودتان سیگار نکشید. تحقیقات نشان داده کودکانی که والدین آنها سیگار نمی‌کشند یا با موفقیت سیگار را ترک کرده‌اند بسیار کمتر در آینده به سیگار کشیدن مبتلا می‌شوند. متأسفانه جنگ در اینجا متوقف نمی‌شود، مواردی وجود دارد که افراد سیگاری در تلاش برای حفظ هوشیاری خود نیاز به مصرف دارند. بسیار مهم است که روش‌های مقاومت در برابر وسوسه و حفظ مسیر بهبودی خود را، بدون توجه به شرایط، درک کنند

در مطالعه حبیبی و همکاران (۱۳۹۰) پیرامون شاخص‌های پیشگیری از مصرف سیگار نوجوانی را یک دوره حساس تحول در نظر می‌گیریم چرا که اول، در این دوره بسیاری از رفتارهای مثبت سلامت (مثل رژیم غذایی و ورزشی) که از خانواده آغاز می‌شود و رفتارهای پرخطر (مثل سیگار، مصرف الکل و مواد و رفتارهای پرخطر جنسی) برای بار اول خود را نشان می‌دهند؛ بنابراین نوجوانی یک دوره زمانی منطقی برای مداخلات پیشگیرانه اولیه است. دوم، دلایل مرگ و میر در نوجوانان نسبت به

بزرگسالان متفاوت است. این امر نشان می‌دهد که تشخیص زودهنگام و درمان مشکلات بهداشتی آنها باید به شکل مستقیم به صورت یک مجموعه در این دوره سنی باشد. چرا که بسیاری از اقدامات خاص بزرگسالان برای نوجوانان اثربخشی لازم را ندارند. سوم، حتی اگر مشکلات روان‌شناختی از دوره کودکی و نوجوانی شروع شوند شروع مداخلات زودهنگام چه توسط خانواده و چه در تعامل با مدرسه نقش بسیار ارزنده‌ای در پیشگیری از صدمات بعدی، درمان و کمک به گذر از برهه‌های تحول نوجوانان از کودکی به نوجوانی و از نوجوانی به جوانی بازی می‌کند (حبیبی و همکاران، ۱۳۹۰: ۴۴-۱۹)

در تحقیق مایستو و همکاران (۲۰۰۶) می‌خوانیم که درمان اعتیاد به سیگار گران و دشوار بوده، سیستم درمانی کاملی با رویکردهای روان‌درمانی و دارودرمانی را ایجاب می‌کند. با این همه حتی تأثیرگذارترین مدل‌های درمان هم با میزان بالایی از عود همراهند و زمینه مستعد، دسترسی آسان و شبکه‌های اجتماعی دوستان حامی تداوم‌بخش مصرف هستند و پیشرفت‌های درمانی را تحلیل می‌برند. پس تغییر نگرش نوجوانان جهت پیشگیری از مصرف سیگار قبل از درمان در این برهه زمانی خاص مهمترین بخش پیشگیرانه به نظر می‌رسد.

در کشورمان به خاطر ممنوعیت استعمال سیگار در محیط‌های آموزشی، واکنش شدید خانواده‌ها در مقابل استعمال سیگار نوجوانان و وجود ارزش‌های فرهنگی در جامعه، شیوع مصرف تابحال بسیار کم بوده است و بنظر می‌رسد عوامل مؤثر بر سیگار نوجوانان ایرانی با دیگر جوامع متفاوت باشد.

در تبیین این مسئله که چه عواملی در نگرش به استعمال و ترک سیگار در نوجوانان دخیل است در مقاله تحقیقی محمدپور اصل و همکاران (۱۳۸۷) این‌گونه بیان می‌کند که یک علت برای شروع سیگار در نوجوانان وجود ندارد، بلکه مصرف سیگار یک رفتار پیچیده است که با عوامل روانی - اجتماعی، بیوشیمیایی و اقتصادی - سیاسی در ارتباط مستقیم است. در مطالعات متعددی مشاهده شده است که مصرف سیگار در نوجوانان با وجود فرد سیگاری در خانواده (به‌ویژه پدر)، مصرف سیگار دوستان نزدیک، سطح اجتماعی اقتصادی والدین و شرایط مدرسه ارتباط دارد. استدلال برای پیشگیری از مصرف سیگار در نوجوانان بر این پایه است که اگر مصرف سیگار در دوران نوجوانی شروع نشود، سیگاری شدن فرد احتمال کمتری دارد و از طرف دیگر احتمال ترک در افراد به طور معکوس با سن شروع به مصرف مرتبط است. بنابر نتایج به‌دست‌آمده پژوهش حاضر برای برنامه‌های کنترل مصرف سیگار و تشویق به ترک هم در سطح مداخلات و هم در مطالعات تغییر رفتار مفید خواهد بود.

این مطالعه در خصوص نگرش به سیگار از نوجوانان دبیرستانی نشان‌دهنده این مسئله بود که سنجش و اندازه‌گیری نگرش نسبت به استعمال سیگار در نوجوانان منفی گزارش شده بود و با نتایج پژوهش رجبی (۱۳۸۴) همسو بود. در پژوهش مذکور مطرح شد که بین عملکرد و نگرش‌ها همبستگی است. به دیگر سخن بسیاری از نگرش‌ها به‌عنوان پیشاینده رفتار در نظر گرفته می‌شوند. به همین خاطر، برای تغییر یک رفتار مانند سیگارکشیدن، درک بنیادین نگرش‌ها مربوط به رفتار مصرف سیگار ضروری است، در نظریه‌های کنش مستدل و رفتار برنامه‌ریزی شده (آزجین، ۱۹۹۱) رفتار تابع نیت فرد است و از نگرش‌های شخصی و هنجارهای اجتماعی نشات می‌گیرد. درک نگرش‌های اجتماعی نسبت به مصرف دخانیات باعث می‌شود دست‌اندرکاران واکنش‌های عمومی برای وضع قانون و عرف عمومی سیگارکشیدن را بهتر در نظر بگیرند.

باگوزی<sup>۲۵</sup> و بامگارتنر<sup>۲۶</sup> (۱۹۸۹) در سنجش میزان نگرش‌های افراد نسبت به مصرف سیگار در بررسی استعمال دخانیات در دوره نوجوانی به این نتایج رسیدند که اشخاص سیگاری با توجه به عوارض سیگار همچنان داری نگرش‌های مثبت به آن هستند. چن<sup>۲۷</sup> (۱۹۹۵) دریافت که نگرش‌های مثبت نسبت به سیگار تعیین‌کننده اصلی در میل به آن در بین نوجوانان است.

<sup>25</sup> Bagozzi.

<sup>26</sup> Baumgartner

دیویس<sup>۲۸</sup>، بک بیر<sup>۲۹</sup>، کوک<sup>۳۰</sup> و دیچ کسترا<sup>۳۱</sup> (۱۹۹۵) سنجشی انجام دادند بر روی نگرش مصرف سیگار در تعدادی از دانش‌آموزان هلندی، مقیاس نگرش‌های سیگارکشیدن آنها ۲۸ گویه بود که نگرش‌ها و باورها را اندازه‌گیری می‌کرد. آنها دریافتند که نگرش‌های به مصرف سیگار (خودکارآمدی) به طور معنی‌داری به پیش‌بینی رفتار مصرف سیگار کمک می‌کند (فراتر از دیگر متغیرها مانند فشارهای اجتماعی) (رجبی، ۱۳۸۴: ۲۳۵-۲۳۰).

## ۱. منابع

۱. ابوالقاسم گرگی، حسن؛ محمدی، تیمور؛ حسینی، لیلیا؛ قناتی، الناز و آزادبخت، مهدی (۱۳۸۸)، ارتباط قیمت سیگار با میزان مصرف آن طی سالهای ۱۳۸۵-۱۳۶۳، مدیریت سلامت، دوره دوازدهم، شماره ۳۸.
۲. اختیاری، حامد؛ بهزادی، آرین؛ گنجگاهی، حبیب؛ مگری، آذرخش؛ عدالتی، هانیه؛ بختیاری، مرتضی؛ ربیعی،
۳. نغمه و عقابیان محمدعلی (۱۳۸۷)، بررسی مناطق مغزی درگیر در ولع مصرف معتادان تزریقی هرویین به وسیله تصویربرداری مغزی عملکرد، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۳.
۴. جهانلو، شهاب؛ غفرانی‌پور، فضل‌الله؛ جهانی، ژولیت؛ سبحانی، علیرضا؛ کیمیگر، مسعود؛ وفایی، مریم و حیدرنیا، علیرضا (۱۳۸۶)، ارتباط بین آگاهی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی با کنترل قند و چربی خون در بیماران دیابتیک مصرف‌کننده دخانیات، مجله پزشکی هرمزگان، سال یازدهم، شماره چهارم.
۵. حبیبی، مجتبی؛ بشارت، محمدعلی و فرر ردر، لورا (۱۳۹۰)، مطالعه پیرامون شاخص‌های پیشگیری از مصرف سیگار و اثر عوامل خطر ساز فردی، خانوادگی و همسالان در مصرف سیگار نوجوانان: در دانش‌آموزان مقطع متوسطه مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده سیگار، مجله پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، دوره یک، شماره چهار.
۶. رهنورد، زهرا؛ محمدی، معصومه؛ رجبی، فاطمه و ذوالفقاری، میترا (۱۳۹۰)، تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار پیشگیرانه از مصرف سیگار در نوجوانان دختر، مجله دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۷، شماره ۳.
۷. سربندی، فاطمه؛ نیکنامی، شمس‌الدین؛ حیدرنیا، علیرضا؛ حاجی‌زاده، ابراهیم و منتظری، علی (۱۳۹۴) پرسش‌نامه الگوی فرا نظریه‌ای ترک سیگار: روایی و پایایی، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، دوره هفتم، شماره ۳.
۸. کریمی، محمود؛ نیکمامی شمس‌الدین؛ حیدرنیا، علیرضا و حاجی‌زاده، ابراهیم (۱۳۹۱)، سنجش سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در رابطه با مصرف سیگار در نوجوانان، مجله علوم پزشکی کرمانشاه، سال شانزدهم، شماره ۸.
۹. محتشم امیری، زهرا؛ سیروس بخت، سهیل؛ نیک‌روش راد، رضا (۱۳۸۷)، مصرف سیگار در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر رشت، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هفدهم، شماره ۶۵.

<sup>27</sup> Chen.

<sup>28</sup> Devies.

<sup>29</sup> Back bier.

<sup>30</sup> Kok.

<sup>31</sup> Dijkstra.



۱۰. مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ گنجگاهی، حبیب و نادری، پریسا (۱۳۸۷)، ارتباط شاخص‌های تکانش‌گری و رفتارهای مخاطره‌جویانه با شدت ولع مصرف در گروه‌های مختلف معتادان به مواد افیونی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۳.
۱۱. نورانی‌پور، رحمت‌الله (۱۳۸۳)، بررسی علل اعتیاد به مواد تغییردهنده خلق و رفتار و روش‌های مؤثر و کارآمد مشاوره اعتیاد، فصلنامه علمی - پژوهشی سوء مصرف مواد، سال دوم، شماره ششم.
۱۲. وفایی، باقر؛ شهامفر، جعفر (۱۳۸۳)، عوامل مؤثر در گرایش دانش‌آموزان شهرستان تبریز به سیگار، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال هفتم، شماره ۱، پیاپی ۲۵.

13. Bashirian S., Heidarnia A., Allahverdipour H (2012). The Relationship between Self-Control and Intention to Substance Abuse in Adolescents. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2012; 20 (1).
14. Colby, S. M., Tiffany, S. T., Shiffman, S., & Nature, R. S. (2000). Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence*, 59.
15. Glantz, S A. (2003). Smoking in Movies: A Major Problem and a Real Solution. *Lancet*. 362 (9380).
16. Hyde, A., Treasy, M., & Bolond, J. (2001). Alcohol consumption among 11-12 year olds. *Nursing and Health sciences*, 3.
17. Levental, H. & Cleary, P. D. (1980). The smoking problem. A review of the research and Theory in behaviour risk modification. *Psychological Bulletin*, 88.
18. Mackay J, Eriksen M. (2002). The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization.
19. McKenna H, Slater P, Bunting B. Qualified nurses smoking prevalence: their reasons for smoking and desire to quit. *J Adv Nurs* 2001; 35 (5):769-75.
20. Teeson, Metal (2002); Addictions; Psychology press. The case of young people and smoking in late modernity, *The British journal of sociology*, volume 52.
21. Wang, M. Q. (1994). Predicting smoking status by symptoms of depression for US adolescents. *Psychol Rep*; 75 (2).