Archive of SID

● مقالات تحقیقی

تأثیر خانواده در گرایش به مصرف سیگار دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران، سال ۱۳۸۲

دکتر غلامرضا حیدری[۱]*
دکتر هومن شریفی[۱]
دکتر مصطفی حسینی[۱]
دکتر محمدرضا مسجدی[۱]

۱. مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و بیماری‌های ریوی، واحد کنترل دخانیات، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* *نشانی*: تهران، خیابان شهیدباهنر، دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، تلفن: ۲۲۸۰۳۵۵۰، فکس: ۲۲۲۹۱۲۰۳،
پست الکترونیک info@nritld.ac.ir

چکیده

مصرف سیگار، اولین علت قابل پیشگیری از مرگ و میر در دنیا می‌باشد. از آنجایی که محیط خانواده در بوجود آمدن رفتار نوجوان نقشی بنیادین دارد، لزوم بررسی ارتباط مصرف سیگار اعضای خانواده و گرایش به مصرف آن در نوجوانان اهمیت به سزایی دارد.

برای نیل به این هدف مطالعه‌ای براساس پرسشنامه‌های سازمان بهداشت جهانی و طرح جهانی دخانیات جوانان (GYTS) طراحی گردید که در آن از ۱۰۹۵ دانش‌آموز دبیرستانی به طور تصادفی در مناطق آموزش و پرورش شهر تهران انتخاب شدند. پرسشگری در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ به عمل آمد.

بر اساس نتایج این مطالعه ۲۸/۹٪ دانش‌آموزان (۲۵/۵٪ پسران و ۳۰/۸٪ دختران) به صورت گهگاهی سیگار مصرف می‌کردند (P=۰/۰۷) و ۴/۴٪ دانش‌آموزان (۱/۶٪ دختران و ۶/۰۱٪ پسران) به صورت روزانه سیگار می‌کشیدند (P=۰/۰۰۱).

۲۳/۶٪ دانش‌آموزانی که هیچ یک از افراد خانواده آنها سیگار نمی‌کشیدند، به طور گهگاهی سیگار می‌کشیدند در حالی که ۵۳/۴٪ دانش‌آموزانی که بیش از یک نفر از اعضای خانواده آنها سیگاری بودند مصرف سیگار گهگاهی داشتند (P=۰/۰۰۰۱). این شیوع برای مصرف سیگار روزانه دانش‌آموزان به ترتیب ۲/۶٪ و ۱۴/۳٪ بود (P<۰/۰۰۰۱).

۲۷/۳٪ دانش‌آموزان که با هر دو والد خود زندگی می‌کردند به صورت گهگاهی مصرف سیگار داشتند در حالی که این میزان در دانش‌آموزانی که با یکی از والدین خود زندگی می‌کردند، ۵۲/۴٪ می‌باشد (P<۰/۰۰۰۱).

نتایج تحلیل رگرسیونی نشان می‌دهد که برای پیشگیری از تجربه شروع و ادامه مصرف سیگار در این دوره سنی، آموزش و تشویق برای قطع مصرف سیگار اعضای خانواده و تلاش در ایجاد و حفظ یک محیط آرام و صمیمانه در خانواده از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

واژگان کلیدی: سیگار، دانش‌آموزان، خانواده

www.SID.ir
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

Archive of SID

مقدمه

از مصرف سیگار به عنوان اولین علت مرگ و میر قابل پیشگیری در دنیا نام برده می‌شود [۱]. سیگار باعث بروز ۹۰٪ سرطان‌های ریه، ۴۰٪ دیگر سرطان‌ها، ۵۰٪ بیماری‌های قلبی عروقی، ۷۵٪ بیماری‌های تنفسی و ۱۲٪ کل مرگ‌ها و ۳۰٪ مرگ‌های بین ۵۰-۳۰ سالگی است [۲]. در حال حاضر سالیانه ۴ میلیون مورد مرگ به علت مصرف سیگار در دنیا گزارش می‌شود این در حالی است که تا ۲۰ سال آینده این رقم به ۱۰ میلیون مورد خواهد رسید که ۷ میلیون این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد [۳]. به این ترتیب به نظر می‌رسد که اپیدمی مصرف سیگار و بیماری‌ها و مرگ و میر وابسته به آن در حال جابه‌جایی به سمت کشورهای در حال توسعه می‌باشد. بنابراین با توجه به جمعیت جوان کشور ما، اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات به ویژه با نگرش به پیشگیری از شروع مصرف آن در جوانان اهمیت ویژه‌ای دارد [۴].

مصرف منظم سیگار که در آغاز نوجوانی شروع می‌شود، یک شانس ۵۰ درصدی برای مرگ زودرس در اثر بیماری‌های وابسته به سیگار را به وجود می‌آورد. سیگاری‌هایی که در جوانی ترک می‌کنند، از همه این خطرات دور می‌شوند. هرچه کودکان سیگار کشیدن را زودتر آغاز کنند، احتمال بیشتری دارد که به سیگار کشیدن در تمام طول زندگی ادامه دهند، سیگاری قهار شوند و بر اثر بیماری‌های وابسته به سیگار بمیرند. همچنین به طور متوسط در سن پایین‌تری به حملات قلبی یا سرطان ریه مبتلا گردند [۵]. در مقایسه با کودکان غیرسیگاری، کودکانی که حتی چند سیگار در هفته می‌کشند، از سرفه‌ها و سرماخوردگی بیشتری رنج می‌برند، عفونت‌های گوش مکرر دارند، بیشتر مدرسه را به علت بیماری از دست می‌دهند، بستری بیشتری در بیمارستان دارند و ۶ برابر بیشتر شانس خونریزی ساب آراکنوییید مغزی دارند. همچنین کودکانی که سیگار می‌کشند از نظر ورزشی افت می‌کنند. در دو سرعت و در دو استقامت کندتر هستند که قسمتی از این اثرات به علت عملکرد ریه است. در همه افراد، کارآیی ریه‌ها با سن کاهش می‌یابد. اما ریه‌های کودکانی که سیگار می‌کشند بسیار سریع‌تر از افراد غیرسیگاری پیر می‌شوند. برای مثال، یک فرد ۱۶ ساله که روزی ۲۰ نخ سیگار می‌کشد ریه‌هایی همانند یک فرد ۲۸ ساله غیرسیگاری دارد [۶].

به طور مشخص سیگار کمتری برای وابسته شدن یک کودک لازم است. برای بعضی، کمتر از ۵ سیگار، یا استفاده تفننی در ۴ هفته برای ایجاد نشانه‌های کلاسیک وابستگی به نیکوتین مانند هوس، خلق افسرده، تحریک‌پذیری، محرومیت، اضطراب، تمرکز دشوار و بی‌قراری کافی است.

اگر والدین سیگار بکشند، کودکان نیز معمولاً به همان صورت عمل می‌کنند. بدیهی است که برای کودکان به دست آوردن سیگار در یک خانواده سیگاری راحت‌تر است. آنها همچنین به بو و اثرات تحریک‌کننده دود عادت دارند که می‌توانند آنان را برای حداقل چند سال آینده وابسته کند. جدی نگرفتن این مسأله و یا فرهنگ پایین سبب می‌گردد که بعضی از والدین حتی از سنین خیلی پایین به کودکان خود سیگار برای کشیدن بدهند [۷].

به طور طبیعی، کودکان مایلند که از والدین و برادران یا خواهران بزرگتر خود تقلید کنند. سیگار کشیدن برادران و خواهران حتی تأثیر بیشتری نسبت به سیگار کشیدن والدین دارد. همچنین عدم تأیید والدین (حتی والدین سیگاری) اغلب نشان داده است که سیگار کشیدن را در کودکانشان تضعیف می‌کند. ضمناً افراد سیگاری که ترک کرده‌اند تأثیر زیادی در تشویق کودکانشان به ترک سیگار داشته‌اند.

از طرف دیگر داشتن یک محیط مناسب خانوادگی و رابطه خوب پدر و مادر (در مقایسه با جدایی والدین و زندگی کردن نوجوان با سایرین)، می‌تواند نقش مهمی در جلوگیری از گرایش فرزندان به مصرف سیگار داشته باشد. همچنین مطالعات مختلف نشان داده است که نوجوانان سیگارکشیدن را به عنوان راهی برای غلبه بر فشارها، افزایش اعتماد به نفس و خودباوری استفاده نموده‌اند[۸].

در این مطالعه به بررسی تأثیر عوامل مهم زندگی خانوادگی در مصرف سیگار دانش‌آموزان در شهر تهران پرداخته‌ایم که در ذیل به توضیح چگونگی انجام این مطالعه می‌پردازیم.

روش کار

بعد از مراجعه به قسمت‌های ذیربط اداره آموزش و پرورش تهران و اخذ موافقت‌های مربوطه و تأیید پرسشنامه مطالعه به وسیله

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]
www.SID.ir

Archive of SID

واحد کارشناسی تحقیقات، از فهرست مناطق مختلف آموزش و پرورش با استفاده از نرم‌افزار EPI-Info و اعداد تصادفی، پنج منطقه (۱، ۲، ۴، ۱۴ و ۱۹) جهت انجام پایلوت و همچنین تکمیل این پژوهش انتخاب شدند. در بررسی مقدماتی با پرسشگری از ۱۲۹ دانش‌آموز که از ۵ مدرسه این مناطق انتخاب شده بودند، مشاهده گردید که ۱۱ دانش‌آموز سیگاری بودند (P=٪۸/۵). لذا با استفاده از فرمول $n=[Z_{1-\alpha/2}P(1-P)]/(d^2)$ و $Z_{1-\alpha/2}=1.96$ و (α=۰/۰۵) و d=٪۲ حجم نمونه ۸۴۷ به دست آمد. سپس با انتخاب ۴ مدرسه دیگر از هر یک از مناطق ذکر شده (در مجموع ۲۵ مدرسه) و یک کلاس به طور تصادفی از هر مدرسه انتخاب گردید. با اخذ مجوزهای لازم از مناطق و مدارس، پرسشگری از دانش‌آموزان توسط همکار پزشک این مطالعه به صورت پرکردن پرسشنامه‌های مربوطه در یک محیط آرام و بدون حضور اولیای مدارس انجام پذیرفت. مجموع دانش‌آموزانی که پرسشگری شدند ۱۰۹۵ نفر بود.

بعد از آن فرم‌های اطلاعاتی مربوطه به صورت یک بانک اطلاعاتی در نرم‌افزار SPSS-11 ذخیره گردید و با استفاده از SPSS-11 و 8.0 STATA و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در توصیف اطلاعات این مطالعه، فراوانی خام و فراوانی نسبی و فاصله اطمینان ۹۵٪ مربوطه ارایه گردید. در تحلیل تک متغیره، ارتباط متغیرهای مورد بررسی و برای مصرف سیگار (گهگاهی و یا روزانه) از آزمون کای دو (X^2) استفاده شد. سپس برای یافتن مؤثرترین عوامل تأثیرگذارنده (پس از در نظر گرفتن عوامل مخدوش کننده) رگرسیون چند متغیره لجستیک و روش گام به گام (Stepwise) استفاده گردید.

نتایج

در این قسمت به بررسی شیوع و همچنین عوامل مؤثر بر مصرف سیگار گهگاهی و مصرف روزانه سیگار دانش‌آموزان پرداخته می‌شود. در این مطالعه از ۱۰۹۵ دانش‌آموز شامل ۷۱۲ پسر (٪۶۵/۱) و ۳۸۱ دختر (٪۳۴/۹) پرسشگری به عمل آمد. نتیجه این بررسی (جدول ۱) نشان می‌دهد که ٪۲۸/۹ (فاصله اطمینان ۹۵٪، ٪۳۱/۷-٪۲۶/۲) دانش‌آموزان به صورت گهگاهی سیگار مصرف می‌کردند. این شیوع به تفکیک جنس در پسران ٪۳۰/۸ (٪۳۴/۳-٪۲۷/۴) و در دختران ٪۲۵/۵ (٪۳۰/۱-٪۲۱/۱) بود، که اختلاف معنی‌داری با هم ندارند (P=۰/۰۷).

همچنین جدول ۲ نشان می‌دهد که ٪۴/۵ دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران (٪۵/۹-٪۳/۳) به صورت روزانه سیگار مصرف می‌کردند. این شیوع به تفکیک جنس در پسران ٪۶/۱ (٪۸/۱-٪۴/۴) و در دختران ٪۱/۶ (٪۳/۴-٪۰/۶) بود. آزمون کای‌دو نشان می‌دهد اختلاف شیوع مصرف سیگار روزانه در پسران و دختران معنی‌دار است (P=۰/۰۰۱). بررسی ارتباط استعمال دخانیات اعضای خانواده با مصرف سیگار گهگاهی دانش‌آموزان نشان می‌دهد که ٪۲۳/۶ دانش‌آموزانی که هیچ یک از پدر یا مادر آنها سیگار مصرف نمی‌کردند، گهگاه سیگار مصرف می‌کردند. در حالی که ٪۵۳/۴ دانش‌آموزانی که درخانواده آنها بیش از یک نفر سیگار مصرف می‌کرد و ٪۵۰ دانش‌آموزانی که برادر یا خواهر سیگاری داشتند به طور گهگاهی سیگار می‌کشیدند (جدول ۳، P<۰/۰۰۱). ضمناً در بررسی تأثیر استعمال دخانیات اعضای خانواده بر مصرف سیگار روزانه دانش‌آموزان همان طور که جدول ۴ نیز نشان می‌دهد، مشاهده گردید که ٪۲/۶ دانش‌آموزان دارای والدین غیرسیگاری به طور روزانه سیگار مصرف می‌کردند در حالی که ٪۱۴/۳ دانش‌آموزانی که بیش از یک نفر از اعضای خانواده آنها سیگار می‌کشید و ٪۱۸/۴ از دانش‌آموزانی که برادر یا خواهر آنها سیگار می‌کشیدند به طور روزانه سیگار مصرف می‌کردند (P<۰/۰۰۱). این یافته حاکی از این است که وجود برادر یا خواهر سیگاری یا تعداد بیشتر افراد سیگاری در خانواده دانش‌آموزان، باعث گرایش بیشتر آنان به مصرف سیگار می‌گردد.

در مطالعه تأثیر ارتباط زندگی کردن دانش‌آموزان با هر دو والدین در مقایسه با یکی از والدین (فوت یا طلاق والدین) و مصرف سیگار گهگاهی، مشاهده شد که ٪۲۷/۳ دانش‌آموزانی که با پدر و مادر خویش زندگی می‌کردند به طور گهگاهی سیگار می‌کشیدند ولی ٪۵۲/۴ دانش‌آموزانی که به علت فوت و یا طلاق والدین با یکی از آنها زندگی می‌کردند،گرفتار مصرف سیگار بودند (P<۰/۰۰۰۱، جدول ۵). ٪۴/۳ از دانش‌آموزانی که با هر دو والدین خود زندگی می‌کردند و ٪۷/۸ دانش‌آموزانی که با یکی از

www.SID.ir
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

Archive of SID

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار روزانه در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران بر حسب جنس -۱۳۸۲

جنس	مصرف روزانه سیگار		جمع
	مصرف می‌کند	مصرف نمی‌کند	
پسر	۴۳ (۶/۱)	۶۶۷ (۹۳/۹)	۷۱۰ (۱۰۰)
دختر	۶ (۱/۶)	۳۷۹ (۹۸/۴)	۳۸۵ (۱۰۰)
جمع	۴۹ (۴/۵)	۱۰۴۶ (۹۵/۵)	۱۰۹۵ (۱۰۰)

* مقادیر داخل پرانتز نشانگر درصد شیوع است.

p=۰/۰۰۱, df=۱, X^2=۱۱/۸۱

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار گهگاهی دانش‌آموزان دبیرستانی شهرتهران برحسب جنس در سال۱۳۸۲

جنس	مصرف سیگار گهگاهی		جمع
	مصرف می‌کند	مصرف نمی‌کند	
پسر	۲۱۹ (۳۰/۸)	۴۹۳ (۶۹/۲)	۷۱۲
			٪ ۱۰۰
دختر	۹۷ (۲۵/۵)	۲۸۴ (۷۴/۵)	۳۸۱
			٪ ۱۰۰
جمع	۳۱۶ (۲۸/۹)	۷۷۷ (۷۱/۸)	۱۰۹۳
			٪ ۱۰۰

* اعداد داخل پرانتز نشانگر درصد شیوع است

P=۰/۰۷ , df=۱ , X^2=۳/۳۹

والدین خود زندگی می‌کنند به طور روزانه سیگار می‌کشیدند (P=۰/۲).

۳۶/۸٪ دانش‌آموزانی که خانواده‌های کم درآمد داشتند و ۲۷/۵٪ دانش‌آموزانی که خانوارهای با درآمد متوسط یا خوب داشتند (P=۰/۰۲) به طور گهگاهی سیگار مصرف می‌کردند. به طور مشابه مصرف سیگار روزانه در خانواده‌های کم‌درآمد به طور معنی‌داری (P=۰/۰۴) از دانش‌آموزان با خانواده‌های با درآمد متوسط یا خوب (۷/۸٪ و ۳/۹٪ به ترتیب) بیشتر بود.

بحث

شیوع گهگاهی مصرف سیگار در مطالعه GYTS در سال ۱۹۹۹ در جوانان ۱۳ کشور دنیا بین ۳۳-۱۰٪ بود که در کشورهای غربی این شیوع بیشتر بوده است [۹]. شیوع مصرف سیگار ۲۸/۹٪ در مطالعه ما، در حد متوسط به بالای این کشورها می‌باشد. در مطالعه حاضر شیوع استعمال دخانیات در زنان به وضوح کمتر از مردان است. این نتیجه مشابه مطالعات کشورهای حوزه مدیترانه است. به طوری که در کشور مصر کمتر از ۵٪ زنان در مقایسه با ۲۰٪ مردان و در کشورهای اروپایی حوزه مدیترانه کمتر از ۲۰٪ زنان در مقایسه با ۶۰٪ مردان مصرف دخانیات داشته‌اند[۱۰، ۱۱]. در مطالعه‌ای در تهران که در بین دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی انجام گرفت، شیوع استعمال گهگاهی دخانیات در پسرها ۳۵٪ و در دخترها ۲۶/۹٪ بوده است[۱۲].

در مطالعه دیگری که در سال تحصیلی

www.SID.ir

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

Archive of SID

جدول ۳- توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار گهگاهی دانش‌آموزان دبیرستانی برحسب مصرف سیگار اعضای خانواده-۱۳۸۲

مصرف سیگار اعضای خانواده	مصرف سیگار گهگاهی		جمع
	مصرف می‌کند	مصرف نمی‌کند	
هیچ کدام	۱۶۵ (۲۳/۶)	۵۳۴ (۷۶/۴)	۶۹۹ (۱۰۰)
پدر	۸۳ (۳۱/۸)	۱۷۸ (۶۸/۲)	۲۶۱ (۱۰۰)
مادر	۱۰ (۴۵/۴)	۱۲ (۵۴/۶)	۲۲ (۱۰۰)
برادر یا خواهر	۱۹ (۵۰)	۱۹ (۵۰)	۳۸ (۱۰۰)
بیش از یک‌نفر	۳۹ (۵۳/۴)	۳۴ (۴۶/۶)	۷۳ (۱۰۰)
جمع	۳۱۶ (۲۸/۹)	۷۷۷ (۷۱/۱)	۱۰۹۳ (۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز نشانگر درصد شیوع است

$P<0/0001$, $df=4$, $X^2=43/13$

جدول ۴- توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار روزانه دانش‌آموزان دبیرستانی برحسب مصرف سیگار اعضای خانواده-۱۳۸۲

مصرف سیگار اعضای خانواده	مصرف سیگار روزانه		جمع
	مصرف می‌کند	مصرف نمی‌کند	
هیچ کدام	۱۸ (۲/۶)	۶۸۴ (۹۷/۴)	۷۰۲ (۱۰۰)
پدر	۱۳ (۴/۵)	۲۴۸ (۹۵)	۲۶۱ (۱۰۰)
مادر	۱ (۴/۲)	۲۳ (۹۵/۸)	۲۴ (۱۰۰)
برادر یا خواهر	۷ (۱۸/۴)	۳۱ (۸۱/۶)	۳۸ (۱۰۰)
بیش از یک‌نفر	۱۰ (۱۴/۳)	۶۰ (۸۵/۷)	۷۰ (۱۰۰)
جمع	۴۹ (۴/۵)	۱/۰۴۶ (۹۵/۵)	۱۰۹۵ (۱۰۰)

*اعداد داخل پرانتز نشانگر درصد شیوع است

آزمون تعمیم یافته دقیق فیشر $P<0/0001$

۶۸-۱۳۶۷ در شهر اصفهان بر روی دانش‌آموزان پسر پیش‌دانشگاهی انجام گرفت، ۲۲/۵٪ دانش‌آموزان مورد بررسی سیگاری بودند و اولین سیگار را در سنین ۱۳-۱۰ سالگی تجربه نمودند [۲]. اما در طرح ملی سلامت و بیماری در ایران از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۸ شیوع استعمال سیگار کاهش داشته است [۳].

مصرف سیگار گهگاهی در ۲۸/۹٪ دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران بایستی جدی تلقی شود. زیرا درصد قابل توجهی از آنان به افراد سیگاری تبدیل می‌شوند. این شیوع متأسفانه در حد کشورهای دیگر دنیا است [۹] در حالی که ما در آموزش و مداخلات بازداری از خیلی از کشورها دارای امکانات کمتری هستیم. همچنین وجود افراد سیگاری روزانه در این رده سنی نگران کننده است؛ هرچند ممکن است این شیوع از برخی آمارهای مشابه بین‌المللی کمتر باشد، اما بایستی مبدأ مداخلات آموزشی ویژه‌ای باشد تا از افزایش آن جلوگیری به عمل آید. نسبت دانش‌آموزان سیگاری گهگاهی براساس جنس در دختران ۲۵/۴٪ و در پسران ۳۰/۷٪ می‌باشد. این تفاوت که از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد ($P=0/07$). این یافته نشان‌دهنده این امر است که دختران و پسران دانش‌آموز به یک اندازه در معرض

www.SID.ir

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

Archive of SID

جدول ۵- توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار گهگاهی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران برحسب زندگی با اعضای خانواده-۱۳۸۲

زندگی با اعضای خانواده	مصرف سیگار گهگاهی		جمع
	مصرف می‌کند	مصرف نمی‌کند	
زندگی با پدر و مادر	(۲۷/۳) ۲۷۹	(۷۲/۷) ۷۴۳	(۱۰۰) ۱۰۲۲
زندگی با یکی از والدین	(۵۲/٤) ۳۳	(٤۷/٦) ۳۰	(۱۰۰) ٦۳
جمع	(۲۸/۸) ۳۱۲	(۷۱/۲) ۷۷۳	(۱۰۰) ۱۰۸۵

*اعداد داخل پرانتز نشانگر درصد شیوع است

p<۰/۰۰۰۱, df=۱, X۲=۱۸/۲۲

جدول ٦- نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک چندمتغیره عوامل مؤثر بر مصرف سیگار گهگاهی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران-۱۳۸۲

عوامل مؤثر	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪	
مصرف سیگار پدر	۱/۵۷	۱/۱۵-۲/۱٦	۰/۰۰۵
مصرف سیگار مادر	۲/٤٦	۱/۰۳-۵/۸۸	۰/۰٤۳
مصرف سیگار برادر و خواهر	۲/۹٦	۱/۵۱-۵/۷۹	۰/۰۰۲
مصرف سیگار بیش از یک نفر از خانواده	۳/٦٦	۲/۲۱-٦/۰٤	<۰/۰۰۰۱
زندگی با یکی از والدین یا سایرین	۲/۵	۱/٤٦-٤/۲۷	۰/۰۰۱

خطر شروع به استعمال دخانیات می‌باشند. ۶/۱٪ دانش‌آموزان پسر و ۱/۶٪ دانش‌آموزان دختر به طور روزانه سیگار مصرف می‌کنند (P=۰/۰۰۱). بدین مفهوم که تداوم مصرف سیگار (وابستگی به مصرف سیگار) در این رده سنی در پسران بیشتر می‌باشد.

زندگی در کانون خانواده و بودن با پدر و مادر یکی از عوامل مهم در پیشگیری از شروع به مصرف سیگار دانش‌آموزان می‌باشد؛ به طوری که ۲۷/۳٪ دانش‌آموزانی که با والدین زندگی می‌کنند سیگاری هستند، این در حالی است که این شیوع در دانش‌آموزانی که با والدین خود زندگی نمی‌کنند ۵۲/۴٪ است. این تفاوت که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد(P=۰/۰۰۰۱) نشان می‌دهد که وجود محیط صمیمانه در خانواده یک عامل بازدارنده و محافظت کننده مهم در برابر خطر شروع استعمال دخانیات در نوجوانان است. همچنین سابقه مصرف سیگار در اعضای خانواده یک عامل مهم در گرایش به مصرف سیگار دانش‌آموزان می‌باشد به طوری که ۵۲/۴٪ دانش‌آموزانی که پدر و مادر سیگاری دارند، سیگاری هستند درحالی که ۲۷/۴٪ دانش‌آموزانی که پدر و مادرشان سیگار نمی‌کشند مصرف سیگار را تجربه کرده‌اند (P<۰/۰۰۰۱). بدین ترتیب مشخص می‌شود که گرایش به مصرف سیگار و ادامه آن به علت تقلید در نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد.

در این مطالعه مشاهده شده که سطح تحصیلات پدر و همچنین سطح تحصیلات مادر تأثیر معنی‌داری بر گرایش به مصرف گهگاهی سیگار و همچنین مصرف روزانه دانش‌آموزان ندارد.

برای شناخت مؤثرترین عوامل بر مصرف سیگار گهگاهی و روزانه دانش‌آموزان مبادرت به انجام رگرسیون چند متغیره لجستیک نموده و با روش گام به گام متغیرهای مؤثرتر را شناسایی کردیم. در بررسی هم‌زمان سه متغیر تأثیرگذار محیط خانوادگی، وجود اعضای سیگاری در خانواده (همانطور که

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

www.SID.ir

Archive of SID

جدول ۷- نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک چندمتغیره عوامل مؤثر بر مصرف سیگار روزانه دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران-۱۳۸۲

عوامل مؤثر	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪	
مصرف سیگار پدر	۱/۹۹	۰/۹۶-٤/۱۳	۰/۰٦٤
مصرف سیگار مادر	۱/٦٥	۰/۲۱-۱۲/۹	۰/٦۳۲
مصرف سیگار برادر و خواهر	۸/۵۸	۳/۳٤-۲۲/۰٦	<۰/۰۰۰۱
مصرف سیگار بیش از یک نفر در خانواده	٦/۳۳	۲/۸۰-۱٤/۳۳	<۰/۰۰۰۱

جدول ۶ نشان می‌دهد) و درآمد خانوار، ملاحظه گردید که پس از حذف عوامل مخدوش کننده، مؤثرترین عامل مصرف سیگار گهگاهی وجود بیش از یک نفر فرد سیگاری در خانواده با نسبت شانس۳/۶۶OR و بعد از آن وجود برادر یا خواهر سیگاری با نسبت شانس ۲/۹۶ و همچنین وجود یک فضای خانواده ناامن (فوت یا طلاق والدین) با نسبت شانس ۲/۵ در مقایسه با دانش‌آموزانی که فرد سیگاری در خانواده ندارند یا با پدر و مادر خود زندگی می‌کنند، می‌باشند. در تحلیل تأثیر عوامل مختلف بر مصرف روزانه سیگار دانش‌آموزان، مشاهده گردید (جدول ۷) که مصرف سیگار اعضای خانواده بیشترین تأثیر را دارا می‌باشد به این ترتیب که نسبت شانس دانش‌آموزانی که برادر یا خواهر سیگاری دارند ۸/۵۸ و نسبت شانس دانش‌آموزانی که بیش از یک فرد در خانواده‌شان سیگار می‌کشد، ۶/۳۳ می‌باشد. بنابراین به طور کلی در گرایش به مصرف سیگار و سیگاری ماندن دانش‌آموزان، مصرف سیگار اعضای خانواده و وجود یک فضای ناامن خانوادگی مهمترین عوامل می‌باشند. لذا در کنار همه مداخله‌های آموزشی که ممکن است برای دانش‌آموزان طراحی و اجرا گردد، تلاش عمومی در شناساندن خانواده‌ها به تأثیر بسیار نامطلوب مصرف سیگارشان بر مصرف سیگار فرزندان و همچنین تأثیر روابط خانوادگی بر مصرف سیگار دانش‌آموزان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

www.SID.ir

Archive of SID

مراجع

۱. ضیایی پ، حاتمی‌زاده ن، وامقی دولت آبادی ش، بررسی میزان مصرف سیگار و سن شروع اولین سیگار در دانش‌آموزان سال آخر دبیرستانهای شهر تهران در سال تحصیلی ۷۷-۱۳۷۶. مجله حکیم ۱۳۸؛ شماره ۲: ۸۴-۷۸.

۲. یزدانی ع، بررسی میزان تأثیر عوامل مؤثر در اعتیاد به سیگار دانش‌آموزان پسر سال سوم دبیرستانهای شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۶۸.

۳. محمد ک، نوربالا ا، مجدزاده س‌ر، کریملو م. روند تغییرات شیوع استعمال دخانیات در ایران (۱۳۷۸-۱۳۷۰) بر اساس دو طرح ملی سلامت و بیماری. مجله حکیم ۱۳۷۹؛ شماره ۱۹۷:٤-۲۹۰.

4. *Center for Disease Control and Prevention: Tobacco use United States, 1900-1999. MMWR. 1999;48:986-93.*
5. *Bartecchi CE, Mackenzie TD. The human costs of tobacco use (first of two parts). N Engl J Med 1994; 330:907-13.*
6. *Smoking – Related Deaths and Financial Costs: Estimates for 1990. Rev. ed. Washington. DC. Office of Technology Assessment; 1993.*
7. *Murray CGL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disease by cause, 1990-2020: global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1498-504.*
8. *US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people; a report of the Surgeon General Atlanta GA, US Department of Health and Human Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health; 1994.*
9. *Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from Tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. Lancet 1992; 339: 1268-78.*
10. *Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. Br Med J 1994; 309: 937-9.*
11. *World Health Organization. Tobacco or health, a global status report 1997. Geneva: World Health Organization.*
12. *Charles W W. Leanne R. Samira A, et al. Tobacco use by youth: A surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. Bull World Health Org 2000; 78(7):867-80.*
13. *Fakhfakh R, Hsairi M, Maalej M, et al. Tobacco use in Tunisia: Behavior and awareness. Bulletin World Health Org 2002;80:350-6.*
14. *Tessier JF, Nejjari C, Bennani-Othmani M. Smoking in Mediterranean countries: Europe, North Africa and the Middle East: results from a co-operative study. Int J Tube Lung Dis 1999; 3: 927-37.*

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-08]

www.SID.ir