

● مقالات تحقیقی

تأثیر خانواده در گرایش به مصرف سیگار دانشآموزان دبیرستانی شهر

تهران، سال ۱۳۸۲

چکیده

صرف 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 (۵/۲۵٪ پسران و ۸/۳۰٪ دختران) به صورت کهگاهی سیگار مصرف می‌کردند ($P=0/07$) و ۴/۴٪ دانشآموزان (۶/۱٪ دختران و ۱/۶٪ پسران) به صورت روزانه سیگار می‌کشیدند ($P=0/001$).

۲۳/۶٪ دانشآموزانی که هیچ یک از افراد خانواده آنها سیگار نمی‌کشیدند، به طور کهگاهی سیگار می‌کشیدند در حالی که ۵۳/۴٪ دانشآموزانی که بیش از یک نفر از اعضای خانواده آنها سیگاری بودند مصرف سیگار کهگاهی داشتند ($P=0/0001$). این شیوع برای مصرف سیگار روزانه دانشآموزان به ترتیب ۲/۶٪ و ۱۴/۳٪ بود ($P<0/0001$).

۲۷/۳٪ دانشآموزان که با هر دو والد خود زندگی می‌کردند به صورت کهگاهی مصرف سیگار داشتند در حالی که این میزان در دانشآموزانی که با یکی از والدین خود زندگی می‌کردند، ۵۲/۴٪ می‌باشد ($P<0/0001$).

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



دکتر غلامرضا حیدری*

دکتر هونمن 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 شهیدبهمن، دارآباد

بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، تلفن:

۰۲۲۹۱۲۰۳ - ۰۲۸۰۳۵۵۰

پست الکترونیک: info@nritld.ac.ir



حتی از سنین خیلی پایین به کودکان خود سیگار برای کشیدن بدھند [۷].

به طور طبیعی، کودکان مایلند که از والدین و برادران یا خواهران بزرگتر خود تقیل 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 می کند. ضمناً افراد سیگاری که ترک کرده اند تأثیر زیادی در تشویق کودکانشان به ترک سیگار داشته اند.

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)، می تواند نقش مهمی در جلوگیری از گرایش فرزندان به مصرف سیگار داشته باشد. همچنین مطالعات مختلف نشان داده است که نوجوانان سیگار کشیدن را به عنوان راهی برای غلبه بر فشارها، افزایش اعتماد به نفس و خودباوری استفاده نموده اند [۸].

در این مطالعه به بررسی تأثیر عوامل مهم زندگی خانوادگی در مصرف سیگار دانش آموزان در شهر تهران پرداخته ایم که در ذیل به توضیح چگونگی انجام این مطالعه می پردازیم.

روش کار

بعد از مراجعه به قسمت های ذیر بسط اداره آموزش و پرورش تهران و اخذ موافقت های مریبوطه و تأیید پرسشنامه مطالعه به وسیله

کودکانی که حتی چند سیگار در هفته می کشند، از سرفه ها و سرماخوردگی بیشتری رنج می برند، عفونت های گوش مکرر دارند، بیشتر مدرسه را به علت بیماری از دست می دهنند، بستری بیشتری در بیمارستان دارند و ۶ برابر بیشتر شانس خونریزی ساب آراکنویید مغزی دارند. همچنین کودکانی که سیگار می کشند از نظر ورزشی افت می کنند. در دو سرعت و در دو استقامت کنترل هستند که قسمتی از این اثرات به علت عملکرد ریه است. در همه افراد، کارآیی ریه ها با سن کاهش می باید. اما ریه های کودکانی که سیگار می کشند بسیار سریع تر از افراد غیرسیگاری پیر می شوند. برای مثال، یک فرد ۱۶ ساله که روزی ۲۰ نخ سیگار می کشد ریه هایی 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 تفتی در ۴ هفته برای ایجاد نشانه های کلاسیک وابستگی به نیکوتین مانند هوس، خلق افسرده، تحریک پذیری، محرومیت، اضطراب، تمرکز دشوار و بی قراری کافی است. اگر والدین سیگار بکشند، کودکان نیز عموماً به همان صورت عمل می کنند. بدیهی است که برای کودکان به دست آوردن سیگار در یک خانواده سیگاری راحت تر است. آنها همچنین به بو و اثرات تحریک کننده دود عادت دارند که می توانند آنان را برای حداقل چند سال آینده وابسته کنند. جدی نگرفتن این مسئله و یا فرهنگ پایین سبب می گردد که بعضی از والدین

مقدمه

از مصرف سیگار به عنوان اولین علت مرگ و میر قابل پیشگیری در دنیا نام برده می شود [۱]. سیگار باعث بروز ۹۰٪ سلطان های ریه، ۴۰٪ دیگر سلطان ها، ۵۰٪ بیماری های قلبی عروقی، ۷۵٪ بیماری های تنفسی و ۱۲٪ کل مرگ ها و ۳۰٪ مرگ های بین ۳۰-۵۰ سالگی است [۲]. در حال حاضر سالیانه ۴ میلیون مورد مرگ به علت مصرف سیگار در دنیا گزارش می شود این در حالی است که تا ۲۰ سال آینده این رقم به ۱۰ میلیون مورد خواهد رسید که ۷ میلیون این مرگ ها در کشورهای در حال توسعه رخد خواهد داد [۳]. به این ترتیب به نظر می رسد که اپیدمی مصرف سیگار و بیماری ها و مرگ و میر وابسته به آن در حال جابه جایی به سمت کشورهای در حال توسعه می باشد. بنابراین با توجه به جمعیت جوان کشور ما، اجرای برنامه های کنترل دخانیات به ویژه با نگرش به پیشگیری از شروع مصرف آن در جوانان اهمیت ویژه ای دارد [۴].

صرف منظم سیگار که در آغاز نوجوانی شروع می شود، یک شانس ۵۰ درصدی برای مرگ زودرس در اثر بیماری های وابسته به سیگار را به وجود می آورد. سیگاری هایی که در جوانی ترک می کنند، از همه این خطرات دور می شوند. 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 بیماری های وابسته به سیگار بمیرند. همچنین به طور متوسط در سن پایین تری به حملات قلبی یا سرطان ریه مبتلا گردند [۵]. در مقایسه با کودکان غیرسیگاری،

سیگار مصرف می کردند. در حالی که $53/4\%$ دانشآموزانی که درخانواده آنها بیش از یک نفر سیگار مصرف می کرد و 50% دانشآموزانی که برادر یا خواهر سیگاری داشتند به طور گهگاهی سیگار می کشیدند (جدول ۳، $P<0.001$). ضمناً در بررسی تأثیر استعمال دخانیات اعصابی خانواده بر مصرف سیگار روزانه دانشآموزان همان طور که جدول ۴ نیز نشان می دهد، مشاهده گردید که $21/6\%$ دانشآموزان دارای والدین غیرسیگاری به طور روزانه سیگار مصرف می کردند در حالی که $14/3\%$ دانشآموزانی که بیش از یک نفر از اعصابی خانواده آنها سیگار می کشید و $18/4\%$ از دانشآموزانی که برادر یا خواهر آنها سیگار می کشیدند به طور روزانه سیگار مصرف می کردند ($P<0.001$). 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 می گردد.

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 $27/3\%$ دانشآموزانی که با پدر و مادر خویش زندگی می کردند به طور گهگاهی سیگار می کشیدند ولی $52/4\%$ دانشآموزانی که به علت فوت و یا طلاق والدین با یکی از آنها زندگی می کردند، گرفتار مصرف سیگار بودند ($P<0.001$ ، جدول ۵). $4/3\%$ از دانشآموزانی که با هر دو والدین خود زندگی می کردند و $7/8\%$ دانشآموزانی که با یکی 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 شیوه و همچنین عوامل مؤثر بر مصرف سیگار گهگاهی و مصرف روزانه سیگار دانشآموزان پرداخته می شود. در این مطالعه از 1095 دانشآموز شامل 712 پسر ($65/1$) و 381 دختر ($34/9$) پرسشگری به عمل آمد. نتیجه این بررسی (جدول ۱) نشان می دهد که $28/9\%$ (فاصله اطمینان $95/95\%$ ، $31/7\%$ - $30/2\%$) دانشآموزان به صورت گهگاهی سیگار مصرف می کردند. این شیوه به تفکیک جنس در پسران ($30/8\%$) و در دختران ($25/5\%$) و در دختران ($27/4\%$) بود، که اختلاف معنی داری با هم ندارند ($P=0.07$).

همچنین جدول ۲ نشان می دهد که $4/5\%$ دانشآموزان دبیرستانی شهر تهران ($5/9\%-3/3\%$) به صورت روزانه سیگار مصرف می کردند. این شیوه به تفکیک جنس در پسران ($6/1\%$) و در دختران ($1/6\%$) ($3/4\%-3/6\%$) بود. آزمون کای دو نشان می دهد اختلاف شیوه مصرف سیگار روزانه در پسران و دختران معنی دار است ($P=0.001$). بررسی ارتباط استعمال دخانیات اعصابی خانواده با مصرف سیگار گهگاهی دانشآموزان نشان می دهد که $23/6\%$ دانشآموزانی که هیچ یک از پدر یا مادر آنها سیگار مصرف نمی کردند، گهگاه

واحد کارشناسی تحقیقات، از فهرست مناطق مختلف آموزش و پرورش با استفاده از نرم افزار EPI-Info و اعداد تصادفی، پنج منطقه (1 ، 2 ، 4 و 19) جهت انجام پایلوت و همچنین تکمیل این پژوهش انتخاب شدند. در بررسی مقدماتی با پرسشگری از 129 دانشآموز که از 5 مدرسه این مناطق انتخاب شده بودند، مشاهده گردید که 11 دانشآموز سیگاری بودند $n=[Z_1-\alpha/2]/(P)=8/5$. لذا با استفاده از فرمول $(\alpha=0.05)$ و $Z_{1-\alpha/2}=1.96$ و $d^2=(1-P)/d^2$ و $d=2/2$ حجم نمونه 847 به دست آمد.

سپس با انتخاب 4 مدرسه دیگر از هر یک از مناطق ذکر شده (در مجموع 25 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 پژوهش این مطالعه به صورت پرکردن پرسشنامه های مربوطه در یک محیط آرام و بدون حضور اولیای مدارس انجام پذیرفت. مجموع دانشآموزانی که پرسشگری شدند 1095 نفر بود.

بعد از آن فرم های اطلاعاتی مربوطه به صورت یک بانک اطلاعاتی در نرم افزار SPSS-11 ذخیره گردید و با استفاده از SPSS-11 و STATA معنی داری کمتر از 0.05 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در توصیف اطلاعات این مطالعه، فراوانی خام و فراوانی نسبی و فاصله اطمینان 95% 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



جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار روزانه در دانشآموزان دبیرستانی شهر تهران بر حسب جنس- ۱۳۸۲			
جمع	مصرف روزانه سیگار	مصرف می کند	جنس
(۱۰۰) ۷۱۰	(۹۳/۹) ۶۶۷	(۷۱) ۴۳	پسر
(۱۰۰) ۳۸۵	(۹۸/۴) ۳۷۹	(۱/۶) ۶	دختر
(۱۰۰) ۱۰۹۵	(۹۵/۵) ۱۰۴۶	(۴/۵) ۴۹	جمع

P=0.001, df=1, X²=11.81

* مقادیر داخل پرانتز نشانگر درصد شیوع است.

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار گهگاهی دانشآموزان دبیرستانی شهر تهران بر حسب جنس در سال ۱۳۸۲			
جمع	مصرف سیگار گهگاهی	مصرف می کند	جنس
۷۱۲	(۶۹/۲) ۴۹۳	(۳۰/۸) ۲۱۹	پسر
% ۱۰۰			
۳۸۱	(۷۴/۵) ۲۸۴	(۲۵/۵) ۹۷	دختر
% ۱۰۰			
۱۰۹۳	(۷۱/۸) ۷۷۷	(۲۸/۹) ۳۱۶	جمع
% ۱۰۰			

P=0.07, df=1, X²=3.39

* اعداد داخل پرانتز نشانگر درصد شیوع است

نتیجه مشابه مطالعات کشورهای حوزه مدیترانه است. به طوری که در کشور مصرف 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 [۱۱، ۱۰]. در مطالعه‌ای در تهران که در بین دانشآموزان پیش‌دانشگاهی انجام گرفت، شیوع استعمال گهگاهی دخانیات در پسرها ۳۵٪ و در دخترها ۲۶٪ بوده است [۱۲]. در مطالعه دیگری که در سال تحصیلی

بحث

شیوع گهگاهی مصرف سیگار در مطالعه GYTS در سال ۱۹۹۹ در جوانان ۱۳ کشور دنیا بین ۱۰-۳۳٪ 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

والدین خود زندگی می‌کنند به طور روزانه سیگار می‌کشیدند (P=0.02).

۳۶/۸٪ دانشآموزانی که خانواده‌های کم درآمد داشتند و ۲۷/۵٪ دانشآموزانی که خانواده‌ای با درآمد متوسط یا خوب داشتند (P=0.02) به طور گهگاهی سیگار مصرف می‌کردند. به طور مشابه مصرف سیگار روزانه در خانواده‌های کم درآمد به طور معنی‌داری (P=0.04) از دانشآموزان با خانواده‌های با درآمد متوسط یا خوب (۷/۸٪ و ۳/۹٪ به ترتیب) بیشتر بود.



جدول ۳- توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار گهگاهی دانش آموزان دبیرستانی بر حسب مصرف سیگار اعضای خانواده ۱۳۸۲-

صرف سیگار گهگاهی		صرف سیگار اعضای خانواده	
جمع	صرف نمی کند	صرف می کند	
(۱۰۰) ۶۹۹	(۷۶/۴) ۵۳۴	(۲۳/۶) ۱۶۵	هیچ کدام
(۱۰۰) ۲۶۱	(۶۸/۲) ۱۷۸	(۳۱/۸) ۸۳	پدر
(۱۰۰) ۲۲	(۵۴/۶) ۱۲	(۴۵/۴) ۱۰	مادر
(۱۰۰) ۳۸	(۵۰) ۱۹	(۵۰) ۱۹	برادر یا خواهر
(۱۰۰) ۷۳	(۴۷/۶) ۳۴	(۵۳/۴) ۳۹	بیش از یکنفر
(۱۰۰) ۱۰۹۳	(۷۱/۱) ۷۷۷	(۲۸/۹) ۳۱۶	جمع

P<0.0001, df=4, X²=43/13

* اعداد داخل پرانتز نشانگر درصد شیوع است

جدول ۴- توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار روزانه دانش آموزان دبیرستانی بر حسب مصرف سیگار اعضای خانواده ۱۳۸۲-

صرف سیگار روزانه		صرف سیگار اعضای خانواده	
جمع	صرف نمی کند	صرف می کند	
(۱۰۰) ۷۰۲	(۹۷/۴) ۶۸۴	(۲/۶) ۱۸	هیچ کدام
(۱۰۰) ۲۶۱	(۹۵) ۲۴۸	(۴/۵) ۱۳	پدر
(۱۰۰) ۲۴	(۹۵/۸) ۲۳	(۴/۲) ۱	مادر
(۱۰۰) ۳۸	(۸۱/۶) ۳۱	(۱۸/۴) ۷	برادر یا خواهر
(۱۰۰) ۷۰	(۸۵/۷) ۶۰	(۱۴/۳) ۱۰	بیش از یکنفر
(۱۰۰) ۱۰۹۵	(۹۵/۵) ۱۰۴۶	(۴/۵) ۴۹	جمع

آزمون تعیین یافته دقیق فیشر P<0.0001

* اعداد داخل پرانتز نشانگر درصد شیوع است

آمارهای مشابه بین المللی کمتر باشد، اما باستی مبدأ مداخلات آموزشی ویژه‌ای باشد تا از افزایش آن جلوگیری به عمل آید. نسبت دانش آموزان سیگاری گهگاهی براساس جنس در دختران $25/4\%$ و در پسران $30/7\%$ می‌باشد. این تفاوت که از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد ($P=0/07$). این یافته نشان‌دهنده این امر است که دختران و پسران دانش آموز به یک اندازه در معرض

دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران باستی 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

در شهر اصفهان بر روی دانش آموزان پسر پیش‌دانشگاهی انجام گرفت، $22/5\%$ دانش آموزان مورد بررسی سیگاری بودند و اولین سیگار را در سنین ۱۰-۱۳ سالگی تجربه نمودند [۲]. اما در طرح ملی سلامت و بیماری در ایران از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۷۸ شیوع استعمال سیگار کاهش داشته است [۳]. مصرف سیگار گهگاهی در $28/9\%$



جدول ۵- توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار گهگاهی در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران بر حسب زندگی با اعضای خانواده ۱۳۸۲-

مجموع		صرف سیگار گهگاهی		زندگی با اعضای خانواده
	صرف نمی کند	صرف می کند		
(۱۰۰) ۱۰۲۲	(۷۲/۷) ۷۴۳	(۲۷/۳) ۲۷۹	زندگی با پدر و مادر	
(۱۰۰) ۶۳	(۴۷/۶) ۳۰	(۵۲/۴) ۳۳	زندگی با یکی از والدین	
(۱۰۰) ۱۰۸۵	(۷۱/۲) ۷۷۳	(۲۸/۸) ۳۱۲	جمع	

p<0.0001, df=1, X2=18/22

* اعداد داخل پرانتز نشانگر درصد شیوع است

جدول ۶- نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک چند متغیره عوامل مؤثر بر مصرف سیگار گهگاهی دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران ۱۳۸۲-

عوامل مؤثر	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵%	
صرف سیگار پدر	۱/۵۷	۱/۱۵-۲/۱۶	۰/۰۰۵
صرف سیگار مادر	۲/۴۶	۱/۰۳-۵/۸۸	۰/۰۴۳
صرف سیگار برادر و خواهر	۲/۹۶	۱/۵۱-۵/۷۹	۰/۰۰۲
صرف سیگار بیش از یک نفر از خانواده	۳/۶۶	۲/۲۱-۶/۰۴	<0.0001
زندگی با یکی از والدین یا سایرین	۲/۵	۱/۴۶-۴/۲۷	۰/۰۰۱

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 دانش آموزان ندارد.

برای شناخت مؤثراتین عوامل بر مصرف سیگار گهگاهی و روزانه دانش آموزان 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

آماری معنی‌دار می‌باشد ($P=0.0001$) 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 دانش آموزان می‌باشد به طوری که $52/4\%$ دانش آموزانی که پدر و مادر سیگاری دارند، سیگاری هستند در حالی که $27/4\%$ دانش آموزانی که پدر و مادرشان سیگار نمی‌کشند مصرف سیگار را تجربه کرده‌اند ($P<0.0001$). بدین ترتیب مشخص می‌شود که گرایش به مصرف سیگار و ادامه

خطر شروع به استعمال دخانیات می‌باشد.

۱/۶٪ دانش آموزان پسر و ۱/۶٪ دانش آموزان دختر به طور روزانه سیگار مصرف می‌کنند ($P=0.001$). 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 دانش آموزان می‌باشد؛ به طوری که $27/3\%$ دانش آموزانی که با والدین زندگی می‌کنند سیگاری هستند، که با والدین زندگی می‌کنند سیگاری هستند، این در حالی است که این شیوع در دانش آموزانی که با والدین خود زندگی نمی‌کنند $52/4\%$ است. این تفاوت که از نظر

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

عوامل مؤثر	صرف سیگار بیش از یک نفر در خانواده	صرف سیگار برادر و خواهر	صرف سیگار مادر	صرف سیگار پدر	نسبت شانس	فاصله اطمینان٪۹۵	
					۱/۹۹	۰/۹۶-۰/۱۳	۰/۰۶۴
					۱/۶۵	۰/۲۱-۰/۱۲/۹	۰/۶۳۲
					۸/۵۸	۳/۳۴-۲/۲۰/۶	<۰/۰۰۰۱
					۶/۳۳	۲/۸۰-۱/۴/۳۳	<۰/۰۰۰۱

فضای نالمن 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.

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

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 ۳/۶۶OR می‌گاری در خانواده با نسبت شانس ۲/۹۶ و بعد از آن وجود برادر یا خواهر سیگاری با نسبت شانس ۲/۹۶ و همچنین وجود یک فضای خانواده نالمن (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،



مراجع

١. ضیایی پ، حاتمیزاده ن، واقعی دولت آبادی شن، بررسی میزان مصرف سیگار و سن شروع اولین سیگار در دانشآموزان سال آخر دبیرستانهای شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۷۷-۷۸. مجله حکیم، ۲: شماره ۷۸-۸۴.
٢. یزدانی ع، بررسی میزان تأثیر عوامل مؤثر در اعتیاد به سیگار دانشآموزان پسر سال سوم دبیرستانهای شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۶۸.
٣. محمد ک، نورپالا ا، مجلزارده سر، کریملو م. روند تغییرات شیوع استعمال دخانیات در ایران (۱۳۷۸-۱۳۷۰) بر اساس دو طرح ملی سلامت و بیماری. مجله حکیم، ۱۳۷۹؛ شماره ۴: ۲۹۰-۲۹۷.
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 Tuber Lung Dis 1999; 3: 927-37.

