مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۹، شماره ۲، تابستان ۸۸، صفحات ۱۱۱ تا ۱۱۴

Original Article

بررسی مصرف دخانیات و ارتباط آن با درک عمومی دانش آموزان راهنمائی و دبیرستان از سلامت خود در شهرستان‌های پاکدشت و دماوند

محمد زارع [۱]، علی رمضانخانی [۲]، سیامک عالیخانی [۳]، علیرضا باهنر [۴]، شبنم رهبانی [۵]

[۱] استادیار، گروه اپیدمیولوژی، مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
[۲] دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
[۳] استادیار، دبیر شورای هماهنگی تحقیقات کاربردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
[۴] استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه تهران
[۵] مربی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر

چکیده

سابقه و هدف: *با توجه به حساس بودن سن نوجوانی و این واقعیت که مصرف دخانیات عمدتاً در سنین نوجوانی شکل می‌گیرد، مطالعه‌ای برای تعیین شیوع مصرف دخانیات و ارتباط آن با احساس سلامت عمومی در دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستان شهرستان‌های پاکدشت و دماوند انجام شد.*

روش بررسی: *در این مطالعه توصیفی- تحلیلی با استفاده از پرسشنامه استاندارد "بررسی رفتار سلامت کودکان در سنین مدرسه"، ۲۶۱۸ دانش آموز دوم راهنمایی و اول دبیرستان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. مصاحبه‌شوندگان علاوه بر پاسخگویی به سابقه مصرف دخانیات و وضعیت فعلی آن ،احساس خود را در مورد سلامتی خویش در یک طیف عالی تا بد بیان کردند.*

یافته‌ها: *سابقه مصرف دخانیات در ۲۶/۱ درصد پسران و ۲۱/۱ درصد دختران وجود داشت (p=۰/۰۰۳). سن اولین مصرف در پسران ۱۲/۳±۲/۶۹ سال و در دختران ۱۲/۷± ۲/۰۱ سال بود. ۱۳/۳ درصد دانش آموزان دوم راهنمائی و ۱۳/۷ درصد دبیرستانی ها در زمان تکمیل پرسشنامه دخانیات مصرف میکردند و مصرف روزانه در دو مقطع فوق به ترتیب ۳/۴ و ۲/۲ درصد بر آورد شد. دانش آموزانی که دخانیات مصرف نمی‌کردند، بطور معنی‌داری درمقایسه با گروه دیگر از نظر سلامتی وضعیت بهتری احساس می‌کردند (p=۰/۰۰۰۵).*

نتیجه‌گیری: *در این مطالعه، دانش‌آموزان دوره راهنمایی بیش از دوره متوسطه از مصرف دخانیات گزارش می‌دهند. با توجه به اینکه سن تجربه استعمال دخانیات عمدتا از مقطع راهنمایی است، آموزش‌های پیشگیری در این رابطه باید از این مقطع شروع گردد.*

واژگان کلیدی: *استعمال دخانیات، دانش آموزان، میزان شیوع، مقطعی.*

مقدمه

مصرف دخانیات بعنوان یک معضل بهداشتی در جهان بویژه در کشورهای در حال توسعه هر روز بیشتر می‌شود. این عادت بعنوان اولین علت قابل پیشگیری مرگ و میر بسیاری از بیماری‌ها در جهان مطرح می‌باشد (۱). بررسی جهانی سیگار در سال ۱۹۹۵ نشان داده است که ۲۹ درصد افراد بالای ۱۵ سال سیگاری هستند که چهار پنجم آن در کشورهای در حال توسعه بوده و سهم کشورهای آسیائی از همه بیشتر است (۲). در آمریکا، در ۱۴ سالگی ۵۶ درصد نوجوانان تجربه سیگار کشیدن را دارند و در پایان دبیرستان ۱۶درصد آنها مصرف کننده عادی سیگارهستند (۳). در طرح ملی سلامت و بیماری سال ۱۳۷۸ مشخص شد که سن شروع سیگار کشیدن در

آدرس نویسنده مسئول: تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات، دکتر محمد زارع (**email**: zare100@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۱/۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/٤/۳۰

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-29]

بیش از دو سوم موارد ،۲۴-۱۵ سالگی است (۴). تحقیق دیگری روی ۱۱۹۶۶ دانش آموز ۱۸-۱۱ ساله ۲۰ استان کشور، شیوع کلی سیگار کشیدن را در دانش آموزان راهنمایی ۱۰/۶ و در دبیرستان ۴۷/۴ درصد نشان داد. ۴۲/۲ درصد سیگاری‌ها، بطور روزانه سیگار می‌کشیدند و بقیه بصورت گهگاهی مصرف می‌کردند. میانگین سنی اولین تجربه سیگار در این پژوهش ۲/۵±۱۳/۲سال بود (۵). پژوهش دیگری در سال ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ روی ۱۱۹ دانش‌آموز دبیرستانی در تهران نشان داد که ۲۸/۲ درصد دانش‌آموزان (۲۵/۲ درصد دختران و ۳/۸ درصد پسران) بصورت گهگاهی و ۴/۳ درصد آنها (۱/۵ درصد دختران و ۶/۰۶ درصد پسران) بصورت روزانه سیگار می‌کشیدند. ۶۷/۷ درصد دانش‌آموزان سیگاری این مطالعه قبل از ۱۵ سالگی و ۸۸/۷ درصد آنها قبل از ۱۷ سالگی شروع به مصرف سیگار کرده بودند (۶). با توجه به ساختارجمعیتی جوان کشور ما و اهمیت سن شروع دخانیات که اغلب از سنین مدرسه می‌باشد، مطالعه حاضر در سال ۱۳۸۴ در دانش‌آموزان دوم راهنمایی و اول دبیرستان شهرستان‌های پاکدشت و دماوند استان تهران انجام شد.

مواد و روشها

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و به روش مقطعی بین ۲۶۱۸ دانش‌آموز کلاس‌های دوم راهنمایی و اول دبیرستان بر اساس توصیه طرح رفتار سلامت کودکان در سنین مدرسه در شهرستان‌های پاکدشت و دماوند انجام شد. پس از آزمون اولیه پرسش‌نامه و تایید روایی و پایایی آن، تعدادی از کارکنان بهداشت مدارس شبکه‌های بهداشت و درمان برای تکمیل پرسش‌نامه آموزش دیدند. روش نمونه‌گیری بصورت خوشه‌ای (۳۰ نفره) بود. بدین ترتیب که فهرست کلاس‌های دوم راهنمایی و اول دبیرستان هر شهرستان تهیه و با استفاده از جدول اعداد تصادفی تعدادی کلاس به تفکیک جنس انتخاب گردیدند. پس از هماهنگی با اداره آموزش و پرورش هر شهرستان، پرسشگران طرح در مدرسه‌های منتخب حاضر و پرسش‌نامه را بین دانش‌آموزان توزیع و در مورد هر سوال توضیح می‌دادند. پرسش‌نامه‌ها توسط دانش‌آموزان تکمیل می‌شد. میانگین سنی اولین مصرف دخانیات، شیوع مصرف دخانیات در زمان مطالعه، ارتباط احساس بد در مورد مدرسه و سابقه سیگار کشیدن و ارزیابی‌دانش آموزان از وضعیت سلامتی خود مورد ارزیابی قرار گرفت. به احساس دانش‌آموزان از بد تا عالی، نمرات ۱ تا ۴ تعلق گرفت.

داده‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۵ و با روش‌های آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های t، کای‌دو و من‌ویتنی U) تحلیل آماری شدند. سطح اطمینان در آزمون‌های آماری برابر ۹۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۲۶۱۸ نفری که پرسش‌نامه را تکمیل کردند، ۶۱۸ نفر (۲۳/۶ درصد) سابقه مصرف دخانیات داشتند که این میزان در دختران ۲۱/۱ و در پسران ۲۶/۱ درصد بود (p=۰/۰۰۳). جدول ۱ فراوانی نسبی مصرف دخانیات را به تفکیک جنس، مقطع تحصیلی و شهرستان نشان می‌دهد.

جدول ۱- فراوانی نسبی سابقه مصرف دخانیات در دانش آموزان شهرستان‌های پاکدشت و دماوند به تفکیک جنس*

	پاکدشت		دماوند		جمع	
	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر
	n=۶۴۸	n=۶۶۷	n=۶۵۵	n=۶۴۸	n=۱۳۰۳	n=۱۳۱۵
دوم راهنمائی	۱۵/۳†	۱۵/۴	۲۵/۷	۲۱	۲۰/۶	۱۸/۲
اول دبیرستان	۲۴/۵	۱۸/۲	۳۹/۱	۳۰/۵	۳۱/۷	۲۴/۲
جمع	۱۹/۹	۱۶/۸	۳۲/۲	۲۵/۶	۲۶/۱	۲۱/۱

* p=۰/۰۰۳؛ † اعداد به درصد بیان شده اند.

میانگین (± انحراف معیار) سنی اولین مصرف دخانیات در پسران ۲/۷±۱۲/۳ سال و در دختران ۲±۱۲/۷ سال بود و اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد (NS). در زمان مطالعه، حدود ۱۳ درصد دانش‌آموزان دختر و پسر دوم راهنمایی و ۹/۱ درصد دختران و ۱۸/۳ درصد پسران اول دبیرستان دخانیات مصرف می‌کردند (جداول ۲ و۳).

جدول ۲- فراوانی استعمال دخانیات در دانش آموزان دوم راهنمائی شهرستانهای پاکدشت و دماوند به تفکیک جنس*

استعمال دخانیات	پسر	دختر	جمع
ندارد	۵۱۳ (۸۶/۴)†	۵۰۰ (۸۷)	۱۰۱۳ (۸۶/۷)
کمترازیکباردرهفته	۳۴ (۵/۷)	۴۲ (۷/۳)	۷۶ (۶/۵)
حداقل یکباردرهفته	۱۷ (۲/۹)	۲۳ (۴)	۴۰ (۳/۴)
هرروز	۳۰ (۵/۱)	۱۰ (۱/۷)	۴۰ (۳/۴)
جمع	۵۹۴ (۱۰۰)	۵۷۵ (۱۰۰)	۱۱۶۹ (۱۰۰)

* p=۰/۰۰۹؛ † اعداد داخل معرف درصد هستند.

از نظر ارتباط احساس بد در مورد مدرسه و سابقه سیگار کشیدن، دانش‌آموزان غیرسیگاری هردو مقطع تحصیلی ۱۶

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-29]

درصد احساس ناخوشایند را ابراز کردند، در حالی که ۲۵/۸ درصد سیگاری‌های راهنمایی و ۳۲/۴ درصد سیگاری‌های اول دبیرستان این احساس ناخوشایند را بیان کردند (p=۰/۰۰۰۵). از نظر ارزیابی‌دانش آموزان از وضعیت سلامتی خود، تفاوت معنی‌داری بین دانش‌آموزان سیگاری و غیرسیگاری وجود داشت، بطوری که ۷۲/۶ درصد گروه سیگاری سلامتی خود را در وضعیت عالی و خوب بیان کرده‌اند، درحالی که در غیرسیگاری‌ها، این نسبت حدود ۸۱ درصد بود. میانگین نمرات احساس دانش‌آموزان در افراد سیگاری به طور معنی‌داری کمتر از غیرسیگاری‌ها بود (p=۰/۰۰۵) (جدول ۴).

جدول ۳- فراوانی استعمال دخانیات در دانش آموزان اول دبیرستان شهرستانهای پاکدشت و دماوند به تفکیک جنس*

استعمال دخانیات	پسر	دختر	جمع
ندارد	۴۶۰ (۸۱/۷)†	۵۰۲ (۹۰/۹)	۹۶۲ (۶۸/۳)
کمترازیکباردرهفته	۵۳ (۹/۴)	۳۷ (۶/۷)	۹۰ (۸/۱)
حداقل یکباردرهفته	۳۰ (۵/۳)	۹ (۱/۶)	۳۹ (۳/۵)
هرروز	۲۰ (۳/۶)	۴ (۷)	۲۴ (۲/۲)
جمع	۵۶۳ (۱۰۰)	۵۵۲ (۱۰۰)	۱۱۱۵ (۱۰۰)

* p=۰/۰۰۵؛ † اعداد داخل معرف درصد هستند.

جدول ۴- فراوانی ارزیابی دانش آموزان کلاس دوم راهنمائی و اول دبیرستان از وضعیت سلامتی خود برحسب استعمال دخانیات در شهرستانهای پاکدشت و دماوند*

وضعیت سلامتی	استعمال دخانیات	عدم استعمال دخانیات	جمع
عالی(نمره۴)	۱۰۲ (۳۵/۴)†	۷۵۳ (۳۹/۹)	۸۵۵ (۳۹/۳)
خوب(نمره۳)	۱۰۷ (۳۷/۲)	۷۷۴ (۴۱)	۸۸۲ (۴۰/۵)
متوسط(نمره۲)	۵۷ (۱۹/۸)	۳۱۹ (۱۶/۹)	۳۷۶ (۱۷/۳)
بد(نمره۱)	۲۲ (۷/۶)	۴۲ (۲/۲)	۶۴ (۲/۹)
جمع	۲۸۸ (۱۰۰)	۱۸۸۸ (۱۰۰)	۲۱۷۶ (۱۰۰)

* p=۰/۰۰۵؛ † اعداد داخل معرف درصد هستند.

بحث

مطالعات مربوط به استعمال دخانیات و فاکتورهای مرتبط با آن در گروه‌های سنی مختلف بویژه در نوجوانان و دانش‌آموزان به شکل گسترده ای در جهان توسط مجامع علمی، سازمان‌های بین‌المللی و پژوهشگران علاقمند در حال انجام می‌باشد. سیگار علاوه بر اینکه عامل خطری برای بسیاری از امراض غیرواگیر مخصوصا سرطانها است، ارتباط معنی‌داری با سایر رفتارهای پرخطر از جمله مصرف الکل دارد (۸،۷). در این مطالعه مصرف روزانه سیگار در ۳/۴ درصد دانش‌آموزان راهنمایی و ۲/۲ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی گزارش شده است و حداقل ۱۰ درصد افراد نیز درجاتی از استعمال دخانیات را در زمان تکمیل پرسش‌نامه داشتند. باید در نظر داشت که معمولا گزارش‌دهی افراد کمتر از مقدار واقعی آن می‌باشد. به عنوان مثال مطالعه‌ای در اصفهان روی ۸۳۶ دانش‌آموز دبیرستانی ۱۸-۱۴ ساله نشان داد که ۱۰/۶ درصد دختران و ۱۴/۶ درصد پسرانی که ادعا می‌کردند غیرسیگاری هستند، بر اساس آزمایش سرمی سیگاری بودند (۹).

میانگین سنی اولین مصرف دخانیات در این مطالعه در پسران و دختران به ترتیب ۱۲/۳ و ۱۲/۷ سال بود. در مطالعه کشوری سال ۲۰۰۴، میانگین سنی ۲/۵±۱۳/۲ سال بدست آمد (۵) که از این نظر دانش‌آموزان پاکدشت و دماوند تا حدی کمتر از میانگین کشوری می‌باشند .در مطالعه‌ای که در شیراز روی دانش‌آموزان پسر انجام شد، سیگاری منظم بودن در ۲/۵ درصد و در کل سیگار کشیدن در ۱۹/۴ درصد موارد گزارش شد، ولی در پژوهش ما این دو به ترتیب ۳/۴ و ۱۸/۳ درصد بود(۱۰). به لحاظ مقایسه با سایر کشورها می‌توان به مطالعه ریاحی و همکاران در سال ۲۰۰۰ در کشور عمان اشاره کرد که شیوع کلی مصرف سیگار را در مردان ۱۳/۴ و در زنان ۰/۵ درصد بدست آوردند (۱۱). در مطالعه دیگری در دانش‌آموزان دبیرستانی برزیل، شیوع کلی برابر ۱۸ درصد گزارش شد و میانگین سنی شروع سیگار ۱۴ سال بود (۱۲) که از مطالعه ما بالاتر می‌باشد.

این مطالعه نشان داد که دانش‌آموزان سیگاری بطور معنی‌داری بیش از غیرسیگاری‌ها احساس بدی در مورد سلامتی خود دارند. این نکته را می‌توان در عوامل فرهنگی و اجتماعی استعمال دخانیات جستجو کرد. نوجوانان در عصر حاضر در جامعه وابسته به دارو زندگی می‌کنند و مشاهده میکنند که بزرگترها برای مقابله با گرفتاری‌های روزمره، سیگار می‌کشند و برای تسکین افسردگی و ناراحتی‌های جسمانی، دارو مصرف می‌کنند (۳). از این‌رو برنامه‌های کشوری پیشگیری از استعمال دخانیات باید بطور منظم و هدف‌دار در گروه‌های سنی و جنسی تعریف و اجرا شود. به عنوان مثال درآمریکا طبق برنامه‌ریزی‌ها باید شیوع استعمال دخانیات در دانش‌آموزان دبیرستانی تا سال ۲۰۱۰ به کمتر از ۱۶ درصد برسد (۱۳). مطالعه‌ای روی ۱۵۱۹۷ نوجوان ترکیه‌ای نشان داد که پسران دبیرستانی شانس بیشتری برای سیگاری شدن در مقایسه با سایر نوجوانان دارند. لذا اهمیت پیشگیری قبل از دبیرستان مورد تاکید قرارگرفته است (۱۴). مطالعه van Baal و همکاران که در سال ۲۰۰۸ منتشر شده

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-29]

است، بر موفقیت برنامه‌های هزینه- اثربخشی کنترل دخانیات در مدارس تاکید دارد (۱۵). در مجموع، مطالعات مربوط به مصرف دخانیات در مدارس در حال حاضر بیشتر معطوف به بررسی روند شیوع، عوامل تعیین کننده و بخصوص برنامه‌های کنترلی معطوف می‌باشد (۱۷-۱۵) که شایسته است مسئولین و محققین کشور در این عرصه‌ها برنامه‌ریزی و پژوهش‌های لازم را داشته باشند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همکاران محترمشان که در این تحقیق ما را یاری نمودند تشکر و قدر دانی می گردد.

REFERENCES

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco use--United States, 1900-1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1999 Nov 12;48(44):1027.
2. Jha P, Ranson MK, Nguyen SN, Yach D. Estimates of global and regional smoking prevalence in 1995, by age and sex. Am J Public Health 2002;92:1002-1006.
3. Yahya SM, editor. Growth psychology (from adolescence to end of life). Tehran: Arasbaran; 2006. p.31. [In Persian]
4. Noorbala A, Kazem M. The summery report of health and diseases in Iran at 1999. Hakim 2003;3:173-91. [In Persian]
5. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Majdzadeh R, Delavari A, Heshmat R, et al. Smoking behavior and its influencing factors in a national-representive sample of Iranian adolescents: CASPIAN Study. Prev Med 2006;42:423-26.
6. Haidari G, Sharify Milani H, Hosaini M. The model of using cigarette and influence factors which effect on high school student of Tehran city. Hakim 2003;3:41-46. [In Persian]
7. Reed MB, Wang R, Shillington AM, Clapp JD, Lange JE.The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students. Addict Behav 2007;32:449-64.
8. Faeh D, Viswanathan B, Chiolero A, Warren W, Bovet P. Clustering of smoking, alcohol drinking and cannabis use in adolescents in a rapidly developing country. BMC public health 2006;6:169.
9. Sarraf-Zadegan N, Boshtam M, Shahrokhi S, Naderi GA, Asgary S, Shahparian M, et al.Tobacco use among Iranian men, woman and adolescents. Eur J Public Health 2004;14:76-78.
10. Aytollahi A, Mohammad poorasl A, Rajaeifard A. Predicting the stages of smoking acquisition in the male students of shiraz's high schools, 2003. Nicotine Tob Res 2005;7:845-51.
11. Al-Riyahi AA, Afifi M. Smoking in Oman: prevalence and characteristics of smokers. East Mediterr Health J 2004;10:600-609.
12. Zanini RR, de Moraes AB, Trindade AC, Riboldi J, de Medeiros LR. Smoking prevalence and associated factors among public high school students in Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil, 2002. Cad Saude Publica 2006;22:1619-27. [In Portuguese]
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette use among high school students--United States, 1991-2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2006;55:724-26.
14. Ertas N. Factors associated with stages of cigarette smoking among Turkish youth. Eur J Public Health 2007;17:155-61.
15. Vijgen SMC, van Baal PHM, Hoogenveen RT, de Wit GA, Feenstra TL. Cost-effectiveness analyses of health promotion programs: a case study of smoking prevention and cessation among Dutch students. Health Educ Res 2008;23:310-18.
16. Richter M, Leppin A. Trends in socio-economic differences in tobacco smoking among German schoolchildren, 1994–2002. Eur J Public Health 2007;17:565-71.
17. Panday S, Reddy SP, Ruiter RA, Bergström E, de Vries H. Determinants of smoking among adolescents in the Southern Cape-Karoo region, South Africa. Health Promot Int 2007;22:207-17.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-29]