

بررسی میزان شیوع و عوامل موثر بر مصرف سیگار در دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در سال ۱۴۰۲

ابوالفضل عابد کیخا^۱، ایرج ضاربان^{۲*}، جاوید دهقان حقیقی^۳، سعیده سرحدی^۳

۱. گروه پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۳. گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۹/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۷

چکیده

مقدمه: مصرف دخانیات به‌عنوان یکی از چالش‌های مهم سلامت عمومی، به‌ویژه در بین قشر جوان و دانشجویان، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. دانشجویان پزشکی به‌عنوان آینده‌سازان نظام سلامت، نه‌تنها تأثیرپذیری بالایی در برابر این رفتار دارند، بلکه نقش کلیدی در الگوسازی رفتاری سالم در جامعه ایفا می‌کنند. با این وجود، مطالعات نشان می‌دهد که شیوع مصرف سیگار در میان این گروه نگران‌کننده است؛ بنابراین، این مطالعه باهدف بررسی کارایی نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در زمینه ترک مصرف سیگار در دانشجویان رشته پزشکی انجام شد.

روش: این مطالعه مقطعی (توصیفی - تحلیلی) در میان دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در مقاطع مختلف انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی انجام گرفت؛ بدین‌صورت که ابتدا تعداد دانشجویان هر مقطع مشخص شد و سپس به‌صورت مساوی از چهار مقطع علوم پایه، فیزیوپاتولوژی، استاژری و اینترنی و از هر دو جنس نمونه‌گیری صورت گرفت. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه سنجش کارایی مدل مذکور در پیش‌بینی استعمال دخانیات، با حجم نمونه ۱۵۰ نفر و به‌صورت نمونه‌گیری حضوری جمع‌آوری گردید. پرسش‌نامه شامل دو بخش سؤالات دموگرافیک و مؤلفه‌های نظریه بود که پس از تأیید روایی و پایایی مورد استفاده قرار گرفت. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ارتباط میانگین نمرات دانشجویان در هر یک از مؤلفه‌ها با استعمال دخانیات بررسی شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۳/۳۵٪ از دانشجویان، مصرف‌کننده سیگار بودند و میانگین نمرات مؤلفه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (شامل نگرش، هنجار ذهنی، هنجار اجتماعی، قصد رفتاری و کنترل رفتاری ادراک‌شده) بین دو گروه دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری تفاوت معناداری نداشت. با این حال، از نظر متغیرهای دموگرافیک، تفاوت معناداری در وضعیت تأهل و مقطع تحصیلی بین دو گروه مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، به نظر می‌رسد نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌تنهایی قادر به پیش‌بینی رفتار مصرف سیگار در بین دانشجویان پزشکی مورد مطالعه نبوده است. این نتایج می‌تواند حاکی از آن باشد که عوامل پیچیده‌تر یا بافتارهای اجتماعی - فرهنگی خاصی در این زمینه نقش دارند که در چارچوب این نظریه به‌طور کامل اندازه‌گیری نشده‌اند؛ بنابراین، پیشنهاد می‌گردد در مداخلات آینده جهت کاهش مصرف سیگار، علاوه بر عوامل فردی مورد توجه این نظریه، به متغیرهای زمینه‌ای و فرهنگی - اجتماعی مؤثر نیز پرداخته شود.

کلیدواژه: نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، مصرف سیگار، دانشجویان

*نویسنده مسئول: ایرج ضاربان، ایمیل: zareban@gmail.com

ارجاع: عابد کیخا ابوالفضل، ضاربان ایرج، دهقان حقیقی جاوید، سرحدی سعیده. بررسی میزان شیوع و عوامل موثر بر مصرف سیگار در دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با استفاده از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در سال ۱۴۰۲. مجله دانشکده علوم پزشکی ساوه، ۱۴۰۴؛ ۱(۳): ۳۵-۴۴.

doi: 10.22034/sumsj.2025.560548.1065

مقدمه

توسعه یافته ۳۵٪ و ۲۲٪ است. حدود سه چهارم مرگ‌های ناشی از سیگار در مردان رخ می‌دهد (۹). برآوردها نشان می‌دهد که سالانه حدود ۴ میلیون نفر بر اثر مصرف سیگار جان خود را از دست می‌دهند و در ایران نیز حدود ۵۰ هزار مورد مرگ در سال به عوارض سیگار نسبت داده می‌شود. بر اساس گزارش‌های جهانی، مرگ‌ومیر مربوط به بیماری‌های مرتبط با سیگار تا سال ۲۰۱۲ حدود ۵ میلیون نفر بوده است که از این میان ۶۰۰ هزار نفر در اثر مواجهه با دود دست دوم جان باخته‌اند (۱۰). شاخص مصرف سیگار در ایران حدود ۱۲/۹ درصد برآورد شده و نتایج مرور سیستماتیک نشان داده است که بیشترین شیوع در میان دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی و کمترین میزان در دانشگاه اصفهان گزارش شده است (۱۱).

عوامل متعددی مانند سن پایین، جنس مذکر، ناآگاهی از عوارض سیگار، وضعیت اقتصادی پایین، مشکلات خانوادگی، دوستان یا اعضای خانواده سیگاری، زندگی در خوابگاه و تنهایی از عوامل خطر مهم شروع یا تداوم مصرف سیگار هستند (۱۲). گرچه اعتیاد به سیگار در تمامی اقشار جامعه دیده می‌شود، اما شیوع آن در کارکنان و دانشجویان علوم پزشکی به‌ویژه نگران‌کننده است؛ چراکه این گروه الگوی سلامت جامعه محسوب می‌شوند و مرگ زودرس آنان خسارت قابل توجهی برای نظام سلامت ایجاد می‌کند (۳، ۱۳).

رفتارهای سلامت معمولاً در نوجوانی و اوایل جوانی شکل می‌گیرند و حدود ۷۰ درصد مرگ‌ها ناشی از رفتارهای قابل اصلاحی هستند که در این دوره ایجاد می‌شوند (۱۴، ۱۵). کمک به افراد سیگاری برای ترک سیگار یکی از مؤثرترین مداخلات سلامت عمومی است و باید در محیط‌های بالینی و آموزشی مورد توجه جدی قرار گیرد (۱۶). همچنین به دلیل آنکه مصرف سیگار دروازه ورود به سایر مواد مخدر و روان‌گردان‌ها است، پیشگیری از آن نقش مهمی در کاهش مصرف سایر مواد دارد (۱۷).

برای تبیین رفتارهای مرتبط با مصرف سیگار، نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده از نظریه‌های معتبر رفتارشناسی است. بر اساس این نظریه، رفتار تحت تأثیر قصد رفتاری و کنترل

سلامت مفهومی چندبعدی و پویا است که ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را در بر می‌گیرد و بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی نیست، بلکه حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی محسوب می‌شود. عوامل مختلفی مانند وراثت، ویژگی‌های فردی و اجتماعی، نظام مراقبت‌های بهداشتی، محیط و سبک زندگی در تعیین سطح سلامت افراد جامعه نقش دارند. در میان این عوامل، سبک زندگی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های سلامت است و خود تحت تأثیر شرایط فردی و اجتماعی قرار دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رژیم غذایی نامناسب، بی‌تحریکی و مصرف دخانیات از عوامل خطر عمده تهدیدکننده سلامت هستند و کنترل آن‌ها می‌تواند حدود ۵۰ درصد از مرگ‌های زودرس را کاهش دهد (۱-۳).

از نظر تاریخی، استعمال دخانیات قدمتی طولانی دارد. شواهد باستان‌شناختی نشان می‌دهد که مصرف تنباکو ابتدا با استنشاق دود و بوکشیدن آغاز شد و علاوه بر کشیدن، به‌صورت جویدن، نوشیدن، مالیدن به بدن و استفاده در آیین‌های درمانی نیز رواج داشته است. خاصیت ضد درد و ضد عفونی‌کنندگی تنباکو سبب کاربرد آن در درمان برخی بیماری‌ها می‌شده است (۴). با وجود این تنوع مصرف، رایج‌ترین و ماندگارترین شکل آن کشیدن سیگار بوده است (۵). مصرف سیگار در مطالعات متعدد به‌عنوان علت اصلی بیماری‌های مزمن و مرگ‌آور مانند بیماری‌های قلبی - عروقی، بیماری انسدادی مزمن ریه، بیماری‌های دهان و دندان، پنومونی و سرطان‌ها شناخته شده است (۶). در حال حاضر حدود یک‌دهم مرگ‌های جهان به مصرف سیگار نسبت داده می‌شود و پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۳۰ به یک‌ششم افزایش یابد (۷). تا پایان قرن بیستم، دخانیات موجب مرگ بیش از ۶۲ میلیون نفر شده است که نیمی از آن‌ها در سنین ۳۵ تا ۶۹ سالگی رخ داده‌اند (۸).

بر اساس آمارهای جهانی، حدود ۱/۳ میلیارد نفر از افراد بالای ۱۵ سال سیگار می‌کشند. شیوع مصرف در مردان چهار برابر زنان گزارش شده است (۴۸٪ در مقابل ۱۰٪)، در کشورهای در حال توسعه ۵۰٪ در مردان و ۹٪ در زنان و در کشورهای

حجم‌های مساوی استفاده شد. فهرست دانشجویان از اداره آموزش دانشکده تهیه گردید و دانشجویان منتخب با استفاده از جدول اعداد تصادفی تعیین شدند. به‌منظور رعایت تناسب جنسیتی و تحصیلی، ۵۰٪ نمونه‌ها از میان دانشجویان دختر و ۵۰٪ از پسران انتخاب شدند و برای هر چهار مقطع تحصیلی سهم مساوی لحاظ شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای استاندارد مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (۱۹) بود که شامل بخش‌های زیر می‌گردید: ۶ سؤال دموگرافیک، ۹ سؤال سنجش آگاهی، ۱۱ سؤال نگرش، ۶ سؤال قصد رفتاری، ۶ سؤال هنجار ذهنی، ۶ سؤال هنجار اجتماعی و ۷ سؤال کنترل رفتاری. مقیاس پاسخ‌دهی بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) طراحی شده بود.

برای اعتبارسنجی پرسش‌نامه، محتوای ابزار توسط ۱۰ نفر از متخصصان آموزش بهداشت (با مدرک کارشناسی‌ارشد و بالاتر) مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از اعمال اصلاحات براساس بازخوردهای دریافتی، شاخص روایی محتوا (CVI) بیش از ۰/۷۹ و نسبت روایی محتوا (CVR) بالاتر از ۰/۶۲ گزارش شد که نشان‌دهنده‌ی کفایت روایی ابزار براساس جدول لاوشه بود. پایایی پرسشنامه نیز با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در یک مطالعه مقدماتی شامل ۴۰ دانشجو بررسی شد؛ ضرایب برای سازه‌های مختلف به ترتیب برابر با نگرش (۰/۷۱)، هنجارهای انتزاعی (۰/۷۵)، کنترل رفتاری ادراک‌شده (۰/۷۶)، قصد رفتاری (۰/۸۵) و مهارت (۰/۷۵) بود که همگی نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار هستند.

پژوهش پس از تصویب در شورای پژوهشی دانشکده پزشکی و کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان کد اخلاق IR.ZAUMS.REC.1402.342 اجرا شد. پرسش‌نامه‌ها در تاریخ‌های ۲۳ و ۲۴ دی ۱۴۰۲ به‌صورت حضوری میان داوطلبان در کلاس‌ها و بخش‌های بالینی توزیع گردید. تکمیل پرسش‌نامه‌ها به‌صورت خودایفا انجام شد و زمان پاسخ‌گویی حدود ۳۰ دقیقه بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ صورت گرفت. در تحلیل توصیفی، از شاخص‌های مرکزی (میانگین، میانه) و پراکندگی (انحراف معیار، دامنه میان‌چارکی، کمینه و بیشینه) استفاده شد. برای بررسی تفاوت میان گروه‌ها، در

رفتاری ادراک‌شده قرار دارد و قصد نیز از نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری ادراک‌شده تأثیر می‌پذیرد (۱۲، ۱۸، ۱۹). این نظریه که تکامل‌یافته نظریه عمل منطقی است، شامل شش سازه نگرش، قصد، هنجار ذهنی، هنجار اجتماعی، کنترل رفتاری ادراک‌شده و آگاهی است (۲۰).

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که رفتار سیگارکشیدن ارتباط مستقیم با قصد مصرف دارد و نگرش‌ها، هنجارها، دسترسی آسان، نادیده‌گرفتن خطرات و نبود برنامه‌های پیشگیرانه از عوامل اصلی پیش‌بینی‌کننده مصرف دخانیات هستند (۲۱، ۲۲). بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف بررسی کارایی نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیش‌بینی رفتار مصرف سیگار در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد.

روش

این پژوهش از نوع مطالعه مقطعی توصیفی - تحلیلی است که در سال ۱۴۰۲ در میان دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان پزشکی در تمامی مقاطع تحصیلی (علوم پایه، فیزیوپاتولوژی، استاژری و اینترنی) بود.

معیارهای ورود شامل دانشجویان ۱۸ تا ۳۵ ساله رشته پزشکی با تمایل آگاهانه برای مشارکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری یا تکمیل ناقص پرسش‌نامه در نظر گرفته شد.

حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۱۵) (۱۹)، با فرض نسبت بروز استعمال دخانیات برابر با ۰/۸، سطح اطمینان ۹۵ درصد ($Z=1/96$)، توان آزمون ۸۰ درصد و میزان دقت ۰/۰۷ تعیین شد. با جایگذاری مقادیر در فرمول زیر:

$$n = (Z^2 \times P \times (1 - P)) / d^2$$

حجم نمونه اولیه برابر با ۱۲۵ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش پاسخ‌دهی، حجم نمونه نهایی ۱۵۰ نفر تعیین گردید.

برای انتخاب نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای با

رفتار برنامه‌ریزی‌شده در دو گروه سیگاری و غیرسیگاری مقایسه و تحلیل می‌گردد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی مستقل و کای‌دو استفاده شده است.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ دانشجو بود که از این میان، ۵۳ نفر (۳۵/۳٪ سیگاری) و ۹۷ نفر (۶۴/۷٪ غیرسیگاری) بودند. توزیع جنسیتی نمونه برابر بود؛ به‌گونه‌ای که ۷۵ زن (۵۰٪) و ۷۵ مرد (۵۰٪) در پژوهش شرکت داشتند. میانگین سنی دانشجویان سیگاری ۲۶/۲۳ سال با دامنه سنی ۱۹ تا ۳۴ سال و میانگین سنی دانشجویان غیرسیگاری ۲۴/۶۳ سال با دامنه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال بود. آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت میانگین سنی دو گروه از نظر آماری معنادار نیست ($p=0/58$).

از نظر وضعیت تأهل، ۱۷ نفر (۳٪) متأهل و ۱۳۳ نفر (۸۸/۷٪) مجرد بودند. همچنین، ۹۹ نفر (۶۶٪) در خوابگاه، ۳۲ نفر (۲۱/۳٪) با خانواده و ۱۹ نفر (۱۲/۷٪) در منزل شخصی سکونت داشتند (جدول ۱).

صورت برقرار بودن مفروضات آماری، از آزمون تی مستقل و آزمون کای‌دو بهره گرفته شد. سطح معنی‌داری آماری در تمام آزمون‌ها $P>0/05$ در نظر گرفته شد.

در تمامی مراحل پژوهش، اصول اخلاقی مربوط به مطالعات انسانی براساس راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران رعایت شد. این اصول شامل حفظ محرمانگی داده‌ها (کد ۲۵)، اخذ رضایت آگاهانه کتبی (کد ۱۳)، اطلاع‌رسانی درباره اهداف، منافع و خطرات احتمالی (کد ۱۵) و تضمین اولویت سلامت آزمودنی‌ها بر هر ملاحظه دیگر (کد ۲) بود.

یافته‌ها

این بخش به تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش حاضر اختصاص دارد که باهدف بررسی کارایی نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در رفتار ترک مصرف سیگار در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شده است. در این راستا، ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان توصیف می‌شود، سپس میانگین مؤلفه‌های مختلف نظریه

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

ویژگی	فراوانی	درصد
مرد	۷۵	۵۰
زن	۷۵	۵۰
متأهل	۱۷	۱۱.۳
مجرد	۱۳۳	۸۸.۷
سیگاری	۵۳	۳۵.۳
غیرسیگاری	۹۷	۶۴.۷
خوابگاه	۹۹	۶۶
خانواده	۳۲	۲۱.۳
منزل شخصی	۱۹	۱۲.۷

مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل

تحصیلی به‌ویژه در مرحله اینترنی افزایش یافته است. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده افزایش استرس تحصیلی یا تغییر در تعاملات اجتماعی در مقاطع بالاتر باشد (جدول ۲).

نتایج آزمون کای دو نشان داد که تفاوت معناداری میان دو گروه از نظر مقطع تحصیلی ($p < 0/001$) و وضعیت تأهل ($p < 0/001$) وجود دارد. میزان مصرف سیگار در مقاطع بالاتر

جدول ۲. توزیع دانشجویان سیگاری و غیرسیگاری بر حسب مقطع تحصیلی

مقطع تحصیلی	سیگاری	غیرسیگاری
علوم پایه	۲/۱۶	۸/۸۳
فیزیوپاتولوژی	۵/۱۳	۵/۸۶
استاژر	۱/۴۲	۹/۵۷
اینترن	۴/۶۸	۶/۳۱
نتیجه آزمون: کای دو = $30/720$, $p < 0/001$		

مؤلفه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

در تحلیل توصیفی مشاهده شد که دانشجویان غیرسیگاری در مؤلفه‌های قصد رفتاری، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری ادراک شده نمرات بالاتری کسب کردند، در حالی که دانشجویان سیگاری در مؤلفه‌های آگاهی، نگرش و هنجار اجتماعی میانگین بیشتری داشتند. این تفاوت بیانگر آن است که اگرچه سیگاری‌ها نسبت به مضرات سیگار آگاه هستند، اما در کنترل رفتار و فشارهای اجتماعی برای ترک، موفق عمل نمی‌کنند ($P > 0/05$).

در این پژوهش، شش مؤلفه اصلی نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده شامل آگاهی، نگرش نسبت به رفتار، قصد رفتاری، هنجار ذهنی، هنجار اجتماعی و کنترل رفتاری ادراک شده مورد بررسی قرار گرفت. نتایج جدول شماره ۳ نشان داد که اگرچه میانگین مؤلفه‌ها بین دو گروه متفاوت است، اما این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نیستند.

جدول ۳. میانگین مؤلفه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده در دو گروه

P-value	غیرسیگاری (میانگین \pm انحراف معیار)	سیگاری (میانگین \pm انحراف معیار)	مؤلفه
۰.۱۶۴	۱۷.۷۵ \pm ۳.۳۵	۲۰.۶۸ \pm ۳.۲۱	آگاهی
۰.۱۰۴	۱۷.۶۵ \pm ۳.۸۹	۲۱.۰۷ \pm ۳.۷۸	نگرش نسبت به رفتار
۰.۱۳۲	۲۱.۶۱ \pm ۳.۳۷	۱۷.۳۴ \pm ۳.۹۶	قصد رفتاری
۰.۲۲۲	۲۱.۳۷ \pm ۳.۳۸	۱۷.۵۳ \pm ۳.۶۵	هنجار ذهنی
۰.۱۷۶	۱۷.۷۶ \pm ۳.۶۱	۲۱.۶۸ \pm ۳.۳۸	هنجار اجتماعی
۰.۱۵۷	۲۱.۷۶ \pm ۳.۷۳	۱۷.۴۵ \pm ۳.۴۹	کنترل رفتاری ادراک شده

تحلیل مؤلفه کنترل رفتاری ادراک شده

درحالی که حدود نیمی از آنان اظهار داشتند که ترک سیگار برای آن‌ها دشوار است. این نتایج ضعف ادراک از کنترل رفتاری در میان دانشجویان سیگاری را آشکار می‌سازد (جدول ۴).

نتایج مربوط به مؤلفه کنترل رفتاری ادراک شده نشان داد که درصد قابل توجهی از پاسخ‌دهندگان در ارزیابی توانایی خود برای ترک یا مقاومت در برابر مصرف سیگار دیدگاه‌های متناقضی داشتند. تنها حدود ۳۵ تا ۴۵ درصد شرکت‌کنندگان بیان کردند که قادر به کنترل یا ترک مصرف سیگار هستند،

جدول ۴. خلاصه پاسخ‌ها در مؤلفه کنترل رفتاری ادراک شده

مخالف (%)	نظری ندارم (%)	موافق (%)	گزاره
۴۶/۶	۱۴/۷	۳۸/۷	ترک سیگار برای من آسان است
۴۵/۳	۱۴/۷	۴۰/۰	می‌توانم مصرف سیگار را کنترل کنم
۳۸/۰	۱۸/۰	۰	در برابر پیشنهاد سیگار مقاومت می‌کنم
۳۱/۳	۲۰/۷	۴۸/۰	مصرف نکردن سیگار برایم سخت نیست

بحث

با وجود این، آگاهی بالا در میان دانشجویان علوم پزشکی (سیگاری و غیرسیگاری) نشان می‌دهد که شکاف میان آگاهی و تغییر رفتار همچنان پابرجاست؛ وضعیتی که در نظریه‌های آموزش سلامت نیز بارها مورد تأکید قرار گرفته است.

در مؤلفه نگرش، میانگین نمره افراد سیگاری از غیرسیگاری‌ها بیشتر بود، اما این تفاوت معنادار نبود. این یافته نشان می‌دهد که نگرش مثبت یا منفی نسبت به مضرات سیگار الزاماً به تغییر رفتار منجر نمی‌شود. این نتیجه با مطالعه کریمی و همکاران (۲۵)، زاو و همکاران (۲۰۲۰) (۲۶) همسو است، اما با مطالعه رایز و همکاران (۲۰۰۸) که نگرش عاطفی را پیش‌بینی‌کننده قوی قصد ترک سیگار معرفی کردند، ناهمسو است (۲۷). در مطالعه لی و همکاران (۲۰۱۸) نیز گزارش شده است که نگرش رابطه معنی‌داری با قصد ترک دارد (۲۸). این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، محیطی یا نوع جمعیت مورد مطالعه باشد.

در بررسی هنجارهای ذهنی و اجتماعی، الگوی متفاوتی مشاهده شد؛ غیرسیگاری‌ها در هنجار ذهنی نمره بالاتری کسب کردند، در حالی که سیگاری‌ها نمره بالاتری در هنجار اجتماعی داشتند. به نظر می‌رسد که فشار اجتماعی

هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در تبیین رفتار مصرف سیگار در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بود. نتایج نشان داد که اگرچه تفاوت‌هایی در میانگین مؤلفه‌های این نظریه میان دو گروه سیگاری و غیرسیگاری وجود داشت، اما این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار نبودند. این یافته بیان می‌کند که مؤلفه‌های TPB اگرچه چارچوب نظری قابل‌قبولی برای تحلیل رفتارهای مرتبط با سلامت هستند، اما در جامعه مورد مطالعه احتمالاً سایر عوامل فردی، اجتماعی و محیطی نقش پررنگ‌تری در شکل‌گیری رفتار مصرف دخانیات ایفا می‌کنند. یافته‌ها نشان داد که میزان آگاهی افراد سیگاری نسبت به مضرات سیگار بیشتر از افراد غیرسیگاری بود، هرچند این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. این نتیجه تأکید می‌کند که صرف آگاهی، عامل کافی برای ترک یا پیشگیری از مصرف سیگار نیست؛ موضوعی که در برخی مطالعات مشابه نیز گزارش شده است. برای مثال، یافته‌های پژوهش اکبری و همکاران با این نتیجه همسو بود (۲۳) در حالی که مطالعه حداد و همکاران نشان داد که آگاهی بالا نقش معناداری در کاهش مصرف دارد و با یافته مطالعه حاضر همسو نبود (۲۴).

تغییر نگرش‌های مثبت نسبت به سیگار، تقویت مهارت‌های کنترل رفتاری و اصلاح فشارهای اجتماعی پیرامون مصرف سیگار متمرکز شوند.

مجموع شواهد نشان می‌دهد که رفتار سیگارکشیدن پدیده‌ای پیچیده و چندوجهی است که عوامل گسترده‌تری افزون بر مؤلفه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر آن تأثیرگذارند. به‌ویژه در محیط‌های دانشگاهی که جمعیت نسبتاً همگنی دارند، ممکن است مدل‌های کلاسیک رفتارشناسی به‌تنهایی قادر به تبیین رفتار مصرف دخانیات نباشند؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که برای درک بهتر و جامع‌تر رفتار مصرف سیگار، ضروری است در کنار مؤلفه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، عوامل دیگری همچون ویژگی‌های شخصیتی، فشارهای اجتماعی خاص محیط دانشگاه، استرس، عملکرد نظام آموزشی، شرایط خوابگاهی، ویژگی‌های خانوادگی و سیاست‌های کنترل دخانیات نیز مورد بررسی قرار گیرند. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به امتناع برخی از دانشجویان به شرکت در پژوهش یا پاسخ‌دهی ناقص اشاره کرد که موجب جایگزینی افراد دیگر شد. همچنین نگرانی نسبت به افشای اطلاعات شخصی وجود داشت که تلاش شد با اطمینان‌بخشی به محرمانه بودن پاسخ‌ها بر این مسئله غلبه شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باتکیه بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده نشان داد که این مدل به‌تنهایی قادر نیست به‌عنوان یک چارچوب نظری، تبیین جامعی از رفتارهای مرتبط با مصرف سیگار ارائه دهد. با این وجود، فقدان تفاوت‌های آماری معنادار در برخی مؤلفه‌ها می‌تواند ناشی از محدودیت‌هایی همچون حجم نمونه، دقت ابزارهای سنجش و همگونی نسبی ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه باشد. از این رو، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با طراحی‌های دقیق‌تر، استفاده از نمونه‌های متنوع‌تر و به‌کارگیری ابزارهای معتبرتر انجام شوند تا امکان ارزیابی دقیق‌تر کارآمدی این نظریه در حوزه رفتارهای سلامت‌محور به‌ویژه مصرف سیگار، فراهم شود.

ادراک‌شده در گروه سیگاری، ماهیتی متفاوت از تلقی ذهنی هنجارها در گروه غیرسیگاری دارد. این یافته با تحقیق سوتا و همکاران (۲۰۲۳) همسو است (۲۹)، و می‌تواند نشان‌دهنده اثرات فرهنگی خاص جامعه مورد مطالعه و ضعف هنجارهای اجتماعی حمایت‌کننده از سبک زندگی سالم باشد. به عبارت دیگر، دانشجویان سیگاری فشار بیشتری را برای ادامه مصرف سیگار نسبت به ترک آن درک می‌کردند.

در مؤلفه کنترل رفتاری ادراک‌شده، نمرات غیرسیگاری‌ها به طور معناداری بالاتر بود. این موضوع بیانگر آن است که آنان توانایی بیشتری در مدیریت شرایط و مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی یا درونی مرتبط با مصرف سیگار احساس می‌کنند. این یافته با مطالعه هایلی و همکاران (۲۰۱۹) همسو است که نشان داد ادراک کنترل رفتاری پیش‌بینی‌کننده قصد عدم سیگار در غیرسیگاری‌ها است و با قصد عدم سیگار رابطه مثبت مستقیم دارد. به عبارت دیگر، غیرسیگاری‌ها که احساس کنترل بالاتری داشتند، قصد بیشتری برای ادامه رفتار عدم سیگار نشان می‌دادند (۳۰).

در مجموع، در مطالعه حاضر مولفه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده تفاوت معناداری را در بین دو گروه سیگاری و غیرسیگاری نشان ندادند. این یافته در سایر تحقیقات نیز مشاهده شده است. برای مثال در فراتحلیل توپا و آنتونی که ۳۵ مجموعه داده شامل ۲۶۷۹۹۷ نفر را بررسی کردند، نشان داد که روابط میان سازه‌های TPB و رفتار مصرف سیگار معمولاً کوچک یا متوسط هستند. برای مثال، رفتار سیگار کشیدن با قصد سیگار کشیدن با میانگین وزنی همبستگی برابر با ۰/۳۰، و قصد با نگرش با میانگین وزنی همبستگی برابر با ۰/۱۶ مرتبط بودند. همچنین، کنترل رفتاری ادراک‌شده با قصد سیگار کشیدن (میانگین وزنی همبستگی = ۰/۲۴-) و رفتار سیگار کشیدن (میانگین وزنی همبستگی = ۰/۲۰-) مرتبط بود (۳۱). همچنین، لوپز و همکاران در بررسی مصرف سیگار الکترونیکی بیان کردند که مولفه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده تنها پیش‌بینی‌کننده‌های ضعیف قصد مصرف هستند و ارتباط قابل توجهی با رفتار واقعی ندارند (۳۲).

در مطالعه حاضر، اگرچه تفاوت معناداری میان دو گروه از نظر مؤلفه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده مشاهده نشد، اما الگوی میانگین‌ها نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی باید بر

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله، مراتب قدردانی خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و نیز دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش اعلام می نمایند.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش با بی نام کردن پرسش نامه، و داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه رعایت گردید.

کد اخلاق

IR.ZAUMS.REC.1402.342

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند هیچ گونه تضاد منافع ندارند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دکترای عمومی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بوده و در چارچوب طرح های پژوهشی فاقد اعتبار مالی داخلی یا خارجی به انجام رسیده است.

سهم نویسندگان

این مقاله مستخرج از پایان نامه ابوالفضل عابد کیخا دانش آموخته پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با راهنمایی ایرج ضاربان و جاوید دهقان حقیقی و مشاوره سعیده سرحدی است. همه نویسندگان در تألیف مقاله مشارکت داشتند و نسخه نهایی را مطالعه و تأیید کردند.

References:

1. Viziteu P, editor What Is the Impact of Health Definition? A conceptual framework for Health and Health Status. European Financial Resilience and Regulation 25 Years United under Euro-Proceedings of the International Conference EUFIRE-RE 2024; 2024: Editura Universităţii» Alexandru Ioan Cuza «din Iaşi.
2. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco. 2025.
3. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology*. 2003;8(3):286-90.
4. Tverdal A, Selmer R, Thelle DS. Smoking history and all-cause, ischaemic heart disease and lung cancer mortality: follow-up study of 358 551 men and women aged 40–43 years. *Tobacco Control*. 2025;34(2):147-53.
5. Li K, Kay NS. Correlates of Cigarette Smoking among Male Chinese College Students in China-A Preliminary Study. *International Electronic Journal of Health Education*. 2009;12:59-71.
6. Zarghami F, Rajabi A, Abed-Tazehabadi R, Charkazi A, Shahryari A. Cigarette smoking and perceived risk of cardiovascular disease in Iran. *BMC Public Health*. 2025;25(1):198.
7. Sadeghi F, Alizadeh A, Hosseinzadeh F, Negarandeh R. Prevalence of smoking among Iranian university students: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2025;25(1):760.
8. Sharifi-rad G, Hazavei MM, Hasan-zadeh A, Danesh-amouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2007;10(1):79-86.
9. Lotfi M, Dostifar K, Dashtban M, Kassiri H. A study on the effect of education based on the health belief model on male smoking Students in reducing cigarette smoking in Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. *International journal of advanced biotechnology and research*. 2017;8(4):380-9.
10. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Platt S. Smoking and socioeconomic status in England: the rise of the never smoker and the disadvantaged smoker. *Journal of Public Health*. 2012;34(3):390-6.
11. Malekshoar M, Vatankhah M. Epidemiology Of Smoking Among Medical Students in Iran: A

- Systematic Review Study. *Journal of Emergency Health Care*. 2021;10(1):1-9.
12. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *Bmj*. 2004;328(7433):217-9.
13. Zahedi H, Sajjadi SL, Sahebihagh MH, Sarbakhsh P. Association between loneliness and cigarette smoking attitudes among university students in Iran: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2024;14(5):e079593.
14. Lotfi M, Dostifar K, Dashtban M, Kassiri H. A Study on the Effect of Education Based on the Health Belief Model on Male Smoking Students in Reducing Cigarette Smoking in Ahvaz. 2017;8:380-9.
15. Zareban I, Karimy M, Araban M, Delaney D. Oral self-care behavior and its influencing factors in a sample of school children from Central Iran. *Archives of Public Health*. 2021;79(1):175.
16. Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Osmani F, Niknami S. Predictors of Adoption of Smoking Preventive Behaviors among University Students: Application of Health Belief Model. *J Educ Community Health*. 2017;4(1):35-42.
17. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*: Wiley; 2008.
18. Sharifirad G, Hazavehie S, Mohebi S, Rahimi M, Hasanzadeh A. The effect of educational programme based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2006;8(3):231-9.
19. Karimy M, Zareban I, Araban M, Montazeri A. An Extended Theory of Planned Behavior (TPB) Used to Predict Smoking Behavior Among a Sample of Iranian Medical Students. *Int J High Risk Behav Addict*. 2015;4(3):e24715.
20. Ghasemian A, Sargeran K, Khami MR, Shamshiri AR. Effects of educational interventions based on the theory of planned behavior on oral cancer-related knowledge and tobacco smoking in adults: a cluster randomized controlled trial. *BMC Cancer*. 2024;24(1):45.
21. Dadipoor S, Heydari G, Abu-Rmeileh NM, Mohseni S, Kakhaki HES, Aghamolaei T, et al. A predictive model of waterpipe smoking cessation among women in southern Iran: application of the theory of planned behavior. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1151.
22. Zarei A, Shamsalinia A, Yari A, Hasirini PA, Jeihooni AK. Effect of educational intervention based on theory of planned behavior on reducing smoking and Hookah use among high school male students. *The Clinical Respiratory Journal*. 2025;19(8):e70119.
23. Akbari M. Developing and testing of a model for preventing of smoking behavior among adolescents in Tehran. Tehran: Tarbiat Modares University. 2007.
24. Haddad C, Sacre H, Hajj A, Lahoud N, Akiki Z, Akel M, et al. Comparing cigarette smoking knowledge and attitudes among smokers and non-smokers. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2020;27(16):19352-62.
25. Song AV, Morrell HE, Cornell JL, Ramos ME, Biehl M, Kropp RY, et al. Perceptions of smoking-related risks and benefits as predictors of adolescent smoking initiation. *Am J Public Health*. 2009;99(3):487-92.
26. Zhao X, Dichtl FF, Foran HM. Predicting smoking behavior: intention and future self-continuity among Austrians. *Psychol Health Med*. 2022;27(5):1042-51.
27. Rise J, Kovac V, Kraft P, Moan IS. Predicting the intention to quit smoking and quitting behaviour: Extending the theory of planned behaviour. *British journal of health psychology*. 2008;13(2):291-310.
28. Lee CG, Middlestadt SE, Seo D-C, Lin H-C, Macy JT, Park S. Incorporating environmental variables as precursor background variables of the theory of planned behavior to predict quitting-related intentions: A comparative study between adult and young adult smokers. *Archives of Public Health*. 2018;76(1):66.
29. Sutha DW, Prabandari YS, Padmawati RS. Smoking behavior among junior high school students based on the theory of planned behavior in Madura, Indonesia. *Int J Adolesc Med Health*. 2023;35(1):61-8.
30. Hilley C, Lindstrom Johnson S, Royce S, M'Cormack McGough F. Understanding factors related to nonsmoking intention among college students. *J Am Coll Health*. 2019;67(6):523-30.
31. Topa G, Moriano JA. Theory of planned behavior and smoking: meta-analysis and SEM model. *Subst Abuse Rehabil*. 2010;1:23-33.
32. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *Br J Soc Psychol*. 2001;40(Pt 4):471-99

Prevalence and Determinants of Cigarette Smoking among Medical Students at Zahedan University of Medical Sciences Based on the Theory of Planned Behavior in 2023

Abulfazl Abed Kikha¹, Iraj Zareban^{2*}, Javid Dehghan haghghi³, Saideh Sarhadi

1. Department of General Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

2. Department of Health Education and Health Promotion, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

3. Department of Social Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Received : 18/11/2025

ePublished: 20/12/2025

ABSTRACT:

Introduction: Tobacco use remains a significant public health challenge, particularly among young adults and university students. Medical students, as future healthcare providers, not only demonstrate heightened vulnerability to this behavior but also play a crucial role in modeling healthy behaviors within society. However, studies indicate a concerning prevalence of cigarette smoking within this population. Therefore, this study aimed to evaluate the effectiveness of the Theory of Planned Behavior (TPB) in predicting smoking cessation among medical students.

Methods: This cross-sectional (descriptive-analytical) study was conducted among medical students at various academic levels at Zahedan University of Medical Sciences. Sampling was performed randomly; first, the number of students in each academic level was determined, and then an equal number of participants were selected from four levels: Basic Sciences, Physiopathology, Stajerey, and Internship, with representation from both genders. Data were collected using a questionnaire designed to assess the predictive power of the TPB model for tobacco use. A sample size of 150 participants was recruited through physical sampling. The questionnaire consisted of two sections: demographic questions and TPB constructs, and it was administered after confirming its validity and reliability. After completion, the relationship between the mean scores of the TPB constructs and smoking behavior was examined. Data were entered into SPSS version 27 and analyzed.

Results: The findings revealed that 35.3% of the students were cigarette smokers. However, no significant differences were observed in the mean scores of the TPB constructs—including attitude, subjective norm, social norm, behavioral intention, and perceived behavioral control—between smoking and non-smoking students. Nonetheless, significant differences were found in demographic variables such as marital status and academic level between the two groups.

Conclusion: The results suggest that the Theory of Planned Behavior alone may not sufficiently predict smoking behavior among the studied medical students. This could indicate the influence of more complex factors or specific socio-cultural contexts not fully captured by the TPB framework. Thus, it is recommended that future interventions aimed at reducing smoking incorporate contextual and socio-cultural variables alongside the individual-focused factors emphasized by this theory.

Keyword: Theory of Planned Behavior, Smoking, Students

*Corresponding Author: Iraj Zareban, e-mail: zareban@gmail.com

CITATION: Abed Kikha A., Zareban I., Dehghan haghghi J., Sarhadi S. Prevalence and Determinants of Cigarette Smoking among Medical Students at Zahedan University of Medical Sciences Based on the Theory of Planned Behavior in 2023. *Journal of Saveh University of Medical Sciences*, 2025; 1(3): 35-44. doi: 10.22034/sumsj.2025.560548.1065