

بررسی وضعیت مراحل تغییر ترک سیگار در کارمندان شهر خرم آباد

سید سعید مظلومی^۱، مریم دارابی^{۲*}، سید مجتبی یاسینی اردکانی^۳

- ۱- دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
- ۲- کارشناس ارشد گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
- ۳- دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

چکیده

مقدمه: سبک زندگی نامناسب یکی از عوامل تاثیرگذار در بروز بیماریهای مزمن می باشد. از جمله عادات نابجایی که سبب زندگی ناسالم می شود مصرف سیگار می باشد. طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی مصرف سیگار سالانه چهار میلیون مرگ را در پی دارد. کاربردترین مدل مرحله ای تغییر رفتار، الگوی فرا نظریه ای است. بنابراین در این مطالعه از این مدل استفاده گردیده است. **روش بررسی:** این مطالعه به روش مقطعی بر روی ۲۰۰ کارمند سیگاری یا سیگار ترک کرده که مدرک دیپلم یا بالاتر داشتند در شهر خرم آباد انجام شد. روش نمونه گیری بصورت خوشه ای دو مرحله ای انجام شد و اطلاعات توسط پرسشنامه ای که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته بود گردآوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

نتایج: میانگین سنی افراد $42/5 \pm 7/85$ سال بود. از نظر قرار گرفتن در مراحل تغییر، ۷۹ نفر در مرحله پیش تفکر، ۵۱ نفر در مرحله تفکر، ۲۴ نفر در مرحله آمادگی، ۱۱ نفر در مرحله عمل و ۳۵ نفر در مرحله نگهداری بودند. بین سن افراد ($p=0/001$)، سالهای مصرف سیگار ($p=0/042$) و داشتن عوارض ناشی از سیگار ($p=0/000$) و قرار گرفتن در مراحل ارتباط معنی دار مشاهده گردید و اختلاف معنی داری بین وضعیت تاهل، تحصیلات، بعد خانوار و درآمد و مراحل تغییر وجود نداشت.

نتیجه گیری: در این مطالعه اکثریت افراد در مراحل ابتدایی تغییر قرار داشتند، بنابراین لازم است برنامه های آموزشی مناسب جهت آنها تدوین گردد. با توجه به این که ارتباط معنی داری بین سن و سالهای مصرف سیگار و قرار گرفتن در مراحل پیشرفته ی تغییر وجود داشت لازم است در سالهای ابتدایی مصرف سیگار افراد را از مشکلات، بیماریها و عوارض مواد دخانی آگاه نمود که هر چه سریع تر در مورد ترک سیگار تصمیم گیری نمایند.

واژه های کلیدی: مراحل تغییر- ترک سیگار- کارمند- خرم آباد

مقدمه

سبک زندگی نامناسب یکی از عوامل تأثیرگذار در بروز بیماریهای مزمن از جمله سرطان کولون، پرفشاری خون، بیماریهای مزمن انسدادی ریوی، سیروز کبدی، ایدز و بیماریهای قلب و عروق می باشد (۱).

مصرف سیگار به عنوان رایج ترین و ارزان ترین ماده اعتیاد آور دارای عوارض زیانبار جسمی و روانی است. طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی تنها مصرف سیگار سالانه چهار میلیون مرگ را در پی دارد (۲). سهم کشورهای در حال توسعه از استعمال دخانیات معادل ۷۰ درصد کل مصرف دخانیات جهان است (۳).

براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت این تعداد مرگ در سال ۲۰۳۰ به ده میلیون نفر بالغ خواهد شد و به دلیل اینکه نیمی از این موارد مرگ در افراد میانسال و مولد روی می دهد، می تواند باعث کاهش ۲۰ تا ۲۵ سال از عمر افراد ۳۵ تا ۶۱ ساله، شود (۴).

براساس بررسی های به عمل آمده، یک سوم درآمد خانوار در خانواده های فقیر صرف مصرف سیگار می شود. در مورد شیوع استعمال سیگار نتایج بررسی های انجام شده نشان می دهد که در سال ۱۳۷۱، ۲۸/۶٪ مردان و ۳/۶٪ زنان بالای ۱۵ سال کشور سیگاری بوده اند (۵).

ارتقای بهداشت و تأمین سلامت افراد جامعه یکی از ارکان مهم پیشرفت جوامع می باشد (۶). حرفه های بهداشتی که قبلاً بر معالجه بیماری تمرکز می نمودند، اکنون توجهشان بر پیشگیری و تأمین سلامت از طریق بهبود سبک زندگی و حذف عواملی است که به نوعی تأثیر منفی بر سطح سلامت انسان دارد (۷). کاربرد الگوهای رفتاری مثبت در زندگی در ارتقای سلامت فردی موثر می باشد (۸).

کاربردی ترین مدل مرحله ای تغییر رفتار، الگوی فرا نظریه ای است (۹). این الگو مدل کامل و منسجمی است که چگونگی تغییر رفتار و زمان آن را پیش بینی می کند (۱۰). در این مدل فرض بر این است که رفتار در یک مرحله خود بخودی و تصادفی ایجاد نمی شود بلکه در طی یک سری از مراحل انجام می گیرد.

Prochaska و Diclement این مدل را به عنوان الگوی کلی تغییر رفتار عمدی پیشنهاد داده اند. کاربرد آن در دهه های اخیر به عنوان چهار چوبی برای آموزش سلامت افزایش یافته است (۱۱). این مدل بعدها توسط Prochaska و همکارانش در سال ۱۹۸۳ و Velicer و Prochaska در سال ۱۹۹۷ بازنگری شد (۱۲).

این نظریه به عنوان مدل مراحل تغییر، شناخته شده و یک چهار چوب عقلانی برای مطالعه و درک فرآیندهایی که در حین ترک سیگار پیش می آید فراهم می نماید. علی الخصوص در مورد افراد سیگاری تصور می شود که آنها یک سری مراحل رفتاری قابل پیش بینی را در پیشرفت بسوی کنار گذاشتن و دوری نمودن از مصرف سیگار طی می نمایند (۱۳).

مدل مراحل تغییر شامل چهارسازه به نامهای مراحل تغییر (Stages of Change)، خودکارآمدی (Self-Efficacy)، موازنه تصمیم گیری (Decisional Balance) و فرآیند تغییر (Process of Change) می باشد (۱۰). که در اینجا مراحل تغییر شرح داده می شود. بر اساس این الگو، افراد از مجموعه ای از مراحل برای تغییر رفتار عبور می کنند که ۵ مرحله می باشد و عبارتند از: پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و تداوم (نگهداری). مرحله پیش تفکر به مرحله ای گفته می شود که فرد تمایل ندارد تا ۶ ماه آینده خود را درگیر فعالیت کند و در مورد تغییر رفتار آگاهی ندارد. در مرحله تفکر فرد واقعا به تغییر در شش ماه آینده فکر می کند، اما هنوز از آمادگی کامل برای اقدام لازم برخوردار نیست. در مرحله آمادگی، فرد برای تغییر آماده است و مقدمات شروع رفتار را فراهم می کند. در مرحله عمل، فرد رفتار خود را تغییر داده است اما مدت آن کمتر از ۶ ماه می باشد. به دلیل اینکه عملکرد قابل مشاهده است، تغییر رفتار اغلب معادل با عملکرد به کار می رود. در مرحله نگهداری، فرد بیش از شش ماه است که تغییر رفتار داده است. این مرحله و مرحله عمل نیاز به تلاش فعال و هوشیارانه برای جلوگیری از بازگشت به الگوی رفتاری قبلی دارد (۱۴).

این مقیاس شامل ۵ سوال بود که پاسخ به هریک از سوالات به صورت بلی - خیر بود. به منظور تعیین مرحله‌ای که افراد مورد بررسی در آن قرار داشتند به طریق زیر عمل گردید:

- مرحله پیش تفکر: افرادی که در پاسخ به این جمله (من تاکنون به ترک سیگار فکر نکرده‌ام) جواب بلی دادند در این مرحله قرار گرفتند.

- مرحله تفکر: افرادی که در پاسخ به جمله: (من تصمیم دارم در شش ماه آینده سیگار را ترک کنم) جواب بلی دادند در این مرحله قرار گرفتند.

- مرحله آمادگی: افرادی که در پاسخ به جمله: (من در مورد ترک سیگار در ۳۰ روز آینده فکر کرده‌ام) جواب بلی دادند در این مرحله قرار گرفتند.

- مرحله عمل: افرادی که در پاسخ به جمله: (من مدت کمتر از شش ماه است که سیگار را ترک کرده‌ام) جواب بلی دادند در این مرحله قرار گرفتند.

- مرحله تدابیر و نگهداری: افرادی که در پاسخ به جمله (من بیش از شش ماه است که سیگار را ترک کرده‌ام) جواب بلی دادند در این مرحله قرار گرفتند.

افرادی وارد مطالعه شدند که در یکی از ادارات و سازمانهایی که محقق مراجعه نمود به صورت پیمانی و یا رسمی مشغول به کار بودند و مدرک دیپلم و یا بالاتر داشتند و سیگاری بوده یا سیگار را ترک نموده بودند. معیار سیگاری بودن فرد مصرف یک نخ سیگار روزانه بود که حداقل از یک ماه گذشته آغاز شده باشد و داشتن عوارض ناشی از سیگار در فرد بروز هرگونه عارضه‌ای که طبق نظر پزشکان ناشی از مصرف سیگار باشد در نظر گرفته شد.

این پرسشنامه با مراجعه به ادارات انتخاب شده توسط کارمندان تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه دامنه سنی افراد مورد بررسی در سنین ۲۴-۶۱ با میانگین 42.5 ± 7.85 بود. تعداد سالهای مصرف سیگار بین ۱

از آنجا که کارمندان دولت به علت حجم کاری بالا و ارتباط تنگاتنگ با ارباب رجوع و مردم لازم است از نظر اعتیاد به سیگار مورد توجه قرار گیرند و در برنامه‌های ترک سیگار در اولویت باشند در این مطالعه وضعیت مراحل تغییر ترک سیگار در آنها مورد بررسی قرار گرفته است. زیرا جمع‌آوری اطلاعات پایه در مورد مراحل تغییر می‌تواند در طراحی استراتژیها و مداخلات مناسب و مؤثر برای ترک یا کاهش مصرف سیگار مورد استفاده قرار گیرد.

روش بررسی

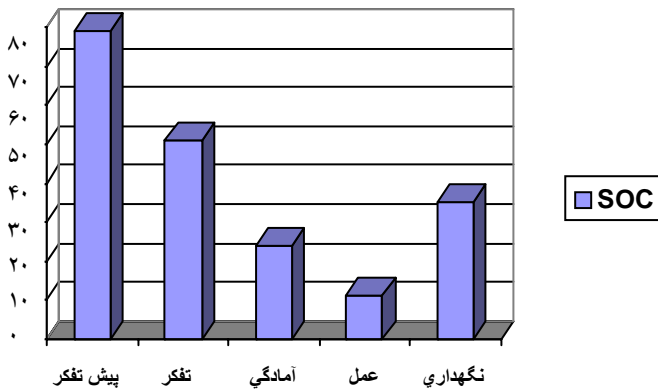
این مطالعه به روش مقطعی روی ۲۰۰ نفر از کارمندان ادارات مختلف شهر خرم‌آباد صورت گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت دو مرحله‌ای خوشه‌ای انجام شد. به این ترتیب که ابتدا بصورت پیش فرض قرار بر این بود که ۲۰ اداره و سازمان از لیست ادارات خرم‌آباد انتخاب شوند و سپس ۱۰ کارمند سیگاری و یا سیگار ترک کرده از هر کدام بطور تصادفی انتخاب گردد، ولی به علت عدم همکاری برخی کارمندان، به ۳۸ اداره و سازمان مراجعه شد و از هر کدام تعدادی کارمند سیگاری و یا سیگار ترک کرده تا کمتر از ۱۰ نفر بطور تصادفی انتخاب گردید.

روش بررسی در این مطالعه تکمیل ابزار جمع‌آوری اطلاعات (پرسشنامه) توسط افراد مورد بررسی بود. این پرسشنامه شامل دو بخش بود. بخش اول خصوصیات دموگرافیک مشتمل بر (سن، وضعیت تاهل، بعد خانوار، میزان تحصیلات، درآمد ماهیانه، سالهای مصرف سیگار، مبتلا بودن به عوارض ناشی از سیگار) بود.

بخش دوم پرسشنامه شامل سوالات مراحل تغییر ترک سیگار بود که این مراحل به وسیله پرسشنامه‌ای که توسط Di Clement و همکاران طراحی شده بود اندازه‌گیری شد (۱۵). جهت تعیین روایی پرسشنامه از نظر متخصصین استفاده گردید و پایایی پرسشنامه با انجام مطالعه مقدماتی مورد تایید قرار گرفت.

نگهداری بودند و این در حالی است که ۳۵/۶ درصد افراد با سنوات مصرف سیگار بالای ۲۵ سال در مرحله نگهداری قرار داشتند (جدول ۳).

همچنین بین مبتلا شدن به عوارض پزشکی ناشی از سیگار و قرار گرفتن در مراحل تغییر از نظر آماری ارتباط معنی دار وجود داشت ($P=0/000$). بطوریکه ۴۲/۱ درصد افرادی که به عارضه مبتلا شده بودند در مرحله نگهداری قرار داشتند در حالیکه تنها ۱۱/۷ درصد افراد غیر مبتلا در مرحله نگهداری بودند (جدول ۴). بین وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، بعد خانوار و میزان درآمد و مراحل تغییر اختلاف معنی دار آماری مشاهده نگردید.



نمودار ۱: توزیع مراحل تغییر ترک سیگار در کارمندان مورد بررسی

تا ۴۲ سال و میانگین آن $17/80 \pm 9/89$ بود و تعداد نخ‌های سیگار مصرفی در روز ۱ تا ۴۰ عدد و میانگین $15/22 \pm 8/84$ بود. جدول ۱ خصوصیات دموگرافیک افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

از نظر قرار گرفتن در مراحل تغییر ۷۹ نفر (۳۹/۵ درصد) در مرحله پیش تفکر، ۵۱ نفر (۲۵/۵ درصد) در مرحله تفکر، ۲۴ نفر (۱۲ درصد) در مرحله آمادگی، ۱۱ نفر (۵/۵ درصد) در مرحله عمل و ۳۵ نفر (۱۷/۵ درصد) در مرحله نگهداری بودند (نمودار ۱).

رابطه‌ی معنی‌دار آماری بین سن و مراحل تغییر وجود داشت ($P=0/001$)، بطوریکه صفر درصد افراد ۲۰-۳۰ سال و ۳/۱ درصد افراد ۳۰-۴۰ سال در مرحله نگهداری بودند و این در حالی است که ۲۷/۵ درصد افراد بالای ۴۰ سال در این مرحله قرار داشتند (جدول ۲).

بین سالهای مصرف سیگار و قرار گرفتن در مراحل تغییر اختلاف معنی‌دار مشاهده گردید ($P=0/042$). بطوریکه ۴۱/۲ درصد از افرادی که سالهای مصرف سیگار آنها ۱۰-۲۵ سال بود در مرحله‌ی پیش تفکر قرار داشتند و تنها ۱۱/۳ درصد آنها در مرحله نگهداری بودند، ۳۹/۷ درصد افراد با سنوات کمتر از ۱۰ سال در مرحله در مرحله پیش تفکر بودند و ۱۳/۸ درصد در مرحله

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد بررسی بر حسب مشخصات دموگرافیک

متغیر	تعداد	درصد	متغیر	تعداد	درصد
گروه سنی					
۲۰-۳۰	۱۶	۸	درآمد		
۳۰-۴۰	۶۴	۳۲	۲۵۰ هزار تومان <	۹	۴/۵
>۴۰	۱۲۰	۶۰	بین ۲۵۰ تا ۵۰۰	۹۹	۴۹/۵
تحصیلات					
دیپلم	۷۰	۳۵	>۵۰۰ هزار	۹۲	۴۶
دانشگاهی	۱۳۰	۶۵	بعد خانوار		
تاهل			۱-۳ نفر	۵۲	۲۶
مجرد	۱۵	۷/۵	۳-۵ نفر	۱۲۳	۶۱/۵
متاهل	۱۸۵	۹۲/۵	>۵	۲۵	۱۲/۵
داشتن عوارض سیگار					
دارد	۳۸	۱۹	سالهای مصرف سیگار		
ندارد	۱۶۲	۸۱	<۱۰	۵۸	۲۹
			بین ۱۰ تا ۲۵ سال	۹۷	۴۸/۵
			>۲۵	۴۵	۲۲/۵

جدول ۲: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار بر حسب سن

سن	۲۰-۳۰ سال	۳۰-۴۰ سال	۴۰ سال و بالاتر	جمع
مراحل تغییر رفتار	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پیش تفکر	۹	۵۶/۳	۴۰	۳۳/۳
تفکر	۳	۱۸/۸	۲۵	۲۰/۸
آمادگی	۳	۱۸/۸	۱۵	۱۲/۵
عمل	۱	۶/۳	۷	۵/۸
نگهداری	۰	۰	۳۳	۲۷/۵
جمع	۱۶	۱۰۰	۱۲۰	۲۰۰
آزمون مجذور کای	$X^2=25/55$		$p=0/001$	

جدول ۳: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار بر حسب سالهای مصرف سیگار

سالهای مصرف سیگار	کمتر از ۱۰ سال	بین ۱۰-۲۵ سال	بیش از ۲۵ سال	جمع
مراحل تغییر رفتار	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پیش تفکر	۲۳	۳۹/۷	۱۶	۳۵/۶
تفکر	۱۸	۳۱	۷	۱۵/۶
آمادگی	۶	۱۰/۳	۳	۶/۷
عمل	۳	۵/۲	۳	۶/۷
نگهداری	۸	۱۳/۸	۱۶	۳۵/۶
جمع	۵۸	۱۰۰	۴۵	۲۰۰
آزمون مجذور کای	$X^2=16/01$		$p=0/042$	

جدول ۴: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار بر حسب داشتن عوارض ناشی از سیگار

عوارض مصرف	ندارد	دارد	جمع	
مراحل تغییر رفتار	تعداد	درصد	تعداد	
پیش تفکر	۷۲	۴۴/۴	۷۹	
تفکر	۴۱	۲۵/۳	۵۱	
آمادگی	۲۱	۱۳	۲۴	
عمل	۹	۵/۶	۱۱	
نگهداری	۱۹	۱۱/۷	۳۵	
جمع	۱۶۲	۱۰۰	۳۸	
آزمون مجذور کای	$X^2=22/18$		$p=0/000$	

بحث

و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ۳۱ درصد از افراد مورد پژوهش در مرحله پیش تفکر، ۳۰/۵ درصد در مرحله تفکر ۲۹/۲ درصد در مرحله آمادگی صفر درصد در مرحله عمل و ۹/۳ درصد افراد در مرحله نگهداری قرار داشتند (۱۶).

همانند یافته‌های مطالعه حاضر در مطالعه فوق نیز بیش از نیمی از افراد در مراحل پیش تفکر و تفکر بودند و حداقل افراد

نتایج بررسی حاضر نشان داد ۳۹/۵ درصد افراد در مرحله پیش تفکر، ۲۵/۵ درصد در مرحله تفکر، ۱۲ درصد در مرحله آمادگی، ۵/۵ درصد در مرحله عمل و ۱۷/۵ درصد در مرحله نگهداری قرار داشتند، یعنی اکثر افراد در مرحله پیش تفکر و کمترین تعداد در مرحله عمل بودند و بیش از نیمی از افراد مورد بررسی (۶۵٪) در مراحل پیش تفکر و تفکر قرار داشتند. Gunes

به مدت ۶ ماه و بیشتر در نظر گرفته شده بود (۲۰). حال آنکه در این مطالعه کسانی وارد شدند که به مدت حداقل یک ماه روزانه یک نخ سیگار یا بیشتر مصرف نموده بودند. همچنین جمعیت‌های مورد مطالعه در پژوهش‌های مختلف متفاوت می‌باشد در مطالعه حاضر تنها کارمندان ادارات و سازمانها که مدرک دیپلم و بالاتر داشتند شرکت نمودند. با توجه به اینکه اکثریت کارمندان در مرحله پیش تفکر و تفکر قرار داشتند، چنانچه تغییر رفتار در آنها صورت نگیرد انتظار می‌رود در آینده در معرض خطر عوارض و بیماریهای ناشی از سیگار قرار گیرند و باید در برنامه ریزیهای بهداشتی این افراد در اولویت قرار گیرند و مداخلات آموزشی با استراتژیهای متناسب با نیازهای آنها تدوین گردد. این افراد نمی‌توانند منافع و موانع ترک سیگار را درک و تجزیه و تحلیل کنند و خود را به مراحل پیشرفته تغییر برسانند. طبق مفروضات مدل، افرادی که در این مراحل هستند اطلاعاتی در مورد منافع ترک شده تغییر رفتار ندارند و یا نمی‌توانند بین منافع و موانع ترک رفتار غیر بهداشتی موازنه ایجاد کنند که این موضوع باید مورد توجه دست‌اندرکاران و سیاست‌گذاران بهداشتی قرار گیرد که گامهای لازم جهت ارتقای سطح آگاهی و تغییر نگرش و درک مردم برداشته شود. از طرف دیگر، افرادی که به مراحل بالاتر تغییر رسیده‌اند، در صورت نبود آموزش مداوم ممکن است در معرض خطر عود قرار گیرند و به عادات غیربهداشتی گذشته باز گردند (۲۱).

نکته دیگری که قابل ذکر است این است که از آنجایی که افراد در مراحل عمل و نگهداری، مراحل قبلی را پشت سر گذاشته و به این مرحله رسیده‌اند لازم است که مورد بررسی و مطالعه بیشتر قرار گیرند تا به این سوال پاسخ داده شود که آنها چگونه به این مرحله رسیده‌اند و چه راهی را طی نموده‌اند تا بدینوسیله بتوان مداخلات و برنامه ریزی‌های موثری را برای حرکت و پیشرفت سایر افراد که در مراحل اولیه تغییر به سر می‌برند تهیه و تدوین نمود.

مطالعه حاضر نشان داد اشخاص با سن بالاتر نسبت به افراد با سنین پائین تر بیشتر در مرحله نگهداری قرار داشتند، یعنی با افزایش سن تعداد بیشتری از افراد سیگار را به مدت بیش از ۶

در مرحله عمل بودند، ولی تعداد افرادی که در مرحله آمادگی قرار داشتند از مطالعه حاضر بیشتر بود. همچنین در مطالعه‌ای که توسط Wewers و همکاران در ایالات متحده آمریکا در سه مقطع زمانی متفاوت انجام گرفت در هر سه مرحله اکثریت افراد در مرحله پیش تفکر و حداقل افراد در مرحله آمادگی و عمل قرار داشتند (۱۷).

در مطالعه Tawafian و همکاران در بندرعباس نیز نتایج زیر گزارش شد، از بین ۲۱۲ نفر سیگاری، ۱۰۸ نفر در مرحله پیش تفکر، ۹۸ نفر در مرحله تفکر و ۶ نفر در مرحله آمادگی بودند (۱۸).

Alkar و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که ۵۶/۳ درصد افراد در مرحله پیش تفکر، ۱۶/۳ درصد افراد در مرحله تفکر، ۲۰/۴ درصد در مرحله آمادگی و ۳/۸ درصد در مرحله عمل قرار داشتند که در این مطالعه بیش از نیمی از افراد در مرحله پیش تفکر و کمترین تعداد در مرحله عمل قرار داشتند ولی به علت کم بودن تعداد افراد در مرحله نگهداری این مرحله از مطالعه حذف گردید (۱۹).

در مطالعه Pickett و همکاران نیز ۴۸ درصد افراد در مرحله پیش تفکر، ۴۴ درصد در مرحله تفکر، ۶ درصد در مرحله آمادگی و ۲ درصد در مرحله عمل بودند که در این مطالعه نیز اکثریت افراد در مرحله پیش تفکر و تفکر بودند و حداقل افراد در مرحله عمل بودند (۲۰). در بعضی از این مطالعات افراد سیگار ترک نموده (یعنی افرادی که در مرحله عمل و نگهداری قرار دارند) شرکت داده نشدند.

نتایج این مطالعه مطابق با یافته‌های بررسی حاضر نشان می‌دهد اکثریت افراد در مرحله پیش تفکر بودند و در این مطالعه نیز درصد بالایی از افراد ۸۲/۷ درصد در مراحل پیش تفکر و تفکر قرار داشتند و تعداد کمی در مرحله آمادگی بودند. مشاهده می‌شود که اکثر نتایج بدست آمده مشابه مطالعه حاضر است ولی برخی تفاوتها وجود دارد یکی از دلایل این اختلاف را می‌توان در رابطه با تعریف فرد سیگاری دانست بطوریکه برخی مطالعات معیار خاصی را برای فرد سیگاری مشخص نکرده‌اند (۱۷) در بعضی سیگار کشیدن حداقل یک نخ

ماه ترک نموده بودند که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود. این در حالی است که در برخی مطالعه رابطه معکوس بین سن افراد و قرار داشتن در مرحله پیش از تفکر مشاهده شده است (۱۷،۲۲). Orleans و همکاران همچنین Khuder و همکاران به این نتیجه رسیدند که افراد در سنین بالاتر علاقه بیشتری برای ترک سیگار دارند (۲۳،۲۴) که این موضوع می تواند بر اثر رشد آگاهی و تغییر نگرش آنها در رابطه با بیماریهای مرتبط با سیگار در سنین بالاتر باشد. به نظر می رسد با طولانی شدن اعتیاد به سیگار و سالهای مصرف آن، افزایش در آگاهی به خطرات سیگار نیز بوجود می آید و نگرش و درک افراد نسبت به اثرات آن تغییر می کند و پیشرفت در مراحل بوقوع می پیوندد. با افزایش سن با توجه به اینکه افراد در معرض عوارض کهولت و بیماریهای مختلف قرار می گیرند مراجعه بیشتری به پزشک دارند و طی این مراجعات و معاینات ممکن است به بیماریها و عوارضی که بعضاً از مصرف سیگار منشا گرفته شده باشد پی ببرند و احتمالاً ترس از بیماری و مرگ در آنها بیشتر می شود و تصمیم گیری برای ترک سیگار در آنها افزایش می یابد.

در ارتباط بین سالهای مصرف سیگار و مراحل تغییر، پژوهش حاضر نشان داد که افراد با سالهای مصرف بالاتر سیگار، بیشتر در مراحل بالاتر تغییر بودند که این یافته با نتایج الکار و همکاران همخوانی داشت بطوریکه آنها نیز در مطالعه خود نشان دادند که افرادی که در مرحله عمل قرار دارند مدت سیگار کشیدن طولانی تری داشتند (۱۹). با توجه به اینکه در مطالعه ما افراد در سنین بالاتر در مراحل پیشرفته تغییر قرار داشتند چون سالهای مصرف طولانی تر معمولاً در سنین بالاتر مشاهده می شود این نتیجه قابل پیش بینی بود.

یافته های مطالعه ما بیانگر آن است که بین داشتن عوارض پزشکی ناشی از مصرف سیگار و مراحل تغییر ارتباط معنی دار آماری وجود داشت بطوریکه ۴۲/۱٪ از افراد مبتلا به هرگونه عارضه سیگار در مرحله نگهداری قرار داشتند و تنها ۱۱/۷ درصد افراد سالم در این مرحله بودند که این یافته با نتایج بدست آمده از مطالعه Prof و همکاران مشابه می باشد (۲۵). بطوریکه

وی در مطالعه خود گزارش نمود کسانی که شکایت جسمی ناشی از مصرف سیگار را تجربه نموده بودند در مراحل بالاتر تغییر قرار داشتند، بنابراین از دست دادن سلامت و بروز مشکلات جسمی می تواند عاملی برای تصمیم گیری در ترک سیگار شود. لازم است در برنامه های کنترل مصرف سیگار عوارض و بیماریهای ناشی از سیگار و جدیت آنها به مردم شناسانده شود و در این رابطه برنامه های آموزشی در نظر گرفته شود بطوریکه افراد تا زمانی که سالم هستند و دچار عارضه خاصی نشده اند در مورد ترک سیگار فکر و تصمیم گیری کنند و متوجه عواقب رفتار غیر بهداشتی خویش باشند و اگر مصرف سیگار را ادامه می دهند به معاینات دوره ای بپردازند تا در صورت بروز عوارض جسمی بتوانند سریع تر جهت درمان اقدام نمایند.

از دیگر نتایج این مطالعه آن بود که بین مراحل مختلف ترک سیگار با بعد خانوار، وضعیت تأهل، میزان درآمد و تحصیلات، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. در مطالعه Prof و همکاران نیز نشان داده شد که بین ویژگی های خانوادگی و تعداد فرزندان در خانواده با وضعیت ترک سیگار ارتباط معنی دار وجود ندارد (۲۵). از محدودیت های این مطالعه که شاید باعث عدم تفاوت وضعیت تأهل و مراحل تغییر باشد تعداد کم افراد مجرد بود بطوری که تنها ۷/۵ درصد افراد نمونه مجرد بودند. بنابراین مقایسه این دو گروه در مطالعه ما از اهمیت چندانی برخوردار نبود. این محدودیت در مورد میزان درآمد نیز وجود داشت بطوریکه افراد به علت مسائل فرهنگی معمولاً درآمد اصلی خود را بیان نمی کردند و سطح آن را پائین تر از حدود واقعی ذکر می نمودند.

یافته های بررسی ما گویای این است که ۴۲/۳ درصد افراد با تحصیلات دانشگاهی در مرحله پیش تفکر و تنها ۵/۴ درصد در مرحله عمل و ۱۸/۵ درصد در مرحله نگهداری قرار داشتند. که این یافته مطابق با نتایج مطالعه الکار و همکاران بود که در آن نیز سطح سواد بالاتر در مراحل پیش تفکر و تفکر مشاهده شد (۱۹). ممکن است این موضوع به دلیل عدم اطلاع از برنامه های ترک سیگار علیرغم تحصیلات بالای افراد

که چگونه این افراد خود را از مراحل ابتدایی به این مراحل رسانده‌اند تا بدینوسیله بتوان نتایج آن را در برنامه‌ریزی‌های آتی برای تدوین مداخلات مناسب و کار ساز به کار بست. لازم است در آینده مطالعات بیشتری در جهت بررسی علل عدم پیشرفت افراد در مراحل تغییر رفتار صورت گیرد تا از طریق آن مطالعات بتوان در جهت تدوین اقدامات مناسب و مؤثر و برنامه‌ریزی صحیح برای کاهش و ترک سیگار گام برداشت.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از ریاست محترم ادارات و سازمانهای شهر خرم آباد به علت همکاری صمیمانه آنها در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی نمایند.

باشد. همچنین لازم به ذکر است که تحصیلات به تنهایی نمی‌تواند باعث تغییر رفتار شود و علاوه بر افزایش سطح آگاهی و تحصیلات لازم است نگرش افراد نیز اصلاح شود تا به بهبود رفتار و ایجاد رفتارهای بهداشتی کمک نماید.

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد درصد بالایی از افراد در مراحل پیش تفکر و تفکر قرار دارند در این راستا، طراحی مداخلات و پیام‌های مناسب بهداشتی در زمینه ترک سیگار و اطلاع رسانی به عموم مردم به ویژه گروه‌هایی که بیشتر در این مراحل هستند توصیه می‌گردد. از آنجایی که درصد کمی از افراد در مراحل عمل و نگهداری بودند لازم است مورد بررسی بیشتر قرار گیرند تا تفاوت آنها با گروه‌های دیگر مشخص شود

منابع

- 1- Black J, Hawk JH, Keene AM. *Medical surgical of nursing*. 3th ed, Philadelphia: WB Saunders Publications.2001.P. 47.
- 2- Morray CGL, Lopez AD. *Alternative projection of mortality and disease by cawe:1990-2020:Global Burden of Disease Study*. Lancet. 1999;349(9064):1498-504.
- 3- World Health Organization. *Tobacco or Health: A global status report*. Geneva: WHO.1999.P.495.
- 4- Smith SC, Greenland Ph, Grundy SM. *Prevention conference: beyond secondary prevention: identifying the high-risk patient for primary prevention: executive summary*. Circulation. 2000;101(1):E16-22.
- 5- Tavakoli J, Ghahramani M, Moghiman M. *A Survey of stressor agents in smokers & non smokers young people in Gon Abad city*. The Journal of Ofogh-e-Danesh. 2005;10(1):60-5. [Persian].
- 6- Seyed Nozadi M. *Generalities and princiles of epidemiology*. Mashhad: Vaghei Publications; 1380.P.12. [Persian].
- 7- Phipps C. *Fundamental of nursing*.4th ed, Philadelphia: Lipincott Publications: 2001.P.50-2.
- 8- Delaun SC, Ladner PK. *Fundamental of nursing standard and practice*.2th ed, Albany: Delmar Publications; 1998.P. 75.
- 9- Prochaska JO, DiClemente CC. *Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. J Consult Clin Psych. 1983; 51: 390-5.
- 10- Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. *Planning Health Promotion Programs:An Intervention Mapping Approach*. San Francisco: Jossey-Bass Publications; 2006. P:238-48.
- 11- Coulson NS, Buchanan HB. *Student attendance at dental checkups: An application of the Trantheoretical Model*. Health Education Journal. 2002;61(4):309-14.

- 12- Prochaska JO, Velicer WF. *Transtheoretical model of behavior change*. American Journal of Health Promotion. 1997;12(1):38-48.
- 13- Prochaska JO, Goldstein MG. *Process of smoking cessation: Implications for clinicians*. Clinics in Chest Medicine. 1991;12(4):727-35.
- 14- Carlson LE, Taenzer P, Koopmans J, Casebeer A. *Predictive value of aspects of the transtheoretical model on smoking cessation in community-based, large-group cognitive behavioral program*. Addictive Behaviors. 2003;28(4):725-40.
- 15- DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Rossi JS, Velasquez MM. *The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation /action..* Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1991;59(2):295-304
- 16- Gunes G, Ilgar M, Karaoglu L. *The effectiveness of an education program on stages of smoking behavior for workers at a factory in turkey*. Industrial Health. 2007; 45(2):232-6.
- 17- Wewers ME, Stillman FA, Hartman AM, Shopland DR. *Distribution of daily smokers by stage of change: Current Population Survey results*. Preventive Medicine. 2003;36(6):710-20.
- 18- Tawafian S, Agha Molaei T, Zarea Sh. *Applying the transtheoretical model to stages of change of smoking among adult population in Bandar Abbas*. Payesh. 2009; 8(3):263-9. [Persian]
- 19- Alkar OY, Karanci AN. *What are the differences in decisional balance and self-efficacy between Turkish smokers in different stages of change?* Addictive Behaviors .2007;32(4):836-49.
- 20- Pickett W, Bains N. *Stages of adult smokers according to the transtheoretical model of behavioral change: analysis of an Eastern Ontario Cohort*. Canadian J Of Public Health. 1998;98(1):37-42.
- 21- Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL. *Cancer prevention center, transtheoretical model*. Available from: <http://www.uri.edu/research/cprc/transtheoretical.htm>. 30.5.2010.
- 22- Kaplan RM, Pirece JP, Gilpin EA, Johnson M, Bal DG. *Stages of smoking cessation: the 1990 California Tobacco Survey*. Tobacco Cont. 1993;2(2):139-44.
- 23- Orleans CT, Rimer BK, Cristinzio S, Keintz MK, Fleisger L. *A national survey of older smokers: Treatment needs of a growing population*. Health Psychol 1991; 10(5):343-51.
- 24- Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. *Age at smoking onset and its effect on smoking cessation*. Addictive Behaviors. 1999;24(5):673-7.
- 25- Prof UJ, Dipl CM, Psych D, Rumpf HJ, Hapk U. *Relation among stage of change, demographic characteristics, smoking history, and nicotine dependence in an adult German population*. Preventive Medicine. 2003;37(4):368-74.