Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences
High Risk Behavior Conference, Vol.18,No. 3, Suppl.1, 2010
Pages: 170-178

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۸،شماره ۳، ویژه نامه همایش رفتارهای پرخطر
صفحه: ۱۷۸-۱۷۰

بررسی وضعیت مراحل تغییر ترک سیگار درکارمندان شهر خرم آباد

سید سعید مظلومی[۱]، مریم دارایی*[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 می‌باشد. از جمله عادات نابجایی که سبب زندگی ناسالم می‌شود مصرف سیگار می‌باشد. طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی مصرف سیگار سالانه چهار میلیون مرگ را در پی دارد. کاربردی‌ترین مدل مرحله‌ای تغییر رفتار، الگوی فرا نظریه‌ای 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 نمونه‌گیری بصورت خوشه‌ای دو مرحله‌ای انجام شد و اطلاعات توسط پرسشنامه‌ای که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته بود گردآوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. P<۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

نتایج: میانگین سنی افراد۷/۸۵ ± ۴۲/۵ سال بود. از نظر قرار گرفتن در مراحل تغییر، ۷۹ نفر در مرحله پیش تفکر، ۵۱ نفردر مرحله تفکر،۲۴ نفردر مرحله آمادگی،۱۱ نفردر مرحله عمل و ۳۵ نفردر مرحله نگهداری بودند. بین سن افراد(p=۰/۰۰۱)، سالهای مصرف سیگار(p=۰/۰۴۲) و داشتن عوارض ناشی از سیگار(p=۰/۰۰۰) و قرار گرفتن در مراحل ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید و اختلاف معنی‌داری بین وضعیت تاهل، تحصیلات، بعد خانوار و درآمد و مراحل تغییروجود نداشت.

نتیجه گیری: در این مطالعه اکثریت افراد در مراحل ابتدایی تغییر قرار داشتند، بنابراین لازم است برنامه‌های آموزشی مناسب جهت آنها تدوین گردد. با توجه به این که ارتباط معنی‌داری بین سن و سالهای مصرف سیگار و قرار گرفتن در مراحل پیشرفته‌ی تغییر وجود داشت لازم است در سالهای ابتدایی مصرف سیگار افراد را از مشکلات، بیماریها و عوارض مواد دخانی آگاه نمود که هر چه سریع‌تر در مورد ترک سیگار تصمیم‌گیری نمایند.

واژه‌های کلیدی: مراحل تغییر- ترک سیگار- کارمند- خرم آباد

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۶۲۳۸۶۲۶ -۰۳۵۱، نمابر: ۶۲۳۸۵۵۵- ۰۳۵۱، پست الکترونیکی: maryamdaraee2001@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-01-30]

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 می‌باشد(۱).

مصرف سیگار به عنوان رایج‌ترین و ارزان‌ترین 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 می‌دهد، می‌تواند باعث کاهش ۲۰ تا ۲۵ سال از عمر افراد ۳۵ تا ۶۱ سالـــه، شود(۴).

براساس بررسی‌های به عمل آمده، یک سوم درآمد خانوار در خانواده‌های فقیر صرف مصرف سیگار می‌شود. در مورد شیوع استعمال سیگار نتایج بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در سال ۱۳۷۱، ۲۸/۶٪ مردان و ۳/۶٪ زنان بالای ۱۵ سال کشور سیگاری بوده‌اند(۵).

ارتقای بهداشت و تأمین سلامت افراد جامعه یکی از ارکان مهم پیشرفت جوامع می‌باشد(۶). حرفه‌های بهداشتی که قبلاً بر معالجه بیماری تمرکز می‌نمودند، 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 می‌باشد(۸).

کاربردی‌ترین مدل مرحله‌ای تغییر رفتار، الگوی فرا نظریه‌ای است(۹). این الگو مدل کامل و منسجمی است که چگونگی تغییر رفتار و زمان آن را پیش‌بینی می‌کند(۱۰). در این مدل فرض براین است که رفتار در یک مرحله خودبخودی وتصادفی ایجاد نمی‌شود بلکه در طی یک سری از مراحل انجام می‌گیرد. Prochaska و Diclement این مدل را به عنوان الگوی کلی تغییر رفتار عمدی پیشنهاد داده‌اند. کاربرد آن در دهه‌های اخیر به عنوان چهار چوبی برای آموزش سلامت افزایش یافته است(۱۱). این مدل بعدها توسط Prochaska و همکارانش در سال۱۹۸۳و Prochaska و Velicer 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 می‌آید فراهم می‌نماید. علی‌الخصوص در مورد افراد سیگاری تصور می‌شود که آنها یک سری مراحل رفتاری قابل پیش‌بینی را در پیشرفت بسوی کنار گذاشتن و دوری نمودن از مصرف سیگار طی می‌نماید(۱۳).

مدل مراحل تغییر شامل چهارسازه به نامهای مراحل تغییر(Stages of Change)، خودکارآمدی(Self-Efficacy)، موازنه تصمیم‌گیری(Decisional Balance) و فرآیند تغییر (Process of Change) می‌باشد(۱۰). که در اینجا مراحل تغییر شرح داده می‌شود. بر اساس این الگو، افراد از مجموعه‌ای از مراحل برای تغییر رفتار عبور می‌کنند که ۵ مرحله می‌باشد و عبارتند از: پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و تداوم(نگهداری).

مرحله پیش تفکر به مرحله‌ای گفته می‌شود 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 می‌کند، اما هنوز از آمادگی کامل برای اقدام لازم برخوردار نیست. در مرحله آمادگی، فرد برای تغییر آماده است و مقدمات شروع رفتار را فراهم می‌کند. در مرحله عمل، فرد رفتار خود را تغییر داده است اما مدت آن کمتر از ۶ ماه می‌باشد. به دلیل اینکه عملکرد قابل مشاهده است، تغییر رفتار اغلب معادل با عملکرد به کار می‌رود. 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).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-01-30]

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 خرم آباد صورت گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت دو مرحله‌ای خوشه‌ای انجام شد. به این ترتیب که ابتدا بصورت پیش فرض قرار بر این بودکه ۲۰ اداره و سازمان از لیست ادارات خرم آباد 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 وسازمان 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 سؤالات مراحل تغییر ترک سیگار بودکه 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.

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 تداوم 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 سیگاردر 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 قرارگرفت. $P<۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه دامنه سنی افراد مورد بررسی در سنین ۶۱-۲۴ با میانگین ۷/۸۵±۴۲/۵ بود. تعداد سالهای مصرف سیگار بین ۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-01-30]

تا ۴۲ سال و میانگین آن ۹/۸۹±۱۷/۸۰بود و تعداد نخ‌های سیگار مصرفی در روز۱ تا ۴۰ عدد و میانگین ۸/۸۴ ±۱۵/۲۲ بود. جدول ۱ خصوصیات دموگرافیک افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

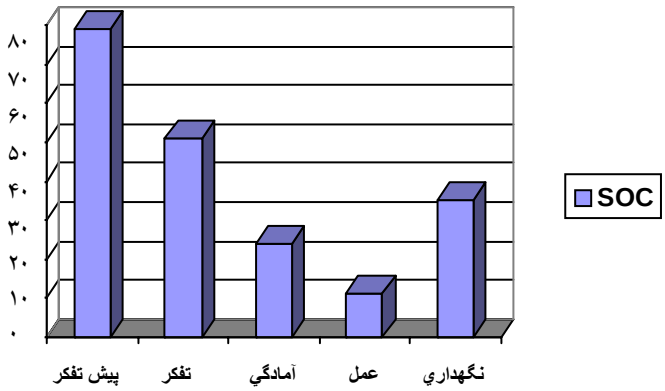
از نظر قرار گرفتن در مراحل تغییر ۷۹ نفر(۳۹/۵ درصد) در مرحله پیش تفکر، ۵۱ نفر(۲۵/۵ درصد) در مرحله تفکر،۲۴ نفر(۱۲ درصد) در مرحله آمادگی، ۱۱ نفر(۵/۵ درصد)در مرحله عمل و ۳۵ نفر(۱۷/۵ درصد) در مرحله‌ی نگهداری بودند(نمودار ۱).

رابطه‌ی معنی‌دار آماری بین سن و مراحل تغییر وجود داشت(P=۰/۰۰۱)، بطوریکه صفر درصد افراد ۳۰-۲۰ سال و ۳/۱ درصد افراد ۴۰-۳۰ سال در مرحله نگهداری بودند و این درحالی است که۲۷/۵ 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=۰/۰۴۲). بطوریکه ۴۱/۲ درصد از افرادیکه سالهای مصرف سیگار آنها ۲۵-۱۰ 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 مرحله در مرحله پیش تفکربودند و ۱۳/۸ درصد در مرحله نگهداری بودند و این درحالی است که۳۵/۶ 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 معنی‌دار وجود داشت(P=۰/۰۰۰). بطوریکه ۴۲/۱ درصد افرادیکه 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 معنی‌دار آماری مشاهده نگردید.



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

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

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

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-01-30]

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	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پیش تفکر	۹	۵۶/۳	۳۰	۴۶/۹	۴۰	۳۳/۳	۷۹	۳۹/۵
تفکر	۳	۱۸/۸	۲۳	۳۵/۹	۲۵	۲۰/۸	۵۱	۲۵/۵
آمادگی	۳	۱۸/۸	۶	۹/۴	۱۵	۱۲/۵	۲۴	۱۲
عمل	۱	۶/۳	۳	۴/۷	۷	۵/۸	۱۱	۵/۵
نگهداری	۰	۰	۲	۳/۱	۳۳	۲۷/۵	۳۵	۱۷/۵
جمع	۱۶	۱۰۰	۶۴	۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۲۰۰	۱۰۰
آزمون مجذور کای	X^2=۲۵/۵۵				p=۰/۰۰۱			

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

سالهای مصرف سیگار	کمتراز۱۰ سال		بین ۲۵-۱۰ سال		بیش از۲۵ سال		جمع	
مراحل تغییر رفتار	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پیش تفکر	۲۳	۳۹/۷	۴۰	۴۱/۲	۱۶	۳۵/۶	۷۹	۳۹/۵
تفکر	۱۸	۳۱	۲۶	۲۶/۸	۷	۱۵/۶	۵۱	۲۵/۵
آمادگی	۶	۱۰/۳	۱۵	۱۵/۵	۳	۶/۷	۲۴	۱۲
عمل	۳	۵/۲	۵	۵/۲	۳	۶/۷	۱۱	۵/۵
نگهداری	۸	۱۳/۸	۱۱	۱۱/۳	۱۶	۳۵/۶	۳۵	۱۷/۵
جمع	۵۸	۱۰۰	۹۷	۱۰۰	۴۵	۱۰۰	۲۰۰	۱۰۰
آزمون مجذور کای	X^2=۱۶/۰۱				p=۰/۰۴۲			

جدول ٤: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار بر حسب داشتن عوارض ناشی از سیگار

عوارض مصرف	ندارد		دارد		جمع	
مراحل تغییر رفتار	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پیش تفکر	۷۲	۴۴/۴	۷	۱۸/۴	۷۹	۳۹/۵
تفکر	۴۱	۲۵/۳	۱۰	۲۶/۳	۵۱	۲۵/۵
آمادگی	۲۱	۱۳	۳	۷/۹	۲۴	۱۲
عمل	۹	۵/۶	۲	۵/۳	۱۱	۵/۵
نگهداری	۱۹	۱۱/۷	۱۶	۴۲/۱	۳۵	۱۷/۵
جمع	۱۶۲	۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۲۰۰	۱۰۰
آزمون مجذور کای	**X2**=۲۲/۱۸				**p**=۰/۰۰۰	

بحث

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 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

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-01-30]

در مرحله عمل بودند، ولی تعداد افرادیکه 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 بین۲۱۲ 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 درمرحله تفکر، ۲۰/۴ درصد در مرحله آمادگی و ۳/۸ درصد در مرحله عمل قرار داشتندکه 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 در صد 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 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 درپژوهش‌های مختلف متفاوت می‌باشد در مطالعه حاضر تنها کارمندان ادارات و سازمانهاکه 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 اطلاعی در مورد منافع درک شده تغییر رفتار ندارند و یا نمی‌توانند بین منافع و موانع ترک رفتار غیر بهداشتی موازنه ایجادکنند که این موضوع باید مورد توجه دست‌اندرکاران و سیاست گذاران 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 رسیده اند لازم است که مورد بررسی و مطالعه بیشتر قرار گیرند تا به این سوال پاسخ داده شودکه 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 پائین‌تر بیشتر در مرحله نگهداری قرار داشتند، یعنی با افزایش سن تعداد بیشتری از افراد سیگار را به مدت بیش از ۶

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-01-30]

ماه ترک نموده بودند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. این در حالی است که در برخی مطالعه رابطه معکوس بین سن افرادو 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 می‌تواند بر اثر رشد آگاهی و تغییر نگرش آنها در رابطه با بیماریهای مرتبط با سیگاردر سنین بالاتر باشد. به نظر می‌رسد با طولانی شدن اعتیاد به سیگار و سالهای مصرف آن، افزایش در آگاهی به خطرات سیگار نیز بوجود می‌آید و نگرش و درک افراد نسبت به اثرات آن تغییر می‌کند و پیشرفت در مراحل بوقوع می‌پیوندد. با افزایش سن با توجه به اینکه افراد در معرض عوارض کهولت و بیماریهای مختلف قرارمی‌گیرند 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 می‌شود و تصمیم‌گیری برای ترک سیگار در آنها افزایش می‌یابد.

در ارتباط بین سالهای مصرف سیگار و مراحل تغییر، پژوهش حاضر نشان داد که افراد با سالهای مصرف بالاتر سیگار، بیشتر در مراحل بالاترتغییر بودندکه این یافته با نتایج الکار و همکاران همخوانی داشت بطوریکه آنها نیز در مطالعه‌ی خود نشان دادند که افرادی که در مرحله عمل قرار دارند مدت سیگار کشیدن طولانی‌تری داشتند(۱۹). با توجه به اینکه در مطالعه‌ی ما افراد در سنین بالاتر در مراحل پیشرفته تغییر قرار داشتند چون سالهای مصرف طولانی‌تر معمولا در سنین بالاتر مشاهده می‌شود این نتیجه قابل پیش‌بینی بود.

یافته‌های مطالعه ما بیانگر آن است که بین داشتن عوارض پزشکی ناشی از مصرف سیگار و مراحل تغییر ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت بطوریکه ۴۲/۱٪ از افراد مبتلا به هرگونه عارضه‌ی سیگار در مرحله نگهداری قرار داشتند و تنها۱۱/۷ درصد افراد سالم در این مرحله بودندکه این یافته با نتایج بدست آمده از مطالعه Prof و همکاران مشابه می‌باشد(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 می‌تواند عاملی برای تصمیم‌گیری در ترک سیگار شود. لازم است در برنامه‌های کنترل مصرف سیگار عوارض و بیماریهای ناشی از سیگار و جدیت آنها به مردم شناسانده شود و در این رابطه برنامه‌های آموزشی در نظر گرفته شود بطوریکه افراد تا زمانی که سالم هستند و دچار عارضه خاصی نشده‌اند در مورد ترک سیگار فکر و تصمیم‌گیری کنند و متوجه عواقب رفتار غیر بهداشتی خویش باشند و اگر مصرف سیگار را ادامه می‌دهند به معاینات دوره‌ای بپردازندتا در صورت بروز عوارض جسمی بتوانند سریع‌تر 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 معنی‌داری وجود نداشت. در مطالعه Prof و همکاران نیز نشان داده شد که بین ویژگی‌های خانوادگی و تعداد فرزندان در خانواده با وضعیت ترک سیگار ارتباط معنی‌دار وجود ندارد(۲۵). از محدودیت‌های این مطالعه که شاید باعث عدم تفاوت وضعیت تأهل و مراحل تغییر باشد تعداد کم افراد مجرد بود بطوری که تنها۷/۵ 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 نمی‌کردند و سطح آن را پائین‌تر از حدود واقعی ذکر می‌نمودند.

یافته‌های 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 مرحله‌ی نگهداری قرار داشتند .که این یافته مطابق با نتایج مطالعه الکارو همکاران بودکه در آن نیز سطح سواد بالاتر در مراحل پیش تفکر و تفکر مشاهده شد(۱۹). ممکن است این موضوع به دلیل عدم اطلاع از برنامه‌های ترک سیگار علیرغم تحصیلات بالای افراد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-01-30]

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 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.

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 Survay 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.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-01-30]

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 Molaee T, Zarea Sh. ***Applying the transtheoretical model to stages of change of smoking among adult population in Bndar Abas***. 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.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-01-30]