

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
شهید صدوقی یزد

دانشکده بهداشت

پایان نامه تحقیقاتی

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.Sc) آموزش بهداشت

موضوع:

بررسی عوامل پیش بینی کننده ترک سیگار در کارمندان شهر خرم آباد
بر اساس الگوی فرانظریه ای

استاد راهنما:

دکتر سید سعید مظلومی محمود آباد

اساتید مشاور:

دکتر سید مجتبی یاسینی اردکانی، دکتر حسین فلاح زاده

۱۱ / ۲ / ۱۳۸۹

دانشجو:

مریم دارایی

مجموعه خدمات درمانی یزد
شعبه بهداشت

سال تحصیلی

۸۸-۸۹

۱۳۵۳۴۷

بیا تا گل بر افشانیم و می درساغرانندیم

فلک را سقف بشکافیم و طرحی نو دراندازیم

اگر غم لشکر اندکیزد که خون عاشقان ریزد

من و ساقی بهم تازیم و بنیادش براندازیم

شراب ارغوانی را کلاب اندر قدح ریزیم

نسیم عطر گردان را شکر در محجر اندازیم

چو در دست رودی خوش بزن مطرب سرودی خوش

که دست افشان غزل خوانیم و یا کو یار سراندازیم

صبا خاک وجود ما بمان عالی جناب انداز

بود کان شاه خوبان را نظر در منظر انداز

یکی از عقل میآفد یکی طامات میآفد

بیا کین داورها را به پیش داور اندازیم

بهشت عدن اگر خواهی بیا با ما به میخانه

که از پای خمت روزی به حوض کوثر اندازیم

سخن دانی و خوش خوانی فی ورنند در شرار

بیا حافظ که تا خود را به ملکی دیگر اندازیم

تقدیم به گنگه سونیت

پدرم

و گنگه دوست و اشنیت

مادرم

و تقدیم به:

برادر عزیزم محمد مهدی که با مساعدت های خود همیشه لبخند را بر چهره من نهاد.

به خواهران مهربان و عزیزتر از جانم

فروزان، فخریه، فلور، سیده و سحیلا

به خواهرزاده های دلبندم

رضا، پریشان، آریان، امید، گلین، جیران، یاسمن، ارمان، نازنین و سکیبا

و تقدیم به همکلاسی ها و هم لاتی های خوبم که عشق و امید را در کنارشان آموختم

خانم ها اله، فاطمه، آرزو، سحیلا و آقای امین میرزایی و خانم ها مرجان خرسند و اله صفایی

و دوست خوبم فاطمه شهبازی

مجلس از هر چیز بزرگتر خود لازم میدارم که از اساتید گرامر و فرزانه ام بی پاس زحمات
بی دریغشان تقدیر و تسکین فرمایم:

استاد راهنما	دکتر سید سعید مظلومی
استاد مشاور	دکتر سید مجتبی یاسینی اردکانی
استاد مشاور آمار	دکتر حسین فلاح زاده
ریاست محترم دانشکده بهداشت	دکتر محمد حسن احرام پوش
داور	خانم دکتر فاطمه حسینی
داور	دکتر محمد حسین باقیانی مقدم
	دکتر محمد علی مروقی شریف آباد
	دکتر محمود وکیل

همچنین از کتبه عزیزانی که مراد انجام لین پروژه یاری نمودند مراتب قدر دانی و سپاس خود را اعلام میدارم:
سرکار خانم فرحناز خیرری کارشناس محترم امور دانشجویان کارشناسی ارشد
سرکار خانم فرخ قاروت
خانم فاطمه باغستانی مدیریت محترم خوابگاه و سایر کارکنان خوابگاه
آقای علی امیری مقدم

آقای مجید قدیریان

دوست خوبم شبنم آبت الهی

همکاران پروژه چاکا از دانشگاه Rhode Island و کارلودی کلنت از دانشگاه Houston

و همکاران خوبم آقای خسرو کریم رزاد و خانم فتنه قادری

مصرف سیگار به عنوان رایجترین و ارزانتین ماده اعتیاد آور دارای عوارض زیانبار جسمی و روانی است. سیگار علت عمده سرطان ریه، افزایش ضربان قلب، فشار خون، زخم معده و روده است و در بسیاری از مشکلات جسمی دیگر از جمله در بیماریهای قلب و عروق، سکته مغزی، اختلالات چشمی و شنوایی، چهارده نوع سرطان مختلف و غیره نقش دارد. طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی تنها مصرف سیگار سالانه چهار میلیون مرگ را در پی دارد. سهم کشورهای در حال توسعه از استعمال دخانیات معادل ۷۰ درصد کل مصرف دخانیات جهان است. در مورد شیوع استعمال سیگار نتایج بررسیهای انجام شده نشان می دهد که در سال ۱۳۷۱، ۲۸.۶٪ مردان و ۳.۶٪ زنان بالای ۱۵ سال کشور سیگاری بوده اند. الگوی فرانتزیه ای مدل کامل و منسجمی در تغییر رفتار است که چگونگی تغییر رفتار و زمان آن را پیش بینی می کند. این مدل برای اولین بار است که در مورد ترک سیگار در ایران بکار می رود. هدف از انجام این مطالعه بررسی عوامل پیش بینی کننده ترک سیگار بر اساس الگوی فرانتزیه ای است تا بتوان بر اساس آن برنامه آموزشی مناسب تهیه و تدوین نمود.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بود. جهت تعیین حجم نمونه با توجه به اینکه در مدل مورد استفاده برای این مطالعه از تحلیل رگرسیون استفاده شده از آمار متغیر در مدل ۱۰ نفر وارد شد. با توجه به اینکه ۲۱ متغیر در مدل داشتیم ۲۱۰ نفر از کارمندان سیگاری یا سیگار ترک کرده شهر خرم آباد قرار شد در مطالعه شرکت کنند که بررسی بر روی ۲۰۰ نفر انجام شد. روش نمونه گیری به صورت دو مرحله ای خوشه ای انجام شد. روش بررسی در این مطالعه تکمیل ابزار جمع آوری اطلاعات (پرسشنامه) توسط افراد مورد بررسی بود. این ابزار از دو قسمت تشکیل شده بود: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک مشتمل بر سن، بعد خانوار، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، میزان درآمد، سالهای مصرف سیگار و داشتن عارضه ناشی از مصرف بود. بخش دوم، سازه های مدل TTM شامل مراحل تغییر رفتار، وسوسه/خودکار آمدی، موازنه تصمیم گیری و فرایندهای تغییر بود. جهت تعیین روایی ابزارهای مورد استفاده از نظر متخصصین استفاده شد و جهت تعیین پایایی آیتام ها طی یک مطالعه مقدماتی $n=20$ با محاسبه آلفای کرونباخ، دامنه آلفا (۰/۸۷-۰/۸۱) نسبتاً خوب بدست آمد. داده ها بوسیله نرم افزار SPSS مدل ۱۱/۵ و آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

بر اساس نتایج بدست آمده میانگین سنی افراد مورد بررسی $42/5 \pm 7/85$ ، میانگین تعداد سالهای مصرف سیگار $17/80 \pm 9/89$ و میانگین تعداد نخ های مصرف سیگار $15/22 \pm 8/84$ بود. ۳۹/۵ درصد 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 بودند. یافته های این پژوهش ارتباط معنی داری بین مراحل تغییر رفتار و سازه های مدل TTM شامل خودکارآمدی/وسوسه، موازنه تصمیم گیری و فرایندهای تغییر رفتار (بجز فرایند کنترل محرک) نشان داد ($P=0/000$). بطوریکه با پیشرفت افراد در طول مراحل تغییر از پیش تفکر تا نگهداری در بعضی سازه ها تا آمادگی و عمل بر میانگین این سازه ها (بجز منافع درک شده و وسوسه) افزوده گردید و در مورد این دو سازه نیز با پیشرفت افراد در طول مراحل تغییر از میزان وسوسه کاسته شد و منافع درک شده از مرحله پیش تفکر تا آمادگی کاسته شد و در مرحله عمل و نگهداری مجدداً افزایش یافت. همچنین همبستگی بین سازه های الگو نشان داد که تمامی سازه ها با هم ارتباط معنی داری دارند. با توجه به یافته های این مطالعه اثر خودکارآمدی/وسوسه و فرایندهای شناختی تغییر بر روی مراحل تغییر رفتار مهمتر از سایر سازه های مدل بود.

بحث

نتایج این مطالعه نشان می دهد که ۶۵٪ از کارمندان مورد بررسی در مراحل اولیه تغییر بودند و تعداد کمی از آنها در مراحل عمل و نگهداری قرار داشتند. این موضوع می رساند که افراد تمایلی به تغییر ندارند. در این رابطه طراحی برنامه های آموزشی مناسب و مداوم بخصوص برای افراد در مرحله پیش تفکر و تفکر توصیه می گردد. و از آنجائیکه مهمترین عوامل تعیین کننده ترک سیگار در این مطالعه فرایندهای شناختی تغییر و خودکارآمدی/وسوسه بود لذا پیشنهاد می شود سیاستها و برنامه هایی جهت تقویت این عوامل به منظور ترک سیگار از سوی ادارات و سازمانها تدارک دیده شود. نهایتاً نتایج این مطالعه نشان میدهد برای مداخلات آموزشی جهت ترک سیگار می توان از الگوی فرانظریه ای استفاده کرد.

واژگان کلیدی: الگوی فرانظریه ای، ترک سیگار، کارمند، خرم آباد

فصل اول: معرفی پژوهش

۱-۱-۱: مقدمه.....	۱
۱-۱-۱: تعریف موضوع.....	۱
۱-۱-۲: بیان مسئله.....	۱
۲-۱: اهمیت موضوع.....	۳
۳-۱: اهداف پژوهش.....	۵
۱-۳-۱: هدف کلی.....	۵
۲-۳-۱: اهداف ویژه.....	۵
۳-۳-۱: هدف کاربردی.....	۶
۴-۱: سوالات پژوهش.....	۶
۵-۱: فرضیات.....	۷
۶-۱: تعریف واژه ها.....	۷
۱-۶-۱: الگوی فرآیند نظریه ای.....	۷
۲-۶-۱: مراحل تغییر.....	۸
۳-۶-۲: خودکارآمدی/وسوسه.....	۸
۴-۶-۱: موازنه تصمیم گیری.....	۸
۵-۶-۱: فرایندهای تغییر.....	۹
۶-۶-۱: کارمند.....	۹
۷-۶-۱: فرد سیگاری.....	۹
۸-۶-۱: حداقل زمان مصرف سیگار.....	۹
۹-۶-۱: عوارض ناشی از سیگار.....	۹

فصل دوم: کلیات

۱-۲: کلیاتی در مورد توتون و تنباکو.....	۱۰
۱-۱-۲: تاریخچه.....	۱۰
۲-۱-۲: ورود تنباکو به ایران.....	۱۱
۲-۲: توتون.....	۱۱
۱-۲-۲: تنباکوی کشیدنی.....	۱۲
۱-۱-۲-۲: سیگار، سیگارت، سیگار برگ.....	۱۲
۲-۱-۲-۲: قلیان، چپق، پیپ.....	۱۳

- ۲-۲-۲: تنباکوی غیر کشیدنی..... ۱۴
- ۳-۲-۲: مواد شیمیایی و فارماکولوژی حاصل از سوختن توتون..... ۱۴
- ۳-۲: شرح مختصری در مورد نیکوتین، مونو اکسید کربن و قطران..... ۱۶
- ۱-۳-۲: نیکوتین..... ۱۶
- ۱-۱-۳-۲: نورو فارماکولوژی نیکوتین..... ۱۶
- ۲-۱-۳-۲: اختلالات وابسته به نیکوتین..... ۱۶
- ۳-۱-۳-۲: ویژگیهای بالینی مصرف نیکوتین..... ۱۷
- ۴-۱-۳-۲: اثرات نامطلوب نیکوتین..... ۱۷
- ۵-۱-۳-۲: اثرات نیکوتین بطور خلاصه..... ۱۸
- ۲-۳-۲: قطران (تار)..... ۱۸
- ۳-۳-۲: مونو اکسید کربن..... ۱۸
- ۴-۲: زیانهای سیگار..... ۱۹
- ۱-۴-۲: زیانهای فردی..... ۱۹
- ۱-۱-۴-۲: جسمی..... ۱۹
- ۲-۱-۴-۲: کودکان..... ۱۹
- ۳-۱-۴-۲: بزرگسالان..... ۲۰
- ۴-۱-۴-۲: جنین زنان حامله سیگاری..... ۲۰
- ۲-۴-۲: زیانهای اجتماعی..... ۲۰
- ۱-۲-۴-۲: خانواده..... ۲۰
- ۲-۲-۴-۲: جامعه..... ۲۱
- ۳-۴-۲: زیانهای اقتصادی..... ۲۱
- ۵-۲: بیماریها..... ۲۲
- ۱-۵-۲: بیماریهای تنفسی..... ۲۳
- ۱-۱-۵-۲: سرطان ریه..... ۲۳
- ۲-۱-۵-۲: برونشیت و آمفیزم..... ۲۳
- ۳-۱-۵-۲: COPD..... ۲۴
- ۲-۵-۲: بیماریهای غیر تنفسی..... ۲۵
- ۱-۲-۵-۲: دردهای قلبی..... ۲۵
- ۲-۲-۵-۲: بیماریهای عروق مغزی..... ۲۵

- ۲۶..... ۳-۲-۵-۲: زخم اثنی عشر
- ۲۶..... ۴-۲-۵-۲: سیگار و دیابت
- ۲۶..... ۶-۲: مقبولیت اجتماعی مصرف دخانیات
- ۲۷..... ۱-۶-۲: اهمیت کنترل موثر دخانیات
- ۲۸..... ۲-۶-۲: مزایای بهداشتی ترک دخانیات
- ۲۹..... ۷-۲: الگوی فرانظریه ای
- ۳۰..... ۸-۲: عوامل تعیین کننده الگوی فرانظریه ای (سازه های اصلی مدل)
- ۳۰..... ۱-۸-۲: مراحل تغییر
- ۳۱..... ۱-۱-۸-۲: مرحله پیش تفکر
- ۳۲..... ۲-۱-۸-۲: مرحله تفکر
- ۳۲..... ۳-۱-۸-۲: مرحله آمادگی
- ۳۲..... ۴-۱-۸-۲: مرحله عمل
- ۳۳..... ۵-۱-۸-۲: مرحله تداوم
- ۳۳..... ۲-۸-۲: خودکارآمدی/وسوسه
- ۳۴..... ۳-۸-۲: موازنه تصمیم گیری
- ۳۴..... ۴-۸-۲: فرایندهای تغییر
- ۳۵..... ۱-۴-۸-۲: آگاهی افزایی
- ۳۵..... ۲-۴-۸-۲: آزادی اجتماعی
- ۳۶..... ۳-۴-۸-۲: تسکین سریع
- ۳۶..... ۴-۴-۸-۲: خودارزیابی مجدد
- ۳۶..... ۵-۴-۸-۲: خودآزادی
- ۳۷..... ۶-۴-۸-۲: شرایط مغایر
- ۳۷..... ۷-۴-۸-۲: کنترل محرک
- ۳۷..... ۸-۴-۸-۲: مدیریت تقویت
- ۳۷..... ۹-۴-۸-۲: ارتباطات یاری دهنده
- ۳۸..... ۱۰-۴-۸-۲: ارزیابی مجدد محیط
- ۳۹..... ۹-۲: مروری بر مطالعات مشابه
- ۳۹..... ۱-۹-۲: مطالعات انجام شده در خارج کشور
- ۴۶..... ۲-۹-۲: مطالعات انجام شده در داخل کشور

فصل سوم: مواد و روشها

۴۷	۱-۳: جامعه مورد بررسی.....
۴۷	۲-۳: نوع و روش مطالعه.....
۴۷	۳-۳: روش نمونه گیری و چگونگی تعیین حجم نمونه.....
۴۷	۴-۳: تعیین نوع و تعریف متغیرهای مورد بررسی الگوفرانظریه ای.....
۴۷	۱-۴-۳: متغیر وابسته.....
۴۷	۲-۴-۳: متغیرهای مستقل.....
۵۰	۵-۳: توضیح روش بررسی و ابزار جمع آوری داده ها.....
۵۰	۱-۵-۳: بخش های مختلف ابزار جمع آوری داده ها.....
۵۰	۱-۱-۵-۳: مقیاس مراحل تغییر رفتار.....
۵۱	۲-۱-۵-۳: مقیاس خود کارآمدی /وسوسه.....
۵۲	۳-۱-۵-۳: مقیاس موازنه تصمیم گیری.....
۵۳	۴-۱-۵-۳: مقیاس فرایندهای تغییر.....
۵۳	۶-۳: تعیین روایی و اعتبار ابزار مورد بررسی.....
۵۳	۱-۶-۳: تعیین وضوح آیتم ها.....
۵۳	۲-۶-۳: تعیین روایی صوری.....
۵۴	۳-۶-۳: تعیین روایی محتوا.....
۵۴	۴-۶-۳: تعیین پایایی پرسشنامه.....
۵۵	۷-۳: روش انجام کار.....
۵۶	۸-۳: محدودیت ها و مشکلات اجرایی و اخلاقی تحقیق.....
۵۶	۸-۴: ملاحظات اخلاقی.....

فصل چهارم: نتایج

۵۸	۱-۴: اطلاعات دموگرافیک و نتایج توصیفی.....
۸۰	۲-۴: نتایج تحلیلی.....
۹۱	۱-۲-۴: نتایج آنالیز رگرسیون.....
۹۲	۲-۲-۴: نتایج آنالیز مسیر مبتنی بر رگرسیون.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۹۸	۱-۵: بحث.....
۱۱۱	۲-۵: نتیجه گیری.....

۱۱۲.....	۳-۵: پیشنهادات
۱۱۵.....	برنامه آموزشی
۱۱۹.....	چکیده انگلیسی
۱۲۰.....	منابع

فهرست جداول

۴۹.....	جدول شماره ۳-۱: تعیین و نوع متغیر های مورد بررسی
۵۵.....	جدول ۳-۲: میزان آلفای کرونباخ سازهای مورد مطالعه بر اساس اطلاعات حاصله از کل حجم نمونه
۵۸.....	جدول شماره ۴-۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک کارمندان مورد بررسی
۶۰.....	جدول شماره ۴-۲: توزیع مراحل تغییر ترک سیگار در کارمندان مورد بررسی
۶۱.....	جدول شماره ۴-۳: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار بر حسب سن
۶۲.....	جدول شماره ۴-۴: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار بر حسب بعد خانوار
۶۳.....	جدول شماره ۴-۵: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار بر حسب وضعیت تاهل
۶۴.....	جدول شماره ۴-۶: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار بر حسب میزان درآمد
۶۵.....	جدول شماره ۴-۷: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار بر حسب سالهای مصرف سیگار
۶۶.....	جدول شماره ۴-۸: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار بر حسب سطح تحصیلات
۶۷.....	جدول شماره ۴-۹: توزیع فراوانی مراحل تغییر رفتار بر حسب داشتن عوارض ناشی از سیگار
۶۸.....	جدول شماره ۴-۱۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات خودکارآمدی/ وسوسه در ترک سیگار
۷۱.....	جدول شماره ۴-۱۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات منافع درک شده سیگار کشیدن
۷۳.....	جدول شماره ۴-۱۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات موانع درک شده سیگار کشیدن
۷۵.....	جدول شماره ۴-۱۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات فرایندهای تغییر رفتار (آگاهی افزایی - ارزیابی مجدد محیط)
۷۶.....	جدول شماره ۴-۱۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات فرایندهای تغییر رفتار (خود ارزیابی مجدد - آزادی اجتماعی)
۷۷.....	جدول شماره ۴-۱۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات فرایندهای تغییر رفتار (تسکین سریع - ارتباطات یاری دهنده)
۷۸.....	جدول شماره ۴-۱۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات فرایندهای تغییر رفتار (خودآزادی - شرایط مغایر)
۷۹.....	جدول شماره ۴-۱۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات فرایندهای تغییر رفتار (مدیریت تقویت - کنترل محرک)

- جدول شماره ۴-۱۸: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه های الگوی فرانظریه ای مراحل تغییر (خود کارآمدی موازنه تصمیم گیری، و فرایندهای تغییر رفتار) در مراحل تغییر رفتار..... ۸۰
- جدول شماره ۴-۱۹: مقایسه میانگین و انحراف معیار اجزای فرایندهای تغییر رفتار..... ۸۱
- جدول شماره ۴-۲۰: مقایسه میانگین و انحراف معیار اجزاء موازنه تصمیم گیری بر حسب مراحل تغییر رفتار..... ۸۳
- جدول شماره ۴-۲۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار خود کار آمدی و موازنه تصمیم گیری و فرایندهای تغییر بر حسب سن..... ۸۴
- جدول شماره ۴-۲۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار خود کار آمدی و موازنه تصمیم گیری و فرایندهای تغییر بر حسب وضعیت تاهل..... ۸۵
- جدول شماره ۴-۲۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار خود کار آمدی و موازنه تصمیم گیری و فرایندهای تغییر بر حسب بعدخانوار..... ۸۶
- جدول شماره ۴-۲۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار خود کار آمدی و موازنه تصمیم گیری و فرایندهای تغییر بر حسب تحصیلات..... ۸۷
- جدول شماره ۴-۲۵: مقایسه میانگین و انحراف معیار خود کار آمدی و موازنه تصمیم گیری و فرایندهای تغییر بر حسب میزان درآمد ماهیانه..... ۸۸
- جدول شماره ۴-۲۶: مقایسه میانگین و انحراف معیار خود کار آمدی و موازنه تصمیم گیری و فرایندهای تغییر بر حسب سالهای مصرف سیگار..... ۸۹
- جدول شماره ۴-۲۷: مقایسه میانگین و انحراف معیار خود کار آمدی و موازنه تصمیم گیری و فرایندهای تغییر بر حسب عوارض ناشی از مصرف سیگار..... ۹۰
- جدول ۴-۲۸: ماتریس ضریب همبستگی اجزای مدل مراحل تغییر رفتار..... ۹۱
- جدول ۴-۲۹: شاخص های آنالیز رگرسیون اجزاء مدل مراحل تغییر رفتار..... ۹۳
- جدول ۴-۳۰: آنالیز رگرسیون سازه های مدل مراحل تغییر در پیش گویی مراحل تغییر رفتار ترک سیگار..... ۹۳
- جدول ۴-۳۱: آنالیز رگرسیون منافع درک شده، موانع درک شده، فرایندهای شناختی و رفتاری تغییر در پیش گویی خودکار آمدی..... ۹۴
- جدول ۴-۳۲: آنالیز رگرسیون موانع درک شده، فرایندهای شناختی و رفتاری تغییر در پیش گویی منافع درک شده..... ۹۴
- جدول ۴-۳۳: آنالیز رگرسیون موانع درک شده، فرایندهای شناختی تغییر در پیش گویی فرایندهای رفتاری تغییر..... ۹۵
- جدول ۴-۳۴: آنالیز رگرسیون موانع درک شده در پیش گویی فرایندهای شناختی تغییر..... ۹۵

جدول شماره ۴-۳۵: اثر کلی خودکارآمدی، فرایندهای رفتاری و شناختی تغییر و منافع و موانع درک شده در پیشگویی مراحل تغییر رفتار ترک سیگار..... ۹۷

فهرست شماها

شما ۱-۲: ارتباط بین سازه های مدل فرانظریه ای تغییر..... ۳۰

شما ۲-۲: مراحل تغییر رفتار الگوی فرانظریه ای..... ۳۱

شما ۲-۳: ارتباط بین خودکارآمدی و مراحل تغییر..... ۳۴

شما ۱-۴: الگوی آنالیز مسیر مبتنی بر سازه های مدل مراحل تغییر..... ۹۶

پیوست

پرسشنامه..... ۱۳۱

برگ ارزشیابی پایان نامه..... ۱۳۵

فصل ۱

معرفی پژوهش

۱-۱: مقدمه

۱-۱-۱: تعریف موضوع

سبک زندگی نامناسب یکی از عوامل تاثیر گذار 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].

عادات غیر بهداشتی شامل عدم فعالیت فیزیکی، مصرف غذاهای پرکالری، مصرف الکل، سیگار و در معرض استرس های محیطی بودن می باشند [۲].

مصرف سیگار به عنوان رایجترین و ارزاترین ماده اعتیاد آور دارای عوارض زیانبار جسمی و روانی است. سیگار علت عمده سرطان ریه، افزایش ضربان قلب، فشار خون، زخم معده و روده است و در بسیاری از مشکلات جسمی دیگر از جمله در بیماریهای قلب و عروق، سکنه مغزی، اختلالات چشمی و شنوایی، چهارده نوع سرطان مختلف و غیره نقش دارد. مصرف هر سیگار بیش از ۵ دقیقه از عمر انسان را می کاهد و در کشور سالانه ۵۰ هزار نفر بر اثر استعمال این ماده فوت می کنند. از نظر اقتصادی مصرف دخانیات صدمات مالی جبران ناپذیری به خانواده و اجتماع وارد می سازد [۳].

۱-۱-۲: بیان مسئله

طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی تنها مصرف سیگار سالانه چهار میلیون مرگ را در پی دارد [۴]. سهم کشورهای در حال توسعه از استعمال دخانیات معادل ۷۰ درصد کل مصرف دخانیات جهان است [۵]. به رغم خطرات شناخته شده و هشدارهای مکرر، امروزه بیش از یک میلیارد نفر در جهان سیگاری هستند [۶].

بیماریهای کشنده ناشی از مصرف سیگار شامل بد خیمی چند ارگان در بدن، بیماریهای انسدادی ریه و بیماریهای قلبی عروقی هستند که بیماری اخیر شایعترین علت مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته است [۷].

مصرف دخانیات به عنوان یکی از عوامل خطر مهم و افزایش دهنده بار کلی بیماریها در دنیا خصوصا در

ارتباط با بیماریهای مزمن و غیر واگیری چون بیماریهای قلبی- عروقی، بیماریهای تنفسی، سرطان و سکتة مغزی مطرح میباشد. این بیماریها در کنار چاقی و دیابت در مجموع مسئول ۵۹٪ از ۵۷ میلیون مرگ و ۴۶٪ از بار کلی بیماریها در دنیا تا سال ۲۰۰۳ میلادی میباشند [۸].

دخانیات بزرگترین عامل مرگ قابل کنترل در جهان می باشد [۹]. در همین رابطه برآورد شده است که مصرف سیگار در جهان سالانه باعث مرگ چهار میلیون نفر می شود. بر آورد سازمان جهانی بهداشت این است که این تعداد 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، می تواند باعث شود که ۲۰ تا ۲۵ سال از عمر افراد ۳۵ تا ۶۱ ساله، کاهش یابد [۱۰]. بر آورد های دیگر حاکی از آن هستند که از میان ۱/۳ بلیون سیگاری، در صورت عدم تغییر قابل توجه در روند فعلی مصرف دخانیات، تا ۵۰ سال آینده ۴۵۰ میلیون مرگ به دلیل مصرف این ماده رخ خواهد داد [۹]. شواهد علمی نیز نشان میدهند که مصرف سیگار نه تنها برای افراد سیگاری بلکه برای اطرافیان این افراد (بطور غیر فعالانه) مضر است. [۱۱].

بر اساس بررسیهای به عمل آمده، یک سوم درآمد خانوار در خانواده های فقیر صرف مصرف سیگار می شود. در مورد شیوع استعمال سیگار نتایج بررسیهای انجام شده نشان می دهد که در سال ۱۳۷۱، ۲۸.۶٪ مردان و ۳.۶٪ زنان بالای ۱۵ سال کشور سیگاری بوده اند، همچنین در بررسی دیگری نتایج نشان داد که ۱۲٪ جمعیت ۱۵ تا ۶۵ سال کشور سیگار می کشیدند [۳].

ارتقاء بهداشت و تامین سلامت افراد جامعه یکی از ارکان مهم پیشرفت جوامع می باشد [۱۲]. حرف بهداشتی که قبلا بر معالجه بیماری تمرکز می نمودند، اکنون توجهشان بر پیشگیری و تامین سلامت از طریق بهبود سبک زندگی و حذف عواملی است که به نوعی تاثیر منفی بر سطح سلامت انسان دارد [۱۳]. کاربرد الگوهای رفتاری مثبت در زندگی در ارتقاء سلامت فردی موثر می باشد [۱۴]. ۵۳٪ از علل مرگ و میر افراد با

سبک زندگی آنها ارتباط دارد [۱۵]. فرد در مقابل انتخاب الگوهای رفتاری سبک زندگی و حفظ سلامت خود مسئول بوده و با این عمل در جهت حفظ و ارتقاء سلامت خود و پیشگیری از بیماریها تلاش می کند [۱۳]. بسیاری از مشکلات سلامت از قبیل چاقی، بیماریهای قلب و عروق، انواع سرطان و اعتیاد که امروزه در اغلب کشورها خصوصا کشورهای در حال توسعه به چشم می خورد با دگرگونیهای سبک زندگی افراد آن جامعه ارتباط دارد [۱۶].

این مسئله بر نیاز به همکاری متخصصین بهداشتی برای طراحی مداخلات و برنامه های تغییر رفتار موثر تر جهت ارتقاء رفتارهای سلامتی بخش تاکید دارد [۱۷].

کاربردی ترین مدل مرحله ای تغییر رفتار، الگوی فرا نظریه ای است [۱۸]. یکی از نظرات جدید در رابطه با کنترل تنباکو این مدل میباشد [۱۹]. این نظریه به عنوان مدل مراحل تغییر شناخته شده و یک چهار چوب عقلانی برای مطالعه و درک فرایندهایی 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 تنباکو طی می نماید [۱۹]. بنا بر این در این مطالعه از این مدل استفاده گردیده است.

۱-۲: اهمیت موضوع

امروزه موضوع سلامت صرفا یک بحث شخصی و خانوادگی نیست و ابعاد وسیع شغلی و اجتماعی آن گسترش یافته است. به همین دلیل، در کشورهای پیشرفته سلامت را مقوله ای مهم در پیشبرد اهداف اقتصادی می دانند و زنجیره به هم پیوسته نیروی انسانی سالم، درآمد زایی، پیشرفت و صرفه جویی در هزینه های درمانی سازمان مربوط بحثی است که مدیران موسسه های مختلف را ترغیب نموده تا نیم نگاهی نیز به سلامت کارکنان به ویژه در سطح اول پیشگیری داشته باشند.

به این ترتیب، توجه به دخانیات به عنوان دروازه ورودی کنترل مواد مخدر، یکی از فوریت های جهانی است که باید تمام سازمانها و نهاد های توسعه اجتماعی به طور همه جانبه در مقابله با آن بسیج شوند و در حد امکان از عواقب سوء آن در جامعه بکاهند، زیرا آسیب های اجتماعی مصرف دخانیات با مرگ زود رس میلیون ها نفر افراد آموزش دیده و مهارت یافته در سنین حد اکثر بازدهی و صدها میلیون دلار هزینه های تحمیلی آن به جامعه، بسیاری از کشورها را از منابع مورد نیاز برای توسعه محروم می سازد.

در اوایل دهه ۱۹۵۰، با انجام مطالعاتی وسیع و گزارشهای علمی مشخص شد که عامل اصلی سرطان ریه، مصرف دخانیات است. از همان موقع، شواهد علمی جمع آوری شده، به وضوح مشخص کرد که بیش از ۲۵ نوع بیماری اکثرا کشنده با مصرف دخانیات مرتبط بوده یا قویا مظنون به داشتن رابطه علیتی با مصرف دخانیات هستند. شواهد نشان می دهد که مصرف دخانیات، در تمام اشکال آن، خطر مرگ زود رس در برخی از بیماریهای مزمن را به طور قوی افزایش می دهد.

حتی افرادی که دخانیات مصرف نمی کنند ولی تحت تاثیر آن قرار می گیرند یا افرادی که با دود دخانیات مواجه ناخواسته دارند، در معرض خطر بیشتر سرطان ریه و تعدادی بیماریهای دیگر هستند. بنابراین، دخانیات عامل کمک کننده بزرگی در ایجاد بسیاری از بیماریها و بزرگترین عامل مرگ زود رس قابل پیشگیری در بسیاری از کشورها است [۲۰].

با توجه به مضرات بی شمار استعمال دخانیات و از جمله سیگار و شیوع آن در کشور بر آن شدید مطالعه ای در زمینه شناخت سازه های روانی موثر در ترک سیگار بر اساس الگوی فرانظریه ای در کارمندان شهر خرم آباد انجام دهیم. تا بر اساس آن بتوان در جهت کاهش این معضل بهداشتی برنامه آموزشی مناسب تهیه و تدوین نمود.

۱-۳: اهداف پژوهش

۱-۳-۱: هدف کلی

تعیین عوامل پیش بینی کننده ترک سیگار در کارمندان شهر خرم آباد بر اساس الگوی فرانظریه ای

۱-۳-۲: اهداف ویژه

۱. تعیین و مقایسه فراوانی مراحل تغییر رفتار ترک سیگار در افراد مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک (سن، میزان درآمد، میزان تحصیلات، بعد خانوار، وضعیت تاهل، سالهای مصرف سیگار، دچار شدن به عوارض پزشکی ناشی از مصرف سیگار).

۲. تعیین و مقایسه میانگین نمره خود کار آمدی ترک سیگار در افراد مورد مطالعه بر حسب مراحل تغییر رفتار.

۳. تعیین و مقایسه میانگین نمره موازنه تصمیم گیری ترک سیگار در افراد مورد مطالعه بر حسب مراحل تغییر رفتار.

۴. تعیین و مقایسه میانگین نمره فرایندهای تغییر رفتار ترک سیگار (آگاهی افزایی، تسکین سریع، ارزیابی مجدد محیط، خود آزادی، خود ارزیابی مجدد، آزادی اجتماعی، شرایط مغایر، کنترل محرک، ارتباطات یاری دهنده و مدیریت تقویت) در افراد مورد مطالعه بر حسب مراحل تغییر رفتار.

۵. تعیین ضریب همبستگی بین نمره فرایندهای تغییر رفتار ترک سیگار (آگاهی افزایی، تسکین سریع، ارزیابی مجدد محیط، خود آزادی، آزادی اجتماعی، خود ارزیابی مجدد، شرایط مغایر، کنترل محرک، ارتباطات یاری دهنده و مدیریت تقویت) با نمره موازنه تصمیم گیری و خود کار آمدی ترک سیگار در افراد مورد مطالعه.

۶. تعیین ضریب همبستگی بین نمره موازنه تصمیم گیری ترک سیگار با نمره خود کار آمدی در افراد.

۷. تعیین مهمترین عوامل پیش بینی کننده ترک سیگار بر اساس الگوی مراحل تغییر در افراد مورد مطالعه.