PREVENTING TOBACCO USE

Application of Theory of Planned Behavior in Predicting Intention and Action of Preventing Tobacco Use among Students of Gonabad University of Medical Sciences

ABSTRACT

Background and objective: Adolescents and youth are the most vulnerable groups concerning tobacco use. The present study was performed to determine predictors of intention and preventive behaviors of tobacco use among students based on the theory of planned behavior (TPB) constructs.

Methods: An analytic, cross-sectional study was conducted among 200 students of Gonabad University of Medical Sciences in 2013. Stratified sampling was used to select the participants. In order to collect the data, a validated and reliable questionnaire was designed based on the TPB. Participants fill out the questionnaire in a self-reporting form. Data were entered in SPSS 20 and analyzed by descriptive and analytic statistics, Spearman's correlation coefficient and logistic regression model.

Results: The students' attitude and perceived behavioral control predicted 41% of the variations of their behavioral intention. Meanwhile, the perceived behavioral control could predict 32% of the participants' behavioral variation. There were significant correlations between the participants' attitude and their behavioral intention, the participants' perceived behavioral control and their behavioral intention, as well as between perceived behavioral control of the students and their behavior of tobacco use ($p < 0.001$).

Conclusion: The students' perceived behavioral control would be a strong predictor for their intention to use tobacco and the students' preventative performance of tobacco use.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Planned behavior theory, action, prevent of tobacco use, University students, Gonabad..

▶ **Citation**: Alami A., Rezaeian-Kochi M H, Moshki M. Application of theory of planned behavior in predicting intention and action of preventing tobacco use among students of Gonabad university of medical sciences. *Iran J Health Educ Health Promot. Winter 2016;3*(4): 340- 348 .

Ali Alami
MD, PhD in Epidemiology, Assistant Professor, Dept. of Public Health, School of Health, Social Determinants of Health Research Center, Gonabad University of Medical Sciences (GMU), Gonabad, Iran

Mohammad-Hadi Rezaeian-Kochi
* MSc student of Health Education and Health Promotion, Dept. of Public Health, School of Health, GMU, Gonabad, Iran (Corresponding Author) Hadirezaeyan@yahoo.com

Mahdi Moshki
Associate Professor of Health Education and Health Promotion, Dept. of Public Health, School of Health Sciences, Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

Received: 02 February 2015
Accepted: 14 July 2015

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

پیشگیری از مصرف دخانیات

کاربرد نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیشگویی قصد و رفتار پیشگیری از استعمال دخانیات در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانان و جوانان آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در برابر استعمال دخانیات هستند. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده قصد و انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از استعمال دخانیات در دانشجویان بر اساس سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی-تحلیلی بود که بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳انتخابشده به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انجام شد. ابزار گردآوری دادهها پرسشنامه روا و پایا طراحی‌شده بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌صورت خودگزارشی توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید. دادههای جمع‌آوری‌شده وارد SPSS ۲۰ شد و با استفاده از آزمونها توصیفی و تحلیلی (ضریب همبستگی اسپیرمن و مدل رگرسیون لجستیک) تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: متغیر نگرش و کنترل رفتاری درک‌شده قادر به پیش‌بینی ۴۱٪ تغییرات قصد رفتاری بود. سازه کنترل رفتاری درک‌شده نیز توانست ۳۲٪ تغییرات رفتار را پیش‌بینی کند. ارتباط معناداری بین نگرش و کنترل رفتاری درک‌شده دانشجویان با قصد رفتاری آنان، همچنین کنترل رفتاری درک‌شده با رفتار آنان وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: از میان سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، کنترل رفتاری درک‌شده یک پیش‌بینی‌کننده قوی در قصد و عملکرد پیشگیرانه از استعمال دخانیات در دانشجویان بود.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، عملکرد، پیشگیری از مصرف دخانیات، دانشجویان، گناباد.

استناد: عالمی ع، رضائیان‌کوچی م، مشکی م. کاربرد نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیشگویی قصد و رفتار پیشگیری از استعمال دخانیات در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۳۹۴؛۳ (۴): ۳۴۰- ۳۴۸ .

علی عالمی
دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

محمدهادی رضائیان‌کوچی
* دانشجوی کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران (نویسنده مسئول)
Hadirezaeyan@yahoo.com

مهدی مشکی
دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت؛ مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۳

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

مقدمه

بر اساس مدارک و شواهد موجود ۱/۳ میلیارد نفر از افراد بالای ۱۵ سال در جهان دخانیات استعمال می‌کنند. در صورت ثابت ماندن شیوع استعمال دخانیات، این میزان تا سال ۲۰۲۵ به رقم ۱/۷ میلیارد نفر افزایش خواهد یافت دوسوم . این افراد متعلق به کشورهای درحال‌توسعه است. بر اساس آخرین آمارهای موجود ۱۴٪ از جمعیت کشور ایران نیز دخانیات استعمال میکنند (۱). مرگ‌ومیر ناشی از استعمال دخانیات به‌تنهایی از مرگ‌ومیر ناشی از سوءاستفاده از مواد، ایدز، خودکشی، دیگرکشی و تصادفات بیشتر است (۲).

اعتیاد به دخانیات به گروه و طبقه خاصی تعلق ندارد؛ اما نوجوانان و جوانان آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در برابر آن هستند (۱). استعمال دخانیات، یکی از رفتارهای پرمخاطره انسانی است که هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی زیادی بر جوامع تحمیل میکند. به عنوان مثال، استعمال دخانیات با افزایش هزینه‌های درمانی، کاهش امید به زندگی، پرخاشگری، بزهکاری و دزدی و افت تحصیلی مرتبط است. همچنین ارتباط استعمال دخانیات با بروز بیماری‌های تنفسی، قلبی-عروقی و سرطان اثبات‌شده است. این در حالی است که دخانیات نسبت به مواد مخدر کم‌ارزش‌ترین ماده‌ای است که به‌آسانی در دسترس عموم قرار دارد و قبح اجتماعی آن نیز اندک است. این امر موجب شده تا دانشجویان به دلایل مختلف و تحت تأثیر شرایط خاص زندگی دانشجویی به استعمال دخانیات رو آورند. این مسئله می‌تواند تهدیدی جدی برای آینده کشور محسوب شود (۳-۴).

مطالعات مختلف حاکی از آن است که شیوع استعمال دخانیات در بین دانشجویان دانشگاه‌های کشور در حال افزایش است (۴-۷). از یک طرف، شیوع استعمال دخانیات در دانشجویان در حال افزایش است و از طرفی دیگر، مصرف سیگار نیز یک رفتار پیچیده است که عوامل مختلفی در بروز آن نقش دارند. برای پیشگیری از استعمال دخانیات، شناسایی عوامل مؤثر مرتبط با استعمال دخانیات ضروری است تا بتوان بر این اساس برنامه‌ریزی جهت مداخلات را فراهم آورد.

برای تبیین رفتارهای مرتبط با سلامت متخصصان آموزش بهداشت از الگوها و نظریه‌های متعددی استفاده می‌کنند. در همین راستا، نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در سال ۱۹۸۷ توسط فیشبن و آجزن مطرح شد. این الگو وقوع یک رفتار ویژه را پیش‌بینی می‌کند؛ مشروط بر اینکه فرد قصد انجام آن را داشته باشد. بر اساس این نظریه، تأثیر سه عامل شامل نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک‌شده، قصد انجام یک رفتار را پیش‌بینی می‌کنند (۸). نگرش نسبت به رفتار، بازتابی از ارزیابی مثبت و منفی فرد نسبت به آن رفتار است (۹). هنجارهای ذهنی به فشار اجتماعی درک‌شده توسط فرد برای انجام یا انجام ندادن رفتارِ هدف اشاره دارد. بیشتر وقتها، افراد بر مبنای درک خود از فکر دیگران عمل میکنند؛ یعنی اینکه دیگران، مانند دوستان، خانواده و یا همکاران برای عملکردن چگونه فکر می‌کنند و آنها هم سعی میکنند مثل دیگران عمل کنند. و قصد این افراد جهت پذیرش رفتار به‌صورت بالقوه، متأثر از افرادی است که ارتباط نزدیکی با آن‌ها دارند (۱۰). کنترل رفتاری درک‌شده، درک فرد از آسانی و سختی انجام رفتار است؛ که اینها شامل عوامل داخلی و خارجی است. این عوامل می‌توانند موجب ممانعت یا تسهیل انجام رفتار گردند (۹). قصدِ رفتاری بیانگر شدت نیت و اراده فرد برای انجام رفتارِ هدف است. بنابراین، نظریه رفتار تحت کنترل قصدِ رفتاری است (۸). کارایی این نظریه توسط پژوهشگران مختلف در پیش‌بینی، درک و قصدِ رفتاری پیشگیری از استعمال دخانیات در کشورهای مختلف اثبات‌شده است (۱۱-۱۳).

نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در مطالعه کریمی و همکاران (۱۱) به‌عنوان مدلی مفید برای پیش‌بینی رفتار مصرف سیگار گزارش‌شده است. همچنین در این مطالعه کنترل رفتاری درک‌شده با قصدِ مصرف و رفتار ارتباط قوی داشتند و هنجارهای انتزاعی و نگرش نیز از پیش‌بینی‌کنندههای قصد مصرف سیگار بودند (۱۱). در مطالعه‌ای با هدف کاربرد نظریه رفتار

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

برنامه‌ریزی‌شده در پیش‌بینی مصرف سیگار نشان داد که قصد قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده رفتار مصرف سیگار است (۱۴).

استعمال دخانیات در بین جمعیت دانشجویی کشور شیوع بالایی دارد؛ پیامدها و عوارض استعمال دخانیات نیز متعدد است. لذا شناخت عوامل تأثیرگذار بر استعمال دخانیات در میان این قشر از جامعه و همچنین ارتباط تنگاتنگ قصد استعمال دخانیات با انجام این رفتار و لزوم توجه به پیشگیری از این رفتارِ پرخطر در بین جمعیت دانشجویی اهمیت ویژه‌ای دارد. براین اساس، در این مطالعه تلاش شده است تا با به‌کارگیری نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌عنوان چارچوب نظری پژوهش، عوامل پیش‌بینی‌کننده قصد و عملکرد استعمال دخانیات در میان دانشجویان موردبررسی قرار گیرد. نتایج این پژوهش می‌تواند در برنامه‌ریزی جهت انجام مداخلات پیشگیرانه از استعمال دخانیات جوانان مؤثر باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی- تحلیلی بر روی ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد در نیمسال اول ۱۳۹۲-۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم (ازنظر رشته تحصیلی) انتخاب‌شدند. نحوه نمونه‌گیری به این صورت بود که در مرحله اول دانشکده‌های علوم پایه و پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی و دانشکده بهداشت به‌عنوان طبقات در نظر گرفته شدند. سپس متناسب با تعداد دانشجویان در هر یک از این ۳ دانشکده، برای هر دانشکده نسبت نمونه لازم برای شرکت در مطالعه مشخص شد. در مرحله دوم، تعداد نمونه موردنیاز از هر دانشکده به روش تصادفی نظاممند و از روی فهرست دانشجویان در هر دانشکده انتخاب شدند. معیار ورود دانشجویان در این مطالعه عبارت بود از: دانشجویانی که در زمان مطالعه در یکی از سه دانشکده پزشکی و علوم پایه، پرستاری و مامایی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گناباد مشغول به تحصیل بودند. معیار خروج آنان نیز شامل تمایل نداشتن برای شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه بود. حجم نمونه با توجه به نتایج برگرفته از یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) و با اطمینان ۹۵٪، دقت ۰/۰۵ و با استفاده از فرمول ($d^2/n=z^2\delta^2$)، ۱۸۸ نفر تعیین گردید. جهت افزایش دقت مطالعه ۲۰۰ نفر وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق‌ساخته بود. پس از مطالعه و بررسی منابع معتبر کتابخانه‌ای، پرسشنامه‌ای اولیه متناسب با اهداف بر اساس فرایند توصیه‌شده آجزن (۱۵) و فرانسیس (۱۶) در دو بخش طراحی شدند. سازه‌ها در این مطالعه به‌صورت غیرمستقیم سنجیده شدند. پرسشنامه نهایی شامل دو بخش بود: ۱. سؤالات جمعیت‌شناختی با ۲۰ سؤال و ۲. سؤالات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده شامل ۱۳ سؤال نگرش، ۶ سؤال هنجارهای انتزاعی و ۸ سؤال کنترل رفتاری درک‌شده، ۳ سؤال قصد رفتاری و ۴ سؤال رفتار بود. جهت سنجش سؤالات دانش از مقیاس سه گزینه‌ای (صحیح، غلط و نمی‌دانم) با دامنه نمرات (صفر تا ۱۱) استفاده شد. سؤالات سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک‌شده نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده با استفاده از مقیاس پنجدرجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم= ۵ تا کاملاً مخالفم= ۱) سنجیده شد. نمره‌گذاری سؤالات ناهم‌سو به صورت معکوس انجام شد. دامنه نمرات، به ترتیب، برای سؤالات نگرش (برای مثال: «استعمال دخانیات در احساس آرامش به من کمک خواهد کرد»- صفر تا ۵۲، هنجارهای انتزاعی (برای مثال: «بهترین دوستانم از من می‌خواهند که دخانیات مصرف نمایم»- صفر تا ۲۴ و کنترل رفتاری درک‌شده (برای مثال: «در صورت پیشنهاد دیگران به استعمال دخانیات، قاطعانه به آن نه می‌گویم»- صفر تا ۳۲ بود. سه سؤال قصد اجتناب از استعمال دخانیات (به‌عنوان‌مثال: «من قصد دارم که در آینده مصرف‌کننده دخانیات نباشم» که با مقیاس سهگزینه‌ای (هیچ‌وقت= ۱ تا همیشه= ۳) با دامنه نمرات ۳ تا ۹ و چهار سؤال رفتار در پاسخ به سؤالاتی از قبیل در صورت روبه‌رو شدن با مشکل، پیشنهاد دوستان به‌صورت چهارگزینه‌ای (حتماً سیگار نمی‌کشم= ۴ تا حتماً سیگار می‌کشم=۱) با دامنه نمرات ۴ تا ۱۶ سنجیده شد.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

پرسشنامه پس از تدوین، در اختیار ۲۰ نفر از دانشجویان قرار داده شد و نظرات اصلاحی آنان در پرسشنامه در قالب روایی صوری اعمال گردید. روایی پرسشنامه به‌صورت کمی از روش سنجش روایی محتوایی به‌وسیله پانل خبرگان انجام شد. این پانل از ۸ نفر از متخصصان آموزش بهداشت تشکیل شده بود. نظرات این متخصصان در پرسشنامه اعمال گردید. نسبت روایی محتوایی برای سؤالات بین ۰/۶ تا ۱/۰۰ و برای کل آزمون ۰/۷ و شاخص روایی محتوایی برای سؤالات بین ۰/۷۳ تا ۱/۰۰ و برای کل آزمون برابر با۰/۷۹ ارزیابی و مورد تائید قرار گرفت. برای پایایی پرسشنامه نیز از طریق آزمون کرونباخ بر روی ۲۰ نفر از دانشجویان انجام و برای سازه نگرش ۰/۸۷، هنجارهای انتزاعی ۰/۷۶ و کنترل رفتاری درک‌شده ۰/۷۴ محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ برای سایر سازه‌ها بین ۰/۷۲ (برای سازه قصد رفتاری) تا ۰/۷۷ (برای سازه عملکرد) برآورد گردید و مورد تائید قرار گرفت.

جهت گردآوری داده‌ها، پس از هماهنگی با مسئولین مربوطه دانشگاه به خوابگاه‌ها و محیط آموزشی مراجعه شد. بعد از توضیح کامل و توجیه نمودن دانشجویان رشته‌های مختلف و کسب رضایت آگاهانه از دانشجویان از آن‌ها خواسته شد که از ذکر نام و نام خانوادگی و مشخصات شخصی خود در پرسشنامه‌ها خودداری کنند. در صورت تمایل، داشجویان می‌توانستند از نتایج پژوهش اطلاع یابند. سپس پرسشنامه توزیع و توسط خود دانشجویان تکمیل گردید.

داده‌ها پس از جمع‌آوری به کمک روش آمار توصیفی و رگرسیون لجستیک با استفاده از SPSS ۲۰ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه داده‌های ۲۰۰ پرسشنامه تکمیل‌شده تجزیه‌وتحلیل شدند. میانگین سنی و میانگین تعداد اعضای خانواده آزمودنی‌ها به ترتیب ۲۱/۶±۲/۳ و ۵/۹ ±۱/۷ بود. جدول ۱ وضعیت متغیرهای تحت مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه در ۱۳۹۳

متغیر		فراوانی	درصد
جنس	مرد	۱۱۶	۵۸
	زن	۸۴	۴۲
مقطع تحصیلی	کاردانی	۱۸	۹
	کارشناسی	۱۴۵	۷۲/۵
	کارشناسی‌ارشد	۱۲	۶
	دکتری حرفه‌ای	۲۵	۱۲/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۱۷۶	۸۸
	متأهل	۲۴	۱۲
نحوه زندگی دانشجویی	همراه خانواده	۱۸	۹
	خانه استیجاری	۳۰	۱۵
	خوابگاه	۱۵۲	۷۶
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۲۰	۱۰
	ابتدایی و راهنمایی	۶۶	۳۳
	دبیرستان و دیپلم	۷۳	۳۶/۵
	دانشگاهی	۴۱	۲۰/۵
استعمال دخانیات در خانواده	بلی	۶۱	۳۰/۵
	خیر	۱۳۹	۶۹/۵
سابقه استعمال دخانیات	بلی	۸۰	۴۰
	خیر	۱۲۰	۶۰

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده آزمودنی‌ها را درباره رفتارهای پیشگیری از استعمال دخانیات نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در خصوص رفتارهای پیشگیری از استعمال دخانیات دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد در ۱۳۹۳

نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	دامنه نمرات
نگرش	۴۰/۶۲	۹/۵۴	۵۲-۰
هنجارهای انتزاعی	۱۹/۲۹	۴/۱۰	۲۴-۰
کنترل رفتاری درک‌شده	۲۳/۸۳	۶/۵۰	۳۲-۰
قصد رفتاری	۷/۰۱	۱/۹۷	۹-۳
عملکرد	۱۲/۰۹	۳/۴۷	۱۶-۴

جدول ۳ نشان‌دهنده ضرایب همبستگی بین سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیش‌بینی قصد و رفتار استعمال دخانیات آزمودنی‌ها است.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

جدول ۳. همبستگی بین سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیش‌بینی قصد و رفتار استعمال دخانیات دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد در سال ۹۳

نام متغیر	نگرش	هنجارهای انتزاعی	کنترل رفتاری درک‌شده	قصد رفتاری	عملکرد
نگرش	۱	٭۰/۵۲۰	٭۰/۶۲۸	٭۰/۵۶۶	٭۰/۴۱۸
هنجارهای انتزاعی	٭۰/۵۲۰	۱	٭۰/۵۴۶	٭۰/۵۴۳	٭۰/۴۲۶
کنترل رفتاری درک‌شده	٭۰/۶۲۱	٭۰/۵۴۶	۱	٭۰/۶۲۴	٭۰/۵۵۲
قصد رفتاری	٭۰/۵۶۶	٭۰/۵۴۳	۰/۶۲۴	۱	٭۰/۴۷۰
عملکرد	٭۰/۴۱۸	٭۰/۴۲۶	٭۰/۵۵۲	٭۰/۴۷۰	۱

٭ $p < ۰/۰۱$

نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیش‌بینی قصد رفتاری و رفتار آزمودنی‌ها در جداول ۴ و ۵ قابل‌مشاهده است.

جدول ۴. آنالیز رگرسیون لجستیک سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیش‌بینی قصد رفتاری استعمال دخانیات دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد در ۱۳۹۳

متغیر مستقل	SE	Odds Ratio	CI ٪۹۵		P Value
			Upper	Lower	
نگرش	۰/۰۳۱	۱/۱۰۲	۱/۱۷	۱/۰۴	۰/۰۰۱
هنجارهای انتزاعی	۰/۰۷۲	۱/۰۴	۱/۲۰	۰/۹۰	۰/۵۴
کنترل رفتاری درک‌شده	۰/۰۵۴	۱/۲۴	۱/۳۸	۱/۱۲	۰/۰۰۰

جدول ۵. آنالیز رگرسیون لجستیک سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیش‌بینی رفتار دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد در ۱۳۹۳

متغیر مستقل	SE	Odds Ratio	CI ٪۹۵		P Value
			Upper	Lower	
نگرش	۰/۰۲۸	۱/۰۴	۱/۰۹	۰/۹۸	۰/۱۵
هنجارهای انتزاعی	۰/۰۶۱	۱/۰۰	۱/۱۳	۰/۸۹	۰/۹۳
کنترل رفتاری درک‌شده	۰/۰۴۶	۱/۱۷	۱/۲۸	۱/۰۷	۰/۰۰۱
قصد رفتاری	۰/۱۳۶	۱/۱۷	۱/۵۲	۰/۸۹	۰/۲۴۷

بحث

این مطالعه با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده قصد و انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از استعمال دخانیات در دانشجویان بر اساس سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده انجام گرفت. در مطالعه حاضر بیش از ۴۰٪ آزمودنی‌ها تجربه استعمال دخانیات داشتند؛ که از این میان ۵۹/۶٪ قلیان، ۳۰/۸٪ سیگار و قلیان با هم و ۹/۶٪ از این تعداد سابقه مصرف سیگار را داشتند. مطالعات در ایران آمار متفاوتی از استعمال دخانیات در میان نوجوانان و جوانان گزارش کرده‌اند؛ به‌طوری‌که در مطالعه حیدری و همکاران (۱۷) ۶۱/۵٪ از دانشجویان موردبررسی سابقه استعمال دخانیات داشتند. مطالعه‌ای دیگر در بین دانشجویان کرمان ۵۲/۸٪ تجربه استعمال دخانیات داشتند (۱۸)؛ که این اختلاف می‌تواند به دلیل تفاوت در جامعه موردمطالعه باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد کنترل رفتاری درک‌شده مهم‌ترین پیشگویی قصد استعمال دخانیات بود و سازه نگرش در رتبه بعدی قرار گرفت. این یافته با مطالعات متعددی ازجمله مطالعات کریمی و همکاران (۱۱)، کاندیت[1] و همکاران (۱۹)، لیپکوس[2] و همکاران (۲۰) و گودین و کوک[3] (۲۱)، انهل[4] و همکاران (۲۲) و لازاروس[5] (۲۳) همسو است. بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، کنترل رفتاری درک‌شده عبارتست از درجه‌ای از احساس فرد در مورد اینکه انجام یا انجامندادن یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی می‌باشد است. افرادی بیشتر احتمال دارد دخانیات استعمال نکنند که باور دارند امتناع از استعمال دخانیات

1. Condiotte
2. Lipkus
3. Godin & Kok
4. Nhel
5. Lazuras

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

در کنترل آن‌ها است. به‌بیان‌دیگر، تحت اراده و کنترل بودن یک رفتار ، یکی از عوامل مهم اقدام به آن رفتار است (۱۱).

با توجه به نتایج این پژوهش، نگرش با قصد امتناع از استعمال دخانیات ارتباط معنادار داشت؛ که با نتایج مطالعات متعددی (۱۳، ۲۲، ۲۴) همخوان بود. نگرش، نشان‌دهنده عقاید و احساس کلی فرد درباره مطلوب بودن یا نبودن بسیاری از اشیاء است. نگرشِ افراد در طول زندگی و کسب تجارب مثبت در رابطه با رفتار اجتناب از مصرف دخانیات منجر به ارزیابی مثبت تری از انجام رفتارهای امتناع از مصرف دخانیات داشته باشند ، گرایش بیشتری نسبت به انجام این رفتار ها در آینده می‌شود. بنابراین، اعتقادات و نگرش‌های مختلف، برگرفته از عوامل درونی، بر قصد امتناع از استعمال دخانیات اثر می‌گذارد.

در پژوهش حاضر کنترل رفتاری درک‌شده مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده قصد رفتاری بود؛ به این معنی که هرچه قدر میانگین نمرات کنترل رفتاریِ درک‌شده در امتناع از استعمال دخانیات بالاتر باشد، دانشجویان از قصد خوبی برای امتناع از استعمال دخانیات برخوردارند. این یافته با نتایج مطالعه پیترز و همکاران (۲۴)، بشیریان و همکاران (۸) و عطایی و همکاران (۲۵) همسو بود.

میانگین نمره سازه قصد رفتاری آزمودنی‌ها در این مطالعه ۱/۹۷±۷/۰۱ بود؛ که با در نظر گرفتن حداکثر نمره ۹ برای این سازه، می‌توان گفت دانشجویان قصد خوبی برای امتناع از استعمال دخانیات داشتند. قصد رفتاری، نشان‌دهنده انگیزه شخص جهت انجام رفتار است. به‌بیان‌دیگر، شخص تمایل دارد تا در آینده‌ای نزدیک رفتار خاصی را از خود بروز دهد (۲۴). رابطه بین قصد رفتاری و استعمال دخانیات و به‌طورکلیتر رفتارهای پرخطر در مطالعات متعددی بررسی و تأییدشده است. این یافته با مطالعه نظری و همکاران (۲۶) و بشیریان و همکاران (۲۷) همسو بود.

به‌طورکلی، نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر اساس ضریب تعیین کاکس و اسنل در مطالعه حاضر توانست ۴۱٪ واریانس قصد رفتاری را پیشگویی کند. به‌عبارت‌دیگر، درصورتی‌که سه عامل نگرش، کنترل رفتاری درک‌شده و هنجارهای انتزاعی در مداخلات آموزشی مورد مداخله و آموزش مناسب قرار گیرند، می‌توانیم تبیین بالاتری را از قصد رفتاری مورد انتظار داشته باشیم. در مطالعات انجام‌شده میزان این تبیین متفاوت بوده است؛ به‌طور مثال در مطالعه کریمی و همکاران (۱۱) نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده ۵۲٪ واریانس قصد رفتاری را پیشگویی کرد، مطالعه مکمیلن[1] و همکاران (۲۸) قدرت پیش‌بینی‌کننده قصد رفتاری را بین ۱۴٪ تا ۵۲٪ نشان داد. تحلیل مسیر هوریکه[2] و همکاران (۲۹) در هلند نیز میزان پوشش تغییرات قصد رفتاری مصرف سیگار را ۵۷٪ نشان داد. همچنین وان[3] و همکاران (۱۴) در مطالعه خود نشان دادند که الگو ۳۶٪ تغییرات قصد رفتاری را پیش‌بینی می‌کند. همچنین نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده توانست ۳۲٪ تغییرات رفتار را پیشگویی نماید؛ که این تبیین در مطالعات مختلف ازجمله کریمی و همکاران (۱۱) ۳۵٪ تغییرات رفتار، در مطالعه هوریکه و همکاران (۲۹) ۳۸٪ تغییرات رفتار و مطالعه وِن[4] و همکاران (۱۴) ۱۶٪ تغییرات رفتار بیان‌شده بود. این تفاوت در میزان تبیین را می‌توان به متفاوت بودن نمونه افراد موردپژوهش، متفاوت بودن ابزار پژوهش، نوع آزمون به‌کاررفته و زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت موردبررسی مرتبط دانست.

در این مطالعه کنترل رفتاری درک‌شده قوی‌ترین پیش‌بینی کننده عملکرد بود. مطالعات مختلف همچون لازاروس و همکاران (۲۳)، مکمیلن و همکاران (۲۸) و کانر[5] و همکاران (۳۰) نشان دادند، کنترل رفتاری درک‌شده رابطه قوی‌تری با قصد رفتار دارد؛ اما در حوزه رفتار استعمال دخانیات و سوءمصرف مواد گاهی نتایج متناقضی به‌دست‌آمده است. برخی از مطالعات همچون کریمی و همکاران (۱۱)، ویلکِنسون و ابراهام[6] (۳۱) و آرمیتاژ و کانر[7] (۱۳) رابطه قوی‌تری را میان قصد و رفتار یافتند. این مسئله شاید به این دلیل باشد که در رفتارهایی مانند استعمال دخانیات و مواد مخدر افراد ممکن است قصد استعمال دخانیات

1. Mcmillan
2. Harakeh
3. Van
4. Ven
5. Conner
6. Wilkinson & Abraham
7. Armitage & Conner

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

را نداشته باشند؛ اما به دلیل فقدان مهارت‌های زندگی لازم همچون مهارت نه گفتن اقدام به مصرف نمایند. مدل رگرسیونی نشان داد که از بین سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، سازه کنترل رفتاری درک‌شده قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده تغییرات رفتار بود (۳۲). می‌توان چنین ادعا کرد که سازه کنترل رفتاری درک‌شده مهم‌ترین عاملی است که باید در مداخلات طراحی‌شده جهت پیش‌گیری از استعمال دخانیات بین دانشجویان در نظر گرفته‌شده و بیشتر به آن پرداخته شود. کنترل رفتاری درک‌شده خود تحت تأثیر اعتقادات کنترلی و توانمندی درک‌شده جهت انجام رفتار است. به‌بیان‌دیگر، اگر افراد معتقد باشند که توانایی یا امکانات کافی برای انجام یک رفتار را ندارند، حتی اگر آن رفتار مورد تائید سایر افرادی که برای آن‌ها مهم هستند (هنجارهای انتزاعی) باشد، آن رفتار را انجام نخواهند داد (۳۲). پژوهش انجام‌شده بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده با نتایج حاصل از این پژوهش همخوانی دارد؛ ازجمله با مطالعه بشیریان و همکاران (۸)و اومی[1] و همکاران (۳۳) همخوانی داشت.

از محدودیت‌های این مطالعه جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت خودگزارش‌دهی بود. با توجه به ماهیت موضوع مطالعه، ممکن است دانشجویان واقعیت‌ها را بیان نکرده باشند. البته پژوهشگران تلاش کردند با توجیه طرح پژوهشی، تأکید بر این نکته که اطلاعات محرمانه خواهد بود و به‌صورت کلی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار خواهند گرفت، اعتماد دانشجویان را جلب نمایند.

نتیجه‌گیری:

افته‌های این مطالعه نشان داد که از میان سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، کنترل رفتاری درک‌شده یک پیش‌بینی‌کننده قوی و مفید در پیش‌بینی قصد و عملکرد پیشگیرانه از استعمال دخانیات است. به نظر می‌رسد می‌توان در طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات پیشگیری از استعمال دخانیات، به‌ویژه در جمعیت دانشجویی کشور، به اهمیت سازه کنترل رفتاری درک‌شده و موضوعات مرتبط با تقویت این سازه توجه بیشتری نمود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد در رشته آموزش بهداشت مصوب شورای پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد انجام شده است. بدین‌وسیله از مسئولین دانشگاه و کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه نهایت سپاس و قدردانی می‌شود.

References:

1. Karimi M, Niknami S, Heidarnia A R, Hajizadeh I.The effect of an educational package on the attitude, self-efficacy and tobacco use preventive behaviors of adolescents. Journal of Payesh 2014: 13(4):441-448. Abstract
2. Rakhshani F, Esmaeili A, Charkazi A,Haftsavar M, Shahnazi H, Esmaeili A J. Effect of education on smoking prevention in students of Zahedan. Journal of Health System Research 2010;6(2):267-275. Abstract
3.Lackland DT, Roccella EJ, Deutsch AF, Fornage M, George MG, Howard G, et al. Factors influencing the decline in stroke mortality a statement from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014;45(1):315-53.Abstract
4.Combrink A, Irwin N, Laudin G, Naidoo K, Plagerson S, Mathee A. High prevalence of hookah smoking among secondary school students in a disadvantaged community in Johannesburg. SAMJ: South African Medical Journal. 2010;100(5):297-9. Abstract/FREE Full Text
5.Divsalar K, Nakhaei N. Prevalence and correlates of cigarette smoking among students of two universities in Kerman, Iran. Journal of Babol University of Medical Sciences 2008;4(10):78-83. Abstract
6.Seyed Fazel Pour SF, Moghaddam Nia MT, Nasir Zadeh F. Study on attitude of students in Gilan University of Medical Sciences toward smoking. Journal of Legal Medicine of Islamic Republic of Iran 2004;33(10):25-29. Abstract
7. Nazemi S, Chaman R, Davardoost N. Prevalence and Reasons of Inclination towards Smoking among University Students.Journal Knowledge & Health 2012;7(3):107-111. Abstract/FREE Full Text
8. VafaiNajar A, Masihabadi M, Moshki M, Ebrahimipour H, Tehrani H, Esmaeli H, et al. Determining the Theory of Planned Behavior's Predictive Power on Adolescents' Dependence on Computer Games. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2015;2(4):303-11.Abstract/FREE Full Text
9. Rivis A, Sheeran P, Armitage CJ. Expanding the affective and normative components of the theory of planned behavior:

1. Umeh

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

A meta-analysis of anticipated affect and moral norms, Journal of Applied Social Psychology. 2009;39(12):2985-3019.Abstract/

10. Tehrani H, Majlessi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Kabootarkhani MH. Applying Socioecological Model to Improve Women's Physical Activity: A Randomized Control Trial. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2016;18(2). Abstract/FREE Full Text
11. Karimy M, Niknami Sh, Heidarnia AR, Hajizadeh E. Predicting Smoking among Adolescents: Examining the Role of Smoking Self-Identity in the Theory of Planned Behavior. Journal of Health System Research 2013; 9(3): 301-11. Abstract
12. Hamilton K, White KM. Extending the theory of planned behavior: the role of self and social influences inpredicting adolescent regular moderate-to-vigorous physical activity. Journal of Sport & Exercise Psychology. 2008;30(1):56-74. Abstract
13. Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. British journal of social psychology. 2001;40(4):471-99. Abstract/FREE Full Text
14. Van De Ven MO, Engels RC, Otten R, Van Den Eijnden RJ. A longitudinal test of the theory of planned behavior predicting smoking onset among asthmatic and non-asthmatic adolescents. Journal of behavioral medicine. 2007;30(5):435-45. Abstract/FREE Full Text
15. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes.1991;50:179-211View Link
16. Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, Walker A, Grimshaw J, Foy R, et al. Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour. A manual for health services researchers. A manual for Health Services Researchers 2010; 2004: 2-12Abstract/FREE Full Text
17. Heydari G, Ramezankhani A, Masjedi M. Evaluation of the smoking habit among male students of all faculties of the Shahid Beheshti University and Shahid Beheshti Medical Science University during 2008. Pejouhesh. 2010; 34 (2):132-136. Abstract/FREE Full Text
18. Bahrampour MR, Ramezani T, Gavari F, S Mohammad ali zadeh, riyani M. Cigarette smoking Prevalence and causes among students of Kerman universities. Journal of qualitative Research in Health Sciences. 2010; 10 (1):1-6. Abstract/FREE Full Text
19. Condiotte MM, Lichtenstein E. Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. Journal of consulting and clinical psychology. 1981;49(5):648. Abstract/FREE Full Text
20. Lipkus IM, Lyna PR, Rimer BK. Using tailored interventions to enhance smoking cessation among African-Americans at a community health center. Nicotine & Tobacco Research. 1999;1(1):77-85. Abstract
21. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. American Journal of Health Promotion. 1996;11(2):87-98. Abstract
22. Nehl EJ, Blanchard CM, Peng C-YJ, Rhodes RE, Kupperman J, Sparling PB, et al. Understanding nonsmoking in African American and Caucasian college students: an application of the theory of planned behavior. Behavioral Medicine. 2009;35(1):23-9.Abstract/FREE Full Text
23. Lazuras L, Eiser JR, Rodafinos A. Predicting Greek adolescents' intentions to smoke: A focus on normative processes. Health Psychology. 2009;28(6):770. Abstract
24. Peters GJY, Kok G, Abraham C.Social cognitive determinants of ecstasy use to target in evidence-based interventions: a meta-analytical review. Addiction. 2008;103(1):109-118. Abstract/FREE Full Text
25. Ataee M, Jouybari TA, Alavijeh MM, Aghaei A, Mahboubi M, Motlagh FZ. Images of Methamphetamine Users among Iranian Adolescents: an Application of Prototype Willingness Model. Life Science Journal. 2014;11(4s). Abstract/FREE Full Text
26. Nazari M, Hosseini MR, Kaveh MH. The Impact of Education on Smoking Refrain Based on the Theory of Planned Behavior on Shiraz High School Students' Attitudes. Journal of health sciences and surveillance system. 2013;1(2):83-8. Abstract/FREE Full Text
27. Bashirian S, Hidarnia A, Allahverdipour H, Hajizadeh E. The theory-based substance abuse prevention program for adolescents. Health Education & Health Promotion. 2013;1(1):3-12.Abstract/FREE Full Text
28. McMillan B, Conner M, Green J, Dyson L, Renfrew M, Woolridge M. Using an extended theory of plannedbehaviour to inform interventions aimed at increasing breastfeeding uptake in primiparas experiencing material deprivation. British journal of health psychology.2009; 14(Pt 2): 379-403.Abstract
29. Harakeh Z, Scholte RH, Vermulst AA, de Vries H, Engels RC. Parental factors and adolescents' smoking behavior: an extension of the theory of planned behavior. Preventive medicine. 2004;39(5):951-61. Abstract/FREE Full Text
30. Conner M, Sandberg T, McMillan B, Higgins A. Role of anticipated regret, intentions and intention stability in adolescent smoking initiation. British journal of health psychology. 2006;11(1):85-101. Abstract
31. Wilkinson D, Abraham C. Constructing an integrated model of the antecedents of adolescent smoking. British journal of health psychology. 2004; 9(Pt 3): 315-33.Abstract
32. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice.4th ed, San Francisco: Jossey-Bass; 2008.View Link
33. Umeh K, Patel R. Theory of planned behaviour and ecstasy use: An analysis of moderator-interactions. British journal of health psychology. 2004;9(1):25-38. Abstract/FREE Full Text

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]