

Smoking and Smoking Cessation Counseling Pattern among Senior Year Dental Students

Anahita Ghafari Sarvi ¹ 
Bahareh Tahani ² 

1. Dentist, Dental Students Research Committee, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. **Corresponding Author:** Associate Professor, Oral public Health Department, Dental Research Center, Dental Research Institute, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran **Email:** Tahani@dnt.mui.ac.ir

Abstract

Introduction: This study aimed to assess the tobacco use pattern among senior dental students and their practice and attitude toward cessation counseling.

Materials & Methods: This descriptive-sectional study was conducted among the senior dental students of Isfahan in 2023 based on the census sampling method. A questionnaire was designed based on the literature review and verified with quantitative methods of validity index and validity ratio, which included 22 performance questions regarding the consumption of tobacco products and adherence to the 5A protocol in smoking cessation counseling and five attitudinal questions. It was distributed electronically. The data were analyzed using Chi-square tests to investigate the difference in the frequency of performance based on gender and history of smoking. Logistic regression was used to examine the factors affecting smoking among students ($\alpha = 0.05$).

Results: Among 154 participants (response rate = 77%), the most common substance consumed was cigarettes, with a prevalence of 35.1%, and 13% were regular smokers. The prevalence of consumption in men was twice that of women (Odds = 2.01, 95% CI = 1.01-3). Also, the history of smoking in the family was a significant predictor of smoking in the future (Odds = 2.6, 95% CI = 1.3-5.5). In protocol 5A, there was no significant relationship found between smoking history and student performance. Among the items related to attitude, smoking history had a significant effect only on the student's belief that smoking is a personal decision (p value = 0.02).

Conclusion: The prevalence of smoking among dental students in Isfahan is relatively similar to the general population, and it was displayed that there is no significant relationship between smoking and attitude towards smoking cessation counseling. Most students have poor performance and knowledge in smoking cessation counseling, which affects their attitude toward smoking cessation.

Key words: Attitude; Dental students; Tobacco use cessation; Smoking.

Received: 09.02.2024

Revised: 09.05.2024

Accepted: 11.06.2024

How to cite: Ghafari Sarvi A, Tahani B. Smoking and Smoking Cessation Counseling Pattern among Senior Year Dental Students. J Isfahan Dent Sch 2024; 20(2): 113-26.

الگوی مصرف مواد دخانی و مشاوره ترک مصرف سیگار در دانشجویان سال آخر دندان پزشکی

آناهیتا غفاری سروی^۱ بهاره طحانی^۲ 

۱. دندان پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 ۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه جامعه‌نگر، مرکز تحقیقات دندان پزشکی، پژوهشکده علوم دندان پزشکی،
 دانشکده دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 Email: Tahani@dnt.mui.ac.ir

چکیده

مقدمه: هدف از این مطالعه، بررسی الگوی مصرف مواد دخانی در دانشجویان سال آخر و عملکرد و نگرش آنها در خصوص مشاوره ترک مصرف سیگار در بیماران شان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی و در سال تحصیلی ۱۴۰۲ در اصفهان در بین دانشجویان سال آخر دندان پزشکی و به روش نمونه‌گیری سرشماری انجام شد. پرسش‌نامه‌ای بر اساس مرور متون طراحی و با روش‌های کمی شاخص روایی و نسبت روایی بررسی و تأیید شد که شامل ۲۲ سؤال عملکرد در خصوص مصرف مواد دخانی و تبعیت از پروتکل A۵ در مشاوره ترک مصرف و ۵ سؤال نگرشی بود و بصورت الکترونیک و بدون نام توزیع شد. داده‌ها جهت بررسی تفاوت در فراوانی عملکرد بر اساس جنسیت و سابقه مصرف مواد دخانی با استفاده از آزمون Chi-square بررسی شدند. رگرسیون لجستیک جهت بررسی عوامل مؤثر بر مصرف مواد دخانی در دانشجویان بکار رفت ($\alpha = 0/05$).

یافته‌ها: از میان ۱۵۴ شرکت‌کننده (۷۷ درصد پاسخ‌گویی)، رایج‌ترین ماده مصرفی، سیگار با شیوع ۳۵/۱ درصد بود. ۱۳ درصد دانشجویان مصرف روزانه داشتند (Regular smoker). شیوع مصرف در آقایان دو برابر خانم‌ها به دست آمد (نسبت شانس = ۲/۰۱ و فاصله اطمینان ۹۵٪ = ۳/۱-۹/۰۱) همچنین سابقه مصرف مواد دخانی در خانواده به طور معنی‌داری پیشگویی‌کننده مصرف شخص در آینده بود (نسبت شانس = ۲/۶ و فاصله اطمینان ۹۵٪ = ۵/۱-۵/۳). ارتباط معنی‌داری بین سابقه مصرف مواد دخانی و عملکرد دانشجویان در پروتکل A۵ یافت نشد. در نگرش، سابقه مصرف تنها بر اعتقاد دانشجویان به شخصی بودن مصرف تأثیر داشت ($p\text{ value} = 0/02$).

نتیجه‌گیری: میزان شیوع مصرف سیگار در میان دانشجویان دندان پزشکی اصفهان نسبتاً مشابه با جامعه بود. اکثر دانشجویان در مشاوره ترک مصرف دخانیات عملکرد و دانش ضعیفی داشتند که نگرش آنان در جهت ترک مصرف دخانیات را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

کلید واژه‌ها: مواد دخانی؛ نگرش؛ دانشجویان دندان پزشکی؛ ترم مصرف سیگار.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۲

تاریخ اصلاح: ۱۴۰۳/۰۲/۲۰

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۱۱/۲۰

استناد به مقاله: غفاری سروی آناهیتا، طحانی بهاره. الگوی مصرف مواد دخانی و مشاوره ترک مصرف سیگار در دانشجویان سال آخر دندان پزشکی. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۴۰۳؛ ۲۰ (۲): ۱۱۳-۱۲۶.

مقدمه

در جهان نزدیک به ۱ میلیارد نفر از مردم سیگاری هستند. علیرغم آنکه پیش بینی می شود شیوع مصرف سیگار به مرور زمان کاهش یابد؛ اما به دلیل افزایش رشد جمعیت، تعداد کل سیگاری ها همچنان بالا خواهد ماند (۱). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت هر ساله بیش از ۸ میلیون نفر به خاطر مصرف تنباکو جان خود را از دست می دهند؛ که از این تعداد ۷ میلیون نفر به طور مستقیم آن را مصرف می کنند و ۱/۲ میلیون نفر هم در معرض دود آن هستند (۲). تنباکو تقریباً بر روی همه ی قسمت های بدن انسان اثر می گذارد و عامل اکثر مرگ های ناشی از سرطان و بیماری های قلبی تنفسی است (۳). همچنین باعث کاهش امید به زندگی و خلاقیت در فرد مصرف کننده می شود و ارتباط زیادی با رفتارهای نابهنجار اجتماعی همچون فرار از خانه، خشونت های اجتماعی، کاهش علاقه به تحصیل دارد (۴).

آنچه مدنظر دندان پزشکان هست تأثیراتی است که بر سلامت دهان و دندان دارد؛ از جمله رنگ گرفتگی سطح دندان، بوی بد دهان، از دست رفتن حس چشایی، افزایش ریسک تحلیل استخوان و در نهایت از دست رفتن دندان، شکست ایمپلنت های دندانی، اختلال در ترمیم زخم و غیره (۵). نکته ای که باید در نظر گرفت این است که دانشکده های دندان پزشکی، محیط های پر استرسی گزارش شده اند زیرا دانشجویان علاوه بر گذراندن دروس نظری باید بخش های بالینی را هم بگذرانند که بسیار استرس زا است و همچنین ارتباط دادن این دو به یکدیگر باعث افزایش استرس در دانشجویان می شود. میزان استرس شدیدتری در دانشجویان سال بالاتر نسبت به سال پائینی ها مشاهده شد. به طور کلی میزان استرس دندان پزشکان ۳ برابر سایر افراد جامعه گزارش شده است (۶، ۷).

با این حال، دندان پزشکان به دلیل آگاهی از عوارض مصرف دخانیات بر دهان و سلامت عمومی فرد و ملاقات های منظم با بیماران از عوامل کلیدی در ارائه ی خدمات مشاوره ای ترک دخانیات در جامعه هستند؛ بنابراین به عنوان الگویی برای مراجعه کنندگان محسوب می شوند. در مطالعات نشان داده شده

است با وجود نگرش خوب دانشجویان دندان پزشکی راجع به ترک دخانیات، دانش و مهارت آنان دچار ضعف است و باید برنامه های مناسب جهت افزایش مهارت دانشجویان در این زمینه اجرا گردد. همچنین دیده شده است که عملکرد دندان پزشکان ایرانی در آموزش ترک دخانیات ضعیف است و دانشجویان نبود دانش کافی را مانع انجام و پایبندی به پروتکل (ASK,ADVICE,ASSESS,ASSIST,ARRANGE)5A برشمرند (۸، ۹).

مطالعه ای در سال ۱۳۹۰ توسط رضاخانی مقدم و همکاران بر روی ۷۲۰ نفر از دانشجویان علوم پزشکی تهران صورت گرفت که نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که فراوانی مصرف سیگار ۲۲ درصد و قلیان ۲۳/۳ درصد بوده است و همچنین نشان داده شده است که فراوانی مصرف سیگار و قلیان بطور معنی داری به ترتیب در دانشکده های دندان پزشکی و داروسازی بیش از سایر دانشکده ها بود و اصلی ترین طریق آشنایی با سیگار از طریق دوستان معرفی شده است (۴).

در مطالعه ای که خامی و همکاران، درباره ی نگرش دانشجویان سال آخر دندان پزشکی تهران و شهید بهشتی انجام دادند؛ به این نتیجه رسیدند که با وجود نگرش خوب دانشجویان دندان پزشکی راجع به ترک دخانیات، دانش و مهارت آنان دچار ضعف است و باید برنامه های مناسب جهت افزایش مهارت دانشجویان در این زمینه اجرا گردد (۸).

همچنین در مطالعه ی دیگری که توسط Razavi و همکاران بر روی دندان پزشکان و دانشجویان دندان پزشکی اصفهان اجرا گردید، به این مهم دست یافتند که عملکرد دندان پزشکان ایرانی در آموزش ترک دخانیات ضعیف است و دانشجویان نبود دانش کافی را مانع انجام و پایبندی به (ASK,ADVICE,ASSESS,ASSIST,ARRANGE)5A برشمرند (۹).

Leggat و Smith، دانشجویان دندان پزشکی ۱۹ کشور را از نظر مصرف مواد دخانی مورد بررسی قرار دادند و نتایج این مطالعه بدین شرح بود: وقتی از منظر بین المللی در نظر گرفته شود، به نظر می رسد شیوع کلی سیگار در میان دانشجویان دندان پزشکی معاصر در مناطق خاصی بسیار کم

تصویب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قرار گرفت. شرکت در مطالعه داوطلبانه بوده و نیاز به درج نام و نام خانوادگی نبود.

بر اساس فرمول حجم نمونه برآمد نسبت و لحاظ $72\% = P_1$ بر اساس مطالعه‌ی Razavi و همکاران، 72% درصد دانشجویان سال آخر تمایل به ارائه‌ی مشاوره ترک مصرف سیگار داشته‌اند و احتساب حداقل دقت مورد انتظار معادل 10% درصد از p عدد 148 نفر بدست آمد (۹). انتخاب افراد بر اساس روش نمونه‌گیری سرشماری بود. بدین منظور پرسش‌نامه در اختیار کلیه‌ی دانشجویان سال آخر (ترم ۱۱ و ۱۲) دندان پزشکی دانشکده‌ی دندان پزشکی علوم پزشکی اصفهان گذاشته شد (در حدود ۲۰۰ دانشجو).

این مطالعه برای نیل به اهداف خود در ۲ مرحله یا فاز مجزا و متوالی به انجام رسیده است:

فاز اول شامل تهیه‌ی ابزار معتبر و پایا به صورت پرسش‌نامه برای استخراج فراوانی مصرف مواد دخانی و نگرش نسبت به مشاوره ترک مصرف سیگار در دانشجویان سال آخر دندان پزشکی اصفهان و فاز دوم شامل به کار بردن ابزار و بررسی فراوانی الگوی مصرف مواد دخانی و نگرش نسبت به مشاوره ترک مصرف سیگار در دانشجویان سال آخر بود.

فاز اول: پرسش‌نامه‌ی اولیه با بهره‌گیری از پژوهشهای قبلی که در رابطه با مصرف دخانیات در دانشجویان انجام شده بود و همچنین با استفاده از نظرات اساتید و کارشناسان طراحی گردید که حاوی سه بخش می‌باشد. بخش اول، اطلاعات دموگرافیک می‌باشد و شامل ۵ سؤال (جنس، سن، سال ورود به دانشگاه، وضعیت تأهل و وضعیت سکونت) است که بر اساس مطالعه‌ی رضاخانی مقدم و همکاران تهیه شده است (۴).

بخش دوم راجع به مصرف مواد دخانی و علل آن می‌باشد که شامل ۱۳ سؤال است. سؤالات ۸ و ۱۷ بر اساس رضاخانی مقدم و همکاران (۴) و سؤالات ۹-۱۶ بر اساس مطالعه‌ی Heydarabadi و همکاران تنظیم شد (۱۱). بخش سوم این پرسش‌نامه شامل سؤالات مربوط به نگرش دانشجویان نسبت به مشاوره‌ی ترک مصرف سیگار می‌باشد

است مانند کانادا (۳ درصد) ۲۸، ایالات متحده (۴ درصد) ۴۷، برزیل (۶ درصد) ۲۶ و بریتانیا (۷ درصد) ۳۲. مناطق دیگری مانند هند (۱۰ درصد) ۲۴ و استرالیا (۱۳ درصد) ۲۵ نیز شیوع سیگار کشیدن را زیر ۲۰ درصد گزارش کردند. با این حال، این روند دلگرم‌کننده یکسان نبود، تقریباً نیمی از دانشجویان دندان پزشکی در صربستان (۴۳ درصد) ۲۴ و یونان (۴۷ درصد) ۳۳ و تقریباً یک سوم دانشجویان در مجارستان (۳۴ درصد) ۳۵ و فرانسه (۳۳ درصد) ۲۹ سیگاری بودند (۱۰). بر اساس مطالعه‌ای که Kılınç و همکاران بر روی ۲۹۸ نفر از دانشجویان دندان پزشکی سال اول و آخر دانشگاه Ege و Dicle ترکیه انجام دادند؛ شیوع مصرف دخانیات در بین دانشجویان ۲۹/۹ درصد برآورد شد که به طور معنی‌داری در ترمهای بالاتر بیشتر از ترمهای پایین‌تر بود و شیوع مصرف تنباکو با وجود آنکه دانشجویان دندان پزشکی درباره‌ی عوارض و آسیب‌های دخانیات، واحدهایی را در دانشگاه گذرانده بودند، در آن‌ها مشابه عموم مردم بود و تفاوتی با سایر افراد جامعه نداشت (۶).

با توجه به اهمیت نقش دندان‌پزشکان به عنوان رول مدل و مشاور دهنده‌ی ترک مصرف سیگار در بیماران خود و لزوم آمادگی دانشجویان سال آخر برای پذیرش این نقش‌ها در آینده‌ی نزدیک و کمبود مطالعات مشابه در اصفهان، در این مطالعه هدف بررسی الگو و شیوع مصرف مواد دخانی در بین دانشجویان سال آخر دندان پزشکی و تأثیر احتمالی آن بر نگرش و عملکرد آن‌ها در ارائه‌ی مشاوره به بیماران بوده است. فرضیه‌ی صفر مطالعه این بود که الگوی مصرف مواد دخانی در دانشجویان ارتباطی با نگرش و عملکرد مشاوره در بیماران ندارد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه در خردادماه تا مردادماه ۱۴۰۲ در بین دانشجویان سال آخر دندان پزشکی اصفهان که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند انجام شد. این مطالعه با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1402.114 مورد

که شامل ۴ سؤال در خصوص مشاوره‌ی ترک مصرف بر اساس الگوی A5 و ۵ سؤال نگرشی در خصوص لزوم مشاوره‌ی ترک سیگار بر اساس مطالعه‌ی Razavi و همکاران گزینش شد (۹). برای بررسی روایی صوری این پرسش‌نامه که به صورت کیفی بررسی شده است؛ پرسش‌نامه به ۱۰ نفر از دانشجویان و یک کارشناس ادبیات فارسی و توضیحات، سؤالات و نقص‌های موجود از نظر این گروه افراد در پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت.

برای محاسبه‌ی نسبت روایی محتوایی (Content validity ratio) CVR نظرات ۶ نفر از متخصصین در مورد پرسش‌نامه (۳ متخصص سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی، ۱ متخصص پزشکی اجتماعی دخیل در مشاوره‌ی ترک مصرف دخانیات، ۲ متخصص بیماری‌های دهان) اخذ گردید. برای بدست آوردن نسبت روایی محتوایی از این گروه متخصصین درخواست شد تا نظر خود در خصوص گویه‌های مرتبط با هر سازه در قالب طیف سه قسمتی (ضروری، مفید اما غیر ضروری و غیر ضروری) اعلام کنند و با توجه به تعداد متخصصان و بر اساس فرمول مربوطه زیر، نسبت روایی محتوایی برای هر یک از گویه‌ها محاسبه شد. ارزش عددی نسبت روایی محتوا با کمک جدول لاو شیه تعیین گردید. به عبارتی دیگر بر اساس جدول مربوطه تصمیم‌گیری در مورد نسبت روایی محتوا، معیار تأیید اعتبار محتوای هر گویه گردید.

$$CVR = \frac{(NE - N / 2)}{N / 2} = \frac{(6 - 6 / 2)}{6 / 2}$$

NE: تعداد متخصصانی که گزینه‌ی ضروری را انتخاب کردند.

N: تعداد کل متخصصین ارزیابی کننده

محاسبه شاخص روایی محتوا (Content validity index) CVI برای کسب اطمینان از این مسأله است که آیا گویه‌ها جهت اندازه‌گیری سازه‌ها به بهترین نحو برنامه‌ریزی شده‌اند؟ که با کمک روش Waltz به نقل از طحانی و همکاران) انجام شد (۱۲). برای تعیین شاخص روایی محتوایی (CVI) هر یک از گویه‌ها، از نظرات ۶ نفر متخصص مرتبط در قالب دو معیار مرتبط بودن و وضوح به صورت مجزا با

استفاده از طیف لیکرت ۴ قسمتی برای هر دو معیار استفاده شد. بدین صورت که برای معیار مرتبط بودن از گزینه‌های کاملاً مربوط، مربوط، نسبتاً مربوط و غیر مرتبط و برای معیار وضوح هر سؤال از گزینه‌های کاملاً واضح، واضح، نسبتاً واضح و غیر واضح استفاده شد، سپس برای محاسبه‌ی شاخص روایی تعداد موافقت‌های اعضاء گروه با دو گزینه‌ی اول در هر معیار برای هر سؤال محاسبه و عدد حاصل بر تعداد اعضاء گروه متخصصین تقسیم شد و بدین نحو شاخص روایی محتوایی هر یک از گویه‌ها تعیین گردید. سپس میانگین شاخص روایی محتوایی بر اساس میانگین نمرات شاخص روایی محتوایی همه‌ی عبارات پرسش‌نامه، محاسبه شد. پس از اندازه‌گیری CVI بر اساس نظرات اساتید یک سؤال در خصوص تناوب مصرف سایر مواد دخانی اضافه شد. تناوب مصرف سیگار و تعداد نخ سیگار در روز اصلاح گردید. مصرف تریاک هم به مواد دخانی افزوده شد. سؤال ۲۳ نیز اصلاح گردید. پرسش‌نامه‌ی نهایی شامل ۲۲ سؤال عملکرد و ۵ سؤال نگرشی شد.

در بخش سؤالات عملکرد پرسش‌هایی در خصوص مصرف سیگار، تناوب مصرف، سن اولین مصرف، سابقه‌ی مصرف در خانواده، دلیل مصرف یا عدم مصرف و میزان مصرف لحاظ شد. همچنین در خصوص مصرف سایر مواد اعتیادآور، الگوی مصرف (تناوب و میزان)، محل معمول مصرف و دلایل مصرف سؤالاتی طراحی شد. بخشی از سؤالات عملکرد در خصوص این بود که برای چند درصد از بیماران خود به طور معمول فعالیت‌های مربوط به ترک دخانیات را بر اساس الگوی A5 انجام می‌دهند یا در آینده انجام خواهند داد. سؤالات نگرش اساساً در خصوص عقیده‌ی دانشجویان به مشاوره ترک مصرف سیگار در بیماران خود و تمایل آن‌ها به انجام این مسئولیت بود. فاز دوم: پرسش‌نامه‌ی نهایی به صورت آنلاین در گروه شبکه‌های اجتماعی دانشجویان توزیع و یادآوری سه بار در هفته ارسال شد.

داده‌های به دست آمده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۷ (version 27, IBM Corporation, Armonk, NY)

شدند. داده‌های توصیفی به صورت میانگین و انحراف معیار و درصد فراوانی گزارش گردیدند. جهت بررسی ارتباط بین سابقه‌ی مصرف مواد دخانی و عملکرد در پروتکل A5 و همچنین سابقه‌ی مصرف مواد دخانی در فرد و گزاره‌های نگرش از آزمون Chi-square استفاده شد. همچنین جهت بررسی عوامل دخیل در مصرف سیگار از مدل رگرسیون لجستیک استفاده گردید. P value کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

پس از دو ماه نمونه‌گیری، تعداد ۱۵۴ پرسش‌نامه‌ی قابل استفاده جمع‌آوری شد (درصد پاسخگویی ۷۷ درصد). مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است. بر اساس نتایج اکثر پاسخ‌دهندگان ورودی ۱۳۹۶ مجرد و بومی بودند. نسبت زن و مرد تقریباً برابر بود.

بر اساس نتایج ۴۴ نفر (۲۹ درصد) سابقه‌ی مصرف دخانیات در خانواده را بیان کردند. همچنین ۵۳ نفر (۳۴/۸ درصد) سابقه‌ی مصرف در خود را اذعان داشته‌اند. ۴ نفر (۲/۶ درصد) اذعان کردند که قبلاً مصرف داشته‌اند و ترک کرده‌اند. ۹۲/۵ درصد از افرادی که سابقه‌ی مصرف مواد دخانی داشته‌اند، سیگار می‌کشیدند همچنین ۱۳ درصد (۲۰ نفر) از افراد مصرف‌کننده، (Reguler Smoker) حداقل یک نخ سیگار هر روز می‌باشند. ۸۰ درصد مصرف کنندگان مذکر هستند.

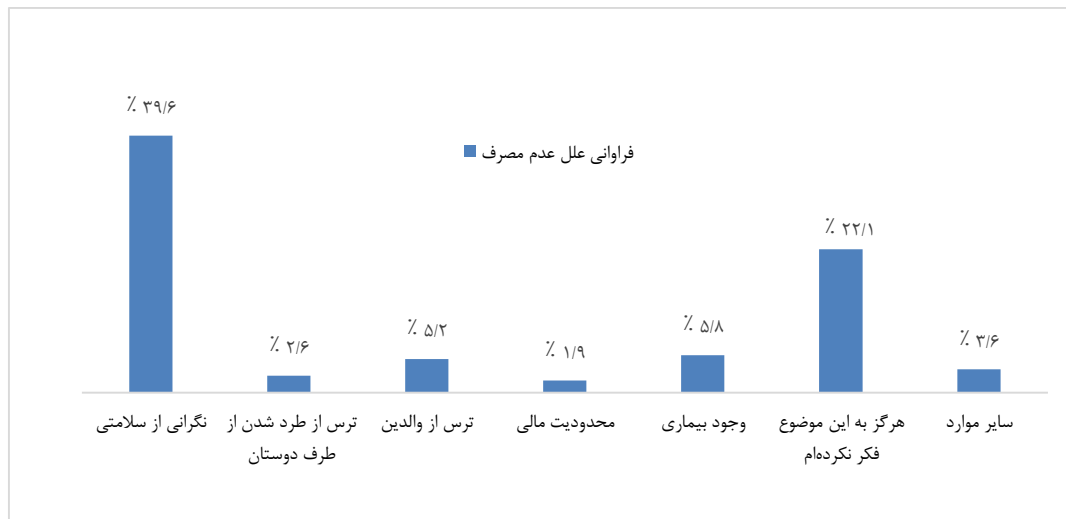
پاسخ شرکت‌کنندگان به علل عدم مصرف در نمودار ۱ آمده است. مهم‌ترین عامل عدم مصرف نگرانی از سلامتی (۳۹/۲ درصد معادل ۶۱ نفر) بود. بیشترین نوع ماده مصرفی؛ سیگار (۳۵/۱ درصد معادل ۵۴ نفر) و پس از آن به ترتیب قلیان (۲۵/۳ درصد) و ماریجوانا (۲۲/۱ درصد) بوده است. سایر مواد دخانی از جمله هروین و کوکائین کمتر از ۳ درصد موارد را به خود اختصاص داد. رایج‌ترین الگوی مصرف سیگار به صورت روزانه و سایر مواد دخانی به صورت گاهی در سال بود.

بر اساس نتایج، رایج‌ترین سن اولین مصرف مواد دخانی بین ۱۸ تا ۲۲ سال (۸/۴ درصد افرادی که سابقه‌ی مصرف داشته‌اند معادل ۲۲ درصد شرکت‌کنندگان) بوده است. اکثر دانشجویانی که مصرف مواد دخانی داشتند، اولین محل مصرف را خانه دوستان (۱۳/۶ درصد) گزارش کرده‌اند. رایج‌ترین وضعیت رایج مصرف مواد دخانی در حال حاضر، در ملاقات با دوستان نزدیک (۲۰/۱ درصد) می‌باشد همچنین ۱۵/۶ درصد مصرف‌کنندگان اذعان داشته‌اند که وضعیت کنونی فرقی برای‌شان نمی‌کند و مصرف منوط به شرایط خاصی نیست (نمودار ۲). نمودار ۳ بیانگر تعداد نخ سیگار مصرفی در روز در مصرف‌کنندگان می‌باشد. بر این اساس بیشترین تعداد نخ سیگار مصرفی در روز کمتر از ۵ عدد (۲۲/۷ درصد) می‌باشد.

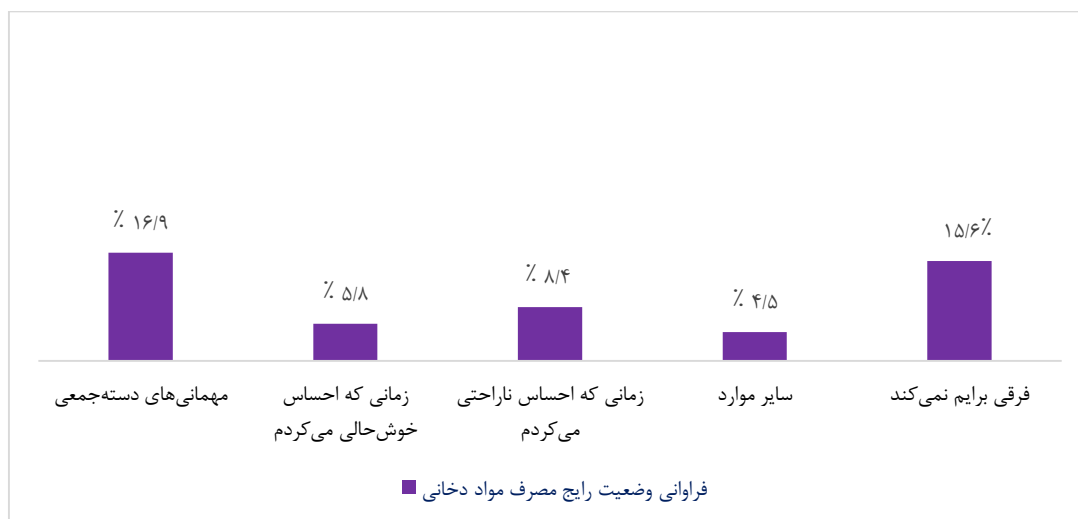
جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان (n = ۱۵۴)

متغیر	فراوانی (درصد)	میانگین + انحراف معیار
جنسیت		
زن	۷۸ (۵۰/۶)	-
مرد	۷۴ (۴۸/۱)	-
سن	۲۲-۳۸ سال	۲۵/۲ ± ۲/۵
ورودی		
۱۳۹۶	۸۳ (۵۶)	-
۱۳۹۷	۶۶ (۴۴)	-
وضعیت تأهل		
متأهل	۲۶ (۱۷)	-
مجرد	۱۲۶ (۸۳)	-
وضعیت سکونت		
بومی	۱۰۴ (۶۸/۵)	-
غیر بومی	۴۸ (۳۱/۵)	-

علت مصرف مواد دخانی در جدول ۲ آمده است. رایج‌ترین علت مصرف مواد دخانی تفریح و سرگرمی (درصد ۲۶) و پس از آن کاهش استرس (۱۶/۹ درصد) ذکر شده است.



نمودار ۱. فراوانی نسبی دلایل عدم مصرف مواد دخانی در افرادی که سابقه‌ی مصرف نداشته‌اند



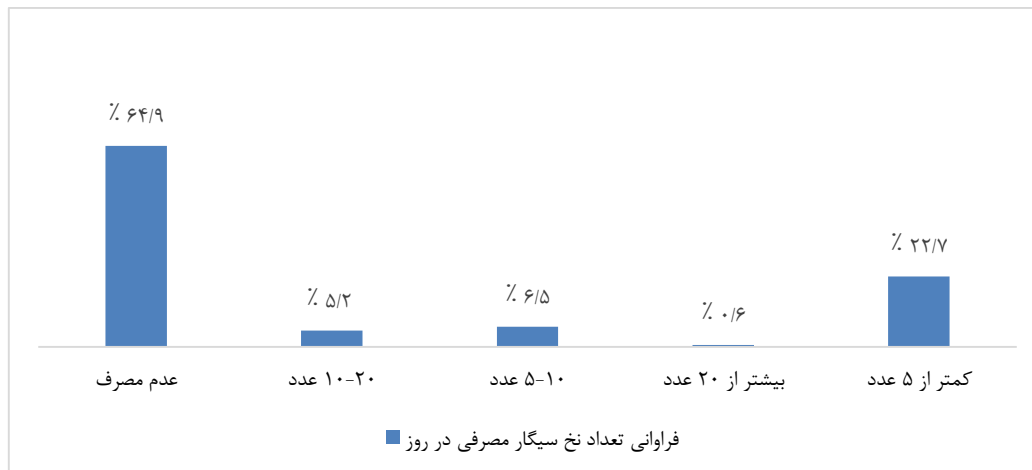
نمودار ۲. توزیع فراوانی نسبی موقعیت‌هایی که باعث تحریک شرکت‌کنندگان به مصرف مواد دخانی می‌شود

مشاوره ترک مصرف دخانیات:

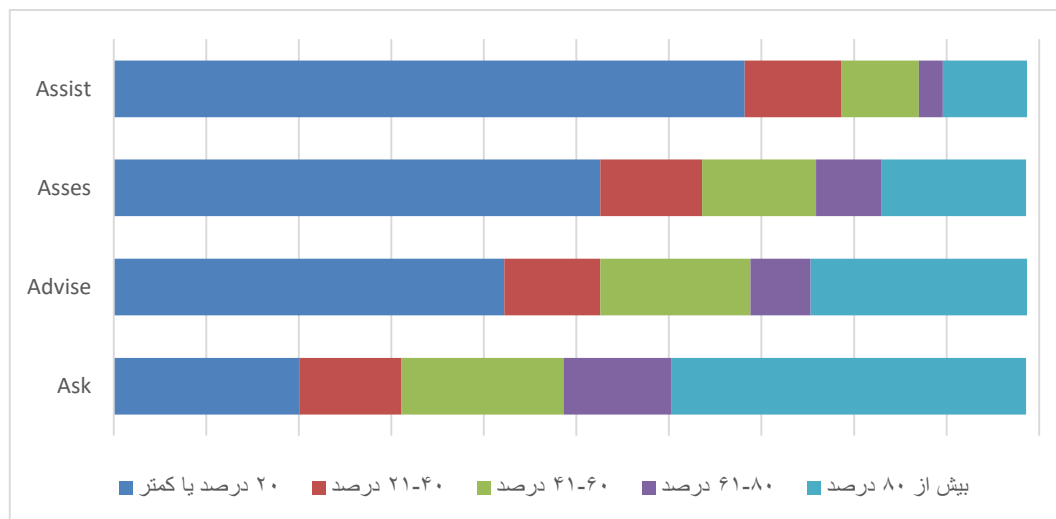
پاسخ به سؤال «برای چند درصد از بیماران خود (بر اساس مدل ۵A) به طور معمول فعالیت‌های مربوط به ترک دخانیات را انجام می‌دهید یا در آینده انجام خواهید داد» در نمودار ۳ آمده است. بر اساس نتایج اکثر دانشجویان، سؤال از بیماران در خصوص مصرف دخانیات را دارند اما در بخش‌های Advise, Assess, Assist تمایل اکثریت به انجام این مراحل ۲۰ درصد یا کمتر گزارش شده است. پاسخ به سؤالات نگرش در خصوص مشاوره‌ی ترک مصرف دخانیات در نمودار ۴ آمده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی نسبی دلایل مصرف مواد دخانی در میان مصرف‌کنندگان

متغیر	فراوانی	فراوانی نسبی (درصد)
کاهش استرس	۲۶	۱۶/۹
کنجکاوی	۱۵	۷/۹
تقلید از دوستان	۶	۹/۳
الگوبرداری از افراد سرشناس	۵	۲/۳
تفریح و سرگرمی	۴۰	۲۶
سایر موارد	۱۰	۵/۶



نمودار ۳. توزیع فراوانی نسبی شرکت‌کنندگان بر اساس تعداد نخ سیگار مصرفی در روز



نمودار ۴. توزیع فراوانی نسبی پاسخ شرکت‌کنندگان به سؤالات عملکرد بر اساس پروتکل A5

و سابقه‌ی مصرف در خانواده، نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک برای سابقه‌ی مصرف سیگار در دانشجویان نشان می‌دهد، جنسیت به طور معنی‌داری مؤثر است؛ بطوری که آقایان ۲ برابر خانم‌ها سابقه‌ی مصرف داشته‌اند (نسبت شانس = $2/01$ و فاصله‌ی اطمینان $95\% = 1/01 - 3/9$ و $p \text{ value} = 0/04$) سابقه‌ی مصرف بر اساس تأهل و ورودی معنی‌دار نبود. سابقه‌ی مصرف مواد دخانی در خانواده به طور معنی‌داری پیشگویی‌کننده‌ی مصرف در فرد هم بوده است (نسبت شانس = $2/6$ و فاصله‌ی اطمینان $95\% = 1/3 - 5/5$ و $p \text{ value} = 0/009$) احتمال مصرف در افراد با سابقه‌ی مصرف در خانواده $2/6$ برابر بود (نمودار ۵).

بیش از یک سوم دانشجویان، نظری درباره‌ی اعتقاد به ناراحتی بیمار در خصوص آموزش ترک دخانیات (۳۷ درصد) نداشتند و همچنین معتقد بودند که تصمیم بیمار در خصوص مصرف دخانیات شخصی می‌باشد (۴۴ درصد). اکثر دانشجویان اعتقاد بر این داشتند که آموزش‌های داده شده در دانشکده در مورد مشاوره ترک مصرف دخانیات کافی نبوده است (۴۴/۸ درصد) اما تمایل به تشویق بیماران در خصوص ترک مصرف دخانیات (۴۰/۹ درصد) و اعتقاد به مسئولیت دندان‌پزشک در قبال مشاوره‌ی ترک مصرف دخانیات (۳۸ درصد) دارند.

با وارد کردن متغیرهای جنسیت دانشجوی، تأهل، ورودی

مصرف سیگار در دانشجویان سال آخر دندان پزشکی اصفهان با توجه به آشنایی با خطرات و مضرات مصرف دخانیات به طور تقریبی مشابه با میانگین جامعه ایران می باشد (۱۳).

در مطالعه‌ی مشابهی که Kılınç و همکاران در سال ۲۰۱۶ بر روی دانشجویان دندان پزشکی سال آخر دو دانشکده‌ی دندان پزشکی در ترکیه انجام داده‌اند؛ شیوع مصرف سیگار را ۲۹/۹ درصد گزارش کرده‌اند که بیش از میانگین مصرف سیگار جامعه‌ی ترکیه (۲۷/۱ درصد) می باشد (۶).

همچنین در مطالعه‌ی Rodakowska و همکاران که شیوع مصرف دخانیات در دانشجویان دندان پزشکی دو کشور لهستان و ایتالیا را در سال ۲۰۲۰ سنجیده بودند، نشان داد که دانشجویان دندان پزشکی، با وجود آشنایی با خطرات، بیش از میانگین جمعیت عمومی، تنباکو مصرف می کردند. طبق گزارش جهانی، این نسبت برای لهستان ۲۷/۶ درصد در مقابل ۲۵/۳ درصد بود در حالی که دانشجویان ایتالیا دو برابر بیشتر از جمعیت عمومی سیگار می کشیدند (۴۲/۱ درصد در مقابل ۲۱/۳ درصد) (۱۴).

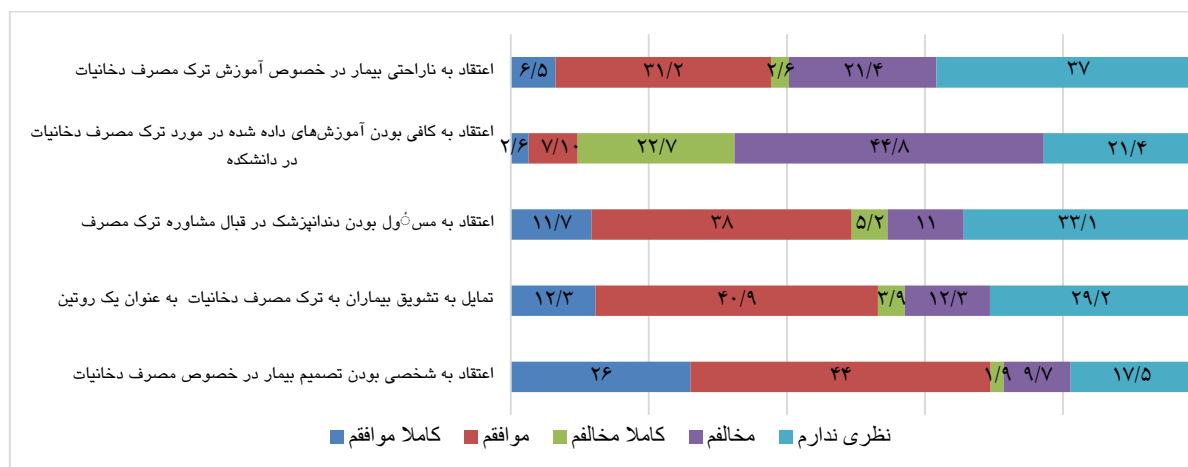
شیوع بیشترین ماده‌ی مصرفی در مطالعه فوق به ترتیب سیگار (۳۵/۱ درصد)، قلیان (۲۵/۳ درصد) و ماریجوانا (۲۲/۱ درصد) می باشد. نکته‌ی قابل توجه، افزایش شیوع مصرف ماریجوانا و هم سطح قرار گرفتن تقریبی آن با قلیان می باشد. در مطالعه‌ی Heydarabadi و همکاران که در سال ۱۳۹۶

آزمون Chi-square ارتباط معنی دار بین سابقه‌ی مصرف مواد دخانی و عملکرد در پروتکل A5 (Ask, Advise, Assess, Assist) نداشت. در میان گزاره‌های نگرش، سابقه‌ی مصرف مواد سیگار در فرد تنها با اعتقاد فرد به اینکه سیگار کشیدن در بیمار تصمیم شخصی است مرتبط بود ($p \text{ value} = ۰/۰۲$ ، $Q^2 = ۱۱/۱$) ۸۳ درصد افراد با سابقه‌ی مصرف در مقایسه با ۶۳ درصد افراد بدون سابقه‌ی مصرف مواد دخانی، موافق یا کاملاً موافق بودند که این امر یک تصمیم شخصی است.

بحث

مطالعه‌ی حاضر از محدود مطالعه‌ای است که به بررسی الگوی مصرف مواد دخانی و نگرش دانشجویان دندان پزشکی اصفهان نسبت به مشاوره ترک مصرف مواد دخانی با ابزاری روا پرداخته است. در مجموع ارتباط معنی دار بین سابقه‌ی مصرف مواد دخانی و عملکرد در پروتکل A5 دیده نشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که ۳۷ درصد از دانشجویان سال آخر دندان پزشکی اصفهان، سابقه‌ی مصرف دخانیات داشته و به طور قابل توجهی در آقایان بیش از بانوان بود و ۱۳ درصد از افراد Regular smoker می باشند. بر اساس مطالعه‌ی Abbasi-Kangevari و همکاران در سال ۲۰۲۱ که به طور میانگین شیوع مصرف سیگار در جامعه را ۱۴ درصد گزارش کرده‌اند؛ شیوع



نمودار ۵. توزیع فراوانی نسبی پاسخ شرکت کنندگان به سؤالات نگرش در خصوص مشاوره ترک مصرف سیگار توسط دندان پزشکان

و بر روی دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد، رایج ترین ماده مصرفی سیگار (۴۷/۴ درصد) و پس از آن قلیان (۴۲ درصد) گزارش شده بود (۱۱). همانطور که پیش تر نیز اشاره شد ارتباط معنی داری میان سابقه مصرف مواد دخانی در خانواده و خود فرد و همچنین جنسیت فرد نیز وجود دارد. نتایج حاصل از مطالعه‌ی حبیب پور و همکاران در سال ۲۰۲۲ که تجربه‌ی جنسیتی شیوع مصرف سیگار در بین دانشجویان دانشگاه خوارزمی را سنجیده‌اند؛ این بود که دانشجویان دختر و پسر درک و پنداشت متفاوتی از مصرف سیگار داشته‌اند و به دلایل مختلف به مصرف سیگار ترغیب شده‌اند؛ دانشجویان پسر برای گریز از درگیری‌های فکری به مصرف سیگار روی می‌آوردند و دانشجویان دختر با مصرف سیگار سعی در بازیابی هویت زنانه‌ی خود دارند. همچنین خوابگاه و دانشگاه در افزایش مصرف سیگار در دانشجویان پسر و در زمینه‌سازی و آغاز مصرف سیگار در دانشجویان دختر نقش داشته است. زمینه‌ی خانوادگی و اطرافیان سیگاری در انگیزش هر دو جنس به مصرف سیگار نقش داشته‌اند. وجود دوستان سیگاری و کسب تجربه، اگرچه در مصرف سیگار از سوی هر دو جنس نقش داشت، ولی نقش آن در میان دانشجویان پسر برجسته‌تر بود. تفاوت تجربه‌ی زیسته‌ی مصرف سیگار در بین دانشجویان دختر و پسر، دلالت بر آن دارد که الگوی متفاوتی بر مصرف سیگار ایشان، به‌ویژه از حیث انگیزه‌ها و شرایط زمینه‌ساز حاکم بوده است. افزون بر آن، فضای خوابگاه با کارکردی یکسان تا اندازه‌ای بستری برای آغاز مصرف سیگار در میان دختران و تشدید آن در بین پسران بود (۱۵).

در این مطالعه بیشترین فراوانی سن اولین مصرف مواد دخانی بین ۱۸ تا ۲۲ سال (۲۲/۷ درصد) به دست آمده و محل اولین تجربه‌ی مصرف مواد دخانی و همچنین محل رایج مصرف «خانه دوستان» (به ترتیب ۱۳/۶ و ۲۱/۴ درصد) گزارش شده است. در ادامه در پاسخ به سؤالات وضعیت اولین و وضعیت رایج مصرف مواد دخانی نیز «ملاقات با دوستان نزدیک» (هر دو ۲۰/۱ درصد) اعلام شده است.

در مطالعه‌ی مشابه که Heydarabadi و همکاران انجام

دادند، بیشترین فراوانی سن اولین مصرف سیگار نیز بین ۱۸ تا ۲۲ سال (۷۷/۸ درصد) بوده است. هر چند بیشترین فراوانی سن اولین مصرف مواد مخدر به جز سیگار، کمتر از ۱۸ سال (۴۸ درصد) گزارش شد. همچنین در این مطالعه محل اولین و محل رایج مصرف خوابگاه اعلام گردید که علت تفاوت این دو مطالعه می‌تواند اختلاف در حجم نمونه، جامعه‌ی هدف و همچنین محل زندگی افراد باشد. درباره‌ی بیشترین فراوانی وضعیت اولین و وضعیت رایج مصرف نیز در مطالعه‌ی Heydarabadi و همکاران، ملاقات با دوستان گزارش شده است (۱۱).

در این مطالعه‌ای که انجام شد، اکثر دانشجویانی که مواد دخانی مصرف می‌کردند علت مصرف را تفریح و سرگرمی (۲۶ درصد) اعلام کرده‌اند.

در مطالعه‌ی مجیدپور و همکاران که میزان شیوع و علل گرایش به مصرف سیگار در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل را بررسی کردند؛ علت مصرف دخانیات توسط دانشجویان رفاقت و صمیمیت با افراد سیگاری، دوری از خانواده، طولانی بودن مدت تحصیل به خصوص برای دانشجویان پزشکی و پرستاری، عدم علاقه به رشته‌ی تحصیلی به خصوص در دانشجویان پیراپزشکی و پرستاری، عدم امید به اشتغال پس از فراغت از تحصیل، وجود محیط‌های ترغیب‌کننده به سیگار، کمبود برنامه‌های فرهنگی (علمی، ورزشی، هنری و تفریحی) کافی در دانشگاه و سایر مشکلات از علل عمده‌ی گرایش به سیگار ذکر شده است و این امر نشان می‌دهد که علل گرایش به سیگار در بین دانشجویان تا حدود زیادی مشترک می‌باشد و نیاز به اقدامات یکسانی دارد (۱۶).

نتایج مشاوره‌ی ترک مصرف سیگار این مطالعه نشان داد که در جمعیت مورد بررسی، ارتباط معنی داری بین سابقه‌ی مصرف مواد دخانی و انجام پروتکل A5 وجود نداشت و فقط از نظر نگرش افرادی که سابقه‌ی مصرف مواد دخانی داشتند؛ معتقد بودند که سیگار کشیدن بیمار یک تصمیم شخصی و مرتبط به خود بیمار می‌باشد.

در مطالعه‌ی Razavi و همکاران که به طور مشابهی بر میزان نگرش دندان‌پزشکان و دانشجویان دندان‌پزشکی کار

شده است؛ نشان داده شده که اکثراً در مراحل Ask و Advise مهارت داشته و در مراحل Assist، Asses و Arrange عملکرد و آگاهی ضعیفی دارند. ضعیف ترین عملکرد مربوط به کمک به بیمار برای ترک مصرف دخانیات بوده است (۹). در مطالعه‌ی حاضر نیز دانشجویان تنها در مرحله‌ی Ask عملکرد خوبی از خود نشان داده‌اند اما اکثراً تمایلی به اجرای سایر مراحل نداشته‌اند. ضعیف ترین عملکرد همانند مطالعه Razavi و همکاران مربوط به کمک به بیمار برای ترک مصرف دخانیات بوده است (۹).

در مطالعه‌ی انجام شده در عربستان نیز مشخص گردید آگاهی اکثر دانشجویان نسبت به مشاوره ترک مصرف سیگار پایین و حدود ۶۰ درصد دانشجویان نگرش و باور منفی نسبت به این شرح وظیفه داشته‌اند (۱۷).

ایجاد علاقه و آگاهی در انجام مشاوره‌ی ترک مصرف دخانیات در دانشجویان و پزشکان از چالش‌های پیش‌رو در سیاست‌گذاری‌های سلامت جامعه به حساب می‌آید (۱۸). همچنان طبق آخرین مطالعات انجام پروتکل A5 استانداردترین و مؤثرترین روش می‌باشد.

Ugalde و همکاران در سال ۲۰۲۲، مطالعه‌ای به صورت مروری سیستماتیک درباره‌ی چگونگی ارائه‌ی مداخلات ترک مصرف دخانیات انجام دادند که نشان داد مؤثرترین مدل درمانی برای پزشکان، ارائه‌ی توصیه‌های مختصری در مورد ترک سیگار بود که استفاده از پروتکل A5 این امر را میسر می‌کند (۱۹). مداخلات مشاوره‌ای فشرده که در طول مدت ملاقات پزشک با بیمار بسیار مؤثر بوده که باید با تماس‌های تلفنی و پیگیری‌های حضوری ادامه یابد که باعث شد حداقل یک ماه پس از ترخیص، شیوع ترک سیگار را افزایش دهد. افزودن درمان جایگزین نیکوتین به یک مداخله مشاوره‌ای فشرده، شیوع ترک سیگار را در مقایسه با مشاوره فشرده به تنهایی افزایش می‌دهد (۱۹).

Poudyal و Elfandi در مطالعه‌ای در خصوص روش‌های آموزش پزشکی مؤثر برای ایجاد انگیزه و مهارت لازم در دانشجویان اشاره کردند که شاید تلفیق آموزش‌های

سخنرانی محور با تعامل در محیطی واقعی یا شبیه‌سازی شده با بیماران واقعی یا بیمارنما می‌تواند روشی مؤثر و موفق باشد (۲۰). گنجاندن بیشتر موضوع ترک مصرف دخانیات در محتوای دروس رشته‌های دانشگاهی و آموزش رسمی آن، آموزش‌های همگانی توسط رسانه‌ی جمعی، توجه به مشکلات دانشجویان و تأمین رفاه آنان، برگزاری هرچه بیشتر برنامه‌های تفریحی مطابق با علایق دانشجویان، نظارت کافی و درست بر امور آموزشی و دانشجویی آنان و کمک گرفتن از دانشجویان در برنامه‌های مبارزه با سیگار ممکن است در کاهش بروز و شیوع مصرف دخانیات، کمک کننده باشد. همچنین نشان داده شد که به طور کلی دانشجویان در مشاوره ترک مصرف دخانیات عملکرد ضعیفی دارند که نگرش آنان در جهت ترک مصرف دخانیات را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

نمونه‌گیری در این مطالعه به روش آسان صورت گرفت و به علت دشواری دسترسی به سایر دانشجویان دندان پزشکی کشور و کمبود وقت، امکان تخصیص حجم نمونه بسیار بزرگ وجود نداشت؛ بنابراین نمی‌توان گفت که جمعیت مورد بررسی نمونه‌ی معرف کشوری است.

همچنین در صورت امکان مشاهده رفتار واقعی دانشجویان در برخورد با بیماران سیگاری، بخش عملکرد می‌توانست با دقت و صحت بیشتری ثبت شود. از دیگر محدودیت‌های مفروض بر مطالعه، عدم صداقت در پاسخگویی می‌توانست باشد. هرچند با طراحی پرسش‌نامه به صورت آنلاین و عدم درج نام و نام خانوادگی توسط دانشجویان، سعی شد تا حد امکان اعتماد شرکت کنندگان را جلب کرده و آن‌ها را تشویق به ارائه‌ی پاسخ‌های واقعی بنماییم.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که میزان شیوع مصرف سیگار در میان دانشجویان دندان پزشکی اصفهان نسبتاً مشابه با جامعه بود همچنین بیش از یک سوم دانشجویان مصرف دخانیات را تجربه کرده بودند.

سپاسگزار

اصفهان می‌باشد. مراتب قدردانی خود از معاونت تحقیقات علوم پزشکی اصفهان بابت حمایت اداری و مالی از این طرح را اعلام می‌داریم.

این مقاله بر اساس بخشی از نتایج پایان‌نامه با کد ۳۶۰۲۷۰ مورد تصویب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی

References

1. Thomson NC, Polosa R, Sin DD. Cigarette Smoking and Asthma. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2022; 10(11): 2783-97.
2. World Health Organization. Tobacco [31 July 2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (accessed on 30 June 2020).
3. Morgan JC, Cappella JN. Harm perceptions and beliefs about potential modified risk tobacco products. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(2): 576.
4. Rezakhani Mogaddam H, Sadeghi R, Pahlevanzadah B, Shakourimoghaddam R Fatehi V. Survey of Prevalence and Causes of the Trend of Hookah Smoking in Tehran University Students of Medical Sciences 2010-2011 [in Persian]. *J Toloo Behdasht*. 2011; 11(4): 103-13.
5. Ebneahmadi A, Airemlu S, Golmohammadi Sh, Khoshnevisan M. Obstacles limiting the active participation of Iranian final year dental students in program quit smoking [in Persian]. *JDS* 2011; 29(3): 199-206.
6. Kılınç G, Bolgöl BS, Aksoy G, Günay T. The prevalence of tobacco use and the factors influencing in students studying at two dentistry faculties in Turkey. *Turk Thorac J* 2016; 17(2): 47-52.
7. Keikavoosi-Arani L, Seyed Someah M. Assessing levels of occupational stress among clinical dental students [in Persian]. *J Health Saf* 2020; 10(4): 436-46.
8. Khami M, Abn ahmadi A, Ahmadian M, Razeghi S, Yazdani R. Knowledge, attitudes, and skills of dental students at Tehran and Shahid Beheshti dental schools towards tobacco cessation counseling [in Persian]. *J Dent Med* 2014; 27(3): 209-15.
9. Razavi SM, Zolfaghari B, Doost ME, Tahani B. Attitude and practices among dentists and senior dental students in iran toward tobacco cessation as an effort to prevent oral cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015; 16(1): 333-8.
10. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking among dental students in 19 countries. *Int dent J* 2007; 57(6): 452-8.
11. Heydarabadi AB, Ramezankhani A, Barekati H, Vejdani M, Shariatinejad K, Panahi R, et al. Prevalence of substance abuse among dormitory students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. *Int J High Risk Behav Addict* 2015; 4(2): e22350.
12. Tahani B, Najimi A, Fazel M, Salavati M. Assessing the validity and reliability of persian version of DQS (Dental Satisfaction Questionnaire) [in Persian]. *Iranian Journal of Epidemiology* 2019; 14(4): 349-58.
13. Abbasi-Kangevari M, Ghanbari A, Fattahi N, Malekpour MR, Masinaei M, Ahmadi N, et al. Tobacco consumption patterns among Iranian adults: a national and sub-national update from the STEPS survey 2021. *Sci Rep* 2023; 13(1): 10272.
14. Rodakowska E, Mazur M, Baginska J, Sierpinska T, La Torre G, Ottolenghi L, D'Egidio V, Guerra F. Smoking prevalence, attitudes and behavior among dental students in Poland and Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(20): 7451.
15. Habibpour Gatabi K, Serajzadeh SH, Yousefi IlZoleh F. Gender Experience of Smoking among Students of Kharazmi University [in Persian]. *Social Problems of Iran* 2022; 12(2): 57-84.
16. Majidpour A, Hamidzade Y, Abbasgholizade N, Salehi E. Prevalence rate and causes of smoking tendency among students of medical university of Ardebil [in Persian]. *J Ardabil Univ Med Sci* 2005; 5(3): 266-70.
17. Alblowi JA. Perception of tobacco hazards on general and periodontal health and tobacco cessation counseling among dental students. *Tob Prev Cessat* 2024; 10.
18. Chan HL, Chan AK, Chu CH, Tsang YC. Smoking cessation in dental setting: a narrative review on dental professionals' attitude, preparedness, practices and barriers. *Front Oral Health* 2023; 4: 1266467.
19. Ugalde A, White V, Rankin NM, Paul C, Segan C, Aranda S, et al. How can hospitals change practice to better implement smoking cessation interventions? A systematic review. *CA Cancer J Clin* 2022; 72(3): 266-86.
20. Elfandi S, Poudyal H. Tobacco cessation curriculum in medical schools: a scoping review. *J Cancer Educ* 2023; 38(5): 1614-23.

پرسشنامه

پرسشنامه الگوی مصرف مواد دخانی در دانشجویان دندان پزشکی

- ۱-جنسیت: الف) مذکر ب) مؤنث ۲-سال تولد: ۳-سال ورود به دانشگاه: ۴-وضعیت تأهل: الف) مجرد ب) متأهل
- ۵-وضعیت سکونت: الف) بومی ب) غیر بومی
- ۶-سابقه مصرف دخانیات در خانواده (بستگان درجه یک): الف) وجود دارد. ب) وجود ندارد
- ۷-سابقه مصرف هرگونه مواد دخانی در خود فرد تاکنون: الف) دارم ب) ندارم پ) قبلاً داشتم و حالا ترک کرده‌ام
در صورت نداشتن سابقه مصرف مواد دخانی به سؤال ۸ پاسخ دهید:
- ۸-علل عدم مصرف مواد دخانی: الف) نگرانی از سلامتی ب) ترس طرد شدن از طرف دوستان پ) ترس از والدین
ت) محدودیت مالی ث) وجود بیماری ج) هرگز به این موضوع فکر نکرده‌ام ح) سایر موارد
در صورت داشتن سابقه مصرف مواد دخانی به سؤالات ۹-۱۷ پاسخ دهید:
- ۹-کدام مورد را تا به حال مصرف کردید:
- الف) سیگار ب) قلیان پ) ماریجوانا ت) کوکابین ث) هرویین ج) کراک چ) تریاک ح) سایر موارد
- ۱۰-سن اولین مصرف مواد دخانی: الف) کمتر از ۱۸ سال ب) بین ۱۸ تا ۲۲ سال پ) بیش از ۲۲ سال
- ۱۱-اولین محل مصرف مواد دخانی: الف) خانه والدین ب) خانه دوستان پ) خانه شخصی ت) پارک ث) خوابگاه ج) سایر موارد
- ۱۲-محل رایج مصرف مواد دخانی در حال حاضر: الف) خانه والدین ب) خانه دوستان پ) خانه شخصی ت) پارک ث) خوابگاه
ج) سایر موارد
- ۱۳-وضعیت اولین مصرف مواد دخانی: الف) ملاقات با دوستان ب) پارتی های دسته جمعی پ) زمانی که احساس خوشحالی می کردم ت) زمانی که احساس ناراحتی می کردم ث) سایر موارد
- ۱۴-وضعیت رایج مصرف مواد دخانی: الف) ملاقات با دوستان ب) پارتی های دسته جمعی پ) زمانی که احساس خوشحالی می کنم ت) زمانی که احساس ناراحتی می کنم ث) فرقی برایم نمی کند ج) سایر موارد
- ۱۵-تناوب مصرف سیگار: الف) هرروز ب) گاهی در هفته پ) گاهی در ماه ت) گاهی در سال
- ۱۶-تناوب مصرف سایر مواد دخانی: الف) هرروز ب) گاهی در هفته پ) گاهی در ماه ت) گاهی در سال ث) مصرف ندارم
- ۱۷-تعداد نخ سیگار مصرفی: الف) کمتر از ۵ عدد ب) ۵ تا ۱۰ عدد پ) ۱۰-۲۰ عدد ت) بیش از ۲۰ عدد
- ۱۸-علت مصرف مواد دخانی: الف) تفریح و سرگرمی ب) کاهش استرس پ) کنجکاوی ت) تقلید از دوستان ث) الگو برداری
از افراد سرشناس ج) سایر موارد

برای چند درصد از بیماران خود به طور معمول فعالیت‌های مربوط به ترک دخانیات را انجام می‌دهید یا در آینده انجام خواهید داد: (در هر خط یک پاسخ را انتخاب کنید)

سؤال	۲۰ درصد	۲۱-۴۰ درصد	۴۱-۶۰ درصد	۶۱-۸۰ درصد	بیش از ۸۰ درصد
۱۹- سؤال از بیماران در خصوص مصرف دخانیات:					
۲۰- توصیه به ترک دخانیات:					
۲۱- پرسش در خصوص تمایل بیماران به ترک دخانیات:					
۲۲- کمک به بیماران جهت برنامه‌ریزی ترک دخانیات:					

لطفاً میزان موافقت خود را با موضوعات مطرح شده مشخص کنید: (در هر سطر یک گزینه را علامت بزنید)

سؤال	موافقم	کاملاً موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۲۳- معتقدم که مصرف دخانیات توسط بیمار یک تصمیم شخصی است.					
۲۴- تمایل دارم به تشویق بیماران را به ترک مصرف دخانیات به عنوان یک کار روتین مطب تشویق کنم.					
۲۵- معتقدم که مشاوره ترک مصرف دخانیات قسمتی از مسئولیت‌های یک دندان‌پزشک است.					
۲۶- معتقدم که آموزش‌های داده شده در مورد ترک مصرف دخانیات در دانشکده‌های دندان‌پزشکی کافی است.					
۲۷- معتقدم که آموزش دادن به بیمار درباره ترک مصرف دخانیات باعث ناراحتی او می‌شود.					