

## Perceived Threat about Cigarette Smoking among Adolescents: Optimistic Bias

Gholam Reza Sharifirad<sup>1</sup>, Siamak Mohebi<sup>2</sup>, Zahra Hosseini<sup>3</sup>, Zabihollah Gharlipour<sup>2\*</sup>, Kamel Ghobadi Dashdebi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Education & Promotion, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

<sup>2</sup>Department of Public Health, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

<sup>3</sup>Department of Public Health, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

<sup>4</sup>Department of Public Health, Faculty of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

\*Corresponding Author:  
Zabihollah Gharlipour,  
Department of Public Health,  
Faculty of Health, Qom  
University of Medical  
Sciences, Qom, Iran.

Email:  
gharlipourz@yahoo.com

Received: 13 Sep, 2015

Accepted: 9 Dec, 2015

### Abstract

**Background and Objectives:** Cigarette smoking is one of the important health problems in adolescents and one of the preventable causes of morbidity and mortality. The present study was carried out with the aim of determining the perceived threat about cigarette smoking among adolescents with emphasis on optimistic bias.

**Methods:** The present study was carried out as a descriptive cross-sectional study on 2<sup>nd</sup> grade secondary school male students in Shiraz, Iran. A multi-step cluster sampling method was used in the present study. A questionnaire including questions about demographic characteristics, knowledge, and perceived threat, was used. The reliability of the questionnaire was confirmed by Cronbach's alpha coefficient and its validity by a panel of experts. The data were analyzed using descriptive tests and Pearson correlation coefficient.

**Results:** In the current study, the majority of students (3.3%) initiated cigarette smoking at the age of 13 years. Also, there was a significant relationship between perceived susceptibility and having smoker friends and offering cigarette by them. Also, the findings of this study showed that there was a negative correlation between perceived susceptibility and severity.

**Conclusion:** According to the findings of this study, in spite of high perceived severity, the perceived susceptibility was low among the students. Also, optimistic bias in adolescents causes that although they believe in high severity of high-risk behaviors, they do not feel themselves exposed to the risk of morbidity due to health problems.

**Keywords:** Smoking; Bias; Adolescents.

## تهدید درک شده نسبت به مصرف سیگار در نوجوانان: پدیده تورش خوش بینانه

غلامرضا شریفی راد<sup>۱</sup>، سیامک محبی<sup>۲</sup>، زهرا حسینی<sup>۳</sup>، ذبیح اله قارلی پور<sup>۴\*</sup>، کامل قبادی داشدبی<sup>۵</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** مصرف سیگار یکی از مشکلات مهم بهداشتی در نوجوانان و از علل قابل پیشگیری ابتلا و مرگ و میر محسوب می شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین تهدید درک شده نسبت به مصرف سیگار در نوجوانان با تأکید بر پدیده تورش خوش بینانه انجام گرفت.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر به روش توصیفی - مقطعی روی ۲۴۰ نفر از دانش آموزان پسر پایه هشتم شهر شیراز انجام شد. نمونه گیری از طریق خوشه ای چند مرحله ای صورت گرفت. پرسشنامه شامل سؤالات جمعیت شناختی، آگاهی و تهدید درک شده بود. پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ و روایی آن توسط پانل متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. داده ها با استفاده از آزمون های توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** در این مطالعه بیشتر دانش آموزان (۳/۳٪) در سن ۱۳ سالگی، اولین تجربه مصرف سیگار را داشتند. همچنین ارتباط معنی داری بین سیگاری بودن دوستان و تعارف به مصرف از طرف آنان با حساسیت درک شده مشاهده گردید. یافته های این مطالعه نشان داد بین حساسیت و شدت درک شده، همبستگی منفی وجود دارد.

**نتیجه گیری:** طبق نتایج این مطالعه، با وجود بالا بودن شدت درک شده؛ حساسیت درک شده در دانش آموزان پایین بوده است. همچنین تورش خوش بینانه در نوجوانان باعث می گردد اگرچه آنها اعتقاد به وخامت زیاد انجام رفتارهای پرخطر دارند، اما نسبت به رفتارهای پرخطر، خود را در معرض خطر ابتلا به مشکلات بهداشتی احساس نکنند.

**کلید واژه ها:** سیگار؛ تورش؛ نوجوانان.

<sup>۱</sup>گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

<sup>۲</sup>گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

<sup>۳</sup>گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

<sup>۴</sup>گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

\* نویسنده مسئول مکاتبات:

ذبیح اله قارلی پور، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

gharlipourz@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۱۸

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Sharifirad GR, Mohebi S, Hosseini Z, Gharlipour Z, Ghobadi Dashdebi K.  
Perceived threat about cigarette smoking among adolescents: Optimistic bias.  
Qom Univ Med Sci J 2016;10(4):69-77. [Full Text in Persian]

## مقدمه

مصرف سیگار یکی از مشکلات مهم بهداشتی در نوجوانان (۱) و از علل قابل پیشگیری ابتلا و مرگ و میر است که مسئول یک‌دهم مرگ در افراد بزرگسال در سراسر دنیا می‌باشد (۲). براساس آمار سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) در سال ۲۰۱۱، ۱۵۰ میلیون نفر از جوانان دخانیات مصرف می‌کنند که نیمی از این افراد در نتیجه استعمال دخانیات دچار مرگ زودرس می‌شوند (۳). شیوع مصرف دخانیات از سال ۲۰۱۰-۲۰۰۵ در میان نوجوانان پسر (سنین ۱۵-۱۳ سال)، در منطقه مدیترانه شرقی، ۱۷٪ گزارش شده است (۴). همچنین نتایج مطالعات در ایران نشان می‌دهد مصرف روزانه هرگونه توتون و تنباکو در مردان، ۲۰/۴٪ می‌باشد (۵). در حقیقت، وضعیت سلامت بزرگسالان متأثر از رفتارهای بهداشتی دوران کودکی و نوجوانی است. رفتارهای پرخطر در نوجوانی همچون مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر، خشونت و تغذیه ناسالم به صورت کوتاه یا درازمدت، تأثیر دائمی در بزرگسالی خواهد گذاشت که تغییر این رفتارها بسیار مشکل است (۶).

شروع زود هنگام مصرف سیگار، بسیار نگران کننده است؛ به طوری که یک عامل پیشگویی کننده قوی برای مصرف در بزرگسالی است (۷، ۸). در حال حاضر نتایج بسیاری از مطالعات در سطح جهان مؤید این مطلب است که شیوع مصرف سیگار در هر دو جنس، به خصوص در جوانان به طور روزافزون در حال گسترش است؛ بدین معنی که سن مصرف سیگار در حال کاهش می‌باشد (۹-۱۲). در مطالعه محتشم امیری (۱۳) و گزارش سازمان بهداشت جهانی (۴)، متوسط سن شروع مصرف سیگار، ۱۳ سالگی عنوان شده است. مطالعات متعدد نشان می‌دهد مصرف سیگار در نوجوانان با عواملی مانند وجود فرد سیگاری در خانواده، مصرف سیگار توسط دوستان نزدیک، آگاهی نداشتن از آسیب‌های ناشی از دود سیگار، سطح اقتصادی - اجتماعی والدین و شرایط مدرسه ارتباط دارد (۱۷-۱۴). به همین علت، بررسی زمینه‌ها و عوامل مرتبط با نگرش و درک نوجوانان و جوانان در خصوص رفتارهای مخاطره آمیز، از جمله مصرف سیگار، حایز اهمیت است. در این خصوص، بررسی باورها و اعتقادات نوجوانان و نحوه ارزیابی آنان از خطرات بهداشتی،

ضروری به نظر می‌رسد. Rogers برای اولین بار، تهدید درک شده (Perceived Threat) را در مطالعات خود به عنوان متغیرهای مهم تعریف کرد (۱۸، ۱۹). تهدید درک شده از دو عنصر حساسیت درک شده و شدت درک شده تشکیل شده است (۲۰). در این راستا، اگر مردم باور داشته باشند که کمتر در معرض خطر ابتلا به یک مشکل بهداشتی قرار دارند (حساسیت یا آسیب پذیری درک شده کم) یا بر این باور باشند که تهدید بهداشتی؛ ناچیز و اندک است (شدت درک شده کم)، به احتمال قوی هیچ پاسخی به هشدار بهداشتی نخواهند داد؛ زیرا آنها به اندازه کافی برای مقابله با یک مشکل یا تهدید بهداشتی برانگیخته نشده‌اند (۲۱). بنابراین، اگر مردم درک کمتری از تهدید یا مشکل بهداشتی داشته باشند، آنها هشدار بهداشتی را انکار کرده و در نتیجه برای پیشگیری از این مشکل بهداشتی یا تهدید بهداشتی، هیچ اقدامی نخواهند کرد و هیچ تغییری در نگرش، قصد و رفتار صورت نمی‌گیرد (۲۰، ۲۱).

در این راستا، گاهی اوقات باورهای اشتباه و درک نادرست افراد در مورد مشکلات بهداشتی باعث می‌شود که آنها احساس کنند نسبت به همسالان خود، شانس کمتری برای ابتلا به یک مشکل بهداشتی دارند و به عبارت دیگر، این افراد میزان در معرض خطر بودن را نسبت به همسالان خود، کمتر از حد واقعی تخمین می‌زنند. این مفهوم تحت عنوان "تورش خوش بینانه یا تورش فناپذیری" (Optimistic Bias) شناخته شده است که اولین بار توسط Weinstein (۱۹۸۰) مطرح گردید (۲۲). به طور معمول، افراد در هنگام مقایسه خود نسبت به دیگران در مورد یک خطر بهداشتی، به دلایلی مانند احساس خودپسندی (۲۳)، حفظ عزت نفس (۲۴)، احساس خشم (۲۵) و کاهش اضطراب (۲۶)؛ دچار تورش خوش بینانه می‌شوند. در این حالت، مردم به خاطر احساس آسیب‌ناپذیری خود نسبت به یک مشکل بهداشتی، رفتارهای پیشگیرانه را به تأخیر می‌اندازند (۲۷). Weinstein و همکاران "درباره مشکلات بهداشتی و رفتارهای محافظت کننده بهداشتی" (۲۸، ۲۹)، Parry و همکاران "در مورد مسمومیت‌های غذایی" (۳۰)، همچنین در مطالعه الهوردی پور و همکاران "در خصوص سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان" (۳۱)، موضوع تورش خوش بینانه مورد بحث قرار گرفته است.

درک شده نسبت به عوارض و پیامدهای مصرف سیگار به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (به صورت کاملاً موافقم با نمره ۵، موافقم با نمره ۴، نه موافقم نه مخالف با نمره ۳، مخالفم با نمره ۲ و کاملاً مخالفم با نمره ۱) سنجیده شد. به طور مثال "من معتقدم که مصرف سیگار باعث سرطان ریه می‌شود" تهدید درک شده از مجموع نمرات حساسیت درک شده و شدت درک شده "محاسبه گردید. با استفاده از یک مطالعه پایلوت، پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای سؤالات آگاهی برابر با  $\alpha=0.71$ ، سؤالات حساسیت درک شده برابر با  $\alpha=0.75$  و سؤالات شدت درک شده برابر با  $\alpha=0.86$  و روایی آن توسط پانل متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. گروه هدف در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات، همچنین هدف از انجام این طرح توجیه گردید و با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ از طریق آزمون‌های توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

بیشتر شرکت‌کنندگان (۴۵٪) در سن ۱۳ سالگی بودند. اکثر دانش‌آموزانی که تجربه مصرف سیگار داشتند (۳/۳٪)، اولین بار در ۱۳ سالگی آن را تجربه کرده بودند. از بین کسانی که سابقه مصرف سیگار داشتند، سابقه تعارف و اصرار به مصرف سیگار از طرف دوستان، در ۹/۲٪ از آنها گزارش شد. همچنین پدر ۲۸/۸٪ دانش‌آموزان، سیگاری بودند که بیشتر آنها (۴/۲٪) همراه با دوستان خود اقدام به کشیدن سیگار کرده بودند و مهم‌ترین دلیل مصرف سیگار را نیز حس کنجکاوی ذکر کردند. بین سیگاری بودن دوستان و حساسیت درک شده، همچنین بین تعارف به مصرف سیگار از طرف دوستان با حساسیت درک شده، رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0.05$ ) (جدول شماره ۱).

این مطالعه با هدف تعیین تهدید درک شده نسبت به مصرف سیگار در نوجوانان با تأکید بر پدیده تورش خوش بینانه انجام گرفت.

### روش بررسی

پژوهش حاضر به روش توصیفی - مقطعی روی ۲۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر پایه هشتم با توجه به شیوع ۷ درصدی مصرف سیگار (۳۲) و حدود اطمینان ۹۵٪ و خطای ۳/۳٪ در شهر شیراز انجام شد. ابتدا از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از بین ۴ ناحیه آموزش و پرورش شهر شیراز، از هر ناحیه ۲ مدرسه پسرانه به صورت تصادفی ساده انتخاب گردید. سپس به نسبت جمعیت هر مدرسه انتخاب شده و حجم نمونه لازم، به صورت تصادفی ساده، چند کلاس انتخاب و پرسشنامه محقق ساخته مربوط به سؤالات جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای (سن، سیگاری بودن پدر، سابقه مصرف سیگار توسط دوستان، سابقه تعارف و اصرار به سیگار کشیدن از طرف دوستان، سابقه کشیدن قلیان، سن اولین مصرف سیگار، همراهان هنگام مصرف و مهم‌ترین دلایل مصرف) با ۱۹ سؤال {آگاهی از عوارض و پیامدهای مصرف سیگار با ۱۰ سؤال و تهدید درک شده (حساسیت و شدت درک شده) نسبت به مصرف سیگار هر کدام با ۶ سؤال} در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت. مقیاس سنجش سؤالات آگاهی به صورت گزینه‌های بله (با نمره یک)، خیر و نمی‌دانم (با نمره صفر) بود. به طور مثال "مواد خطرناکی مثل نیکوتین و تار در سیگار وجود دارد". مقیاس سنجش سؤالات حساسیت درک شده نسبت به احتمال ابتلا به عوارض و پیامدهای مصرف سیگار به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (به صورت کاملاً موافقم با نمره ۵، موافقم با نمره ۴، نه موافقم نه مخالف با نمره ۳، مخالفم با نمره ۲ و کاملاً مخالفم با نمره ۱) محاسبه گردید. به طور مثال "من همیشه از اینکه در آینده سیگار بکشم، نگران هستم" سؤالات شدت

جدول شماره ۱: رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای با آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده و تهدید درک شده

| متغیر                       | وضعیت | آگاهی                |                      |                      | شدت درک شده | تهدید درک شده |
|-----------------------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|---------------|
|                             |       | میانگین±انحراف معیار | میانگین±انحراف معیار | میانگین±انحراف معیار |             |               |
| سابقه مصرف سیگار            | بلی   | ۴۵/۸±۲۳/۴            | ۵۰±۲۰/۷              | ۶۹/۴±۱۵/۸            | ۴۹/۷±۹/۸    |               |
|                             | خیر   | ۴۵±۲۵/۶              | ۴۵/۸±۱۳/۵            | ۷۴/۸±۱۵/۳            | ۵۱/۱±۸/۱    |               |
| سطح معنی داری               |       | ۰/۸۹                 | ۰/۲۳                 | ۰/۱۶                 | ۰/۴۸        |               |
|                             |       |                      |                      |                      |             |               |
| سابقه کشیدن قلیان           | بلی   | ۴۶/۷±۲۴/۳            | ۴۵/۲±۱۷/۳            | ۷۳/۱±۱۴/۱            | ۵۰/۱±۷/۹    |               |
|                             | خیر   | ۴۵/۲±۲۵/۸            | ۴۶/۳±۱۳/۳            | ۷۴/۷±۱۵/۶            | ۵۱/۲±۸/۳    |               |
| سطح معنی داری               |       | ۰/۹۲                 | ۰/۶۲                 | ۰/۵۱                 | ۰/۳۸        |               |
|                             |       |                      |                      |                      |             |               |
| سیگاری بودن دوستان          | بلی   | ۴۶/۸±۲۳/۵            | ۵۳/۶±۱۷/۱            | ۷۰/۷±۱۴/۹            | ۵۱/۴±۸/۱    |               |
|                             | خیر   | ۴۴/۹±۲۵/۷            | ۴۵/۳±۱۳/۶            | ۷۴/۸±۱۵/۴            | ۵۱±۸/۳      |               |
| سطح معنی داری               |       | ۰/۷۴                 | ۰/۰۰۹                | ۰/۲۴                 | ۰/۸۰        |               |
|                             |       |                      |                      |                      |             |               |
| تعارف به مصرف از طرف دوستان | بلی   | ۴۷/۷±۲۵/۴            | ۵۴/۳±۱۷/۵            | ۶۸/۴±۱۴/۹            | ۵۰/۵±۹/۴    |               |
|                             | خیر   | ۴۴/۸±۲۵/۵            | ۴۵/۲±۱۳/۵            | ۷۵±۱۵/۳              | ۵۱/۱±۸/۱    |               |
| سطح معنی داری               |       | ۰/۶۱                 | ۰/۰۰۴                | ۰/۰۶                 | ۰/۷۶        |               |
|                             |       |                      |                      |                      |             |               |
| سیگاری بودن پدر             | بلی   | ۴۸/۱±۲۵/۳            | ۴۷/۷±۱۱/۹            | ۷۴/۸±۱۴/۵            | ۵۱/۷±۶/۸    |               |
|                             | خیر   | ۴۳/۹±۲۵/۵            | ۴۵/۴±۱۴/۹            | ۷۴/۲±۱۵/۷            | ۵۰/۷±۸/۸    |               |
| سطح معنی داری               |       | ۰/۲۴                 | ۰/۲۵                 | ۰/۷۷                 | ۰/۴۰        |               |
|                             |       |                      |                      |                      |             |               |

تهدید درک شده، همبستگی آماری معنی داری وجود داشت. همچنین بین حساسیت درک شده و شدت درک شده، همبستگی منفی مشاهده شد، به طوری که با افزایش حساسیت درک شده، شدت درک شده کاهش یافت و بالعکس. باید توجه داشت تمام ضرایب همبستگی، بجز یک مورد (همبستگی بین شدت درک شده و تهدید درک شده)، از ۰/۵ کمتر بود. بنابراین، همبستگی محاسبه شده بسیار ضعیف تلقی گردید (جدول شماره

میانگین نمرات آگاهی (۴۵/۱±۲۵/۴) و حساسیت درک شده (۴۶/۱±۱۴/۱) کمتر از حد متوسط، شدت درک شده (۷۴/۴±۱۵/۳) بیشتر از حد متوسط و تهدید درک شده (۵۱±۸/۲) در حد متوسط بود. بین آگاهی نسبت به عوارض و پیامدهای مصرف سیگار و حساسیت درک شده نسبت به عوارض مصرف سیگار، همبستگی معنی دار آماری وجود نداشت، در حالی که بین حساسیت درک شده، شدت درک شده و

جدول شماره ۲: ضریب همبستگی پیرسون بین آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده و تهدید درک شده نسبت به عوارض و پیامدهای مصرف سیگار در دانش آموزان

| متغیر          | آگاهی*           | حساسیت درک شده*   | شدت درک شده*      | تهدید درک شده* |
|----------------|------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| آگاهی          | ۱                |                   |                   |                |
| حساسیت درک شده | p=۰/۶۷<br>r=۰/۰۲ | ۱                 |                   |                |
| شدت درک شده    | p=۰/۰۴<br>r=۰/۱۳ | p=۰/۰۳<br>r=-۰/۱۳ | ۱                 |                |
| تهدید درک شده  | p=۰/۰۳<br>r=۰/۱۳ | p<۰/۰۰۱<br>r=۰/۳۸ | p<۰/۰۰۱<br>r=۰/۸۶ | ۱              |

\* نمرات از ۱۰۰ تراز شده است. \*\* معنی داری در سطح  $p<۰/۰۵$ . \*\*\* معنی داری در سطح  $p<۰/۰۰۱$

## بحث

نتایج این پژوهش نشان داد بین حساسیت درک شده و شدت درک شده، همبستگی منفی وجود دارد که این همبستگی می تواند به دلیل وجود پدیده تورش خوش بینانه باشد؛ بدین معنی که اگرچه افراد مورد مطالعه، عوارض و پیامدهای سیگار کشیدن را برای خود، وخیم و جدی تلقی می کنند، اما در ابتلا به این عوارض، خود را در معرض خطر احساس نمی کنند.

در پژوهش حاضر، ارتباط معنی داری بین متغیرهای دموگرافیک با آگاهی، شدت درک شده و تهدید درک شده وجود نداشت. درحالی که رابطه معنی داری بین سیگاری بودن دوستان و تعارف به مصرف سیگار از طرف آنان با حساسیت درک شده مشاهده گردید که حاکی از میزان بالای تأثیرپذیری نوجوانان از گروه دوستان و همسالان بود. Kear نیز در مطالعه خود در جهت تشخیص عوامل روان شناختی مرتبط با سیگار کشیدن در دانش آموزان چینی به این نتیجه رسید که عواملی مانند جنسیت مذکر، موقعیت پایین اجتماعی - اقتصادی خانواده، همسالان سیگاری و درک پایین از زیان های مصرف با استعمال سیگار ارتباط دارد (۳۳). همچنین یافته های پژوهش ریاحی و همکاران، درخصوص نگرش دانش آموزان پسر مقطع متوسطه قائم شهر نسبت به مصرف سیگار نشان داد دانش آموزانی که والدین و دوستان آنها سیگاری هستند، تعداد دوستان سیگاری آنها که بیش از ۲ سال با آنها دوست بوده اند بیشتر از ۱۰ نفر بوده و هر روز یا حداقل ۲-۳ بار در هفته با آنها معاشرت داشته و گرایش بیشتری نیز به مصرف سیگار داشته اند (۳۴). به علاوه، در مطالعات Fujimoto و همکاران، شریعت زاده و همکاران نیز دوستان به عنوان عامل مهمی در شروع استعمال سیگار مطرح شدند (۳۵،۳۶). به نظر می رسد از آنجایی که نوجوانان رفتارهایی همچون سیگار کشیدن را در دوستان و همسالان خود به راحتی مشاهده کرده و گزارش های مثبت و هیجان انگیز از تجربه سیگار کشیدن دوستانشان را می شنوند. بنابراین، جدی و شدید بودن عوارض و پیامدهای مصرف سیگار را درک نکرده و یا خود را در معرض سیگار کشیدن نمی بینند. در مطالعه حاضر، میانگین نمرات حساسیت درک شده کمتر از حد متوسط و شدت درک شده بیش از حد متوسط بود.

از طرف دیگر، همبستگی منفی بین این دو، نشان دهنده این بود که دانش آموزان وخامت مربوط به پیامدهای سیگار کشیدن را به خوبی درک می کنند، اما خود را در معرض خطرات این گونه پیامدها نمی بینند. اگرچه ضریب همبستگی بین حساسیت و شدت درک شده، همچنین بین حساسیت و تهدید درک شده، پایین و کمتر از ۰/۵ است و نمی توان دقیق به چنین ضرایبی تکیه کرد. در این راستا، Rogers و Witte در مطالعات خود به این نتیجه دست یافتند که تهدید درک شده در رابطه با رفتارهای بهداشتی باید تا حدودی بالا باشد تا افراد خود را در معرض خطر ببینند و وخامت آن تهدید را درک کنند (۳۷،۳۸). همچنین زمانی که افراد در مورد راههای مقابله با یک تهدید بهداشتی، اطلاعات بیشتری داشته باشند، حساسیت درک شده نسبت به آن تهدید، در آنان کاهش می یابد (۳۸). فقدان و یا کمبود حساسیت درک شده یا آسیب پذیری موجب می گردد دانش آموزان و در کل جوانان، مکانیسم های دفاعی کمتری در مقابل فشار همسالان خود داشته باشند و احساس نیاز به آموزش مهارت های مقاومت در برابر مصرف سیگار نکنند. متأسفانه نوجوانان کمتر از افراد میانسال به سلامتی خود بها می دهند (حساسیت درک شده کم). یکی از دلایل چنین نگرشی این است که جوانان خود را آسیب ناپذیر دانسته و براین باورند که سلامتی آنان به آسانی به خطر نمی افتد. احساس آسیب ناپذیری در میان جوانان موجب می گردد این افراد به اقدامات ماجراجویانه پرداخته و در نتیجه از انجام رفتارهای تأمین کننده سلامت دوری کنند. احساس عدم آسیب پذیری با عنوان "تورش خوش بینانه یا تورش فنا ناپذیری" شناخته شده است که بایستی در جمع آوری اطلاعات در میان نوجوانان و جوانان بدین نکته توجه گردد (۲۲،۲۸). تورش خوش بینانه در واقع یک مفهوم است که با استفاده از یک فرمول ریاضی یا آماری برآورد نمی شود؛ بلکه با تفسیر مفاهیم ذهنی از جمله ادراک افراد درخصوص یک مشکل بهداشتی حاصل می شود. این مفاهیم شامل میزان درک فرد از ابتلا به یک مشکل بهداشتی (حساسیت درک شده) و درک فرد درخصوص میزان وخامت مشکل بهداشتی است. در واقع، انتظار می رود افراد زمانی که وخامت یک مشکل یا تهدید بهداشتی را زیاد می پندارند؛ نسبت به آن احساس خطر یا آسیب پذیری بالایی نیز داشته باشند و زمانی که این حالت

## نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد میزان وخامت و شدت عوارض مصرف سیگار در دانش آموزان بالا می باشد، اما احتمال آسیب پذیری آنان نسبت به احتمال ابتلا به پیامدهای سیگار کشیدن پایین است. به عبارت دیگر، تورش خوش بینانه در نوجوانان باعث شده که آنها درک بالایی از وخامت پیامدهای منفی رفتارهای پرخطر داشته باشند و آن را جدی تلقی کنند، اما نسبت به رفتارهای پرخطر، خود را در معرض خطر ابتلا به مشکلات بهداشتی احساس نکنند.

## تشکر و قدردانی

در پایان از سازمان آموزش و پرورش استان فارس و تمامی مدیران مدارس، معلمان و دانش آموزان به خاطر همکاری جهت اجرای هرچه بهتر این طرح کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

اتفاق نمی افتد اصطلاحاً به آن پدیده تورش خوش بینانه گفته می شود. تورش خوش بینانه در مطالعات متعددی، درخصوص خطرات بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است (۲۲، ۲۹، ۳۰، ۳۹). معمولاً زمانی فرد در برابر یک خطر بهداشتی دچار تورش خوش بینانه می شود که آن خطر برای فرد؛ شناخته شده، طبیعی و تحت کنترل و اراده وی باشد و هیچ ترسی را برای فرد ایجاد نکند (۴۰). در چنین مواقعی، افراد خطر و تهدید درک شده را کمتر از حد واقعی نشان می دهند، لذا در پی تورش خوش بینانه در برابر یک تهدید بهداشتی، افراد به احتمال کمتری دست به اقدامات احتیاطی و پیشگیرانه می زنند، همچنین ممکن است تهدید و خطر بهداشتی را انکار و یا در برابر آن اجتناب دفاعی داشته باشند (۴۱).

## محدودیت ها

این مطالعه دارای برخی محدودیت ها بود از جمله اینکه با حجم نمونه پایین فقط روی پسران و در یک پایه تحصیلی انجام شد. بنابراین، یافته های آن قابل تعمیم به دختران و سایر پایه های تحصیلی نیست. لذا پیشنهاد می گردد تحقیقات مشابه روی سایر گروه های سنی، همچنین در هر دو جنس پسر و دختر صورت گیرد.

## References:

1. Kandel I, Merrick J. Smoking and adolescence. *Int J Adolesc Med Health* 2003;15(4):365-8.
2. Christophi CA, Savvides ECG, Warren CW, Demokritou P, Connolly GN. Main determinants of cigarette smoking in youth based on the Cyprus GYTS. *Prev Med* 2009;48(3):232-6.
3. World Health Organization (WHO). Health topics: Adolescent health. Available From: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html>. Accessed December 12, 2014.
4. World Health Organization (WHO). Tobacco: WHO region. Available From: [http://www.who.int/healthinfo/WHS2012\\_CORRIGENDUM.pdf](http://www.who.int/healthinfo/WHS2012_CORRIGENDUM.pdf). Accessed December 18, 2014.
5. World Health Organization (WHO). Tobacco: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. Available From: [http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country\\_profile/irn.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/irn.pdf). Accessed December 25, 2014.
6. Dowdell EB, Santucci ME. Health risk behavior assessment: Nutrition, Weight and tobacco use in on urban seventh-grade class. *Public Health Nurs* 2004;21(2):128-36.
7. Jones S, Sharp D, Husten C, Crossett L. Cigarette acquisition and proof of age among US high school students who smoke. *Tob Control* 2002;11:20-5.
8. Dalton MA, Beach ML, Ada-Mejia AM, Longacre MR, Matzkin AL, Sargent JD, et al. Early exposure to movie smoking predicts established smoking by older teens and young adults. *Pediatrics* 2009;123(4):e551-e558.

9. Chang HY, Wu WC, Wu CC, Cheng JY, Hurng BS, Yen LL. The incidence of experimental smoking in school children: An 8-year follow-up of the child and adolescent behaviors in long-term evolution (CABLE) study. *BMC Public Health* 2011;11:844.
10. Conley Thomson C, Siegel M, Winickoff J, Biener L, Rigotti NA. Household smoking bans and adolescents' perceived prevalence of smoking and social acceptability of smoking. *Prev Med* 2005; 41(2):349-56.
11. Fakhfakh R, Hsairi M, Belaaj R, Romdhane H, Achour N. Epidemiology and prevention of smoking in Tunisia: Current situation and perspectives. *Arch Inst Pasture Tunis* 2001;78(1-4):59-67.
12. Ramlau R, Ditdkowska J, Wojciechowska U, Tarkowski W. Tobacco smoking in Wielkopolska towards the end of 20<sup>th</sup> century. *Pneumonol Alergol Pol* 2005;73(2):128-34.
13. Mohtasham Amiri Z, Cirus Bakht S, NikRavesh Rad R. Cigarette smoking among male high school students in Rasht. *J Guilan Univ Med Sci* 2008;17(65):100-7. [Full Text in Persian]
14. Lloyd-Richardson EE, Papandonatos G, Kazura A, Stanton C, Niaura R. Differentiating stages of smoking intensity among adolescents: Stage-specific psychological and social influences. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(4):998-1009.
15. Alireza Ayatollahi S, Mohammadpoorasl A, Rajaeefard A. Predicting the stages of smoking acquisition in the male students of Shiraz's high schools, 2003. *Nicotine Tob Res* 2005;7(6):845-51.
16. Alexander C, Piazza M, Mekos D, Valente T. Peer, schools, and adolescent cigarette smoking. *J Adolesc Health* 2001;29(1):22-30.
17. Mercken L, Candel M, van Osch L, de Vries H. No smoke without fire: The impact of future friends on adolescent smoking behavior. *Br J Health Psychol* 2011;16(1):170-88.
18. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *J Psych* 1975;91(1):93-114.
19. Maddux JE, Rogers RW. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *J Exp Soc Psychol* 1983;19(5):469-79.
20. Witte K. Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Commun Monogr* 1992;59(4):329-49.
21. Witte K, Allen MA. Meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Educ Behav* 2000;27(5):591-615.
22. Weinstein ND. Unrealistic optimism about future life events. *J Pers Soc Psychol* 1980;39(5):806-20.
23. Weinstein ND. Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychol* 1983;2(1):11-20.
24. Klein WM, Weinstein ND. Social comparison and unrealistic optimism about personal risk. In: Buunk BP, Gibbons FX. *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory*. New York: Psychology Press; 1997. p. 25-61.
25. Lerner JS, Keltner D. Fear, anger, and risk. *J Pers Soc Psychol* 2001;81(1):146-59.
26. Weinstein ND, Klein WM. Unrealistic optimism: Present and future. *J Soc Clin Psychol* 1996;15(1):1-8.
27. Gerrard M, Gibbons FX, Bushman BJ. Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychol Bull* 1996;119(3):390-409.
28. Weinstein ND. Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *J Behav Med* 1987;10(5):481-500.
29. Weinstein ND, Lyon JE. Mindset optimistic bias about personal risk and health-protective behaviour. *J Behav Med* 1987;10(5):481-500.



30. Parry SM, Miles S, Tridente A, Palmer SR. Differences in perception of risk between people who have and have not experienced Salmonella food poisoning. *Risk Anal* 2004;24(1):289-99.
31. Allahverdi Pour H, Heidar Nia AR, Kazem Nejad A, Shafiei F, Azad Fallah P, Mirzaei E, et al. Assessment of substance abuse behaviors in adolescents: Integration of self-control into extended parallel process model. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci Health Ser* 2005;13(1):21-31. [Full Text in Persian]
32. Gharlipour Gharghani Z, Hazavehei MM, Sharifi MH, Nazari M. Study of cigarette smoking status using extended parallel process model (EPPM) among secondary school male students in Shiraz city. *Jundishapur Health Sci* 2010;2(3):26-36. [Full Text in Persian]
33. Kear ME. Psychosocial determinants of cigarette smoking among college students. *J Community Health Nurs* 2002;19(4):245-57.
34. Riahi M, Aliverdina A, Soleimani M. Attitude of the boy's students toward the Cigarette Smoking in Ghaemshar City. *Iranian J Epidemiol* 2009;5(3):44-54. [Full Text in Persian]
35. Fujimoto K, Valente TW. Decomposing the components of friendship and friends' influence on adolescent drinking and smoking. *J Adolesc Health* 2012;51(2):136-43.
36. Shariat Zadeh MR, Sadeghi A. Epidemiological study of cigarette smoking in Urmia high school boys. *J Tabriz Univ Med Sci Health Serv* 2001;34(48):27-32. [Full Text in Persian]
37. Rogers RW, Mewborn CR. Fear appeals and attitude change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of coping responses. *J Pers Soc Psychol* 1976;34(1):54-61.
38. Witte K. Managing fear, giving hope: HIV/AIDS and family planning behavior change communication guidelines for urban youth. Ethiopia: Urban Reproductive Health Pub; 2001.
39. Sparks P, Shepherd R. Public perceptions of the potential hazards associated with food production and food consumption: An empirical study. *Risk Anal* 1994;14(5):799-806.
40. Fischhoff B. Risk perception and communication unplugged. *Risk Anal* 1995;15(2):137-45.
41. Radcliffe NM, Klein WM. Dispositional, unrealistic, and comparative optimism: Differential relations with the knowledge and processing of risk information and beliefs about personal risk. *Pers Soc Psychol Bull* 2002;28(6):836-46.