

بررسی کار آئی مداخله پرستاری بر پایه فراتئوری تغییر در ترک سیگار

دیران آموزش و پرورش شهر تبریز

دکتر پررخیده حسنی* - دکتر حیدرعلی عابدی** - دکتر کاظم محمد*** - دکتر اسکندر فتحی آذر****

*استادیار دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**استادیار عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

***استاد عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

****دانشیار عضو هیات علمی دانشگاه تبریز

چکیده

مصرف تنباکو علت عمده و قابل اجتناب بسیاری از بیماریها و مرگ و میرها می باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی کارآئی مداخله پرستاری بر پایه فراتئوری تغییر در ترک سیگار دیران آموزش و پرورش شهر تبریز بود. نمونه مورد مطالعه را ۲۰۰ مدرس فوق دیپلم و بالاتر آموزشگاههای نواحی پنجگانه آموزش و پرورش شهر تبریز تشکیل دادند که بطور تصادفی به دو گروه صد نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. متغیر مستقل را مداخله پرستاری ترک سیگار تشکیل داد که براساس مفاهیم و فرضهای اصلی فراتئوری تغییر طراحی شده بود. متغیرهای وابسته عبارت بودند از: کارآمدی شخصی، تعادل تصمیم گیری، و رفتار سیگار کشیدن. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های دموگرافیک اجتماعی و تاریخچه سیگار کشیدن، رفتار سیگار کشیدن، پرسشنامه کارآمدی شخصی و تعادل تصمیم گیری بود. از آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون t مستقل و وابسته، آزمون مربع کای، و...) جهت آزمون فرضیات تحقیق استفاده شد. نتایج نشان داد که ۴۸ نفر (۵/۵ درصد) از آزمودنیهای گروه آزمایش بعد از مداخله پرستاری، سیگار را بطور کامل ترک کردند ($P < 0/001$ ، $X^2 = 44/336$). مقایسه رفتار سیگار کشیدن ($P < 0/001$ و $t = 6/482$) و کارآمدی شخصی ($P < 0/001$ و $t = 6/697$) گروه آزمایش قبل و بعد از مداخله، اختلاف معنی دار آماری را نشان داد. تعادل تصمیم گیری در گروه آزمایش قبل و بعد از مداخله و نیز در مقایسه با گروه کنترل اختلاف معنی دار آماری نداشت. اگرچه فراتئوری تغییر در طراحی مداخله پرستاری ترک سیگار مفید بود، اما سازه تعادل تصمیم گیری در گروههایی با فرهنگ متفاوت به تحقیق بیشتری نیاز دارد.

کلید واژه ها: استعمال دخانیات/ پرستاری/ ترک سیگار

مقدمه

نیکوتین، ترکیب شیمیائی موجود در تنباکو، ماده ای اعتیادآور است (۱ و ۲) و مصرف تنباکو علت عمده و قابل اجتناب بسیاری از بیماریها و مرگ و میرها می باشد. ولی با وجود جوانب فاجعه آمیز سیگار کشیدن، در حال حاضر ۱۴/۶ درصد کل جمعیت کشور ما (ایران) سیگاری هستند (۳)، افراد سیگاری هر روز به سیستم

مراقبتهای بهداشتی- درمانی وارد و خارج می شوند بدون آنکه حتی مداخله ای برای ترک این عامل خطر مهم بهداشتی برای آنان انجام شود (۴). سیستم بهداشتی ما به طور سنتی، بیماری - مدار بوده است در حالیکه با تحولات اخیر علمی، بیشتر بر سلامت و ارتقاء آن با استفاده فنون و برنامه های ارتقاء سلامت تأکید می شود (۵). در

که پژوهشگر به اطلاعات دسترسی داشته است در ایران پیرامون مداخلات پرستاری براساس فراتئوری تغییر تحقیقی صورت نگرفته است. از آنجائی که درمورد میزان موفقیت روشهایی که تاکنون به کارگرفته شده نیز اطلاعات کافی در دست نمی‌باشد پژوهشگران برآن شدند تا از مدلی که در کشورهای غربی جهت ترک اعتیاد بکارگرفته شده و موفقیت‌هایی نیز کسب نموده است (۶، ۱۲، ۱۴ و ۱۸) در این پژوهش استفاده نمایند.

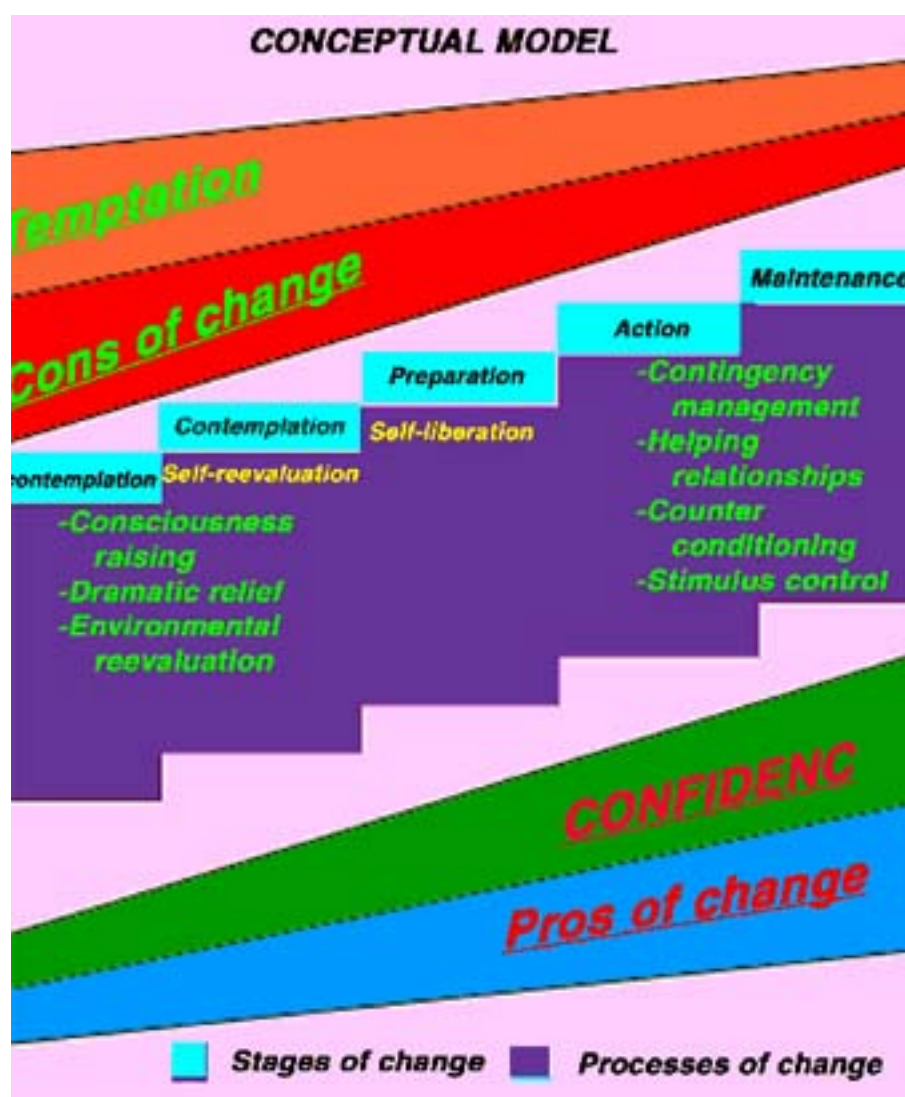
حسن و ارزش فراتئوری تغییر نسبت به مدل‌های دو بعدی (مانند طبقه بندی افراد به سیگاری و غیرسیگاری) در این است که دارای توان بالقوه برای بررسی پویائی تغییر رفتار فرد است. این مدل دارای اجزاء زیراست که به اختصار عبارتند از:

- ۱- مراحل تغییر (قبل از تعمق، تعمق، آمادگی، عمل و حفظ رفتار)
- ۲- فرآیندهای تغییر (افزایش آگاهی، ارزشیابی خود، ارزشیابی محیط، تسکین‌نمایشی (Dramatic Relief)، از خودرهایی، ارتباط کمکی، کنترل محرکها، کنترل وابستگی، شرطی سازی معکوس)
- ۳- تعادل تصمیم‌گیری (اعتقاد به فواید تغییر و اعتقاد به مضرات تغییر)
- ۴- کارآمدی شخصی (اعتماد به نفس - وسوسه) (۱۴).

مدل مفهومی صفحه بعد به طور خلاصه ارتباط متغیرها را با یکدیگر، نحوه مداخله پژوهش و اندازه‌گیری تغییر در این رفتار را نشان می‌دهد.

سراسر تاریخ ثبت شده بشر رفتارها سهم‌اصلی را در سلامت انسان داشته‌اند. از دو دهه گذشته تحقیقات ارتقاء سلامت بر تشخیص و آزمون مؤثرترین روشهای دستیابی به تغییر رفتار تاکید داشته‌اند (۶). مطالعات مختلف نشان داده است که مداخلات ترک سیگار به اندازه مداخلات معمول طبی و پیشگیری مقرون به صرفه است (۷). در حقیقت از درمان ترک سیگار بعنوان «استاندارد طلایی» مداخلات پیشگیری نام‌برده شده است (۸). سازمان خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا (۱۹۹۶) گزارش می‌کند که مؤثرترین مداخلات ترک سیگار باید شامل تماسها و مشاوره‌های فردی یا گروهی باشد (۴). در تحقیقاتی که مشاوره ترک سیگار توسط پرستاران ارائه شده در مقایسه با مراقبتهای معمول و تنها توصیه‌های پزشک، ترک سیگار افزایش (تقریباً ۲ برابر) داشته است (۹). تاثیر قابل ملاحظه‌ایی را که تقریباً ۱۶ هزار پرستار (۱۰) می‌توانند در جامعه ما به عنوان آموزش‌دهندگان بهداشت و تسهیل‌کنندگان تغییر رفتار و الگوی نقش داشته باشند، به درستی تشخیص داده نشده است.

مدل فراتئوری که مراحل تغییر نیز نامیده می‌شود توسط جیمز پروکاسکا و کارلو دیکلمنت در سال ۱۹۸۳ پس از دوازده سال تحقیق مستمر و متمرکز بر رفتارهای اعتیاد و غیر آن در مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان دانشگاه رود آیلند ارائه شد (۱۲ و ۱۳). شواهد تجربی متعددی فراتئوری تغییر رابعنوان مدل نوید بخشی جهت پیش بینی آمادگی ترک سیگار تایید می‌کنند. اگرچه در منابع مختلف اغلب به نقش کلیدی پرستاران در مداخلات ترک سیگار اشاره شده است (۱۱)، با وجود این تا آنجا



Source: Hassani, P. (Investigator), 2002.

منجر به رهایی مددجو از خود و کنترل محرکها می شود بکار گیرد. بعلاوه از شیوه هایی نظیر شرطی سازی معکوس و کنترل وابستگی همراه با برقراری ارتباط کمی استفاده کند تا این تغییرات در کارآمدی شخصی و تعادل تصمیم گیری مددجو ایجاد شود و نهایتاً رفتار غیر بهداشتی وی به رفتار بهداشتی تغییر یابد. هر یک از سازه های اصلی این فراتئوری، در مطالعه رفتارهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است که فقط به نمونه ای

همانطور که در شکل مشخص شده است وقتی اعتماد به نفس و اعتقاد فرد به فواید تغییر که در ابتدا کم بوده است افزایش می یابد و تمایل به رفتار غیر بهداشتی (وسوسه) و اعتقاد فرد به مضرات تغییر کاهش می یابد، شخص به مراحل بالاتر تغییر رفتار می رسد. پژوهشگر می بایست در هر مرحله تغییر فرآیندهای مشخصی را در جهت افزایش آگاهی مددجو، ارزشیابی مددجو از خودش و محیط، تسکین نمایشی و سایر فنونی که

حرفه‌ای نیز حائز اهمیت است. چالش اصلی ارائه یک تصویر مناسب از سیگارکشیدن برای نسل جوان جامعه است.

در پژوهش حاضر دو فرضیه ذیل مورد آزمون قرار گرفت:

- ۱) بر اثر مداخله پرستاری، رفتار سیگار کشیدن، وسوسه (بعد منفی کارآمدی شخصی) و اعتقاد فرد به مضرات تغییر (بعد منفی تعادل تصمیم‌گیری) در گذر به مرحله‌نهایی مداخله‌درگروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل کاهش می‌یابد.
- ۲) بر اثر مداخله پرستاری، اعتماد به نفس (بعد مثبت کارآمدی شخصی) و اعتقاد فرد به فواید تغییر (بعد مثبت تعادل تصمیم‌گیری) در گذر به مرحله‌نهایی مداخله در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل افزایش می‌یابد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی (Quasi-experimental) بود. نمونه پژوهش غیرتصادفی (افراد، داوطلب شرکت در مداخله ترک سیگار بودند) و از تخصیص تصادفی مداخله استفاده شد. متغیر مستقل را مداخله پرستاری ترک سیگار که براساس فراتئوری تغییر طراحی شده بود، تشکیل می‌داد. متغیرهای وابسته عبارت بودند از: کارآمدی شخصی (اعتماد به نفس و وسوسه)، تعادل تصمیم‌گیری (فواید و مضرات تغییر)، و رفتار سیگارکشیدن. آزمودنیهای پژوهش را ۲۰۰ نفر از مدرسین فوق دیپلم و بالاتر آموزشگاههای نواحی پنج گانه آموزش و پرورش تبریز تشکیل دادند. آزمودنیها بطور تصادفی به دو گروه صد نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ویژگیهای ورود به مطالعه عبارت بود از: مذکر بودن و هر روز سیگار کشیدن، در دسترس بودن و نیز داشتن

از این مطالعات در اینجا اشاره می‌شود. نتایج حاصل از بررسی ۱۰۹ آزمودنی در پژوهش کرن و روزبرگ (۲۰۰۰) نشان داد که افزایش تعهد نسبت به خودکنترلی در مراحل مختلف تغییر، تسهیل کننده درمان موفق درد مزمن است (۱۵). مطالعاتی که بر روی سیگاریها انجام شد (۱۶ و ۱۷) نشان داد که در اکثر جوامع کمتر از ۲۰٪ سیگاریها در مرحله آمادگی هستند. تقریباً ۴۰٪ در مرحله تعمق، و ۴۰٪ باقیمانده در مرحله قبل از تعمق بسر می‌برند. این نتایج نشان می‌دهد که برنامه‌های عمل - مدار ترک سیگار با نیازهای اکثریت وسیع سیگاریها جور نیست. نتایج تحقیق کلرومک گراون (۲۰۰۱)، نشان داد که ۳۴ درصد (۱۷ نفر) آزمودنیها در مرحله آمادگی بودند. ۱۴ نفر (۲۸ درصد) در مرحله تعمق و ۱۹ نفر (۳۱/۷ درصد) در مرحله قبل از تعمق بسر می‌برند. میانگین امتیازات برای آزادی اجتماعی ۱۶/۴۷، از خود رهایی ۱۴/۹۰، ارتباط کمکی ۱۴/۳، افزایش آگاهی ۱۲/۹، شرطی‌سازی معکوس ۱۱/۹، تسکین نمایشی ۱۱/۳، ارزشیابی مجدد - خود ۱۱/۰۸، کنترل تقویت ۹/۶۸، کنترل محرک ۸/۰۳ بود. هیچیک از فرآیندهای تغییر با مرحله قبل از تعموارتباط نداشتند. فرآیندهای ارزشیابی مجدد محیط و کنترل تقویتها ارتباط معنی دار آماری با مرحله تعمق داشتند. تعادل تصمیم‌گیری و کارآمدی - شخصی در گذر از مراحل تغییر اختلاف معنی دار آماری نشان ندادند (۱۸). اگرچه تحقیق حول فراتئوری تغییر بسیار انجام شده است، اما در مورد اقوام و شرایط اجتماعی - اقتصادی متفاوت اطلاعات کافی در دست نیست. دلیل انتخاب دبیران به عنوان جامعه این پژوهش این است که فراوانی رفتار سیگارکشیدن در این قشر نه تنها از دیدگاه بهداشت فردی، بلکه از نظر

کارآمدی شخصی $r=0/96$ و پرسشنامه تعادل تصمیم‌گیری $r=0/95$ بدست آمد. بعلاوه ثابت درونی با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ محاسبه شد که به ترتیب برای پرسشنامه‌های نام برده شده $\alpha=0/97$ و $\alpha=0/96$ بود. مداخله پرستاری ترک سیگار برای گروه آزمایش با توجه به متون موجود تنظیم شده بود و در طول چهار هفته آموزش و مشاوره اجرا شد. این مداخله شامل یک جزوه آموزشی و کلیه تماسهای حرفه‌ای - تخصصی (جلسات مشاوره و راهنمایی، تعلیم تمرینات آرام‌بخش، جایگزینی نیکوتین و ...) پرستاری بود که به منظور تسهیل تغییر در رفتار سیگار کشیدن در قالب و محتوای مراحل و فرآیندهای فراتئوری تغییر طراحی و اجرا گردید.

نتایج

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون t مستقل و وابسته و مجذور کای و ...) استفاده شد. میانگین سن گروه کنترل ($n=100$) $44/40$ سال و گروه آزمایش ($n=100$) $45/32$ سال بود. آزمودنیهای گروه کنترل و آزمایش به ترتیب بطور متوسط $21/66$ و $22/89$ سال بود که سیگار می‌کشیدند و متوسط سن شروع سیگار کشیدن در دو گروه $22/08$ سال محاسبه شد. اکثر آزمودنیها در هر دو گروه به ترتیب فراوانی دارای تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و اکثراً متأهل بودند. فقط $10/2$ درصد از کل آزمودنیها از سیگارهای پرنیکوتین استفاده می‌کردند. اکثر (41 نفر، $55/4$ درصد) آزمودنیهای گروه کنترل ابتدا به خاطر تفریح و سرگرمی و سپس کسب آرامش (39 نفر، $46/4$ درصد) سیگار می‌کشیدند. در حالیکه انگیزه اکثر (45 نفر، $53/6$ درصد) سیگاریهای گروه آزمایش ابتدا کسب آرامش و سپس تفریح و سرگرمی (33 نفر، $44/6$

تمایل شرکت در مطالعه ترک سیگار. بعلاوه از نظر مقررات سیگار کشیدن در محل کار می‌بایست مشابه می‌بودند. ویژگیهای خروج از مطالعه عبارت بود از: مصرف نیکوتین به اشکال دیگری غیر از سیگار کشیدن، کسانی که اخیراً در برنامه ترک سیگار دیگری شرکت کرده بودند و افرادی که تحت نظر روانپزشک دارو مصرف می‌کردند و نیز اعتیاد به سایر مواد اعتیادآور. ابزارهای گردآوری داده‌ها در این پژوهش عبارت بودند از: (۱) پرسشنامه دموگرافیک - اجتماعی و تاریخیچه سیگار کشیدن.

(۲) پرسشنامه رفتار سیگار کشیدن که در آن تعداد نخ سیگارهای مصرفی فرد در بیست و چهار ساعت و هفت روز گذشته مورد پرسش قرار می‌گرفت.

(۳) پرسشنامه کارآمدی - شخصی، ۱۴ موقعیت را که در آنها افراد سیگاری تمایل به سیگار کشیدن پیدا می‌کنند، توصیف می‌کرد. آزمودنیها می‌بایست میزان اعتماد به توانائیهای خود را برای اجتناب از هر یک از موقعیتهای بصورت درصد بر روی مقیاس صد درجه‌ای که بر مبنای ده، طبقه‌بندی شده بود، تعیین می‌کردند. در این مقیاس بسیار نامطمئن = ۰ تا بسیار مطمئن = ۱۰۰ می‌باشد.

(۴) پرسشنامه تعادل تصمیم‌گیری دارای ۲۰ عبارت بود که دو زیر مقیاس ۱۰ عبارتی با عنوانین: عقاید در مورد فواید تغییر و عقاید در مورد مضرات تغییر داشت. پاسخهای آزمودنیها بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تعیین می‌گردید (مهم نیست = ۱ تا به شدت مهم = ۵). جهت تعیین روایی ابزارها از ایندکس روایی محتوا (CVI) استفاده شد که برای پرسشنامه کارآمدی شخصی $0/95$ و برای پرسشنامه تعادل تصمیم‌گیری $0/92$ بود. به منظور تعیین پایایی پرسشنامه‌ها از آزمون مجدد استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون برای پرسشنامه

درصد) بود. اکثر آزمودنیهای دو گروه (۶۵ نفر) اظهارنموده بودند که در مقابل والدین خود سیگار نمی‌کشند. بطور متوسط ۵/۰۶ درصد از درآمد ماهیانه آزمودنیها صرف خرید سیگار می‌شد. فراوانی مراحل تغییر گروه آزمایش قبل از انجام مداخله در جدول شماره (۱) خلاصه شده است. همانطور که جدول نشان می‌دهد اکثر (۵۲٪ و $n=52$) آزمودنیها در مرحله قبل از تعمق بودند. آمارهای موجود در مورد دو گروه نشان داد

که ۶ نفر (۸ درصد) از آزمودنیهای گروه کنترل و ۴۸ نفر (۵۸/۵ درصد) از آزمودنیهای گروه آزمایش بعد از مداخله پرستاری ترک سیگار، سیگار را به طور کامل ترک کردند ($P < 0.001$ و $X^2 = 44/336$). مقایسه رفتار سیگار کشیدن (تعداد نخهای سیگار مصرفی در یک شبانه روز) قبل و بعد از مداخله پرستاری ترک سیگار در دو گروه کنترل و آزمایش اختلاف معنی دار آماری را نشان می‌دهد (جدول شماره ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد مراحل تغییر گروه آزمایش قبل از انجام مداخله

مراحل تغییر	تعداد	درصد
قبل از تعمق	۵۲	۵۲
تعمق	۵	۵
آمادگی	۴۳	۴۳
جمع	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۲: توزیع میانگین تعداد نخهای سیگار مصرفی در یک شبانه روز در دو گروه کنترل و آزمایش در دو مرحله قبل از مداخله و بعد از مداخله

مراحل تحقیق	گروه			کنترل			آزمایش			مستقل t نتیجه آزمون
	\bar{X}	SD	SE	\bar{X}	SD	SE	\bar{X}	SD	SE	
قبل از مداخله	۱۲/۸	۹/۳۷	۰/۹۶	۱۲/۷۱	۹/۴	۰/۹۴				$t = 0.63$ $P > 0.05$
بعد از مداخله	۱۲/۳۳	۷/۱۳	۰/۸	۶/۶۱	۷/۲۲	۰/۷۷				$t = 5.127$ $P < 0.001^*$
نتیجه آزمون T وابسته							$t = 6.482$ $P < 0.001^*$			

° تفاوت معنی دار وجود ندارد. * تفاوت معنی دار وجود دارد.

میانگین امتیاز (برحسب درصد) کارآمدی- شخصی آزمودنیهای گروه کنترل قبل از مداخله ۴۳/۹۷ درصد با $SD=15/87$ و $SE=1/59$ ؛ و برای گروه آزمایش ۴۶/۲۲ درصد با $SD=19/73$ و $SE=1/97$ بود. این امتیازات (زیر ۵۰ درصد) در هر دو گروه نشانه تمایل به سیگار کشیدن در موقعیتهای وسوسه کننده است. امتیاز کارآمدی شخصی گروه آزمایش بعد از مداخله افزایش یافت ($SE = 1/62$)

؛ $SD = 15/41$ ؛ $\bar{X} = 68/28$ که در مقایسه با گروه کنترل ($SE = 2/54$ ؛ $SD = 22/56$ ؛ $\bar{X} = 48/57$) اختلاف معنی دار آماری ($t=6.797$ ؛ $P<0.001$) را نشان می‌دهد (جدول ۳). این نتیجه نشانه افزایش کارآمدی شخصی آزمودنیهای گروه آزمایش و اعتماد به نفس آنان جهت اجتناب از سیگار کشیدن در موقعیتهای وسوسه کننده است.

جدول ۳: توزیع میانگین کارآمدی شخصی (برحسب درصد) نمونه‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش در دو مرحله قبل از مداخله و بعد از مداخله

مستقل t نتیجه آزمون	آزمایش			کنترل			گروه مراحل تحقیق
	SE	SD	\bar{X}	SE	SD	\bar{X}	
t = ۰/۸۸۷ P > ۰/۰۵°	۱/۹۷	۱۹/۷۳	۴۶/۲۲	۱/۵۹	۱۵/۸۷	۴۳/۹۷	قبل از مداخله
t = ۶/۶۹۷ P < ۰/۰۰۱*	۱/۶۲	۱۵/۴۱	۶۸/۲۸	۲/۵۴	۲۲/۵۶	۴۸/۵۷	بعد از مداخله
	t = ۱۰/۹۹۰ P < ۰/۰۰۱*			t = ۱/۹۴۴ P > ۰/۰۵°			نتیجه آزمون وابسته t

° تفاوت معنی دار وجود ندارد.

* تفاوت معنی دار وجود دارد.

از تعمق ۵۰-۶۰، مرحله تعمق ۳۰-۴۰ و مرحله آمادگی ۱۰-۱۵ گزارش شده است. دویافته اخیر با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد (مرحله تعمق ۵٪ و مرحله آمادگی ۴۳ درصد). باوجود آنکه اکثر افراد مورد مطالعه در آغاز مداخله برنامه‌ای برای ترک سیگار در شش ماه آینده (مرحله قبل از تعمق) نداشتند. با اینحال در پایان مداخله ۴۸ نفر (۵۸/۵٪) از آنها سیگار را بطور کامل ترک کرده بودند. نتیجه اخیر احتمالاً نشانه این است که تدابیر انگیزشی مداخله پرستاری ترک سیگار در این تحقیق کارایی مناسبی داشته و می‌تواند درصد موفقیت را به نحو مطلوبی افزایش دهد.

کارآمدی شخصی سازه‌ای است که اعتقاد فرد را به توانایی انجام یک مسئولیت نشان می‌دهد. عقیده بر این است که این ادراکات بر تلاشهای آینده فرد برای انجام آن مسئولیت تاثیر می‌گذارد (۲۱). یافته‌های پژوهش هودمون و برگر (۲۰۰۱)، از یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اینکه امتیاز کارآمدی شخصی در مراحل اولیه تغییر در پایین‌ترین حد ممکن (وسوسه) است و بتدریج در

میانگین امتیاز تعادل تصمیم‌گیری آزمودنیهای گروه کنترل قبل از مداخله ۹/۷۴ و گروه آزمایش ۱۱/۲۰ بود. بعد از مداخله امتیاز تعادل تصمیم‌گیری گروه آزمایش ۱۰/۸۲ بود که اگرچه کاهش یافته بود اما اختلاف معنی‌دار آماری ($P < ۰/۰۵$) و $t = ۰/۴۳۶$) با امتیاز قبل از مداخله نداشت. بعلاوه مقایسه امتیازات تعادل تصمیم‌گیری آزمودنیهای دو گروه کنترل و آزمایش بعد از مداخله نیز اختلاف معنی‌دار آماری ($P < ۰/۰۵$) و $t = ۲/۶۴۳$) نشان نداد. در امتیاز دو زیر گروه تعادل تصمیم‌گیری گروه آزمایش، اعتقاد به فواید تغییر (قبل = ۳۶/۴۳ و بعد = ۳۶/۳۰) و اعتقاد به مضرات تغییر (قبل = ۲۵/۲۳ و بعد = ۲۵/۴۹) نیز اختلاف معنی‌دار آماری ($P < ۰/۰۵$) مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

یکی از مهمترین یافته‌های پژوهش حاضر درصد سیگارهایی بود که در مرحله قبل از تعمق (۵۲٪) بسر می‌برند. این یافته توسط سایر مطالعات تایید می‌گردد (۱۸ و ۱۹ و ۲۰). در پژوهش کلرومک گروان (۲۰۰۱) درصد افراد سیگاری در مرحله قبل

بر روی بیماران قلبی انجام گرفت، پس از یک سال پیگیری ۶۱ درصد ترک سیگار را در مقایسه با مراقبت‌های معمول (۳۲ درصد) نشان داد (۲۴).

از کاربردهای بالینی این پژوهش اینکه بزرگترین (۵۲٪) بخش نمونه مورد پژوهش در مرحله قبل از تعمق بسر می‌بردند که طبق تعریف فراتثوری تغییر، قصد ترک سیگار در آینده نزدیک را ندارند. بنابراین مداخلات باید برای این گروه هدف طراحی شده و انگیزه ترک را در آنان ایجاد نماید. همچنین افزایش حس تسلط (کارآمدی شخصی) در تشویق افراد برای گذر به مراحل بالاتر تغییر و ترک موفقیت‌آمیز سیگار موثر است. بنابراین، یکی از موضوعات اصلی تحقیقات آینده می‌تواند بررسی چگونگی طراحی مداخلاتی باشد که در افزایش هر چه بیشتر کارآمدی شخصی در مراحل مختلف تغییر موثر هستند. تحقیقات مداخله‌ای آینده نه تنها باید سازه تعادل تصمیم‌گیری را بیشتر مورد توجه قرار دهند، بلکه باید زمان مناسب برای اندازه‌گیری متغیرهای بازده را نیز مشخص نمایند و ارتباط بین متغیرهای مداخله را با متغیرهای بازده بررسی کنند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از کلیه آزمودنی‌های پژوهش، جناب آقایان دکتر رشیدی و اصغر فرهودی، و کلیه دانشجویان و افرادی که در به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری نموده‌اند، تشکر نمایند. به علاوه از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز به خاطر تأمین هزینه‌ها قدردانی می‌کنند.

مراحل بعدی افزایش یافته و جای آن معکوس می‌شود (اعتماد به نفس)، حمایت می‌کند (۲۲). در پژوهش حاضر امتیاز کارآمدی (زیر ۵۰ درصد) در هر دو گروه کنترل و آزمایش قبل از مداخله نشانه تمایل آنان به سیگار کشیدن در موقعیت‌های وسوسه کننده است. می‌توان استنباط نمود که این افزایش (بالای ۵۰٪، ۶۸/۲۸ امتیاز) بیانگر اعتماد به نفس بالای آنان جهت اجتناب از سیگار کشیدن در موقعیت‌های هوس‌انگیز است.

تصمیم‌گیری یا ارزشیابی فرد از فواید و مضرات تغییر رفتاری مشخص، بعنوان جزء اصلی تغییر رفتار شناخته شده است (۱۹). تحقیقات بر روی مراحل تغییر و تعادل تصمیم‌گیری دوازده رفتار مختلف نشان داد که دلایل علیه تغییر رفتار در مراحل ابتدایی تغییر بیش از دلایل فرد له تغییر است و در مراحل میانه، تغییر مشخص در اهمیت نسبی فواید و مضرات ایجاد می‌شود که نسبت به حفظ رفتار، اهمیت فواید بیشتر و اهمیت مضرات کمتر است (۱۴ و ۱۸ و ۲۳). یافته‌های اخیر نتایج پژوهش حاضر را مبنی بر اینکه امتیاز تعادل تصمیم‌گیری در گروه آزمایش قبل و بعد از مداخله و نیز در مقایسه با گروه کنترل اختلاف معنی دار آماری ندارد، تایید نمی‌کند. احتمالاً نمونه این پژوهش به علت تفاوت فرهنگی و قومی با نمونه‌های سایر مطالعات در این خصوص متفاوت است. کلرومک گروان (۲۰۰۱) نیز معتقدند تفاوت بین فرهنگ‌ها و اقوام مختلف درون یک فرهنگ ممکن است بر میزان موفقیت یا شکست مداخلات ترک سیگار تأثیر بگذارد (۱۸). در مجموع میزان موفقیت در ترک سیگار پس از انجام مداخله پرستاری ۵۸/۵ درصد بود ($P < 0.001$) این یافته توسط نتایج سایر تحقیقات تایید می‌شود (۹ و ۲۴). مداخله ترک سیگار که توسط پرستاران

منابع

1. American lung Association. Facts about Nicotine Addiction and Cigarettes. ALA 1990, 7.
2. Cohen C, Henning field JE. Nicotine dependence a preventable Risk Factor for Other Diseases. J of General Internal Med 1990: 15(5): 573-8.
- ۳-مسجدی، محمدرضا؛ آذری پور ماسوله، حسن؛ حیدری، غلامرضا: دانستنی های سیگار. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۱۳۷۷، صص: ۴-۱.
4. United State Department of Health and Human Services. Smoking Cessation, Clinical Practice Quid line, Agency for Health Care Policy and Research. Rockville: United State Department of Health and Human Services, 1996: 25.
5. Smeltzer SC, Bare BJ. Bruner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott, 2000: 4-23.
6. Glanz KL, Lewis FM, et al. Health Behavior and Health Education, Theory, Research, and Practice. Sanfrancisco: Jossey Bass, 1997: 60-80.
7. Eddy DM. David Eddy Ranks the Tests. Harv Health let 1992: 5: 1-3.
8. American Lung Association. Freedom From Smoking Quide for Clinic Facilitators. ALA 1991: 2-3.
9. Hollis, et al. Preventive Medicine. Ohio: Ohio State University, College of Nursing, Nursing Center for Tobacco Intervention, 1993.
- ۱۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: پرستاری در ایران. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر پرستاری، ۱۳۷۵، صص: ۴.
11. Williams S, et al. A Community Based Smoking Cessation Program. Public Health Nursing 1994: 11(5): 291-9.
12. Hotz SB. Undrestanding and using the Stages of Change. Ottawa: PTCC, Health Department (Tobacco strategy), 1996:1-7.
13. SNHD. HIV/AIDS Program Office: Potential Strategies and Interventions. Nevada: State of Nevada Health Division, 2001: 1-35.
14. Hergenrather KC. The Transtheoretical Model and Stages of Change. Alabama: Auburn University, 2000: 1-4.
15. Kern RD, Rosenberg R. Predicting Responses to Self -Management Treatments for Chronic Pain. Pain 2000: 84: 49-55.
16. Velicer WF, et al. Distribution of Smokers by Stage in three Representative Samples. Preventive Medicine 1995: 24: 401-11.
17. Rossi S. Stages of Change for 15 Health Risk Behaviors in an HMO Population. Society for Behavioral Med 1992:17: 28-32.
18. Keller CS, Mc Gowan N. Examination of the Processes of Change, Decisional Balance, Self-Efficacy for Smoking and the Stages of Change in Research, Mexican American Women, Southern Online. J of Nurs Rese 2001: 2: 23-39.
19. Prochaska J O, Diclemente C C, Norcross JC. In Search of How People Change: Applications to Addictive behavior. American Psychologist 1992: 6: 1102-14.
20. Prochaska J O, et al. Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behavior. Health Psychology 1994:1:39-46.
21. Bandura A. Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Reviews 1997: 2: 191-205.
22. Hudomn KS, Berger BA. Pharmacy Applications of the Trans-theoretical Model in Smoking Cessation. Pharmaceutial care Materials, Auburn University P2001:1-12.
23. Studach J. The National Center for Health Fitness. NCHF Webmaster, 1999.
24. Taylor CB, etal. Annuals of Internal Medicine. Ohio: Ohio State University College of Nursing, Nursing Center for Tobacco Intervention, 1997: 2.

Efficacy of Nursing Intervention Based on Trans-Theoretical Model of Change of Smoking Cessation

Hassani P, Abedi, HA, Mohammad K, Fathi Azar E

Abstract

Tobacco use is the major avoidable cause of disease and death. This investigation was undertaken to evaluate the efficiency of trans-theoretical model of change in smoking cessation among secondary school teachers in Tabriz by use of nursing intervention. This investigation was a quasi-experimental research. Participants in this research were 200 male graduate teachers of five educational districts in Tabriz. Subjects were randomly divided to two control and experimental groups (100 in each).

The independent variable was nursing smoking cessation intervention and dependent variables were: self-efficacy, decisional balance, and smoking behavior.

Data collection instruments were socio-demographic and smoking history, smoking behavior, self-efficacy and decisional balance questionnaires.

Descriptive and analytical statistic (dependent and independent T-test, χ^2 , and . . .) was used for testing the research hypothesis. Results showed 48 (58.5%) subjects of experimental group quite smoking completely after nursing intervention ($\chi^2 = 44.336$, $p < 0.001$). Comparison of smoking behavior ($t = 6.482$, $P < 0.001$) and self-efficacy ($t = 6.697$, $P < 0.001$) in experimental group before and after intervention, showed statistical significant difference. Decisional balance in experimental group before and after intervention, and also in comparison with control group, did not had significant difference. Although trans-theoretical change model was useful in designing nursing smoking cessation intervention, but more research is needed for decisional balance construct in diverse cultural groups.

Key words: Nursing/ Smoking/ Smoking Cessation