



پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس کنترل ادراکی با میانجی‌گری ادراک خطر*

فاطمه زارعی^۱

افسانه طاهری^۲ ✉

نسترن شریفی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۲۴

چکیده

استعمال سیگار یکی از تهدیدهای جدی سلامت و از علل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس کنترل ادراکی با میانجی‌گری ادراک خطر انجام شد. پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی و جامعه آماری آن شامل تمامی کارمندان شهرداری تهران به تعداد ۴۵۰۰۰ نفر بود که در سال ۱۳۹۹ مشغول به فعالیت و خدمت بودند که ۲۱۵ نفر به‌عنوان جامعه نمونه، تعیین و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه گرایش به مصرف سیگار شور و همکاران (۲۰۰۰)، پرسشنامه ارزیابی شناختی حوادث پرخطر فروم و همکاران (۱۹۹۷)، و پرسشنامه کنترل ادراکی تتریک و لاراکو (۱۹۸۷) و به‌منظور تحلیل آماری داده‌ها از روش تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد. طبق نتایج، مدل پیشنهادی برای پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس کنترل ادراکی با میانجی‌گری ادراک خطر از برازش کافی برخوردار بود. ادراک خطر در رابطه با کنترل ادراکی و گرایش به مصرف سیگار نقش میانجی‌گری جزئی داشت. بر اساس نتایج به دست آمده در این مطالعه، می‌توان با کمک به افراد برای داشتن کنترل ادراکی و همچنین افزایش ادراک خطر، گرایش به مصرف سیگار را در آن‌ها کاهش داد.

واژگان کلیدی: کنترل ادراکی، ادراک خطر، گرایش به مصرف سیگار.

* این مقاله مستخرج از رساله دکتری است.

۱. دانشجوی مقطع دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
Fzare_i_1365@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. A2_taheri@yahoo.com

۳. نسترن شریفی استادیار روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. nastaran_shrf@yahoo.com

مقدمه

استعمال سیگار یکی از علل اصلی مرگ و میر و عوارض قابل پیشگیری در سراسر جهان است و عامل مرگ زودرس میلیون‌ها نفر است (لی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). دود سیگار یک عامل خطر برای بیماری‌های قلبی عروقی، آسم، ذات الریه، سرطان ریه و سایر سرطان‌هاست (یاماماتو^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هر ۶ ثانیه یک نفر بر اثر استعمال سیگار جان خود را از دست می‌دهند و تخمین زده می‌شود که ۵۰ درصد از مردان جوان و ۱۰ درصد از زنان جوان سیگاری می‌شوند. و تعداد مرگ و میر ناشی از مصرف سیگار طی چند دهه آینده به حدود ۱۰ میلیون نفر خواهد رسید (روبله^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). از طرفی بیماری همه گیر کرونا ویروس نیز بر رفتارهای بهداشتی تأثیر گذاشته است (چادکیویچ^۴ و همکاران، ۲۰۲۰) و به افزایش مشکلات سلامت روان (تورالس^۵ و همکاران، ۲۰۲۰) منجر شده و همین‌طور بر رفتارهای سیگار کشیدن افراد نیز تأثیرگذار بوده است، زیرا هم شیوع و هم میزان مصرف سیگار در این همه گیری افزایش یافته است (هوانگ^۶، ۲۰۲۱). مطالعاتی که پیرامون علل گرایش به مصرف سیگار در جوامع مختلف انجام شده نشان داده‌اند که بین کنترل ادراکی و گرایش به مصرف سیگار رابطه وجود دارد (مصطفی^۷، ۲۰۲۰).

از طرفی نظریه کنترل ادراکی بیان می‌کند که، رفتار، ادراک را کنترل می‌کند و فرد در برابر اختلالات در محیط عمل می‌کند تا جنبه‌های ادراک شده خود و جهان را به صورت سلسله مراتبی با مقادیر مرجع مشخص شده عصبی هماهنگ کند (مانسل^۸، ۲۰۲۱). نظریه کنترل ادراکی بیان می‌کند که ورودی‌های ادراکی توسط کنترل بازخورد منفی سلسله مراتبی به حالت‌های «مرجع» عمدی کنترل می‌شوند (پارکر^۹ و همکاران، ۲۰۲۰). با وجود شواهدی که درباره عدم توان کنترل یا کنترل بسیار کم انسان‌ها بر رویدادها وجود دارد، همچنان افراد قویاً معتقد به توانایی نفوذ در رویدادها هستند و معتقدند که رویدادها را تحت کنترل دارند؛ زیرا، باور به چنین کنترلی دنیا را برای آن‌ها قابل پیش‌بینی‌تر می‌کند و تحقیقات انجام شده حاکی از آن هستند که افراد درباره این توان کنترل و پیش‌بینی خود تا حدودی مبالغه می‌کنند و همچنین رفتار آن‌ها نیز بر اثر اعتقاد به داشتن کنترل روی موقعیت‌ها تغییر می‌یابد و بر همین اساس افرادی که ادراک کنترل آن‌ها از حوادث زیاد است و احساس می‌کنند که می‌توانند وقایع را پیش‌بینی و کنترل کنند، از نظر فعالیت‌های خودمراقبتی در سطوح پایین‌تری قرار دارند و احتمال انجام رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن در این افراد بیشتر است (زارع و عیسی‌زاده، ۱۳۹۹).

همچنین از آنجا که در علم روان‌شناسی بروز هر پدیده را وابسته به شکل‌گیری و تأثیرگذاری چندین عامل می‌دانند، لذا شاید از جمله عواملی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم می‌تواند بر نقش کنترل ادراکی در پیش‌بینی

1. Lee
2. Yamamoto
3. Roble
4. Chodkiewicz
5. Torales
6. Hwang
7. Mostafa
8. Mansell
9. Parker

گرایش به مصرف سیگار تأثیرگذار باشد، به ادراک خطر^۱ بتوان اشاره کرد، چراکه تحقیقات نیز نشان داده است که ادراک خطر با سیگار کشیدن در افراد مرتبط است و ادراک خطر به بررسی میزان خطرناک بودن یک موقعیت از دیدگاه شخص اقدام می‌کند(لی^۲ و همکاران، ۲۰۲۱) طبق نظریه انگیزه حفاظت، هدف مردم در اتخاذ تدابیر حفاظتی به میزان قابل توجهی روی خطر درک شده تأثیر می‌گذارد. این نظریه تصور می‌کند که درک عمومی از شدت و آسیب‌پذیری در برابر یک تهدید سلامتی خاص، درک خطر فرد از یک موقعیت را تعیین می‌کند (آقاجانی، پرزور و احمدی، ۱۴۰۰). به طور خاص، افرادی که سیگار می‌کشند، را نسبت به افرادی که هرگز سیگار نکشیده‌اند، ادراک کم‌تری از خطر، از جمله تخمین کم‌تر سرطان ریه، خطر مرگ و میر، و گرفتار شدن در مشکلات و همچنین درک بالاتری از مزایای سیگار گزارش می‌کنند و ادراک خطر، شروع سیگار کشیدن در افراد را بین دو تا چهار برابر کاهش می‌دهد(گانا^۳ و همکاران، ۲۰۱۸) بنابراین، با توجه به مطالب ذکر شده و به دلیل آن که گرایش به مصرف سیگار می‌تواند زمینه‌ساز شروع سوء مصرف مواد در افراد باشد، و از آنجا که برای پیشگیری از هر آسیبی باید ابتدا عوامل زمینه‌ساز و تقویت‌کننده آن را شناسایی و کنترل نمود، لذا بر اساس این مطالعه سؤال مورد پژوهش این است که ادراک خطر در رابطه بین کنترل ادراکی و گرایش به مصرف سیگار دارای نقش میانجی است؟

روش پژوهش

هدف از این پژوهش بررسی برازش مدل پیشنهادی برای پیش بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس کنترل ادراکی با میانجی‌گری ادراک خطر است. و فرضیه اصلی پژوهش شامل مدل پیشنهادی برای پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس کنترل ادراکی با میانجی‌گری ادراک خطر از برازش کافی برخوردار است.

روش پژوهش حاضر، توصیفی و طرح پژوهش همبستگی از نوع مدلیابی است. جامعه آماری در این پژوهش تمامی کارمندان شهرداری تهران به تعداد ۴۵۰۰۰ نفر بود که در سال ۱۳۹۹ مشغول به فعالیت و خدمت بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش تصادفی از نوع خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود، بدین ترتیب که ابتدا از لحاظ جغرافیایی شهر تهران به ۵ موقعیت شمال، شرق، غرب، جنوب و مرکز تقسیم شد و سپس از بین مناطق ۲۲گانه شهرداری تهران به تصادف ۵ منطقه انتخاب شد، بدین ترتیب که از شمال تهران، منطقه ۱ ناحیه ۳، از شرق، منطقه ۴ ناحیه ۲، از غرب، منطقه ۵ ناحیه ۵، از جنوب، منطقه ۲۰ ناحیه ۱ و از مرکز، منطقه ۷ ناحیه ۴ انتخاب شدند و در هر ناحیه به صورت تصادفی لینک پرسشنامه‌ها در اختیار ۴۹ نفر از کارکنان آن مرکز قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه گرایش به مصرف سیگار شور و همکاران(۲۰۰۰)، پرسشنامه ارزیابی شناختی حوادث پرخطر فروم و همکاران(۱۹۹۷) و پرسشنامه کنترل ادراکی تتریک و لاراکو(۱۹۸۷) استفاده شد. برای اجرا ابتدا پژوهشگر با مراجعه به شهرداری‌های مناطق ذکر شده شهر تهران، با مدیریت این مراکز پیرامون هدف پژوهش گفتگو کرد و پس از ارائه توضیحاتی توانست نظر مساعد مدیریت آن‌ها را برای همکاری جلب کند و سپس با توضیح هدف پژوهش، لینک پرسشنامه‌های پژوهش را در اختیار کارکنان قرار داد و در مجموع جمع‌آوری

^۱. Danger perception

^۲. Li

^۳. Ghana

داده‌ها ۴ هفته به طول انجامید و اطلاعات جمع آوری شده بررسی و تجزیه و تحلیل نهایی انجام شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار spss نسخه ۲۵ و نرم افزار Amos نسخه ۲۲ بهره گرفته شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه گرایش به مصرف سیگار^۱: این پرسشنامه با هدف ارزیابی نگرش افراد نسبت به سیگار کشیدن از ابعاد مختلف (رابطه با فرد سیگاری، محیط بدون دود و سالم، محدودیت‌ها و قوانین سیگار کشیدن و فروش سیگار) توسط شور و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است (شور^۲ و همکاران، ۲۰۰۰). این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال است و آزمودنی پاسخ‌های خود برای هر گویه را در یک پیوستار (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) رتبه‌بندی می‌کند. نمره این مقیاس از ۱ تا ۸۵ می‌تواند در نوسان است و نمره بالا نشان‌دهنده میزان نگرش مثبت‌تر نسبت به سیگار کشیدن است. مؤلفه‌های پرسشنامه گرایش به مصرف سیگار عبارت‌اند از رابطه با فرد سیگاری شامل گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶؛ محیط بدون دود و سالم شامل گویه‌های ۷، ۸ و ۱۰؛ محدودیت‌ها و قوانین سیگار کشیدن شامل گویه‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ و فروش سیگار شامل گویه‌های ۱۶، ۱۷ و ۱۸. شور و همکاران این ابزار را بر روی دو نمونه از دانشجویان آمریکایی (N=۵۵۸) که سیگاری یا غیرسیگاری بودند، اجرا کردند و نشان دادند که همسانی درونی این مقیاس در آزمودنی‌های سیگاری ۰/۹۰ و در آزمودنی‌های غیرسیگاری ۰/۸۹ است. همچنین آن‌ها با تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی ساختار چهار بعدی آن را با شاخص‌های برازش مناسب تأیید کردند (شور^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). رجیبی (۲۰۰۶) ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و مقدار ۰/۷۲ برای ضریب دونیمه‌سازی در کل مقیاس گزارش داد و همچنین به کمک تحلیل عاملی نشان داد که این پرسشنامه دارای چهار عامل است (رجیبی^۴، ۲۰۰۶).

پرسشنامه ارزیابی شناختی رفتارهای پرخطر^۵: این پرسشنامه را فروم و همکاران (۱۹۹۷)، برای ارزیابی انتظارات پیامدی بزرگسالان جوان درباره خطرات و مزایای درگیری در فعالیتهای پرخطر شناخته‌شده ساخته‌اند (فروم^۶ و همکاران، ۱۹۹۷). این پرسشنامه ۳۰ سؤالی است که به صورت مقیاس لیکرت ۷ نقطه ای ۱ (کاملاً غیر ممکن است) تا ۷ (کاملاً ممکن است) اندازه‌گیری می‌شود و انتظار خطرات و مزایا، احتمال درگیری شدن فرد در طی ۶ ماه آینده در هر فعالیت پرخطر و فراوانی انجام رفتار پرخطر در گذشته را درباره خطر استفاده از داروهای محرک؛ رفتارهای پرخطرانه و غیرقانونی؛ فعالیت‌های جنسی پرخطر؛ می‌بارگی؛ فعالیت‌های ورزشی پرخطر و رفتارهای پرخطر شغلی و تحصیلی ارزیابی می‌کند. حداقل نمره کسب شده در این پرسشنامه ۳۰ و حداکثر آن ۲۱۰ است. فروم و همکاران (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۸ گزارش داده‌اند و همچنین نشان داده‌اند که این پرسشنامه دارای قابلیت تفکیک افراد در معرض گرایش به رفتار پرخطر و سایر افراد است (فروم

۱. Attitude Toward Smoking Scale

۲. Shore

۳. Shore

۴. Rajabi

۵. High Risk Behavior Assessment Questionnaire

۶. Fromme

و همکاران، ۱۹۹۷). در مطالعه‌ای بر روی جمعیت ایرانی، روایی پرسشنامه ارزیابی شناختی حوادث پرخطر را بررسی و روایی صوری و محتوایی آن را تأیید کردند. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این آزمون را ۰/۷۸ به دست آوردند (بحیرایی^۱ و همکاران، ۲۰۱۲).

پرسشنامه کنترل ادراکی: کنترل ادراک شده با استفاده از پرسشنامه تتریک و لاراکو^۲ اندازه‌گیری شد. این ابزار شامل ۶ سؤال است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (اصلاً = ۱ تا حد زیادی = ۵) پاسخ داده می‌شود. روایی و پایایی این ابزار در تحقیقات متعدد مانند: تتریک و لاراکو (۱۹۸۷) و ضریب پایایی آن توسط قاسم‌زاده علیشاهی، حسنی و کاظم زاده (۱۳۹۲)، (۰/۸۵) گزارش شده است.

بررسی پایایی مؤلفه‌های پژوهش

در این پژوهش پایایی (آلفای کرونباخ) برای متغیر کنترل ادراکی برابر با ۰/۹۲۱، متغیر ادراک خطر برابر با ۰/۸۴۵ و متغیر گرایش به مصرف سیگار برابر ۰/۷۱۶ می‌باشد. و از آنجایی که مقادیر آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش بالاتر از ۰/۷ است، لذا پایایی متغیرهای پژوهش مطلوب ارزیابی می‌شود.

شیوه اجرا

ابتدا پژوهشگر با مراجعه به شهرداری های مناطق ذکر شده شهر تهران، با مدیریت این مراکز پیرامون هدف پژوهش گفتگو کرد و پس از ارائه توضیحاتی توانست نظر مساعد مدیریت آن‌ها را برای همکاری جلب کند و سپس با توضیح هدف پژوهش، لینک پرسشنامه‌های پژوهش را در اختیار کارکنان قرار داد و در مجموع جمع‌آوری داده‌ها حدود ۴ هفته به طول انجامید و اطلاعات جمع‌آوری شده بررسی و تجزیه و تحلیل نهایی شد. جهت رعایت اخلاق پژوهشی، موافقت و تمایل شخصی برای شرکت در پژوهش رعایت شد و پرسشنامه‌ها به صورت بی نام پاسخ داده شدند و به آزمودنی‌ها این اطمینان داده شد که داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش فقط برای بررسی اهداف و فرضیه‌های پژوهش مورد تحلیل و استفاده قرار می‌گیرد.

به منظور تحلیل داده‌ها از معادلات ساختاری و از نرم افزار spss نسخه ۲۵ و نرم افزار Amos نسخه ۲۲ بهره گرفته شد.

یافته‌ها

۲۱۵ نفر از کارمندان شهرداری تهران در پژوهش حاضر شرکت کردند که ۷۹ نفر (۳۶/۷٪) از آن‌ها زن و ۱۳۶ نفر (۶۳/۳٪) مرد بودند. میزان تحصیلات ۲ نفر (۰/۹٪) از کارمندان دیپلم، ۳ نفر (۱/۴٪) کاردانی، ۱۳۹ نفر (۶۴/۷٪) کارشناسی، ۶۸ نفر (۳۱/۶٪) کارشناسی ارشد و ۳ نفر (۱/۴٪) دکتری بود. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیر گرایش به مصرف سیگار و زیرمقیاس‌های آن، ادراک خطر و زیرمقیاس‌های آن و کنترل ادراکی ارائه شده است.

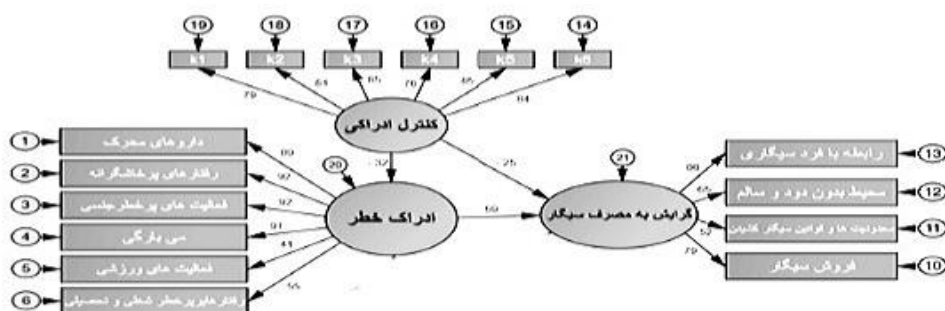
^۱. Baheiraeci

^۲. Tetrick and LaRocco

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیر گرایش به مصرف سیگار، ادراک خطر و کنترل ادراکی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	بیشینه	کمینه
گرایش به مصرف سیگار	۴۵/۶۲	۴/۸۹۷	۵۹	۳۵
رابطه با فرد سیگاری	۱۸/۱۶	۳/۶۰۱	۲۵	۱۲
محیط بدون دود و سالم	۱۳/۲۵	۱/۹۱۰	۱۵	۸
محدودیت‌ها و قوانین سیگار کشیدن	۵/۹۴	۲/۰۹۳	۱۲	۴
فروش سیگار	۸/۲۷	۱/۵۳۸	۱۲	۶
ادراک خطر	۴۴/۸۵	۱۲/۴۱۳	۸۰	۳۰
خطر استفاده از داروهای محرک	۳/۸۷	۱/۸۰۳	۹	۳
رفتارهای پرخطر و غیرقانونی	۱۳/۳۵	۴/۳۸۶	۲۶	۹
فعالیت‌های جنسی پرخطر	۸/۲۲	۳/۱۲۹	۱۷	۶
می بارگی	۴/۰۶	۲/۰۰۷	۹	۳
کنترل ادراکی	۲۱/۸۳	۴/۷۲۰	۳۰	۱۰

برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش (کنترل ادراکی، ادراک خطر و گرایش به مصرف سیگار) از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد و ضرایب مسیر و سطوح معناداری با استفاده از نرم‌افزار آموس به دست آمد (شکل ۱). برای مشخص کردن خطای استاندارد از روش بوت استرپ با زیر نمونه ۲۰۰ استفاده شده است.



شکل ۱. ضرایب مسیر استاندارد برای مدل پژوهش

شاخص‌های برازش مدل در جدول ۵ بررسی شده است. با ارزیابی تمامی شاخص‌های برازش می‌توان استنباط کرد که شاخص‌های برازش به دست آمده در مجموع نشان از برازش قابل قبول داده‌ها با مدل مفهومی دارد و مدل پژوهش برازش نسبتاً مناسبی دارد. لذا با توجه به اینکه شاخص‌های برازش مقدار متوسط یا مطلوبی دارند می‌توان برازش مدل را به طور نسبی تأیید کرد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص‌ها	مقدار قابل قبول	نتیجه	تفسیر
GFI (شاخص نیکویی برازش)	$> 0/90$	0/944	برازش مطلوب
RMSEA (جذر برآورد واریانس خطای تقریب)	$< 0/08$	0/061	برازش مطلوب
CFI (شاخص برازش تطبیقی)	$> 0/90$	0/888	برازش متوسط
NFI (شاخص برازش نرم شده)	$> 0/90$	0/954	برازش مطلوب
IFI (شاخص برازش افزایشی)	$> 0/90$	0/890	برازش متوسط
AGFI (شاخص برازندگی تعدیل شده)	$> 0/90$	0/907	برازش مطلوب
PGFI (شاخص نیکویی برازش مقتصد)	$> 0/50$	0/576	برازش مطلوب
Chi-Square /df (نسبت کای اسکوئر بر درجه آزادی)	$5 \leq \text{شاخص} \leq 1$	4/415	برازش مطلوب

جدول ۳: نتایج آزمون مدل پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس کنترل ادراکی با میانجی‌گری ادراک خطر

رابطه	ضریب استاندارد مستقیم	ضریب استاندارد غیرمستقیم	ضریب استاندارد کل	نتیجه فرضیه
ادراک خطر ← گرایش به مصرف سیگار	0/590	-	0/590	تایید
کنترل ادراکی ← ادراک خطر	-0/320	-	-0/320	تایید
ادراک خطر ← گرایش به مصرف سیگار	0/590	-	0/590	تایید
کنترل ادراکی ← گرایش به مصرف سیگار	-0/250	-	-0/250	تایید
کنترل ادراکی ← ادراک خطر ← گرایش به مصرف سیگار	-0/250	-0/188 (-0/320) × (0/590) =	-0/438	تایید

طبق جدول ۳، با توجه به این که ضریب مسیر مستقیم بین کنترل ادراکی و گرایش به مصرف سیگار در سطح 0/1 برابر 0/250 و ضریب مسیر غیرمستقیم بین کنترل ادراکی و گرایش به مصرف سیگار، از طریق ادراک خطر برابر 0/188 است. برای اطلاع از میزان نقش میانجی از رابطه شمول واریانس یا VAF استفاده شد که نسبت اثر غیرمستقیم به کل اثر را نشان می‌دهد و مقدار آن برابر 0/405 بود. زمانی که مقدار شمول واریانس، VAF، کمتر از 20٪ باشد می‌توان نتیجه گرفت که میانجی‌گری انجام نشده است. در مقابل وقتی مقدار VAF خیلی بزرگ و بالاتر از 80٪ باشد، می‌توان ادعا کرد میانجی‌گری کامل وجود دارد. وضعیتی که در آن VAF بین 20٪ تا 80٪ است، به عنوان میانجی‌گری جزئی تشریح می‌شود. مقدار VAF برابر 0/405 حاکی از این است که میانجی‌گری جزئی وجود دارد و نتیجه گرفته می‌شود، ادراک خطر به میزان 18/8 درصد از مسیر بین کنترل ادراکی و گرایش به مصرف سیگار می‌کاهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس کنترل ادراکی با میانجی‌گری ادراک خطر انجام شد. طبق نتایج، ادراک خطر در رابطه کنترل ادراکی و گرایش به مصرف سیگار نقش میانجی‌گری جزئی داشت. به عبارت دیگر، کنترل ادراکی کم‌تر با افزایش سطح ادراک خطر می‌تواند به کاهش گرایش به مصرف سیگار در افراد منجر شود. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت فردی که درک بالایی از کنترل بر روی رفتار خود دارد و قصد انجام آن رفتار نیز در او وجود دارد به احتمال فراوان آن کار را انجام خواهد داد. بنابراین، کنترل درک شده به وجود یا فقدان تسهیل‌کننده‌ها یا موانع انجام یک رفتار، یا توان درک شده بستگی دارد. در حضور میزان بالای باورهای کنترلی درباره وجود تسهیل‌کننده برای یک رفتار، توان درک شده فرد بر روی رفتار بالا می‌رود، آن‌ها از اضطراب کم‌تر و عزت نفس بالاتر خبر می‌دهند، مسئولیت بیشتری را برای اعمالشان می‌پذیرند و از سلامت روانی و جسمانی بیشتری برخوردارند، به همین لحاظ می‌توان اذعان داشت که میزان کنترل ادراکی فرد می‌تواند بر رفتاری که وی نشان می‌دهد مؤثر بوده و گرایش به مصرف سیگار در وی را تقویت می‌کند. ولی افراد دارای ادراک خطر پایین به دلیل کمبود توانایی شناختی، معمولاً در تشخیص شرایط خطرناک دارند و از آنجا که بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده، نگرش، ارزشیابی مثبت یا منفی فرد می‌تواند واکنش او را به انجام یک رفتار منعکس کند، لذا فشارهای اجتماعی درک شده ممکن است باعث شوند فرد رفتار خاصی را انجام داده یا ندهد. فرد زمانی انجام رفتاری را مثبت ارزیابی کرده و قصد انجام آن را خواهد داشت که معتقد باشد افراد مهم در زندگی او میلند آن رفتار انجام شود و همچنین انجام رفتار را تحت کنترل خود دارد، بنابراین، قصد شامل تفکر برای انجام رفتار و تعیین‌کننده اصلی رفتار است و از آنجا که درک فرد از خطر ذاتی در یک موقعیت به شدت بر رفتار مبتنی بر تصمیم‌گیری افراد در آن شرایط اثر می‌گذارد، بنابراین میزان گرایش به مصرف سیگار به طور مستقیم با کنترل ادراکی وی مرتبط بوده و خطری که فرد از مصرف سیگار درک می‌کند و فرد را به سوی مصرف سیگار سوق می‌دهد و از آنجا که فرد خود را در مقابل شرایط موجود ناتوان می‌داند، لذا احساس کنترل ادراکی پایینی داشته و بنابراین خطرات ناشی از مصرف سیگار را نه می‌تواند به درستی درک کند و نه توانایی عدم گرایش به مصرف سیگار را در خود احساس می‌کند، لذا ناگزیر به سوی انجام چنین رفتار پرخطری گام بر می‌دارد. نتایج به دست آمده از مقالات (وادل^۱، ۲۰۲۲) و (لی و ووکا^۲، ۲۰۲۱) به نحوی با یافته فوق همسویی داشت. اسرافیلی (۱۳۹۹) در پژوهش خود با عنوان بررسی رابطه بی‌اشتیاقی اخلاقی و ادراک خطر با اعتیادپذیری در دانش‌آموزان پسر مصرف‌کننده سیگار به این نتیجه رسید که ضرایب همبستگی بین نمره کل اعتیادپذیری با نمره کل ادراک خطر معنادار است. از مؤلفه‌های ادراک خطر بین مصرف‌داروی محرک، رفتار پرخطر جنسی و می‌بارگی با نمره کل اعتیادپذیری همبستگی معناداری وجود دارد (واگنر^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهشی عوامل اجتماعی جمعیت شناختی مرتبط با ادراک خطر سیگار کشیدن در نوجوانان را در سائوپائولو، برزیل بررسی کردند. نتایج نشان داد ۷۰.۹ درصد از

^۱ Waddell

^۲ Li, Viveka

^۳ Wagner

نوجوانان سیگار را یک رفتار پرخطر در نظر گرفتند. همچنین (کلیباردا^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) در پژوهشی ارتباط نظرات سیگار کشیدن و درک خطر با وضعیت سیگار کشیدن در بزرگسالان صربستان بررسی کردند، یافته فوق با نتایج مطالعات قدم پور و همکاران (۱۴۰۰) همسو است که در پژوهش خود نشان دادند رابطه خودکنترلی با گرایش به مواد مخدر منفی و معنادار بود. در بین سایر مطالعات، نتایج بدست آمده از مقالات فتاحی بوژانی و همکاران (۱۳۹۹)، کریمی و همکاران (۱۳۹۹) و مصطفا (۲۰۲۰) به نحوی با یافته فوق همسویی داشت. کلاتتری و غلامی (۱۳۹۹) در پژوهش خود با عنوان بررسی رابطه خودکنترلی و تنظیم شناختی هیجان با وابستگی به سیگار در دانشجویان به این نتیجه رسیدند که خودکنترلی با وابستگی به سیگار در دانشجویان رابطه منفی معناداری داشت که این نتیجه با یافته فوق همسویی دارد و وجود رابطه بین رابطه کنترل ادراکی و گرایش به مصرف سیگار را تأیید می‌کند. در این بین عوامل خطر ابتلا به مصرف سیگار شامل جنسیت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، حس کنجکاوی، هیجان خواهی بالا، باورها و نگرش مثبت به مصرف سیگار، سطح پایین جرات مندی، خودپنداره منفی، رفتارهای والدین، سیگار کشیدن خانواده و همسالان، قرار گرفتن در معرض رسانه‌های ترغیب‌کننده مصرف سیگار و سطح آگاهی اندک نسبت به پیامدهای مصرف سیگار هستند (سودو و کوردو، ۲۰۱۷) که می‌توانند بیان‌کننده اهمیت این مسئله باشند. متخصصان حوزه سلامت می‌توانند از یافته‌های این پژوهش برای طراحی مداخلات مبتنی بر بهبود واقع‌بینانه کنترل ادراکی در افراد در معرض خطر استفاده کنند تا میزان گرایش به مصرف سیگار را در آن‌ها کاهش دهند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به مسائلی مانند اینکه به دلیل ممنوعیت مصرف دخانیات در مراکز دولتی، لذا کارکنان تمایل کمی برای شرکت در پژوهش و دادن اطلاعات در خصوص سوابق مصرف سیگار داشتند. همچنین به دلیل مشغله زیاد کارکنان و حجم بالای سؤالات به دلیل پرسشنامه متعدد تحقیقاتی، کارکنان رغبت کمی برای شرکت در طرح داشتند. از آنجا که این پژوهش در دوران اپیدمی کرونا انجام شد، لذا دسترسی به آزمودنی‌ها با مشکلاتی مواجه بود. همین‌طور به دلیل محدود بودن جامعه آماری کارمندان شهرداری تهران در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید احتیاط کرد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با در نظر گرفتن جامعه آماری بزرگ‌تر که اقشار مختلف جامعه را دربرگیرد و همچنین استفاده از روش‌هایی غیر از خود گزارشی در گردآوری داده‌ها تحقیق خود را انجام دهند. از آنجا که نتایج نشان داد مدل پیشنهادی برای پیش‌بینی گرایش مصرف سیگار بر اساس کنترل ادراکی با میانجی‌گری ادراک خطر از برازش کافی برخوردار است، لذا ضروری است که در برنامه‌های آموزشی، پیشگیری و درمانی افراد سیگاری بر این ویژگی‌های روان‌شناختی تأکید شود تا از این رهگذر به غنی‌سازی این برنامه‌ها کمک شود. همچنین با توجه به شیوع بالای سیگار کشیدن و هزینه‌های سرسام‌آور مادی و معنوی آن برای جامعه، نتایج این پژوهش می‌تواند مورد استفاده مراکز مشاوره‌ای در ادارات قرار گیرد. همچنین با توجه به نتایج حاصل از پژوهش و آگاهی از وضعیت مصرف سیگار در کارکنان، می‌توان با برگزاری دوره‌های آموزشی «روش‌های مقابله با روی آوردن به مصرف سیگار و تداوم آن» سلامت کارکنان را ارتقا بخشید.

^۱. Kilibarda

^۲. Sudo, Kuroda

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسنده اول است. نویسندگان این مقاله از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش که با همکاری خود زمینه اجرای این طرح را فراهم ساختند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

فهرست منابع

- اسرافیلی، هاجر (۱۳۹۹). رابطه بی‌اشتیاقی اخلاقی و ادراک خطر با اعتیادپذیری در دانش‌آموزان پسر مصرف‌کننده سیگار. *نخستین همایش ملی پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر در بین دانشجویان*، کرمانشاه.
- آقاجانی، سیف‌اله، پرزور، پرویز و احمدی، شیرین (۱۴۰۰). نقش ادراک خطر و انزوای اجتماعی در پیش‌بینی اضطراب کووید-۱۹ با میانجی‌گری اضطراب سلامت در دانشجویان. *مجله سلامت و مراقبت*. ۲۳ (۱): ۱۹-۷.
- زارع، حسین و عیسی‌زاده، فاطمه (۱۳۹۹). رابطه ادراک کنترل بیماری و ادراک خطر با رفتارهای خود مراقبتی در تریکس‌شدگان از بیمارستان به دلیل کووید-۱۹: مطالعه تحلیل مسیر. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۴ (۱): ۱۰۲-۱۱۴.
- فتاحی بوژانی، عرفان، مومنی، خدامراد و مرادی، آسیه (۱۳۹۹). نقش توانمندی‌های کنترل فکر، ادراک احساس تنهایی و میزان تحمل پریشانی روانی در آمادگی به اعتیاد مواد مخدر دانشجویان. *نخستین همایش ملی پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر در بین دانشجویان*، کرمانشاه.
- قدم‌پور، عزت‌اله، امیریان، لیلیا و دهنوی، حدیث (۱۴۰۰). پیش‌بینی گرایش به مواد مخدر بر اساس خودکنترلی، تحمل آشفتگی و احساس تنهایی در زنان معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۴ (۵۱): ۴۹-۶۲.
- کریمی، محمد. جورمند، هانیه و زنگنه، محرم (۱۳۹۹). عوامل مرتبط با مصرف سیگار در بین دانشجویان: کاربرد نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده توسعه‌یافته. *مجله آموزش و سلامت جامعه*. ۷ (۲): ۸۱-۸۷.
- کلاتتری، فریبا و غلامی، سعید (۱۳۹۹). رابطه خودکنترلی و تنظیم شناختی هیجان با وابستگی به سیگار در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی رامهرمز. *نخستین همایش ملی پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر در بین دانشجویان*، کرمانشاه.
- Baheiraei, A., Hamzehgardeshi, Z., Mohammadi, M., Nedjat, S., & Mohammadi, E. (2012). Psychometric properties of the Persian version of the youth risk behavior survey questionnaire. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 14(6), 363
- Chodkiewicz J, Talarowska M, Miniszewska J, Nawrocka N, Bilinski P.(2020). Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: The initial stage. *Int J Environ Res Public Health*;17(13): pp 1-10.
- Fromme, K., Katz, E. C., & Rivet, K. (1997). Outcome expectancies and risk-taking behavior. *Cognitive therapy and research*, 21(4), 421-442 .
- Gana, GJ. Idris, SH. Sabitu, K. Oche, MO. Abubakar, AA & Nguku, PM.(2018). Prevalence and perception of cigarette smoking among out of school adolescents in Birnin Kebbi, North-western Nigeria. *The Pan African medical journal*, Vol.30, p.304-314.

- Hwang, J. Chun, H-R & Cheon, E. (2021). A qualitative study on the impact of COVID-19 on the behavior and attitudes of smokers and non-smokers in South Korea. *BMC public health*, Vol.21 (1), p.1972-1972.
- Karimi M, Jormand H , Zanganeh M (2019). Factors associated with smoking among college students: Application of the developed theory of planned behavior. *Journal of Education and Community Health*. 7(2): 81-87.
- Kilibarda, B. Milovanovic, M. Martinson, N & Foley, K. (2018). Association of smoking opinions and risk perception with smoking status in Serbia adults. *Tob. Induc. Dis*, 16(1):1-10.
- Lee, S. Woo, H. Lee, J. Oh, JH. Kim, J & Shin, A.(2019). Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of colorectal cancer in South Korea: a case-control study. *Alcohol*; 76:15–21.
- Li W, Li L, Jiang D, Liu S.(2021). Fate control and ingroup bias in donation for the fight with the coronavirus pandemic: the mediating role of risk perception of COVID-19. *Personality and Individual Differences*;1(1):1-5.
- Li, H & Viveka, X.(2021). Helping smokers with non-communicable diseases quit smoking by understanding their risk perception, behavior, and attitudes related to smoking. *Tobacco induced diseases*, Vol.19 (1): 1-8.
- Mansell, W.(2021). The perceptual control model of psychopathology. *Current opinion in psychology*, 2021-10, Vol.41, p.15-20.
- Mostafa, A.(2020). Self-reported addiction to and perceived behavioural control of waterpipe tobacco smoking and its patterns in Egypt: policy implications. *Eastern Mediterranean health journal*, Vol.26 (1), p.18-28.
- Parker, MG. Willett, AB.S. Tyson, SF. Weightman, AP & Mansell, W.(2020). A systematic evaluation of the evidence for perceptual control theory in tracking studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, Vol.112, p.616-633.
- Rajabi, G. (2006). Validating the measuring attitude toward smoking scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 12(3), 230-235 .
- Roble, AK. Osman, MO. Lathwal, OP & Aden, AA.(2021). Prevalence of Cigarette Smoking and Associated Factors Among Adolescents in Eastern Ethiopia, 2020. *Substance abuse and rehabilitation*, Vol.12, p.73-80.
- Shore, T. H., Tashchian, A., & Adams, J. S. (2000). Development and validation of a scale measuring attitudes toward smoking. *The Journal of social psychology*, 140(5), 615-623 .
- Shore, T. H., Tashchian, A., & Adams, J. S. (2000). Development and validation of a scale measuring attitudes toward smoking. *The Journal of social psychology*, 140(5), 615-623
- Sudo A, Kuroda Y. Media exposure, interactive health literacy, and adolescents' susceptibility to future smoking. *Int J Adolesc Med Health*. 2017;29(2):1-11.
- Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A.(2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*;66(4):317–20.
- Waddell, JT.(2022). Age-varying time trends in cannabis- and alcohol-related risk perceptions 2002–2019. *Addictive behaviors*, 2022-01, Vol.124, p1-10.
- Wagner, GA. Sanchez, ZM. Fidalgo, TM. Caetano, SC. Carliner, H & Martins, SS.(2019). Sociodemographic factors associated with smoking risk perception in adolescents in São Paulo, Brazil. *Revista brasileira de psiquiatria*, Vol.41 (6), p.546-549.
- Whitley, E., & Ball, J. (2002). Statistics review 4: sample size calculations. *Critical care*, 6(4), 1-7 .
- Yamamoto, Y. Kiyohara, C. Suetsugu-Ogata, S. Hamada, N & Nakanishi, Y.(2017). Biological interaction of cigarette smoking on the association between genetic polymorphisms involved in inflammation and the risk of lung cancer: a case-control study in Japan. *Oncol Lett* ;13(5):3873–3881.