

## انگاره مصرف دخانیات در بین نمونه‌ای از شهروندان تهرانی

کرم حبیب‌پور کتابی\*

### چکیده

مصرف دخانیات از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامتی و شایع‌ترین عامل قابل پیشگیری مرگ‌ومیر در جهان است و یکی از استراتژی‌های مهم کنترل آن، شناخت انگاره مصرف آن در بین افراد است. بنا به این ضرورت، تحقیق حاضر با ترکیبی از روش‌شناسی‌های کمی (پیمایش) و کیفی (تحلیل محتوای کیفی) به صورت همگرا، به شناسایی انگاره مصرف دخانیات در میان شهروندان تهرانی پرداخته است. نمونه آماری تحقیق شامل دو گروه بود: گروه اول (۶۱۰ نفر از شهروندان استفاده‌کننده از برنامه‌های پیشگیرانه کنترل دخانیات در هفته بدون دخانیات در مناطق بیست و دوگانه شهرداری تهران، که با ترکیبی از روش‌های نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، تصادفی نظام‌مند و دردسترس انتخاب شدند. گروه دوم) ۵۳ نفر از کارشناسان مرتبط با طرح «تهران شهر بدون دخانیات» که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد که شهروندان از نظر انگاره مصرف دخانیات شامل پنج دسته اصلی غیرسیگاری، سیگاری روزانه/فعال، سیگاری قهار/همیشگی، سیگاری ترک‌کرده و سیگاری تفننی/اتفاقی می‌باشند. مصرف دخانیات در شهر تهران، پنج عامل اصلی شامل جوان‌بودن، قلیانی‌شدن، جنسیتی‌شدن، خانوادگی‌شدن و غیرطبقاتی‌شدن مصرف را تجربه می‌کند. همچنین، عوامل چندگانه فرهنگی (فرهنگ غلط فراموشی مشکلات به‌ویژه در بزرگسالان، کم/ناآگاهی از خطرات استعمال دخانیات)، اجتماعی (فشار اجتماعی، مُدبودن)، روانی (رفع خستگی، دوری از غم و غصه، اعتیادآوری دخانیات، رفع استرس، احساس بزرگی و شخصیت) و فردی (تجربه‌کردن، جذابیت بیشتر) مهم‌ترین دلایل مصرف دخانیات توسط شهروندان بودند. نتایج بر آن دلالت دارد که مصرف دخانیات در گروه‌های اجتماعی مختلف از انگاره یکسانی تبعیت نکرده است و به شرایط فردی، بینافردی، خانوادگی و ساختاری بستگی دارد.

**کلیدواژه‌ها:** دخانیات، مصرف، انگاره مصرف دخانیات، جنسیتی‌شدن مصرف.

karamhabibpour@khu.ac.ir

\* عضو هیئت علمی دانشگاه خوارزمی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۷/۱۰

مسائل اجتماعی ایران، سال دهم، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۸، صص ۸۵-۱۰۹

## ۱. بیان مسئله

مصرف دخانیات از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامتی و شایع‌ترین عامل قابل‌پیشگیری مرگ‌ومیر در جهان است و مطالعات متعدد نشان داده‌اند مصرف دخانیات پیامدهای زیادی دارند؛ برای مثال، استعمال دخانیات عامل ۱۴ بیماری کشنده است و ۹۰ درصد سرطان‌های ریه، ۴۰ درصد سایر سرطان‌ها، ۵۰ درصد بیماری‌های قلبی و ۷۵ درصد بیماری‌های مزمن ریوی در سیگاری‌ها بروز می‌کند. طبق آمار، در حال حاضر ۵ میلیون نفر در جهان به علت ابتلا به بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات می‌میرند. به عبارتی، یک نفر از هر ۱۰ نفر در جهان بر اثر استعمال دخانیات می‌میرد و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ و شاید هم زودتر، این نسبت به یک در شش نفر (یعنی ۱۰ میلیون مرگ در سال) برسد که بیشتر از هر عامل دیگری در مرگ و میر نقش دارد. این اپیدمی گرچه تا این اواخر بیشتر در کشورهای توسعه‌یافته شایع بود، اما به سرعت به کشورهای در حال توسعه نیز رسیده است. تا سال ۲۰۲۰، ۷ نفر از هر ۱۰ نفر در کشورهای کم‌درآمد و متوسط درآمد بر اثر استعمال دخانیات جان خود را از دست خواهند داد (بانک جهانی، ۱۹۹۹: ۱). میانگین جهانی مرگ‌ومیر بزرگسالان بالای ۳۰ سال بر اثر مصرف دخانیات ۱۲ درصد است که این میزان در منطقه اروپایی سازمان جهانی بهداشت برابر با ۱۶ درصد، آفریقا ۳ درصد و مناطق مدیترانه شرقی ۷ درصد است (سایت واحد اروپایی سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۷). در ایران نیز، سالیانه مرگ ۵۰ هزار نفر و بستری شدن ۵۰۰ هزار نفر بر اثر مصرف دخانیات ثبت می‌شود. از ۷۹ میلیون نفر جمعیت کشور، حدود ۸ میلیون نفر به نوعی مصرف‌کننده مواد دخانی محسوب می‌شوند؛ شیوع مصرف دخانیات در مردان ۲۵/۲ درصد، زنان ۴ درصد، روستاها ۱۵/۴ درصد و شهرها ۱۷/۶ درصد است. ۳/۴ درصد از نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله در کشور (۴/۸ درصد پسر و ۲/۱ درصد دختر)، مصرف‌کننده مواد دخانی هستند. مضاف بر این، ۶/۶ درصد دختران و ۱۱/۱ درصد پسران ۱۳ تا ۱۵ ساله قلیان مصرف می‌کنند (سایت دنیای اقتصاد، ۱۳۹۶؛ خبرگزاری شیعه‌نیوز، ۱۳۹۷).<sup>۱</sup> طبق مطالعه

۱. مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری (Centers for Disease Control and Prevention= CDC) در آمریکا، برنامه‌ای تدوین کرده است که داده‌های حاصل از چهار پیمایش مربوط به دخانیات در جهان را جمع‌آوری و نمایش می‌دهد. نام این برنامه، داده‌های نظام جهانی مراقبت از دخانیات است (The Global Tobacco Surveillance System Data= GTSSData) و چهار پیمایش مذکور به این ترتیب است:

- پیمایش جهانی دخانیات در بین جوانان (Global Youth Tobacco Survey= GYTS)
- پیمایش جهانی دخانیات در بین پرسنل مدرسه (Global School Personnel Survey= GSPS)
- پیمایش جهانی دانشجویان حرفه‌های سلامت (Global Health Professions Student Survey= GHPSS)
- پیمایش جهانی دخانیات در بین بزرگسالان (Global Adult Tobacco Survey= GATS)

### انگاره مصرف دخانیات در بین نمونه‌ای از شهروندان تهرانی

امامی و دیگران (۱۳۸۲) ۱۰/۶ درصد افراد بالغ مطالعه‌شده سیگاری روزانه، ۱/۵ درصد سیگاری تفننی، ۶/۱ درصد سیگاری ترک کرده و ۸۱/۸ درصد غیرسیگاری بودند. همچنین، در مطالعه محرابی و دیگران (۱۳۸۶) نسبت غیرسیگاری‌های کشور در جمعیت ۱۵-۶۴ ساله برابر با ۸۲/۶ درصد، و در مطالعه عبادی و دیگران (۱۳۸۹) این نسبت در جمعیت ۱۸-۶۵ ساله ۷۴/۶ درصد گزارش شده است. در مطالعه سعیدی، دیباجی فروشانی و فیروزآبادی (۱۳۸۹)، ۴۵/۴ درصد از جمعیت زنان و دختران بالای ۱۳ سال شهر تهران جزو سیگاری روزانه، ۳۷/۸ درصد سیگاری گهگاهی و ۱۶/۸ درصد سیگاری ترک کرده می‌باشند.

با توجه به اهمیت موضوع از سال ۱۹۸۷ سازمان جهانی بهداشت و واحدهای وابسته ۳۱ می را «روز جهانی بدون دخانیات»<sup>۱</sup> نامگذاری کردند تا توجه جهانی را به اپیدمی استعمال دخانیات و مرگ و بیماری‌های قابل‌پیشگیری ناشی از مصرف آن جلب کنند. از آن زمان کشورهای برگزارکننده این مراسم خواستار اعمال سیاست‌های مؤثر در کاهش استفاده از این محصولات مرگبار می‌شوند. در ایران نیز، هفته منتهی به ۳۱ می (۴ الی ۱۱ خردادماه) به عنوان «هفته ملی بدون دخانیات» نام‌گذاری شده و برنامه‌های متنوعی با هدف فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی در خصوص مضرات ناشی از استعمال دخانیات اجرا می‌شود. «زندگی عاری از دخانیات با خودمراقبتی» شعاری است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای هفته ملی بدون دخانیات در سال ۱۳۹۱ در نظر گرفته است.

در همین رابطه، از راهبردهای موفق برای کنترل مصرف دخانیات در بین شهروندان که دولت‌ها و نهادهای متولی می‌توانند از آن الگو بگیرند، شناخت انگاره مصرف دخانیات براساس کمیت و کیفیت آن است. این شناخت می‌تواند راهکارهای متفاوتی را برای انجام اقدامات پیشگیرانه و درمانی در گروه‌های مختلف جنسی، سنی، تحصیلی و... ارائه دهد. تحقیق حاضر بر پایه صورت‌بندی این سؤال شکل گرفته که چه انگاره‌ای بر مصرف دخانیات از سوی شهروندان تهرانی حاکم است و مبتنی بر چه مختصات کیفی است و در طول زمان چه کیفیتی را تجربه کرده است؟

## ۲. چهارچوب نظری

چهارچوب نظری این تحقیق، براساس دو مقوله مهم و محوری شکل گرفته است:

۱. براساس انگاره مصرف دخانیات توسط شهروندان تهرانی. برای این کار، از رویکرد و چهارچوب نظری سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است. طبق این چهارچوب، شهروندان از

1. World No Tobacco Day (WNTD)

نظر مصرف سیگار، به ۵ طبقه دسته‌بندی می‌شوند که کاربردپذیری این سنخ‌بندی سازمان جهانی بهداشت در مطالعه حاضر آزمون تجربی شده است:

- ۱-۱) سیگاری قهار/همیشگی<sup>۱</sup>: کسی در روز بیش از ۲۰ نخ سیگار می‌کشد.
- ۲-۱) سیگاری روزانه/فعال<sup>۲</sup>: کسی که در روز دست‌کم یک نخ و هفته‌ای حداقل هفت نخ سیگار می‌کشد.
- ۳-۱) سیگاری تفننی/اتفاقی<sup>۳</sup>: کسی که هر روز سیگار نمی‌کشد.
- ۴-۱) سیگاری ترک‌کرده<sup>۴</sup>: کسی که قبلاً سیگاری روزانه یا تفننی بوده، ولی در زمان انجام تحقیق سیگار نمی‌کشد.
- ۵-۱) غیرسیگاری<sup>۵</sup>: کسی که در گذشته سیگار نمی‌کشید و در زمان انجام تحقیق نیز سیگار نمی‌کشد.

۲. مقوله مهم دیگری که پایه تدوین چهارچوب نظری در این تحقیق را شکل داده، انتخاب نظریه‌ای است که براساس آن بتوان دلایل مصرف دخانیات و حتی تداوم آن را توضیح داد. برای مصرف دخانیات نظریه‌های متعددی وجود دارد که هر یک بخشی از دلایل را بیان می‌کنند. مطالعه حاضر برای بررسی این موضوع که چرا افراد علی‌رغم معرفت به مضرات دخانیات آن را مصرف می‌کنند، برپایه سه نظریه فشار (مرتن)، پیوند افتراقی (ساترلند) و کنترل اجتماعی (هیرشی) است که در چهارچوب دیدگاه کارکردگرایی مطرح می‌شود. نظریه فشار براساس رویکرد نهادی و ساختاری به تبیین انحراف و به طور مشخص مصرف دخانیات پرداخته است و اشاره می‌کند که چگونه برخی ساختارهای اجتماعی، فشار معینی را بر بعضی افراد جامعه وارد می‌کنند که این افراد بجای هم‌نوایی، ناهم‌نوایی می‌کنند. بنابراین، انحراف، واکنش عادی این افراد به چنین فشارهای ساختاری است (کوزر و روزنبرگ، ۱۳۷۸: ۴۳۲). جامعه‌شناسان پیرو این نظریه، مصرف دخانیات را نوعی انحراف و در نتیجه انحراف را نتیجه مستقیم فقر و خشم طبقه پایین می‌دانند. آنها معتقدند گرچه اکثر مردم اهداف و ارزش‌های مشابهی دارند، اما توانایی آنان در دستیابی به اهداف شخصی، به وسیله طبقه اقتصادی-اجتماعی محدود شده است. فشار در مناطق مرفه به‌خاطر فراهم‌بودن فرصت‌های آموزشی و برخورداری از اوقات فراغت ناچیز است، اما در مناطق نابه‌سامان به دلیل بسته‌بودن راه‌های مشروع و قانونی برای موفقیت، فشار زیادی وجود دارد و این افراد برای رهایی از فشار و

1. Heavy Smoker
2. Daily Smoker
3. Occasional Smoker
4. Ex-Smoker
5. Never Smoker/Passive Smoker

رسیدن به اهدافشان، از روش‌های انحرافی یا طرد اهداف اجتماعی پذیرفته‌شده و جایگزین کردن اهداف انحرافی دیگر استفاده می‌کنند (سیگل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱: ۲۰۰). فشارهای ساختاری وارد بر این افراد مانند فقر خانواده، بیکاری و آوارگی ناشی از آن، نداشتن شغل مطمئن و ثابت و... موجب انحراف در آنان می‌شود.

رابرت مرتن در نظریه «ساخت اجتماعی و بی‌هنجاری» خود، با اقتباس از مفهوم «آنومی» دورکیم، معتقد است که شرایط ساختی، علت ریشه‌ای انحرافات اجتماعی است. از نظر مرتن، دو ساخت اساسی در درون یک نظام اجتماعی وجود دارد که میان آنها روابطی کارکردی است:

- ۱) اهداف نهادی شده که عبارت است از: تعاریف نهادی شده درباره ارزش‌ها و امور مطلوب.
- ۲) وسایل نهادی شده که عبارت است از: شیوه‌های استاندارد کنش و یا هنجارهای مقرر برای نیل به اهداف نهادی شده (اسکیدمور، ۱۳۷۲: ۱۵۹-۱۶۰). مرتن با اشاره به اینکه نظریه بی‌هنجاری وی مربوط به طبقات پایین جامعه است (کوزر و روزنبرگ، ۱۳۷۸: ۴۴۳) توضیح می‌دهد که همواره نوعی گسستگی بین اهداف و وسایل مشروع وجود دارد. به این معنا که اهداف همواره مورد قبول همگان است، اما وسایل رسیدن به این اهداف به طور مساوی و برابر در جامعه توزیع نشده است. در نتیجه برای عده‌ای، شانس بیشتری برای موفقیت وجود دارد. حاصل این عدم‌تجانس میان اهداف و وسایل، که مرتن آن را «بی‌هنجاری یا نابسامانی» می‌نامد، ایجاد فشار بر افراد برای بکارگرفتن شیوه‌های دیگری برای رسیدن به موفقیت است که با شیوه‌های مورد قبول جامعه فرق می‌کند (ورسلی، ۱۳۷۸: ۱۱۶). مرتن پنج واکنش احتمالی نسبت به تنش میان اهداف و وسایل مشروع را تشخیص می‌دهد: سازگاری و هم‌نوایی<sup>۲</sup>، نوآوری<sup>۳</sup>، مناسک‌گرایی<sup>۴</sup>، انزوای طلبی<sup>۵</sup> و شورش<sup>۶</sup> (گروثرز، ۱۳۷۸: ۱۴۹-۱۴۸).

براساس نظریه مرتن، مصرف‌کنندگان دخانیات اگرچه اهداف تعیین‌شده از سوی اجتماع را پذیرفته‌اند، اما ابزارهای رسیدن به این اهداف (مثل کار و آموزش) را در اختیار ندارند. در نتیجه، به دلیل عدم دسترسی به ابزارهای مشروع، به مصرف دخانیات کشیده می‌شوند. از طرفی، ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی خانواده این افراد، دقیقاً شرایط لازم برای ورود آنان به جرگه منحرفان اجتماعی را فراهم می‌سازد. نظریه آنومی مرتن نیز به این درک کمک می‌کند که مصرف مواد دخانی، رفتاری است که از نظر اجتماعی ایجاد می‌شود نه رفتاری که نتیجه

1. Ciegel
2. Richard Quinney
3. Innovation
4. Ritualism
5. Ritreatment
6. Rebellion

انگیزه‌های فردی و روانی باشد. در برخی موقعیت‌ها، ساختارهای اجتماعی فشار معینی را بر بعضی افراد جامعه وارد می‌کنند که این افراد به‌جای هم‌نوایی، ناهم‌نوایی پیشه می‌کنند و مصرف دخانیات، واکنش این افراد به چنین فشارهای ساختاری است. در حقیقت، اگرچه افراد عاملیت داشته‌اند و به سهم خود نقش مؤثری در مصرف دخانیات دارند، اما در هر صورت بخشی از این مصرف نتیجه مستقیم فشارهای اقتصادی و اجتماعی است.

نظریه دیگر برای توضیح دلایل مصرف دخانیات «نظریه پیوند افتراقی»<sup>۱</sup> ادوین ساترلند<sup>۲</sup> است که در چهارچوب دیدگاه کنش متقابل نمادین، بر مفهوم «یادگیری» تمرکز کرده و معتقد است که تعاملات میان افراد نقش مهمی در گرایش و انحراف آنها دارد. طبق نظریه ساترلند، رفتار انحرافی از طریق «معاشرت با اغیار» (پیوند افتراقی) یعنی داشتن روابط اجتماعی با اقشار خاصی از مردم مانند جنایتکاران آموخته می‌شود. او می‌گوید: «برای آن که شخص جنایتکار شود، باید نخست بیاموزد که چگونه می‌توان جنایت کرد» (به نقل از ستوده، ۱۳۸۲: ۸۹). ساترلند در نظریه پیوند افتراقی خود اشاره می‌کند که مجرمان رفتارهای انحرافی و جنایی را یاد می‌گیرند و در نتیجه، انحراف هیچگاه جزء طبیعت و ذاتی یک فرد خاص نیست. رفتارهای انحرافی یاد گرفته می‌شوند، درست به همان طریقی که تمامی رفتارهای دیگر یاد گرفته می‌شوند (دادسون، ۲۰۰۱: ۱۰۹).

ساترلند معتقد است بخش عمده‌ای از انحرافات در قالب جامعه‌پذیر شدن فرد در خُرده‌فرهنگ‌های انحرافی‌آمیز و از طریق همنشینی و معاشرت با کسانی حاصل می‌شود که حامل هنجارهای انحرافی‌اند. به تعبیری، او تحقق انحراف را عمدتاً نیازمند اجتماعی‌شدن فرد درون نظامی از ارزش‌ها می‌داند که راهنما و مشوق او به نقض هنجارهای مسلط در جامعه است (طالبان، ۱۳۸۳: ۸-۹). بنابراین انحراف در درون خُرده فرهنگ انحرافی‌آمیز، خود نوعی هم‌نوایی است که طی آن فرد خود را با قواعد آن خُرده‌فرهنگ هم‌نوا می‌کند. افراد این خُرده‌فرهنگ‌ها، تعاریفی که نقض قانون و هنجارهاست را از دوستان خود گرفته‌اند و در نتیجه با احتمال بیشتری درگیر رفتارهای انحرافی می‌شوند. به عبارتی، اگر تعریف‌هایی که کنش‌های بزهکارانه را قابل قبول می‌نمایند، با پشتوانه قوی‌تری از تعریف‌های مخالف با رفتار انحرافی به فرد القا شود و فرد نیز در دفعات بیشتری با این دسته از تعاریف مواجه شود، احتمال اینکه مرتکب انحراف شود، بیشتر است (طالبان، ۱۳۸۳: ۸). ساترلند در بیان خصلت یادگیرانه انحرافات، بیشتر به گروه‌های نخستین نظیر گروه دوستان یا خانواده توجه داشته و حتی اشاره می‌کند که قدرت نفوذ این گروه‌ها از مسئولین و رسانه‌ها بیشتر است (رفیع‌پور، ۱۳۷۸: ۵۲). خلاصه اینکه،

1. Differential Association Theory

2. Edwin H. Sutherland

مطابق با نظریه پیوند افتراقی ساترلند، انحراف، امری یادگرفتنی است، در تعامل با دیگران آموخته می‌شود، و بخش اصلی این یادگیری، در حلقه درون گروه روی می‌دهد و رسانه‌های جمعی و مطبوعات نقش دوم را ایفا می‌کنند (به نقل از صدیق سروستانی، ۱۳۸۳: ۱۷-۱۶). مصرف دخانیات امری یادگرفتنی و در درون گروه‌های نخستین نظیر خانواده یا دوستان قابل تبیین است و پذیرش مصرف دخانیات در چنین گروه‌هایی، در حقیقت نوعی هم‌نوایی با خرده‌فرهنگ‌ها و تعاریفی است که آنها از انحراف دارند.

سومین نظریه انتخابی در این تحقیق، نظریه کنترل اجتماعی تراویس هیرشی به ویژه مفهوم «پیوند اجتماعی»<sup>۱</sup> اوست. نظریه کنترل اجتماعی یکی از مسلط‌ترین دیدگاه‌ها درباره رفتار انحرافی و از نظریه‌هایی است که بیشترین آزمون برپایه آن انجام شده است و در بین نظریه‌های جامعه‌شناختی انحراف نیز زیاد از آن سخن می‌رود (دورکین، وولفوکلاک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹: ۴۵). هیرشی معتقد است که «همة ما حیوان هستیم و بنابراین همه هم فطرتاً استعداد بروز کنش‌های بزهکارانه را داریم» و «مردم مرتکب جرم می‌شوند، چون که جرم‌کردن جزء ذات‌شان است». اما سؤالی که باید پاسخ داده شود، این است که «با این حال چرا بیشتر مردم دست به جرم نمی‌زنند». هیرشی، در پاسخ به این سؤال، علت هم‌نوایی افراد با هنجارهای اجتماعی را پیوند اجتماعی آنها دانسته و مدعی است که پیوند میان فرد و جامعه مهم‌ترین علت هم‌نوایی و عامل اصلی کنترل رفتارهای فرد است و ضعف این پیوند یا نبود آن، موجب اصلی انحراف است. هیرشی چهار جزء اصلی پیوند شخص با جامعه را که مانع انحراف می‌شوند، شامل دلبستگی<sup>۳</sup>، تعهد<sup>۴</sup>، درگیری<sup>۵</sup> و باور<sup>۶</sup> دانسته و معتقد است بین «دلبستگی» افراد به جامعه، «تعهد» آنان به امور متداول و زندگی روزمره و هم‌نوایی با هنجارهای اجتماعی، «درگیری» آنها در فعالیتهای مختلف زندگی و «باورشان» به نظام هنجاری جامعه از یک سو و هم‌نوایی آنان با هنجارهای اجتماعی از سوی دیگر رابطه مستقیم و با احتمال انحراف آنان رابطه معکوس وجود دارد (هیرشی، ۱۹۶۹: ۱۲۶-۱۶۹). هیرشی براین باور است که هر چه پیوستگی فرد با والدین بیشتر باشد، فرد کمتر دچار انحراف می‌شود. همچنین، موقعی که فرد فکر کند والدینش می‌دانند او کجاها می‌رود، این فرد کمتر به اعمال انحرافی می‌گراید و کمتر رفتار بزهکارانه از خود بروز می‌دهد (دادسون، ۲۰۰۱: ۹۲-۹۴). بر اساس این نظریه، هر چه کنترل اجتماعی صورت‌گرفته

1. Social Bond
2. Durkin, Wolfe & Clark
3. Attachment
4. Commitment
5. Involvement
6. Belief

بر فرد بیشتر باشد، فرد بیشتر به سمت انحراف کشیده می‌شود. بر طبق گزاره اصلی نظریه کنترل اجتماعی، افرادی که پیوند و بستگی‌های اجتماعی کمتری از نظرتعلق، تعهد، مشغولیت و باور به نهادهای اصلی اجتماعی جامعه‌شان دارند، احتمال درگیر شدن‌شان در فعالیت‌های انحرافی به مراتب بیشتر از دیگران است. در واقع، نظریه کنترل اجتماعی بر این فرض است که انگیزش طبیعی برای ارتکاب انحراف در میان همه مردم وجود دارد (طالبان، ۱۳۸۳: ۷) و همه مردم بالقوه منحرف هستند، منتهی زمانی که عوامل کنترل و مؤلفه‌های پیوستگی اجتماعی کم‌رنگ شوند، این حالت بالقوه انحراف به فعلیت رسیده و فرد دچار رفتارهای انحرافی می‌شود. مصرف‌کنندگان دخانیات نیز، به طور عمده جزو کسانی‌اند که پیوندهای اجتماعی کمتری از نظر دلبستگی، تعهد، درگیری و باور به نظام هنجاری جامعه دارند و به دلیل این ضعف پیوندهای اجتماعی، احتمال درگیری آنان در رفتارهای انحرافی به مراتب بیشتر از دیگران است.

### ۳. پیشینه تجربی

مطالعاتی در داخل (در سطوح استانی و ملی) و خارج از کشور درباره انگاره مصرف دخانیات به‌ویژه سیگار در بین شهروندان انجام شده که بخشی از رویکردها و متغیرها در سنجش آنها در این تحقیق استفاده شده است. در بین مطالعات قبلی داخلی برای مثال فرشیدی و همکاران (۱۳۹۵) دریافتند که میزان شیوع مصرف سیگار در افراد بالای ۱۵ سال استان هرمزگان برابر با ۱۹/۵ درصد (۲۴/۱ درصد در روستاها و ۱۷/۶ درصد در شهرها) است. مصرف سیگار در مردان (۲۷/۸ درصد) به مراتب بیشتر از زنان (۱۰/۷ درصد) است. با افزایش سن، میزان مصرف سیگار افزایش می‌یابد و افراد بی‌سواد و با تحصیلات پایین‌تر (۷۵/۵ درصد) بیشتر سیگار مصرف می‌کنند.

افراسیابی و مداحی (۱۳۹۵) با مطالعه کیفی زمینه‌های اجتماعی مصرف سیگار در میان دانشجویان خوابگاه پسران دانشگاه یزد دریافتند که مشکلات خانوادگی زمینه‌ساز، نمادی برای غم و اعتراض، ترم اول به عنوان ترمی مخاطره‌آمیز، فشار هنجاری، شرایط زمینه‌ساز خوابگاه، خودنمایی و تمایزخواهی، مخاطره واکنش منفی و طرد و به‌حاشیه‌رفتن درس جزو مهم‌ترین بسترهای تسهیل‌کننده مصرف سیگار در میان دانشجویان هستند. در مطالعه‌ای دیگر در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۴ که احمدی‌زاده فیینی، رفیعی‌زاد، دشتیان و احمدی‌زاده فیینی در بین جمعیت ۱۵-۶۴ ساله مناطق شهری و روستایی استان انجام دادند، نتایج نمایانگر این بود که هر روز ۱۱/۱ درصد نمونه‌های مطالعه‌شده سیگار (۲۱/۶ درصد مردان و ۰/۴ درصد زنان، ۱۳/۸

#### انگاره مصرف دخانیات در بین نمونه‌ای از شهروندان تهرانی

درصد در شهرها و ۱۰ درصد در روستاها) و ۱۳/۵ درصد آنها قلیان مصرف می‌کردند (۹/۲ درصد مردان و ۱۴/۸ درصد زنان، ۵/۳ درصد در شهرها و ۱۸/۴ درصد در روستاها).

نتایج مطالعه عبادی و دیگران (۱۳۹۰) درباره شیوع مصرف دخانیات از دیدگاه مردم ایران نشان داد که ۷۴/۶ درصد از جمعیت ۱۸-۶۵ ساله ایرانی غیرسیگاری‌اند و از بین بقیه افراد این گروه سنی (۲۵/۴ درصد) که سیگاری‌اند، ۱۰/۴ درصد روزانه ۱-۵ نخ، ۸/۵ درصد ۶-۱۰ نخ، ۴/۶ درصد ۱۱-۲۰ نخ و ۱/۵ درصد بیش از ۲۰ نخ سیگار می‌کشند. میانگین مصرف سیگار در کشور کمتر از حد متوسط و برابر با ۱/۴۷ (طیف لیکرت ۱ تا ۵) است. همچنین میزان مصرف سیگار در افراد مسن‌تر، مردان، تحصیلات پایین‌تر، بیکاران و مجردها، به ترتیب بیشترین نسبت را دارد. رمضان‌خانی و همکاران (۱۳۸۹) الگوی مصرف سیگار در دانش‌آموزان نوجوان شهر تهران را مطالعه کردند و دریافتند که تجربه مصرف سیگار و قلیان در این دانش‌آموزان به ترتیب ۲۵/۵ درصد و ۵۴/۹ درصد بود. بیشترین مکان کشیدن سیگار در پسران مصرف‌کننده (۳۶/۶ درصد) در مکان‌های عمومی و در دختران (۵۱/۶ درصد) در خانه بود. ۲۲ درصد از مصرف‌کنندگان بیش از ۵ نخ سیگار در طی ۳۰ روز گذشته کشیده بودند.

نتیجه مطالعه سعیدی، دیباجی فروشانی و فیروزآبادی (۱۳۸۹) در شهر تهران نیز نشان داد میانگین سن شروع مصرف سیگار برای افراد با استقلال و عاملیت کمتر ۲۲/۷ سال و برای افراد با استقلال و عاملیت بیشتر ۱۸/۸ سال است. همچنین، بیشتر پاسخگویان این مطالعه در سنین نوجوانی و جوانی و فقط ۷/۱ درصد در میانسالی مصرف سیگار را شروع کرده‌اند. براساس نتیجه مطالعه امامی و دیگران (۱۳۸۲) ۱۰/۶ درصد افراد بالغ سیگاری روزانه، ۱/۵ درصد سیگاری تفننی، ۶/۱ درصد سیگاری ترک‌کرده و ۸۱/۸ درصد غیرسیگاری بودند. نسبت مصرف روزانه و تفننی سیگار در افراد باسواد ۱۲/۶ درصد و در افراد بی‌سواد ۶ درصد است؛ یعنی به اندازه دو برابر. علیوردی‌نیا، ریاحی و سلیمانی بشلی (۱۳۸۷) در تبیین جامعه‌شناختی گرایش دانش‌آموزان دبیرستانی قائم‌شهر به مصرف سیگار دریافتند که متغیرهای باور، دوستان سیگاری، التزام، تقویت افتراقی و پیوستگی به ترتیب مهم‌ترین عواملی هستند که سبب گرایش دانش‌آموزان به مصرف سیگار می‌شوند. در مطالعه محرابی و دیگران (۱۳۸۶) درباره مصرف سیگار در جمعیت ۱۵-۶۴ ساله ایران، نسبت غیرسیگاری‌های کشور ۸۲/۶ درصد و سیگاری‌ها (۱۷/۴ درصد) گزارش شده است که از بین سیگاری‌ها، ۱۵/۳ درصد سیگاری فعال هستند (یعنی روزی حداقل یک نخ). میانگین مصرف سیگار در کشور ۱۴/۹ نخ و بیشترین مصرف در گروه سنی ۳۵ تا ۶۴ سال بوده است. مردان در روز بیش از ۱۰ نخ و زنان کمتر از ۱۰ نخ سیگار می‌کشند و مصرف سیگار در زنان بیشتر در سنین بالا (۴۵-۶۴ سال) و در مردان در سنین ۳۵-۴۵ سال است.

در قلمرو خارجی، می‌توان به مطالعه فونسیکا و جاوا (۲۰۰۵) اشاره کرد که افراد را برحسب تعداد نخ سیگار مصرفی در روز به سه دسته خفیف (روزانه کمتر از ۱۰ نخ)، متوسط (روزانه بین ۱۰-۲۰ نخ) و سنگین (روزانه بیشتر از ۲۰ نخ) تقسیم کرده است (نقل از عبادی و دیگران، ۱۳۹۰: ۳۶۶). پربتتی و روت (۲۰۱۲) با بررسی شیوع و انگاره مصرف دخانیات در هند دریافتند که دلیل مصرف دخانیات در بین فقرا، دوری از مشکلات و دشواری‌های زندگی است، اما در بین اغنیا ابزاری برای گسترش فرهنگ لذت‌جویی غربی است. شایع‌ترین مواد مصرفی در بین شهروندان هندی، دخانیات است که عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی و سیاسی به مصرف آنها منجر می‌شوند.

همچنین، طبق گزارش اپیدمی جهانی دخانیات سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۳) میزان مصرف دخانیات به‌طور کل و سیگار در بین جوانان ایرانی (۱۵-۱۳ سال) به ترتیب برابر با ۲۶/۶ درصد و ۳ درصد است. ضمن اینکه میزان مصرف دخانیات و سیگار در بین جوانان مرد ایران به ترتیب ۳۲/۹ درصد و ۵/۱ درصد است و نسبت متناظر آن در بین زنان به ترتیب ۱۹/۵ درصد و ۰/۹ درصد است. در بین بزرگسالان (۱۵-۶۴ سال)، میزان مصرف دخانیات کمتر از جوانان و در مقابل میزان مصرف سیگار بیشتر از جوانان است. این وضعیت در هر دو گروه مردان و زنان مشاهده می‌شود. براساس آخرین آمار این سازمان در سال ۲۰۱۴ میزان مصرف دخانیات در ایران در گروه سنی ۱۵ سال و بالاتر برای مردان ۲۶ درصد و برای زنان ۲ درصد است. مینی، سارما و تانکاپان (۲۰۱۴) در بررسی انگاره مصرف دخانیات و عوامل آن در بین سالمندان هند نشان داد که مصرف دخانیات از همه نوع آن در بین ۲۷/۸ درصد افراد (۳۷/۹ درصد مردان و ۱۸/۸ درصد زنان) شایع است و بیشترین گروه مصرف‌کننده دخانیات شامل مصرف‌کنندگان الکل، مردان، روستاییان و طبقات با درآمد پایین بودند.

نرگس و همکاران (۲۰۱۵) در تحلیل ثانویه میزان شیوع و انگاره‌های مصرف دخانیات در بنگلادش براساس داده‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۲ برگرفته از مطالعه بین‌المللی کنترل دخانیات، دریافتند که در فاصله سال‌های مطالعه شده میزان مصرف کل دخانیات از ۴۲/۴ درصد به ۳۶/۳ درصد کاهش یافته است که این کاهش بیشتر در مصرف دخانیات بدون دود بوده است تا سیگار؛ و میزان مصرف سیگار بین ۷/۲ درصد تا ۱۰/۶ درصد در این فاصله زمانی افزایش داشته است. این مطالعه نشان داد که مصرف دخانیات در مردان، فقرا و محله‌های پرجمعیت و حاشیه‌ای بیشتر است و از گروه‌های سنی جوان‌تر به میانسالی در حال افزایش است. جنیبالا دوی و کومار سینگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) با مطالعه انگاره مصرف دخانیات در بین شهروندان ۱۸ سال و

بالا تر شهری در ایالت ایمفال غربی در مانیپور پی بردند که مصرف دخانیات در بین ۶۶/۳ درصد از افراد شایع است و ۹۵/۵ درصد از این افراد نیز به تازگی شروع به مصرف دخانیات کرده بودند. دخانیات بدون دود در ۸۵ درصد افراد و دخانیات دودزا در بین ۱۵ درصد آنها رایج بوده و در ضمن مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر مصرف دخانیات فشار دوستان بوده است. جمع‌بندی مطالعات قبلی موضوعی درباره انگاره مصرف دخانیات در بین شهروندان در نقاط مختلف کشور گویای آن است که بیشتر مطالعاتی که انگاره مصرف دخانیات را بررسی کرده‌اند مبتنی بر رویکردهای غالب در رشته‌های پزشکی و علوم بهداشت و سلامت بوده‌اند، اما مطالعه حاضر مبتنی بر رویکرد جامعه‌شناسی بوده و با استفاده از نظریه‌های جامعه‌شناسی به بررسی موضوع پرداخته است. نکته دیگر اینکه، بیشتر این مطالعات مبتنی بر تک‌انگاری روشی بوده و با یک روش‌شناسی منفرد (کمی یا کیفی) انجام گرفته‌اند، در حالی که تحقیق حاضر مبتنی بر روش‌شناسی ترکیبی با رویکرد همگرا بوده و از ترکیبی از دو روش‌شناسی کمی و کیفی استفاده کرده است. مزیت دیگر و سوم تحقیق حاضر، مقایسه مناطق مختلف شهر تهران برحسب پهنه‌های توسعه‌ای از نظر انگاره مصرف دخانیات است که این بخش در تحقیقات قبلی نبوده است.

#### ۴. روش‌شناسی

تحقیق حاضر با ترکیبی از روش‌شناسی کمی (روش پیمایش با تکنیک پرسش‌نامه) در بین شهروندان تهرانی و روش‌شناسی کیفی (روش تحلیل محتوای کیفی با تکنیک مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته) در بین کارشناسان مرتبط با طرح «تهران شهر بدون دخانیات» به صورت طرح همگرا انجام شده است.

جامعه آماری تحقیق شامل دو گروه بوده است: **گروه اول** شهروندانی که از برنامه‌های پیشگیرانه کنترل دخانیات در هفته بدون دخانیات در مناطق بیست و دوگانه شهرداری تهران استفاده کرده‌اند و در برنامه‌های اجرا شده در پارک‌های بدون دخانیات، اماکن شهرداری (جشنواره و همایش) و یا خانه‌های سلامت (در کلاس‌های آموزشی) در این مناطق حضور یافته‌اند و از این برنامه‌ها بازدید یا استفاده کرده‌اند.

در گروه شهروندان، حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر برآورد شده است که برای افزایش دقت در یافته‌ها و تحلیل دقیق‌تر آنها، این حجم به ۴۰۰ نفر افزایش یافته است. اما نکته مهم در این تحقیق، بنای اولیه بر پهنه‌بندی مناطق بیست و دوگانه شهر تهران براساس سطح توسعه‌یافتگی و سپس انتخاب ۳ پهنه و نیز انتخاب ۳ منطقه از هر پهنه (در کل ۹ منطقه از ۳ پهنه) بوده است. اما بعدها به دلیل تأکید کارفرمای طرح (اداره کل سلامت

شهرداری)، مرحله پیمایش در کلیه مناطق بیست و دوگانه انجام شد و بر همین اساس، ۲۰ پرسشنامه به مناطقی اختصاص یافت که پرسشنامه مربوط به شهروندان حاضر در پارک‌های بدون دخانیات برای آنها تکمیل نشده بود. در کل ۲۸۰ پرسشنامه برای شهروندان شرکت‌کننده در برنامه‌های خانه‌های سلامت و ۳۳۰ پرسشنامه برای شهروندان شرکت‌کننده در برنامه‌های پارک‌های بدون دخانیات. حجم نمونه در کل شهروندان ۶۱۰ نفر بوده است که با در نظر گرفتن پاسخ پرسشنامه‌ها، تعداد ۵۷۳ پرسشنامه به‌طور کامل تکمیل و داده‌های مربوط تحلیل شده است. روش نمونه‌گیری در این گروه، ترکیبی از روش‌های خوشه‌ای چندمرحله‌ای، تصادفی سیستماتیک و در دسترس بوده است.

**گروه دوم)** کارشناسان طرح «تهران شهر بدون دخانیات» از این گروه با ۵۳ نفر مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام داده‌اند. برخی از این افراد عضو کارگروه اجتماعی و فرهنگی کمیته «تهران شهر بدون دخانیات»، برخی از مدیران سلامت و بقیه افراد نیز از کارشناسان ستادی و پژوهشی سازمان‌های مرتبط با کنترل دخانیات در سطح ملی یا استان تهران بوده‌اند.

همچنین، یکی از بخش‌های اصلی این تحقیق مقایسه گروه‌های مختلف (پهنه‌های مختلف شهر تهران، گروه‌های شغلی، گروه‌های تحصیلی) از نظر انگاره مصرف سیگار بوده که به منظور این مقایسه (نه به قصد آزمون آماری فرضیات)، از آزمون کای اسکور چندبندی استقلال و شاخص پیوند وی کرامر استفاده شده است. یکی از این مقایسه‌ها، مقایسه پهنه‌های مختلف شهر تهران بر پایه انگاره مصرف سیگار است که برای پهنه‌بندی مناطق بیست و دوگانه شهر تهران، از معیار سطح توسعه‌یافتگی استفاده شده است که در مطالعه موسایی و شیانی (۱۳۸۸) انجام شده است (جدول ۱). ضمن آن که در تحلیل یافته‌ها بایستی به این نکته توجه و احتیاط شود که نمونه این تحقیق بخشی از شهروندان است و بنابراین یافته‌ها کل شهروندان را بازنمایی نمی‌کند.

جدول ۱. تقسیم‌بندی مناطق بیست و دوگانه شهر تهران برحسب سطح توسعه‌یافتگی

مناطق	پهنه‌ها
۶، ۳، ۲، ۱	۱. پهنه توسعه‌ای بالا
۲۲، ۲۱، ۱۱، ۵، ۴	۲. پهنه توسعه‌ای متوسط رو به بالا
۱۸، ۱۳، ۱۲، ۷	۳. پهنه توسعه‌ای متوسط
۲۰، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۰	۴. پهنه توسعه‌ای متوسط رو به پایین
۱۹، ۱۷، ۹، ۸	۵. پهنه توسعه‌ای پایین

## ۵. یافته‌ها

### بافت جمعیتی نمونه

از لحاظ ترکیب جمعیتی، بیشتر نمونه‌های تحقیق جنسیت زن (۶۱ درصد)، در گروه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال (۳۵/۴ درصد؛ ۳۶ = میانگین، ۱۶ = انحراف معیار)، متأهل (۶۲ درصد)، دارای تحصیلات دیپلم (۳۸/۸ درصد) و فوق‌دیپلم و لیسانس (۳۱/۲ درصد) و غیرشاغل (۵۳/۴ درصد) بوده‌اند.

جدول ۲. توزیع نسبی پاسخگویان بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

درصد	فراوانی	متغیرها و طبقات
۳۹	۲۱۷	(۱) مرد
۶۱	۳۳۹	(۲) زن
۱۰۰	۵۵۶	جمع کل
۲۱/۹	۱۱۸	(۱) ۲۵ سال و پایین‌تر
۳۵/۴	۱۹۱	(۲) ۲۶ تا ۳۵ سال
۲۲/۵	۱۲۷	(۳) ۳۶ تا ۴۵ سال
۱۱/۵	۶۲	(۴) ۴۶ تا ۵۵ سال
۷/۸	۴۲	(۵) ۵۶ سال و بالاتر
۱۰۰	۵۴۰	جمع کل
۳۶/۰۳		میانگین
۱۶/۰۶		انحراف معیار
۳۴/۲	۱۹۲	(۱) مجرد
۶۲	۳۴۸	(۲) متأهل
۲	۱۱	(۳) مطلقه/ متارکه
۱/۸	۱۰	(۴) همسر فوت کرده
۱۰۰	۵۶۱	جمع کل
۱/۵	۸	(۱) بی‌سواد
۲/۵	۱۴	(۲) خواندن و نوشتن
۳/۴	۱۹	(۳) ابتدایی و نهضت
۸/۹	۴۹	(۴) راهنمایی
۳۸/۸	۲۱۴	(۵) دیپلم
۳۱/۲	۱۷۲	(۶) فوق‌دیپلم و لیسانس
۱۳/۶	۷۵	(۷) فوق‌لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۵۵۱	جمع کل
۴۶/۶	۲۵۸	(۱) شاغل
۵۳/۴	۲۹۶	(۲) غیرشاغل
۱۰۰	۵۵۴	جمع کل

### وضعیت مصرف دخانیات

نتایج بررسی وضعیت مصرف سه ماده دخانی (سیگار، قلیان و پیپ) در بین پاسخگویان نشان داد: — مصرف سیگار: ۱۰/۵ درصد پاسخگویان معمولاً و ۱/۵ درصد تفننی سیگار می‌کشند. به عبارتی ۱۱/۹ درصد از پاسخگویان سیگاری و ۸۸/۱ درصد غیرسیگاری‌اند.

مسائل اجتماعی ایران، سال دهم، شماره ۲

— مصرف قلیان: ۵/۵ درصد پاسخگویان معمولاً و ۷/۸ درصد تفننی قلیان می‌کشند. به عبارتی قریب به یک‌هشتم پاسخگویان (۱۳/۳ درصد) قلیان مصرف می‌کنند. این نسبت تقریباً نزدیک با درصد افرادی است که سیگار می‌کشند. در ضمن بیش از چهارپنجم پاسخگویان (۸۴/۳ درصد) اصلاً قلیان نمی‌کشند.

— مصرف پیپ: ۰/۹ درصد پاسخگویان معمولاً و ۰/۷ درصد تفننی پیپ مصرف می‌کنند. ۹۶/۶ درصد پاسخگویان نیز اصلاً پیپ نمی‌کشند.

از نظر دفعات مصرف دخانیات نتایج مربوط به مصرف سیگار نشان داد: بیش از یک‌سوم سیگاری‌ها (۳۶/۵ درصد) ۴ نخ و کمتر و ۲۸/۶ درصد ۵ تا ۱۰ نخ در روز سیگار می‌کشند. در ضمن، میانگین مصرف سیگار پاسخگویان روزانه برابر با حدود ۱۲ نخ بوده است که این نسبت در مردان روزانه به‌طور متوسط حدود ۱۵ نخ (با انحراف معیار ۱۲/۹ نخ) و در زنان ۵ نخ (با انحراف معیار ۳/۶ نخ) می‌باشد. علاوه بر این میانگین مصرف قلیان در سال ۲/۴۰ دفعه و مصرف پیپ ۲۲/۵۸ دفعه می‌باشد.

همچنین، میانگین سن شروع مصرف سیگار ۱۸/۶۶ سالگی (با انحراف معیار ۳/۵۳ سال)، مصرف قلیان ۱۸/۹۱ سالگی (با انحراف معیار ۴/۰۵ سال) و مصرف پیپ ۱۹/۵ سالگی (با انحراف معیار ۲/۰۸ سال) است.

جدول ۳. توزیع پاسخگویان برحسب وضعیت مصرف دخانیات

وضعیت مصرف	سیگار		قلیان		پیپ	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت مصرف	۵۰	۱۰/۵	۲۶	۵/۵	۴	۰/۹
	۷	۱/۵	۳۷	۷/۸	۳	۰/۷
	۱۵	۳/۲	۱۱	۲/۳	۸	۱/۸
	۴۰۴	۸۴/۹	۳۹۸	۸۴/۳	۴۳۲	۹۶/۶
کل	۴۷۶	۱۰۰	۴۷۲	۱۰۰	۴۴۷	۱۰۰
دفعات مصرف (به روز)	۲۳	۳۶/۵	۹	۱۸	-	-
	۱۸	۲۸/۶	۱۹	۳۸	-	-
	۱۴	۲۲/۲	۱۵	۳۰	-	-
	۸	۱۲/۷	۷	۱۴	-	-
کل	۶۳	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	-	-
میانگین	نخ ۱۲/۱۹		دفعه ۲/۴۰		دفعه ۲۲/۵۸	
انحراف معیار	نخ ۱۲/۱۱		دفعه ۰/۹۵		دفعه ۳۶/۴۲	
سن شروع مصرف	۱۱	۱۹	۸	۱۷	۰	۰
	۳۷	۶۳/۸	۲۶	۵۵/۳	۳	۷۵
	۸	۱۳/۸	۱۰	۲۱/۳	۱	۲۵
	۲	۳/۴	۳	۶/۴	۰	-
کل	۵۸	۱۰۰	۴۷	۱۰۰	۴	۱۰۰
میانگین	۱۸/۶۶		۱۸/۹۱		۱۹/۵۰	
انحراف معیار	۳/۵۳		۴/۰۱		۲/۰۸	

توجه: طیف مصرف قلیان و پیپ، به‌صورت روزانه، هفتگی، ماهانه و سالانه بوده است. درصد مربوط به مصرف پیپ، به دلیل تعداد بسیار کم آن (۷ نفر) در جدول نیامده است.

### انگاره مصرف سیگار

اگر بخواهیم براساس انگاره سازمان جهانی بهداشت وضعیت مصرف سیگار پاسخگویان را بررسی و سنخ‌بندی کنیم نتایج به شرح ذیل است:

سنخ اول: ۳/۲ درصد سیگاری قهار/ همیشگی (۷/۹ درصد مردان، صفر درصد زنان) یعنی کسانی که در شبانه‌روز بیش از ۲۰ نخ سیگار می‌کشند.

سنخ دوم: ۸/۵ درصد سیگاری روزانه/ فعال (۱۳/۲ درصد مردان، ۵/۴ درصد زنان) یعنی کسانی که در روز دست‌کم یک نخ سیگار می‌کشند.

سنخ سوم: ۱/۵ درصد سیگاری تفننی/ اتفاقی (۲/۱ درصد مردان و ۱/۱ درصد زنان) یعنی کسانی که هر روز سیگار نمی‌کشند.

سنخ چهارم: ۳/۲ درصد سیگاری ترک‌کرده (۵/۸ درصد مردان و ۱/۴ درصد زنان) یعنی کسانی که قبلاً سیگاری روزانه یا تفننی بوده، ولی در زمان انجام مطالعه سیگار نمی‌کشند.

سنخ پنجم: ۸۳/۶ درصد غیرسیگاری (۷۰/۹ درصد مردان، ۹۲/۱ درصد زنان) یعنی کسانی که در گذشته سیگار نمی‌کشیدند و در زمان انجام مطالعه نیز سیگار نمی‌کشند.

جدول ۴. توزیع پاسخگویان برحسب وضعیت مصرف دخانیات برطبق انگاره سازمان جهانی بهداشت

انگاره مصرف سیگار	مردان		زنان		کل	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۱) سیگاری قهار/ همیشگی	۷/۹	۱۵	۰	۰	۳/۲	۱۵
۲) سیگاری روزانه/ فعال	۱۳/۲	۲۵	۵/۴	۱۵	۸/۵	۴۱
۳) سیگاری تفننی/ اتفاقی	۲/۱	۴	۱/۱	۳	۱/۵	۸
۴) سیگاری ترک‌کرده	۵/۸	۱۱	۱/۴	۴	۳/۲	۱۵
۵) غیرسیگاری	۷۰/۹	۱۳۴	۹۲/۱	۲۵۸	۸۳/۶	۴۰۲
کل	۱۰۰	۱۸۹	۱۰۰	۲۸۰	۱۰۰	۴۶۹

Cramer's V = ۰/۳۰۷, p < ۰/۰۰۱,  $\chi^2 = ۴۴/۱۳۹$

قیاس مردان و زنان از نظر انگاره مصرف سیگار نیز، حکایت از این دارد که این انگاره در بین مردان و زنان متفاوت است و نسبت تمام سنخ‌های مصرف در مردان بیشتر از زنان است ( $\chi^2 = ۴۴/۱۳۹$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ ). به عبارتی، مردان از همه نوع نگاره مصرف دخانیاتی که سازمان جهانی بهداشت تعریف کرده، تبعیت می‌کنند اما زنان خیر.

همچنین مقایسه وضعیت مصرف دخانیات در مناطق شهر تهران حاکی است که وضعیت مصرف سیگار و به عبارتی انگاره آن در بین شهروندان پهنه‌های مختلف متفاوت است و انگاره یکسانی از نظر مصرف دخانیات در این پهنه‌ها نمی‌بینیم. به طوری که نسبت سیگاری قهار هم در مناطق رو به پایین وجود دارد و هم در مناطق رو به بالا. از طرفی، غیرسیگاری هم در مناطق پایین و هم در مناطق بالای شهر تهران وجود دارند. با توجه به این یافته‌ها نمی‌توان استنباط

کرد که هر چه سطح توسعه یک منطقه بالاتر می‌رود، از نسبت مصرف سیگار در آن منطقه کاسته می‌شود و یا برعکس، تراکم سیگاری‌ها در مناطق پایین شهر تهران بیشتر است.

جدول ۵. مقایسه پهنه‌های توسعه‌ای شهر تهران برحسب انگاره مصرف دخانیات

انگاره مصرف سیگار	پهنه توسعه‌ای بالا		پهنه توسعه‌ای متوسط		پهنه توسعه‌ای متوسط رو به بالا		پهنه توسعه‌ای متوسط رو به پایین		پهنه توسعه‌ای پایین
	درصد	f	درصد	f	درصد	f	درصد	F	
۱) سیگاری قهار/همیشگی	۲/۷	۳	۷/۵	۸	۱/۳	۱	۲/۷	۰	۰
۲) سیگاری روزانه/فعال	۶/۳	۷	۱۳/۲	۱۴	۱۵/۴	۱۲	۴/۵	۳	۴/۱
۳) سیگاری تفریحی/اتفاقی	۱/۸	۲	۲/۸	۳	۱/۳	۱	۰	۲	۲/۷
۴) سیگاری ترک کرده	۳/۶	۴	۴/۷	۵	۲/۸	۳	۱/۸	۱	۱/۷
۵) غیرسیگاری	۸۵/۷	۹۶	۷۱/۷	۷۶	۷۸/۲	۶۱	۹۱	۶۸	۹۱/۹
کل	۱۰۰	۱۱۲	۱۰۰	۱۰۶	۱۰۰	۷۸	۱۰۰	۷۴	۱۰۰

$\chi^2 = 30.67, p < 0.05$  Cramer's V = 0.126

از نظر گروه‌های شغلی که برحسب وضعیت اشتغال (شاغل و غیرشاغل) بررسی شده، نتایج حاکی است نسبت غیرسیگاری‌ها در شهروندان غیرشاغل (۸۸/۳ درصد) بیشتر از شاغلان (۷۷/۷ درصد) است و در مقابل ۱۱/۹ درصد از شاغلان و ۵/۷ درصد از غیرشاغلان جزو گروه سیگاری روزانه/فعال بوده‌اند. علی‌رغم این، میانگین مصرف سیگار در غیرشاغلان (۱۳/۲۶=میانگین، انحراف معیار) ۱۱/۲۶=بیشتر از شاغلان (۱۱/۹۷=میانگین، انحراف معیار) است (۱۲/۳۳۳= $\chi^2$ ,  $p < 0.05$ ). از لحاظ تحصیلاتی نیز نسبت انگاره مصرف سیگار در گروه‌های مختلف تحصیلی متفاوت است. به طوری که ۷۰/۷ درصد از گروه تحصیلی پایین، ۸۶/۹ درصد از گروه تحصیلی متوسط و ۸۴/۸ درصد از گروه تحصیلی بالا غیرسیگاری‌اند. نسبت سیگاری روزانه/فعال در سه گروه تحصیلی پایین، متوسط و بالا به ترتیب برابر با ۱۲ درصد، ۷/۱ درصد و ۸/۸ درصد است. در ضمن، میانگین مصرف سیگار به ترتیب در گروه‌های تحصیلی پایین، متوسط و بالا بیشتر است (۲۵/۶۲۰= $\chi^2$ ,  $p < 0.01$ ).

## انگاره مصرف دخانیات در بین نمونه‌ای از شهروندان تهرانی

جدول ۶. مقایسه گروه‌های مختلف شغلی و تحصیلی برحسب انگاره مصرف دخانیات

انگاره مصرف سیگار		وضعیت اشتغال								
		میزان تحصیلات				وضعیت اشتغال				
		متوسط (دیپلم)		پایین (کمتر از دیپلم)		غیر شاغل		شاغل		
		درصد		درصد		درصد		درصد		
		F	f	f	f	f	f	f	f	
۱) سیگاری قهار/همیشگی		۲	۴	۱۲	۹	۳	۸	۳/۵	۷	
۲) سیگاری روزانه/فعال		۱۸	۱۳	۱۲	۹	۵/۷	۱۵	۱۱/۹	۲۴	
۳) سیگاری تفننی/اتفاقی		۴	۲	۱/۳	۱	۱/۵	۴	۱/۵	۳	
۴) سیگاری ترک کرده		۷	۵	۴	۳	۱/۵	۴	۵/۴	۱۱	
۵) غیرسیگاری		۱۷۳	۱۵۹	۷۰/۷	۵۳	۸۸/۳	۲۳۳	۷۷/۷	۱۵۷	
n		۲۰۴	۱۰۰	۱۸۳	۱۰۰	۱۰۰	۲۶۴	۱۰۰	۲۰۲	
		$\chi^2 = 25/620$ $p < 0/01$ Cramer's V = 0/167				$\chi^2 = 12/333$ $p < 0/05$ Cramer's V = 0/163				-

## تغییر انگاره مصرف دخانیات در کشور

نتایج این بررسی نشان داد که در کنار انگاره‌های دیگر به‌زعم مصاحبه‌شوندگان روند مصرف دخانیات در کشور پنج انگاره جدید و متفاوت را طی کرده است:

**انگاره اول:** جوان شدن مصرف دخانیات است که متأسفانه در ایران شاهد پایین آمدن سن مصرف دخانیات هستیم. ضمن اینکه روند نزولی سن مصرف به سمت گروه نوجوانی وجود دارد و در بخشی از نوجوانان نیز دیده می‌شود.

**انگاره دوم:** تغییر نوع ماده دخانی مصرفی است. به طوری که در گذشته سیگار ماده دخانی فراگیر در بین مردم بود، اما امروزه گرایش عمده و غالب آن به سمت قلیان است.

**انگاره سوم:** جنسیتی شدن مصرف دخانیات است. یعنی همان فرآیندی که در بیشتر کشورها اعم از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه شاهد هستیم که گرایش شدیدی به مصرف دخانیات در زنان وجود دارد. نتیجه قبلیتشان می‌داد ۵/۴ درصد از زنان جزو سیگاری روزانه/فعال، ۱/۱ درصد سیگاری تفننی/اتفاقی و ۱/۴ درصد سیگاری ترک کرده می‌باشند. در ضمن اگر سه انگاره جوان شدن، قلیانی شدن و جنسیتی شدن را با هم ترکیب کنیم، می‌توانیم این گزاره را بیان کنیم که: «مصرف قلیان در زنان گروه‌های سنی پایین تر رایج شده است».

**انگاره چهارم:** خانوادگی شدن مصرف قلیان است (در کنار خانواده و با خانواده). در گذشته مصرف دخانیات به ویژه قلیان فعلی قبیح تلقی می‌شد که فرزندان از ذکر نام آن در بین

بزرگترها هراس داشتند، اما امروزه شاهدیم که مصرف آن صورت خانوادگی پیدا کرده است و افراد در کنار خانواده و حتی با خانواده آن را مصرف می‌کنند.

**انگاره پنجم:** غیرطبقاتی شدن مصرف دخانیات است. قبلاً مصرف دخانیات به‌ویژه قلیان مختص طبقات بالای جامعه و ابزار تمایز منزلتی آنان از دیگران بود اما امروزه مصرف آن غیرطبقاتی شده است. تمام طبقات جدا از منزلت طبقاتی و برحسب دلایل خاص خود دخانیات و به‌ویژه قلیان مصرف می‌کنند.

### دلایل مصرف دخانیات و تداوم آن

موضوع مهم در درک علت مصرف دخانیات منجر به اخذ نتایج بهتری درباره اقدامات پیشگیری، ترک و حمایت برای کنترل دخانیات می‌شود. چرا بسیاری از افراد علی‌رغم آگاهی به مضرات دخانیات به‌ویژه سیگار و قلیان همچنان آنرا مصرف می‌کنند. نتایج حاصل از مصاحبه با کارشناسان نشان داد که عوامل فرهنگی و عوامل روانی/شخصیتی بیشترین اثر را در تداوم مصرف دخانیات دارند. در حوزه عوامل فرهنگی می‌توان به دو فرهنگ غلط رایج اشاره کرد که معتقدند از یک سو مصرف دخانیات به آنها احساس آرامش می‌دهد (۱۴/۲ درصد) و از سوی دیگر باعث می‌شود که مشکلات را فراموش کنند (۱۸/۳ درصد). به نظر می‌رسد که فرهنگ احساس آرامش (و شاید هم تخلیه هیجان) بیشتر در جوانان و فرهنگ فراموشی مشکلات بیشتر در بزرگسالان رواج دارد. به خصوص در جوانان، بایستی به عامل مهم روانی/شخصیتی به اسم احساس بزرگی و شخصیت نیز اشاره کرد که از نظر ۱۰/۸ درصد از کارشناسان، مهم‌ترین دلیل تداوم دخانیات در این گروه است.

از عوامل دیگر فرهنگی، عدم آگاهی کامل و صحیح مصرف‌کنندگان از خطرات استعمال دخانیات (۱۰ درصد) نیز باعث می‌شود که بسیاری از آنها، علی‌رغم داشتن اطلاعات جزئی و در برخی موارد غلط، همچنان دخانیات مصرف کنند. این نتیجه نشان می‌دهد که امر فرهنگ‌سازی و آموزش به‌خوبی انجام نشده است و بسیاری از مصرف‌کنندگان براساس شنیده‌های خود از اشخاص غیرمتخصص به مصرف دخانیات ادامه می‌دهند.

اما عامل مهم دیگری که می‌توان آن را جزو عوامل روانی قلمداد کرد، اعتیادآوری دخانیات است که نقش برجسته‌ای در تداوم مصرف آن دارد (۱۸/۳ درصد). متخصصان معتقدند که دلیل اصلی اعتیادآوری سیگار ماده مخدری به نام نیکوتین است. با کشیدن سیگار، مغز به سرعت به نیکوتین عادت و با گذر زمان نیاز بیشتری به آن پیدا می‌کند. مغز پس از عادت کردن به نیکوتین، شروع به ترشح دوپامین و نوراپی‌نفرین (دو ماده شیمیایی مهم در تنظیم اعمال بدن) می‌کند. اگر این دو ماده شیمیایی بیش از حد ترشح شود، سطح کلی مواد شیمیایی در مغز به

## انگاره مصرف دخانیات در بین نمونه‌ای از شهروندان تهرانی

هم می‌ریزد و پس از مدتی مغز برای مقابله با این مشکل، شروع به ترشح مواد شیمیایی ضدنیکوتین می‌کند. این مواد شیمیایی ضدنیکوتین باعث می‌شوند زمانی که فرد سیگار نمی‌کشد، به افسردگی و خستگی دچار شود. با گذر زمان، مغز شروع به پیش‌بینی زمان کشیدن سیگار می‌کند و در این هنگام اقدام به ترشح مواد شیمیایی ضدنیکوتین می‌کند. این مواد شیمیایی ضدنیکوتین باعث می‌شوند فرد احساس خستگی و افسردگی کند و مجدداً سیگار بکشد.

جدول ۷. ارزیابی کارشناسان از دلایل تداوم مصرف دخانیات در مردم

درصد	فراوانی	دلایل تداوم مصرف
۱۸/۳	۲۲	۱. فرهنگ غلط فراموشی مشکلات (به‌ویژه در بزرگسالان)
۱۸/۳	۲۲	۲. اعتیادآوری دخانیات
۱۴/۲	۱۷	۳. فرهنگ غلط احساس آرامش
۱۰/۸	۱۳	۴. احساس بزرگی و شخصیت
۱۰	۱۲	۵. عدم آگاهی کامل و صحیح از خطرات استعمال دخانیات
۵/۸	۷	۶. عدم اراده، باورداشت و یقین کامل و ناتوانی مصرف‌کنندگان در ترک
۵	۶	۷. تأثیرات محیطی (فامیل، دوستان و...)
۳/۳	۴	۸. ایجاد حس تمایز هویتی در جوانان
۳/۳	۴	۹. نداشتن تفریح سالم و مناسب
۲/۵	۳	۱۰. فقدان برنامه‌های جامع از طرف رسانه‌ها به‌ویژه صداوسیما و مطبوعات
۲/۵	۳	۱۱. دردسترس بودن دخانیات
۱/۷	۲	۱۲. بی‌تفاوتی و بی‌انگیزگی برای ترک
۱/۷	۲	۱۳. قیمت کم و ارزانی مواد دخانی
۱/۷	۲	۱۴. عدم قوانین سختگیر
۰/۸	۱	۱۵. خوشگذرانی، تفریح و گذران اوقات فراغت
۱۰۰	۱۲۰	جمع کل

توجه: سؤال مربوط به دلایل تداوم مصرف دخانیات، جزو سؤالات چندپاسخی است و هر پاسخگو مختار به انتخاب چند گزینه پاسخ است. بنابراین تعداد کل پاسخ‌ها از تعداد کل مصاحبه‌شوندگان (۵۳ نفر) بیشتر است.

علاوه‌بر نظر کارشناسان، وقتی دلایل استعمال دخانیات به‌ویژه سیگار را جویا می‌شویم، پی می‌بریم که بیشتر پاسخگویان دلایل روان‌شناسی برای کار خود ارائه می‌کردند. ۲۰/۹ درصد رفع خستگی، ۲۰/۹ درصد دوری از غم و غصه و ۱۳/۲ درصد رفع استرس را دلیل اصلی کشیدن سیگار می‌دانستند. ضمن اینکه عوامل اجتماعی مانند فشار اجتماعی از طرف دوستان و... (۱۷/۱ درصد) و مُد بودن (۷/۸ درصد) دلایل بخشی از سیگاری‌ها و عوامل فردی مانند تجربه‌کردن (۱۴ درصد) و جذابیت بیشتر (۳/۹ درصد) دلایل یک‌سری دیگر از سیگاری‌ها برای استعمال سیگار بوده است.

مقایسه گروه‌های مختلف اجتماعی نیز نشان داد که از نظر جنسیتی، تفاوتی بین مردان و زنان از نظر دلایل مصرف سیگار وجود ندارد ( $\chi^2=10/245$ ,  $p>0/05$ ), گرچه معمولاً مردان به

دلایل رفع خستگی، فشار اجتماعی و دوری از غم و غصه، و زنان به دلایل فشار اجتماعی، تجربه کردن و مُد بودن سیگار مصرف می‌کنند. البته دلیل اصلی عدم معنی‌داری، تعداد کلی نمونه در گروه زنان و نیز تعداد کل است. اما از نظر وضعیت شغلی، شاغلان به دلایل فشار اجتماعی، تجربه کردن و دوری از غم و غصه، و غیرشاغلان به دلایل رفع خستگی، دوری از غم و غصه و استرس، سیگار مصرف می‌کنند ( $\chi^2=20/014, p<0/01$ ). تفاوت گروه‌های تحصیلی از نظر دلایل مصرف سیگار نیز معنی‌دار نیست ( $\chi^2=15/699, p>0/05$ ). گرچه برحسب توزیع درصدی، گروه تحصیلی پایین به دلایل فشار اجتماعی، دوری از غم و غصه و تجربه کردن و رفع خستگی و استرس؛ گروه تحصیلی متوسط به دلایل فشار اجتماعی، دوری از غم و غصه و مُد بودن؛ و گروه تحصیلی بالا به دلایل رفع خستگی، فشار اجتماعی و تجربه کردن سیگار مصرف می‌کنند.

جدول ۸. توزیع پاسخگویان برحسب دلایل مصرف سیگار

کل	میزان تحصیلات			وضعیت اشتغال		جنسیت		دلایل استعمال سیگار
	بالا	متوسط	پایین	غیرشاغل	شاغل	زن	مرد	
۱۲/۸	۱۷/۲	۷/۱	۱۴/۳	۲/۹	۲۰	۱۹	۱۰/۵	(۱) تجربه کردن
۷/۷	۳/۴	۱۴/۳	۴/۸	۵/۹	۸/۹	۱۹	۳/۵	(۲) مد بودن
۲۴/۴	۲۰/۷	۳۲/۱	۱۹	۱۱/۸	۳۳/۳	۲۳/۸	۲۲/۸	(۳) فشار اجتماعی
۲۱/۸	۳۴/۵	۱۴/۳	۱۴/۳	۳۸/۲	۱۱/۱	۹/۵	۲۸/۱	(۴) رفع خستگی
۱۵/۴	۱۰/۳	۱۷/۹	۱۹	۱۴/۷	۱۵/۶	۹/۵	۱۷/۵	(۵) دوری از غم و غصه
۳/۸	۰	۳/۶	۹/۵	۸/۸	۰	۴/۸	۳/۵	(۶) جذابیت بیشتر
۱۰/۳	۱۳/۸	۳/۶	۱۴/۳	۱۴/۷	۶/۷	۱۴/۳	۸/۸	(۷) رفع استرس
۳/۸	۰	۷/۱	۴/۸	۲/۹	۴/۴	۰	۵/۳	(۸) سایر
۷۸	۲۹	۲۸	۲۱	۳۴	۴۵	۲۱	۵۷	n
-	=۱۵/۶۹۹ p>0/05 Cramer's V=0/317			=20/014 p<0/01 Cramer's V=0/503		=10/345 p>0/05 Cramer's V=0/362		-

توجه: سؤال مربوط به دلایل مصرف سیگار جزو سؤالات چند پاسخی است و هر پاسخگو مختار به انتخاب چندگزینه‌ای پاسخ است.

## ۶. بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که از نظر انگاره مصرف دخانیات به‌ویژه سیگار، شهروندان تهرانی به ترتیب در ۵ سنخ غیرسیگاری، سیگاری روزانه/فعال، سیگاری قهار/همیشگی، سیگاری ترک‌کرده و سیگاری تفننی/اتفاقی دسته‌بندی می‌شوند و از نظر جنسیتی ۲۲/۳ درصد مردان معمولاً و ۲/۱ درصد تفننی سیگار می‌کشند. به عبارتی ۲۴/۴ درصد از مردان سیگاری‌اند و این نسبت با نسبت مطالعه عبادی و دیگران (۱۳۸۹) همخوانی دارد که نسبت مردان سیگاری را ۲۵/۴ درصد گزارش داده است. در گروه زنان این نسبت به ترتیب برابر با ۲/۲ درصد معمولاً و ۱/۱ درصد تفننی است. نسبت افراد غیرسیگاری در مردان ۶۹/۹ درصد و در زنان ۹۵/۲ درصد است.

اما نسبت برخی سنخ‌های مصرف سیگار در مردان و زنان یا از انگاره تقریباً مشابه‌ای تبعیت می‌کند و یا تفاوت ناچیزی با هم دارند؛ نسبت سیگاری روزانه/ فعال، یعنی کسانی که در روز دست‌کم یک نخ سیگار می‌کشند، در مردان (۱۳/۲ درصد) دو برابر زنان (۵/۴ درصد) است و در عین حال نسبت سیگاری تفننی/ اتفاقی، یعنی کسانی که هر روز سیگار نمی‌کشند، در مردان (۲/۱ درصد) و زنان (۱/۱ درصد) تفاوت چشمگیری با هم ندارد.

در انگاره‌بندی مصرف دخانیات شهروندان تهران بایستی گفت انگاره‌ای که شهر تهران در حال تجربه آن است، دارای پنج جریان اصلی جوان‌شدن، قلیانی‌شدن، جنسیتی‌شدن، خانوادگی‌شدن و غیرطبقاتی‌شدن است که روزبه‌روز در حال گسترش و تعمیق است. البته درباره جنسیتی‌شدن که اشاره به افزایش مصرف دخانیات در زنان دارد بنا به مطالعه سعیدی، دیباچی فروشانی و فیروزآبادی (۱۳۸۹: ۷۵) تابع انگاره‌ای پنهانی است. بدین‌معنی که زنان مانند مردان به‌صورت آشکار و علنی سیگار مصرف نمی‌کنند و بنابراین آمار موجود به دلیل نادیده‌گرفتن جمعیت پنهان نمی‌تواند بیانگر جمعیت واقعی مصرف‌کنندگان سیگار در زنان باشد.

موضوع دیگر، بخشی از دلایل تبیین شرایط مصرف دخانیات در شهر تهران ساختاری است و با فشارهای ساختاری حوزه‌های اقتصادی و اجتماعی ارتباط دارند. مصرف‌کنندگان دخانیات، به‌ویژه سیگار، دلیل مصرف را براساس باورهایشان کاستن از فشارهایی می‌دانند که در زندگی تحمل می‌کنند. طبق نتایج این مطالعه، به نظر می‌رسد که فشار اجتماعی، مذبودن و جذابیت بیشترین و مهم‌ترین دلایل اجتماعی مصرف سیگار شهروندان تهرانی است. اما در سوی دیگر، ۲۰/۹ درصد از پاسخگویان معمولاً برای کاهش و دوری از غم و غصه در زندگی و نیز ۲۰/۹ درصد رفع خستگی و ۱۳/۲ درصد کاهش استرس سیگار می‌کشند. دقت در این دلایل نیز نشان می‌دهد که گرچه صورت دلایل فردی است، اما پدیده‌های اجتماعی‌اند و دلایل اجتماعی منجر به شکل‌گیری و گسترش آنها می‌شوند؛ یا اینکه بخش زیادی از آنها ریشه اجتماعی دارند. مطالعه پریتی و روت (۲۰۱۲) نیز نشان داد که انگیزه اصلی مصرف دخانیات در فقرای هند، دوری از مشکلات و دشواری‌های زندگی است و گویای آن است که مصرف دخانیات به‌ویژه در گروه‌های فقیر، ابزاری برای رهایی از فشار ساختاری است.

در حوزه مصرف دخانیات در شهر تهران، اگرچه فرد در این کار نقش مؤثری دارد، اما در هر صورت بخشی از آن نتیجه مستقیم فقر و شرایط سخت اقتصادی و اجتماعی است. این افراد معمولاً جزو طبقات پایین جامعه‌اند و اهداف و ارزش‌های مشابه‌ای با بیشتر مردم دارند؛ اما توانایی آنان در دستیابی به اهداف شخصی، به‌خاطر ضعف طبقه اقتصادی و اجتماعی‌شان محدود شده است. آنها به دلیل بسته‌بودن راه‌های مشروع و قانونی برای موفقیت و نیل به اهداف و ارزش‌های مقبول جامعه، فشار زیادی را تحمل می‌کنند و در نتیجه به روش‌های

دیگری مثل مصرف دخانیات متوسل می‌شوند. اما در طبقات بالای جامعه نمی‌توان فشارهای اقتصادی را دلیل مصرف دخانیات دانست و انگیزه اصلی در این گروه، لذت‌گرایی و تفریح‌گونه است. پربتیی و روت (۲۰۱۲) در مطالعه شیوع و انگاره مصرف دخانیات در هند دریافتند که انگیزه مصرف در بین فقرا و اغنیا متفاوت است؛ انگیزه فقرا دوری از مشکلات و دشواری‌های زندگی است و انگیزه اغنیا ابزاری برای گسترش فرهنگ لذت‌جوی غربی، نرگس و همکاران (۲۰۱۵) و مینی، سارما و تانکاپان (۲۰۱۴) بیشترین میزان مصرف دخانیات را در طبقه پایین، فقرا و ساکنان محله‌های پرجمعیت و حاشیه‌ای شهر یافتند. بنابراین وفق نظریه فشار به‌ویژه مرتن (کوزر و روزنبرگ، ۱۳۷۸: ۴۳۲) افراد طبقه پایین جامعه اگر چه اهداف تعیین‌شده اجتماع را پذیرفته‌اند، اما ابزارهای رسیدن به این اهداف (مثل کار، آموزش و درآمد مناسب) را در اختیار ندارند و به دلیل عدم دسترسی به ابزارهای مشروع به مصرف دخانیات کشیده می‌شوند تا به تعبیر خودشان بخشی از این فشارها را تحمل کنند. این ساختارها فشارهای معینی را بر بعضی افراد جامعه وارد می‌کنند که این افراد به‌جای هم‌نوایی، ناهم‌نوایی پیشه می‌کنند. بنابراین مصرف دخانیات واکنش عادی بخشی از این افراد به چنین فشارهای ساختاری است. این فشارهای ساختاری‌اند که به سهم خود منجر به مصرف دخانیات افراد می‌شوند. دقت در داده‌های این تحقیق حاکی است که ۶۲/۶ درصد از افرادی که معمولاً سیگار می‌کشند، فاقد تحصیلات دانشگاهی‌اند. میانگین مصرف سیگار در گروه‌های تحصیلی پایین (حدود ۲۱ نخ در روز) بیشتر از گروه‌های تحصیلی متوسط (حدود ۱۳ نخ) و بالا (حدود ۶ نخ) می‌باشد. ضمن اینکه میانگین مصرف سیگار در غیرشاغلان بیشتر (بالا تر از ۱۳ نخ) از شاغلان (حدود ۱۲ نخ) است. این موضوع حکایت از آن دارد که مصرف‌کنندگان دخانیات از یک سو طبق نظریه مرتن، فاقد مهارت‌ها و توانمندی‌های لازم (به‌عنوان ابزارها و وسایل) برای نیل به اهداف مقبول اجتماعی هستند و از سوی دیگر بر اساس نظریه کنترل اجتماعی هیرشی پیوند و بستگی‌های اجتماعی کمتری (از نظر تعلق، تعهد، مشغولیت و باور) به نظام هنجاری جامعه‌شان دارند. در نتیجه به دلیل ضعف پیوندها و کنترل اجتماعی مصرف دخانیات آنها بیشتر است.

از طرفی، شرایط خانوادگی و وجود افراد مصرف‌کننده مواد دخانی در خانواده آنها نیز شرایط لازم برای ورود این افراد به جرگه مصرف‌کنندگان دخانیات را فراهم می‌کند. نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که در ۴۱/۹ درصد از پاسخگویان، دست‌کم یکی از اعضای خانواده سیگار می‌کشد. نسبت افراد سیگاری در ۲۸/۳ درصد آنها حداقل یک نفر و در ۱۳/۶ درصد آنها بیش از دو نفر از اعضای خانواده است. در مطالعه افراسیابی و مداحی (۱۳۹۵) درباره دانشجویان مشکلات خانوادگی و شرایط غمناک زندگی فرد به علاوه موارد دیگر از دلایل

مصرف سیگار در بین دانشجویان معرفی شده‌اند. از طرفی قریب به یک‌سوم پاسخگویان (۳۱/۶ درصد) دوست سیگاری دارند و بیشتر از نصف دوستان آنها (۶۱/۱ درصد) سیگاری‌اند. در مطالعه علیوردی‌نیا، ریاحی و سلیمانی بشلی (۱۳۸۷) و جنیبالادوی و کومار سینگ (۲۰۱۵) نیز فشار دوستان و داشتن دوستان سیگاری از عوامل تأثیرگذار بر مصرف دخانیات معرفی شده‌اند. طبق نظر ساترلند بخش عمده‌ای از رفتار مصرف دخانیات افراد در قالب جامعه‌پذیری آنها در خرده‌فرهنگ‌های انحرافی و از طریق همنشینی و معاشرت با دیگرانی حاصل می‌شود که حامل هنجارهای انحرافی‌اند (طالبان، ۱۳۸۳: ۸-۹). بنابراین مصرف دخانیات افراد در درون خرده‌فرهنگ انحراف دوستان و یا حتی خانواده، نه به معنای انحراف، بلکه نوعی هم‌نوایی است که فرد خود را با قواعد آن خرده‌فرهنگ هم‌نوا می‌کند و با پذیرش تعاریف موافق نقض قانون و هنجارها از دوستان و اعضای خانواده، با احتمال بیشتری به مصرف دخانیات گرایش پیدا می‌کند. در پایان باید به این نکته اشاره کرد که مقاله حاضر بخشی از تحقیقی است که با هدف «ارزیابی اثربخشی طرح تهران شهر بدون دخانیات» در سال ۱۳۹۵ توسط نویسنده انجام شده است. بنابراین اگر موضوع مصرف دخانیات در بین شهروندان به طور مستقل مطالعه می‌شد، این امکان بود که داده‌های غنی‌تری با موضوع تحقیق حاصل شود و حتی وجه تبیینی و علت‌یابی مقاله را غنا بخشد. بخش اصلی محدودیت تحقیق به همین موضوع برمی‌گردد. محدودیت دیگر در روش‌شناسی بوده است. گرچه در این تحقیق از روش‌شناسی کیفی نیز استفاده شده، اما جامعه آماری این روش‌شناسی را کارشناسان تشکیل می‌دادند و قطعاً اگر مطالعه کیفی در مصرف‌کنندگان دخانیات انجام می‌شد وجوه بسیاری از موضوع به‌ویژه انگاره مصرف آن را مشخص می‌کرد.

## منابع

- احمدی‌زاده فینی، اکرم، عمادالدین رفیعی‌زاد، محمد دشتیان و الهام احمدی‌زاده فینی (۱۳۹۴) «بررسی وضعیت استعمال دخانیات در جمعیت ۱۵-۶۴ ساله مناطق شهری و روستایی استان هرمزگان»، *طب پیشگیری*، سال دوم، شماره ۲: ۶۲-۶۷.
- اسکیدمور، ویلیام (۱۳۷۲) *تفکر نظری در جامعه‌شناسی*، گروهی از مترجمان، تهران: سفیر.
- افراسیابی، حسین و جواد مداحی (۱۳۹۵) «مطالعه کیفی زمینه‌های اجتماعی مصرف سیگار در میان دانشجویان خوابگاه پسران دانشگاه یزد»، *فصلنامه پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی*، دوره پنجم، شماره ۴: ۷۹-۹۸.

امامی، حبیب، سونیا حبیبیان، پیام صالحی و فریدون عزیزی (۱۳۸۲) «الگوی مصرف سیگار در یک منطقه شهری تهران، سال ۱۳۸۰؛ مطالعه قند و لیپید تهران»، پژوهش در پزشکی (مجله پزشکی دانشکده پزشکی)، سال بیست و هفتم، شماره ۱: ۴۷-۵۲.

خبرگزاری شیعه نیوز (۳۱ اردیبهشت، ۱۳۹۷) «آمار تکان‌دهنده از نوجوانان سیگاری در کشور»، دسترسی در تاریخ ۱۹ خرداد ۱۳۹۷، از:

<http://www.shia-news.com/fa/news/163293>

رمضان‌خانی، علی، فاطمه سربندی زابلی، افسانه زرقی، غلامرضا حیدری و محمدرضا مسجدی (۱۳۸۹) «الگوی مصرف سیگار در دانش‌آموزان نوجوان شهر تهران»، پژوهش‌نامه، سال پانزدهم، شماره ۳: ۱۱۵-۱۲۲.

سعیدی، علی‌اصغر، شکوه دیباجی‌فروشانی و سید احمدفیروزآبادی (۱۳۸۹) «عوامل جامعه‌شناختی موثر بر مصرف سیگار در بین زنان و دختران شهر تهران»، بررسی مسائل اجتماعی/ایران، دوره یکم، شماره ۴: ۷۳-۹۲.

سایت دنیای اقتصاد (۳ مهر، ۱۳۹۶) «مرگ سالانه ۵۰ هزار ایرانی به دلیل دخانیات»، دسترسی در تاریخ ۱۹ خرداد ۱۳۹۷، از: <https://donya-e-qtasad.com>

عبادی، مهدی و دیگران (۱۳۹۰) «شیوع مصرف دخانیات: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران» فصلنامه پیش، دوره دهم، شماره ۳: ۳۶۵-۳۷۲.

علیوردی‌نیا، اکبر، محمداسماعیل ریاحی و محمدرضا سلیمانی بشلی (۱۳۸۷) «تبیین جامعه‌شناختی گرایش به مصرف سیگار»، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دوره شانزدهم، شماره ۶۱: ۱۶۱-۱۸۸.

فرشیدی، حسین و همکاران (۱۳۹۵) «مطالعه اپیدمیولوژیک مصرف سیگار در جمعیت بالای ۵ سال هرمزگان در سال ۱۳۹۳»، طب پیشگیری، سال سوم، شماره ۲: ۲۹-۳۵. روزنبرگ برنارد و لوئیس کوزر (۱۳۷۸) نظریه‌های بنیادی جامعه‌شناسی، ترجمه فرهنگ ارشاد، تهران: نی.

گروترز، چارلز (۱۳۷۸) جامعه‌شناسی مرتن، ترجمه زهره کسائی، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی. محرابی، سمراد و دیگران (۱۳۸۶) «مصرف سیگار در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله ایران، سال ۱۳۸۴»، اپیدمیولوژی/ایران، دوره سوم، شماره ۱ و ۲: ۱-۹.

ورسلی، پیتر (۱۳۷۸) جامعه‌شناسی مدرن، ترجمه حسن پویان، تهران: چاپخش.

رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۷۸) آنومی یا آشفتگی اجتماعی، تهران: سروش.

صدیق سروستانی، رحمت‌الله (۱۳۸۳) آسیب‌شناسی اجتماعی: جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی، تهران: انتشارات آن.

- طالبان، محمود (۱۳۸۳) «تحلیل کوواریانس ساختاری بزهکاری نوجوانان»، فصلنامه مطالعات جوانان، دوره هفتم، تابستان و پاییز ۱۳۸۳: ۳-۳۴.
- ستوده، هدایت‌الله (۱۳۸۲) «آسیب اجتماعی: تبیین‌ها و نظریه‌ها»، فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، پیش شماره دوم.
- Ciegel, J. Larry (2001) *Criminology: Theories, Patterns and Typologies: with Info Trace and Web Tutor on Blackboard*, USA: Wadsworth Pub Co.
- Dodson, Kimberly D. (2001) *An Examination of Juvenile Delinquency and Victimization Using an Integrated: Model Approach*, Unpublished Dissertation, East Tennessee State University.
- Durkin, Keith, Wolfe, Timothy W. & Clark, Gregory (1999) "Social Bond Theory and Binge Drinking among College Students: A Multivariate Analysis", *College Student Journal*, 33: 450-461.
- Hirschi, T. (1969) *Causes of Delinquency*. Berkeley: Berkely: University of California Press.
- Jenibala Devi, Laishram & Kumar Singh, W. Pradip (2015) "Prevalence and Pattern of Tobacco Use among Adults in an Urban Community", *IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)*, 20 (1): 38-41.
- Mini, G. K., Sarma, P. S. & Thankappan, K. R. (2014) "Pattern of Tobacco Use and Its Correlate among Older Adults in India", *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15: 6195-6198.
- Nargis, Nigar (2012) "Prevalence and Patterns of Tobacco Use in Bangladesh from 2009 to 2012: Evidence from International Tobacco Control (ITC) Study", *PLOS ONE Journal*, November 11, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141135>.
- Preeti, Soni & Raut, D. K. (2012) "Prevalence and Pattern of Tobacco Consumption in India", *International Research Journal of Social Sciences*, 1 (4): 36-43.
- WHO (2011) *Joint National Capacity Assessment on the Implementation of Effective Tobacco Control Policies in Thailand*, Geneva: World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe (2017) *European Tobacco Use: Trends report*. Available on: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco>.
- World Bank (1999) *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, Washington, D.C.: World Bank.