

## بررسی عادت مصرف دخانیات در دانشجویان پسر رشته‌های پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه شهید بهشتی در سال ۱۳۸۷

دکتر غلامرضا حیدری<sup>۱</sup>، دکتر علی رمضانخانی<sup>۲\*</sup>، دکتر محمدرضا مسجدی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> پزشک، MPH، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

<sup>۲</sup> معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۳</sup> فوق تخصص ریه، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی

### چکیده

**سابقه و هدف:** مصرف سیگار و دخانیات رفتاری است که عموماً از سنین نوجوانی آغاز می‌گردد و می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی که قابلیت الگو شدن برای آنان را دارند قرار گیرد و وجود رفتار سیگار کشیدن در این افراد باعث شروع و تجربه مصرف برای نوجوان گردد. با توجه به اهمیت الگوی مصرف پزشکان آینده و عدم اطلاع از وضعیت آن، این تحقیق روی دانشجویان شهید بهشتی در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت. **روش بررسی:** در این مطالعه مقطعی، از پرسش‌نامه‌های خود اظهاری که از مطالعات سازمان بهداشت جهانی و اتحادیه مبارزه با بیماری‌های ریوی اقتباس شده بود، استفاده شد. به منظور اهداف مورد بررسی، تغییرات لازم توسط محققین داده شده بود. اعتبار و اعتماد و روایی بودن این پرسش‌نامه در نمونه‌های اولیه قبلی مورد سنجش قرار گرفت. شیوع عادت مصرف دخانیات در نمونه‌ها تعیین و نقش عوامل مربوط با آن با آزمون کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها:** ۱۲۷۱ نفر شامل ۷۶۵ (۶۰/۲ درصد) دانشجوی پزشکی و ۵۰۶ (۳۹/۸ درصد) دانشجوی غیرپزشکی ارزیابی شدند. ۷۸۲ نفر (۶۱/۵ درصد) تجربه مصرف دخانیات را ذکر نمودند و از این تعداد ۳۹۵ نفر (۳۱/۱ درصد کل جامعه و ۵۰/۵ درصد تجربه‌کنندگان) ۱۰۰ نخ سیگار و یا معادل آن از دخانیات را مصرف کرده بودند. با افزایش سال تحصیلی، میزان تجربه و مصرف ۱۰۰ نخ سیگار به صورت معنی‌داری افزایش می‌یافت ( $p < 0/0001$ ). در مقایسه تجربه مصرف سیگار و مصرف ۱۰۰ نخ سیگار برحسب رشته تحصیلی تفاوت آماری معنی‌داری بین دانشجویان رشته پزشکی و رشته‌های غیرپزشکی مشاهده نگردید ( $NS$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به بالا بودن تجربه مصرف دخانیات در جامعه فوق نیاز به اجرای برنامه‌های پیشگیری قبل از ورود به دانشگاه و همچنین به علت افزایش درصد مصرف سیگار در سال‌های تحصیلی نیاز به مداخلات آموزشی در دانشگاه می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** دخانیات، دانشجوی، سیگار کشیدن.

### مقدمه

از مصرف سیگار به عنوان اولین علت قابل پیشگیری از مرگ و میر در سراسر دنیا نام برده می‌شود (۱). تقریباً تمامی اعضای بدن

تحت تأثیر مواد سمی و سرطانزای ناشی از دود سیگار قرار خواهند گرفت. لازم به ذکر است که بیش از نیمی از موارد مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات در سنین میان‌سالی (۳۵-۵۹ سالگی) رخ خواهد داد (۲). مصرف سیگار و دخانیات رفتاری است که عموماً از سنین نوجوانی آغاز می‌گردد. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که حدود ۸۰ درصد افراد سیگاری قبل از سن ۱۸ سالگی تجربه مصرف سیگار داشته‌اند (۲). در مطالعه‌ای که در

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، معاونت بهداشتی، دکتر علی

رمضانخانی (e-mail: aramezankhani@sbmu.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۶/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۵/۲۵

در کشور صورت نگرفته است، این تحقیق روی دانشجویان پزشکی، به عنوان پزشکان آینده، در دانشگاه شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت.

### مواد و روشها

این یک مطالعه مقطعی- توصیفی بود که در پسران دانشجوی پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه شهید بهشتی در سال ۱۳۸۷ انجام گردید. با استفاده از فرمول حجم نمونه با در نظر گرفتن احتمال مصرف سیگار ۵۰ درصد و خطای ۰/۰۵ و دقت ۹۵ درصد، حدود ۴۰۰ نفر جهت مطالعه برآورد شد که به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. به این صورت که با مراجعه به دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی، بهداشت، علوم، ادبیات و معماری از کلیه پسران دانشجوی ۵ کلاس هر رشته در محیطی آرام و بدون حضور اساتید و مسئولان با هماهنگی نماینده دوره و بعد از تشریح هدف مطالعه پرسشگری انجام گرفت.

شرط ورود به مطالعه دانشجوی بودن فرد و تمایل به شرکت در مطالعه و شرط خروج از مطالعه عدم وجود شرط ورود بود.

از پرسش‌نامه خود اظهاری مقتبس از پرسشنامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی و اتحادیه جهانی مبارزه با سل و بیماری‌های ریوی استفاده گردید و این پرسشنامه که قبلاً مورد استفاده قرار گرفته بوده دارای اعتبار بود و در یک مطالعه آزمایشی پایایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفت. عوامل مرتبط شامل سن، تحصیلات، محل تولد، محل سکونت، مدت خدمت، نوع استخدام، تجربه مصرف سیگار، مصرف ۱۰۰ نخ سیگار (به عنوان فرد سیگاری تعریف شده است) و وضعیت مصرف سیگار در حال حاضر مورد ارزیابی قرار گرفت.

اطلاعات به دست آمده در نرم‌افزار آماری SPSS 11 وارد شد و میزان فراوانی هر یک مشخص گردید و جهت مقایسه متغیرها از آزمون‌های کای دو و t test استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ لحاظ گردید.

### یافته‌ها

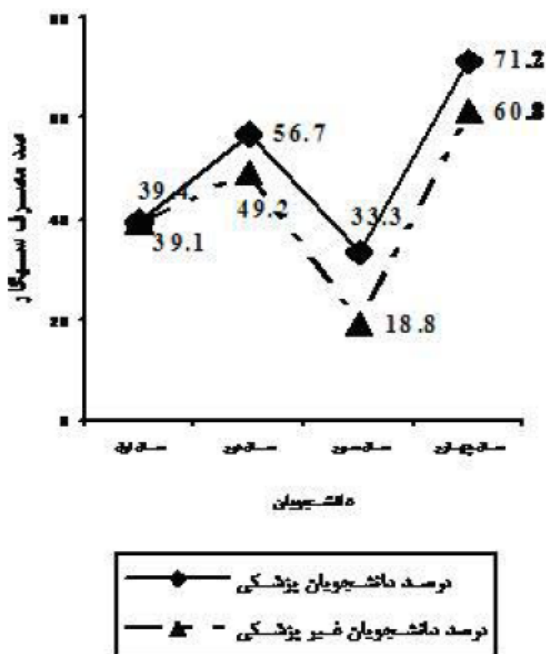
۱۲۷۱ نفر شامل ۷۶۵ (۶۰/۲ درصد) دانشجوی پزشکی و ۵۰۶ (۳۹/۸ درصد) دانشجوی غیرپزشکی مورد ارزیابی قرار گرفتند. از این تعداد، ۳۷۶ نفر (۲۹/۹ درصد) سال اولی، ۲۷۸ نفر (۲۱/۹ درصد) سال دومی، ۲۷۳ نفر (۲۱/۵ درصد) سال سومی و ۳۴۴ نفر (۲۷/۱ درصد) سال چهارمی بودند. ۵۵۱ نفر (۴۳/۴ درصد) ساکن خوابگاه بودند.

کشورمان انجام گرفته است، میزان آن حدود ۶۰ درصد می‌باشد (۳) و مطالعات دیگر درصدهای بیشتری را در سنین پایین‌تر حدود ۱۵ سالگی نشان می‌دهند (۴،۵). رفتار سیگارکشیدن تحت تأثیر عوامل مختلفی صورت می‌گیرد که می‌توان از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی نام برد (۶). در بسیاری از مطالعات، عوامل فردی به صورت کنجکاو برای مصرف و تجربه سیگار مهمترین اثر را داشته است، به طوری که حدود ۶۰ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران در سال ۱۳۸۲ این علت را ذکر کرده‌اند (۷). از عوامل خانوادگی می‌توان مصرف سیگار در افراد خانواده به خصوص پدر و برادر را نشان داد که در مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۲ در شهر تهران گزارش شده است (۸). عوامل اجتماعی دیگری مانند تقلید از افراد شاخص جامعه، دوستان، فشار همسالان، تعارف و تفنن و وجود در گروه جمعی از موارد دیگر است. در این بخش نوجوانان و جوانان می‌توانند تحت تأثیر افرادی که قابل الگو شدن برای آنان هستند قرار گیرند و وجود رفتار سیگارکشیدن در این افراد باعث شروع و تجربه مصرف برای نوجوان گردد که از این موارد می‌توان به هنرمندان، ورزشکاران، پزشکان، معلمان و روحانیون اشاره کرد. در این باره باید اشاره کرد که اطلاع داشتن از میزان آگاهی و نگرش و عملکرد درباره دخانیات در این گروه‌های خاص می‌تواند ما را در اجرای برنامه‌های مداخلاتی آموزشی و یا مبارزه با دخانیات راهنمایی کند. از آنجایی که گروه دانشجویان پزشکی می‌توانند به عنوان پزشکان آینده نسل‌های بعدی جامعه را تحت تأثیر قرار دهند، از اهمیت ویژه‌ای در این راستا برخوردار هستند. در این میان دانشجویان غیرپزشکی نیز جهت مقایسه با دانشجویان پزشکی انتخاب شدند، گو اینکه خود این گروه نیز به عنوان تحصیل‌کنندگان و مدیران آینده نیز نقش مهمی دارند. در واقع از طریق تأثیرگذاری این دو گروه می‌توان برنامه‌های کنترل دخانیات را طراحی کرد و این می‌تواند از فواید این پژوهش باشد. از طرفی گروه دانشجویان پزشکی به عنوان پزشکان آینده و افرادی که سلامت نسل آینده را در دست خواهند داشت و نیز می‌توانند الگوی مناسبی برای نوجوانان گردند و رفتار سیگارکشیدن در آنها با توجه به دانستن بیماری‌زایی دود سیگار اثر فوق‌العاده بر عموم جامعه خواهد داشت، از گروه‌های مهم و قابل تأمل می‌باشند و آگاهی از وضعیت نگرش آنان به سیگار در برنامه‌ریزی‌های آموزشی قابل استفاده خواهد بود (۸).

از این رو شناخت وضعیت مصرف دخانیات در این گروه می‌تواند به عنوان یک دریچه جهت آگاه شدن از وضعیت موجود در سطح جامعه باشد و نتایج حاصله می‌تواند مقدمه‌ای برای مطالعات و مداخلات بعدی قرار گیرد. از آنجایی که این نوع مطالعه تاکنون

میانگین سن شروع مصرف سیگار در این جامعه  $16/2 \pm 3/5$  سال بود و ۳۹ درصد قبل از ۱۵ سالگی سیگار را تجربه کردند. در مقایسه تجربه مصرف سیگار و مصرف ۱۰۰ نخ سیگار برحسب رشته تحصیلی تفاوت آماری معنی داری بین دانشجویان رشته پزشکی و رشته‌های غیرپزشکی مشاهده نگردید (NS)، گویانکه این میزان در رشته پزشکی  $63/7$  درصد و  $58/3$  درصد و رشته‌های غیرپزشکی  $44/4$  درصد بود. در رشته پزشکی، مصرف ۱۰۰ نخ سیگار در ۲۶۴ نفر ( $34/5$  درصد) گزارش شد که این میزان به صورت  $7/2$  درصد ترک کرده،  $8/9$  درصد گهگاهی و  $18/4$  درصد روزانه بود. در رشته غیرپزشکی، مصرف ۱۰۰ نخ سیگار در ۱۳۱ نفر ( $26$  درصد) گزارش شد که  $5/1$  درصد به صورت ترک کرده،  $5/9$  درصد گهگاهی و  $14/8$  درصد روزانه بود. در مقایسه تجربه مصرف سیگار و مصرف ۱۰۰ نخ سیگار بر حسب سال تحصیلی تفاوت آماری معنی داری بین سال‌های اول و چهارم مشاهده گردید ( $p < 0/001$ ).

در مقایسه تجربه مصرف سیگار و مصرف ۱۰۰ نخ برحسب نوع سکونت در خوابگاه و منزل شخصی تفاوت معنی داری مشاهده نگردید (NS).



نمودار ۱- توزیع ۱۲۷۱ نفر دانشجو بر حسب مصرف سیگار به تفکیک سال تحصیلی

توزیع افراد مورد بررسی بر حسب مصرف سیگار در جدول ۱ ارائه گردیده است و نشان می‌دهد که شیوع تجربه مصرف سیگار در  $61/5$  درصد افراد وجود داشت. با توجه به این شیوع مصرف سیگار در نمونه‌ها، میزان واقعی آن با احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۵۹ تا ۶۴ درصد برآورد شد. ۶۲۱ نفر ( $48$  درصد کل و ۸۰ درصد تجربه کنندگان دخانیات) تجربه قلیان را ذکر نمودند و از این تعداد ۳۹۵ نفر ( $31/1$  درصد کل جامعه و  $50/5$  درصد تجربه کنندگان) ۱۰۰ نخ سیگار و یا معادل آن از دخانیات مصرف کرده بودند.

جدول ۱- توزیع دانشجویان بر حسب تجربه مصرف سیگار و به تفکیک رشته تحصیلی

	تجربه مصرف سیگار	
	ندارد	دارد
پزشکی	۲۷۸(۳۶/۳)	۴۸۷(۶۳/۷)*
غیرپزشکی	۲۱۱(۴۱/۷)	۲۹۵(۵۸/۳)
جمع	۴۸۹(۳۸/۵)	۷۸۲(۶۱/۵)

\* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

توزیع دانشجویان بر حسب مصرف ۱۰۰ نخ سیگار و به تفکیک دانشگاه‌ها در جدول ۲ آمده است و نشان می‌دهد که شدت مصرف سیگار در ۲ دانشگاه به لحاظ آماری معنی دار نبود (NS).

جدول ۲- توزیع افراد مورد بررسی بر حسب مصرف ۱۰۰ نخ سیگار و به تفکیک دانشگاه

	مصرف ۱۰۰ نخ سیگار	
	مصرف ۱۰۰ نخ ندارد	مصرف ۱۰۰ نخ دارد
پزشکی	۲۲۳(۴۵/۸)	۲۶۴(۵۴/۲)*
غیرپزشکی	۱۶۴(۵۵/۶)	۱۳۱(۴۴/۴)
جمع	۳۸۷(۴۹/۵)	۳۹۵(۵۰/۵)

\* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

در میان افرادی که ۱۰۰ نخ سیگار را مصرف کرده بودند، ۸۱ نفر ( $20/5$  درصد و  $6/4$  درصد کل جامعه) ترک سیگار انجام دادند و ۹۸ نفر ( $24/8$  درصد و  $7/7$  درصد کل جامعه) به صورت گهگاهی و ۲۱۶ نفر ( $54/7$  درصد و  $17$  درصد کل جامعه) به صورت روزانه سیگار مصرف می‌کنند. در میان افراد سیگاری (گهگاهی و روزانه)، ۱۲۷ نفر ( $40/4$  درصد) در فاصله ۵ دقیقه اول صبح بعد از بیدار شدن سیگار مصرف می‌کنند و ۱۵۵ نفر ( $49/4$  درصد) بین صفر تا ۱۰ نخ سیگار روزانه مصرف دارند.

## بحث

تحقیق نشان داد که ۶۳/۷ درصد دانشجویان پزشکی و ۵۸/۳ درصد دانشجویان غیرپزشکی تجربه مصرف مواد دخانی داشتند. محققین این مطالعه دلایل خاصی را برای این تفاوت پیدا نکردند که این مطلب می‌تواند پایه مطالعات تکمیلی بعدی قرار گیرد. نکته مهمی که در این مطالعه بدست آمد احتمال ۵۰ درصدی سیگاری شدن در دانشجویانی است که فقط سیگار را تجربه نمودند و این می‌تواند هشدار باشد که شاید از هر ۲ دانشجو ۱ نفر از تجربه مصرف، تبدیل به فرد سیگاری می‌شود.

وجود ۳۱ درصد پسر دانشجوی سیگاری در دانشگاه‌ها می‌تواند زنگ خطری برای جامعه دانشگاهی و عمومی محسوب گردد، چرا که به نظر می‌رسد با افزایش سطح تحصیلات باید مقدار مصرف دخانیات کاهش یابد. همانگونه که در مطالعات و تجارب بین‌المللی گزارش شده است، به نظر می‌رسد این موارد نه تنها در جامعه ما اتفاق نیفتاده است، بلکه می‌تواند در آینده جامعه را با فرد سیگاری بیشتری روبرو سازد.

بر اساس نتایج مطالعه مسجدی (۴) و همکاران در سال ۱۳۸۲ حدود ۲۸ درصد دانشجویان پسر دانشگاه‌های تهران سیگار مصرف می‌کردند که در گروه پزشکی این رقم به حدود ۳۰ درصد و در گروه غیرپزشکی ۲۶ درصد بود. به نظر می‌رسد در حال حاضر با اندکی تفاوت در افزایش تعداد افراد سیگاری در این قشر مواجه هستیم، گو اینکه این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد ولیکن می‌تواند شروعی برای یک افزایش چشمگیر باشد. همین مطلب کافی است تا درباره روند مصرف سیگار در دانشجویان هشدار داده شود. لازم به ذکر است مقایسه این درصد دانشجوی سیگاری با دیگر نتایج مطالعات داخل کشور که عمدتاً در شهرستان‌ها صورت گرفته است، تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. همین تشابه را می‌توان در مقایسه با نتایج گزارش شده از طرح جهانی دخانیات و جوانان که از طریق سازمان بهداشت جهانی در کشورهای دنیا انجام گرفته است مشاهده کرد و این امر نشان دهنده همسان بودن الگوی مصرف سیگار بین کشور ما و دیگران می‌باشد (۹-۱۱). همچنین افزایش شیوع مصرف دخانیات بر حسب سال تحصیلی در بین سال‌های بالا نسبت به سال پایینی‌ها نشان دهنده اثر افزایش تمایل به این رفتار در این محدوده زمانی می‌باشد و به نوعی در این فاصله زمانی برنامه‌های ویژه‌ای برای کاهش یا کنترل دخانیات صورت نمی‌گیرد و گرایش به انجام این رفتار بین همسالان ترویج می‌یابد. همانطوری که ذکر شد این افزایش مصرف بر حسب دو رشته پزشکی و غیرپزشکی تفاوتی را نشان نمی‌دهد، گو اینکه روند رو به معنی‌دار

شدنی دارد و در سال دوم هم به این مرز معنی‌دار شدن می‌رسد. نکته مهم عدم تأثیرگذاری رشته تحصیلی پزشکی و آموزش‌های مربوط به آن در این افزایش و بر اساس نتایج این مطالعه می‌باشد. این می‌تواند نقطه ضعفی در اجرای برنامه‌های آموزشی پزشکی در طی این سال‌ها باشد، زیرا علیرغم افزایش آگاهی دانشجویان درباره بیماری‌زایی مصرف سیگار این مهم به نگرش تبدیل نمی‌شود. شاید به نظر بیاید باور و دانش لازم در خصوص عدم مصرف دخانیات را نیافته‌اند. این موارد در مطالعات خارجی مشابه نیز دیده می‌شود (۱۴-۱۲). جالب است بدانیم در بین سال‌های دانشجویان دانشگاه فقط ۵۱ نفر (حدود ۱۵ درصد) عدم تجربه سیگار را ذکر کردند. درباره مصرف ۱۰۰ نخ سیگار، ۹۵ نفر از دانشجویان (۳۲/۴ درصد) ذکر کردند که ۱۰۰ نخ سیگار را نکشیده‌اند.

همان‌گونه که در نتایج مشاهده می‌شود، در مقایسه مصرف سیگار بین دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی اندکی افزایش در گروه پزشکی وجود دارد. این وضعیت در مطالعه مسجدی و همکاران نیز گزارش شده است. به صورتی که در دانشجویان پزشکی درصد مصرف سیگار بالاتر از دانشجویان غیرپزشکی بود. در آن مطالعه، گروهی از دانشجویان سال آخر رشته پزشکی (کارورز یا اینترن) هم مورد بررسی قرار گرفته بودند و در بحث آمده بود که وجود کشیک‌های بیمارستانی و پاپیون از علل افزایش مصرف سیگار در این قشر بوده است. تفاوتی که در این مطالعه دیده می‌شود، بررسی دانشجویان پزشکی در قبل از دوره کارورزی بوده است که در همین تعداد هم افزایش مصرف سیگار در مقایسه با رشته‌های غیر پزشکی دیده شده است که مشابه مطالعه تریه است (۱۲، ۱۸-۱۵). این مطلب می‌تواند به عنوان سوال اصلی برای یافتن دلیل این تفاوت در دو رشته پزشکی و غیرپزشکی باشد که باید در مطالعات تکمیلی بعدی با دقت بیشتری به آن پرداخت. گو اینکه این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نیست ولیکن محققین این مطالعه انتظار این افزایش را نداشتند و برای این مشاهدات نیز دلایل ویژه‌ای نیافتند. شاید بتوان استرس‌های بیشتر ناشی از حجم و دشواری دروس و ناامیدی نسبت به رشته مربوط به این گروه را متصور شد که این خود نیاز به بررسی‌های دقیق‌تر بعدی دارد.

با توجه به بالا بودن تجربه مصرف دخانیات در جامعه فوق نیاز به اجرای برنامه‌های پیشگیری قبل از ورود به دانشگاه و همچنین به علت افزایش درصد مصرف سیگار در سال‌های تحصیلی نیاز به مداخلات آموزشی در دانشگاه می‌باشد.

در یک جمع‌بندی به نظر می‌رسد که شاید باید:

- در طول زمان تحصیل در دانشگاه برنامه آموزشی کنترل دخانیات را اجرا نمود.

- برنامه‌های آموزشی سیگار ویژه گروه پزشکی طراحی و اجرا نمود.
- طراحی برنامه‌های آموزشی تغییر آگاهی به باور و نگرش را به صورت کامل انجام داد.
- مطالعات بعدی جهت یافتن روند مصرف سیگار در این جامعه انجام داد.
- مطالعه‌ای جهت یافتن علل افزایش مصرف سیگار در گروه پزشکی اجرا کرد.
- مطالعه‌ای به منظور بررسی کارایی روش‌های آموزشی مختلف کنترل دخانیات در طول سال‌های تحصیلی دانشگاه طراحی گردد.
- در مقاطع سنی و تحصیلی پایین‌تری برنامه‌های پیشگیری از شروع مصرف را آغاز نمود.
- هشدارهای لازم جهت عدم تجربه اولین سیگار را جدی گرفت.

### قدردانی و تشکر

از کلیه همکاران مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، همکاران دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشجویان دانشگاه‌های شهید بهشتی و علوم پزشکی شهید بهشتی به خاطر یاری ما در اجرای مطالعه قدردانی می‌گردد.

### REFERENCES

1. The health consequences of smoking: a report of the surgeon general united states department of health and human services. Washington, DC; 27 May 2004.
2. Simpson D, Editor. Doctors and tobacco. London: Tobacco Control Resource Centre at British Medical Association; 2000.
3. Kazem M, Noorbala A, Majdzadeh R, Karimlo M. The changing process of smoking prevalence in Iran (1991-1999): based on two national projects of health and disease. *Hakim Journal*, 2000; 197: 290-94. [In Persian]
4. Masjedi MR, Azaripoor H, Heydari GH, Alinejad S, Velayati AA. Evaluation of smoking prevalence among the students of Tehran Universities. *Journal of Medical Council* 2002; 20: 283-87. [In Persian]
5. Heydari Gh, Sharifi h, Hosseini M, Masjedi MR. The attitude of Tehran's high school students about smoking. *Respiratory Journal* 2004; 11: 29-36.
6. Heydari Gh, Sharifi h, Hosseini M, Masjedi MR. Anticipating the smoking cessation result among volunteers coming to smoking cessation clinic based on Fagerström test during 2001-2003. *Pajuhandeh Journal* 2006; 6: 253-56. [In Persian]
7. Heydari Gh, Sharifi h, Hosseini M, Masjedi MR. Family influence on Tehran's high school students considering their tendency for smoking. *Journal of Medical Council* 2006; 1: 24-31. [In Persian]
8. Heydari Gh, Sharifi h, Hosseini M, Masjedi MR. Evaluation of smoking status and its relating factors among Tehran's high school students during 2003. *Pajuhandeh Journal* 2006; 5: 253-256. [In Persian]
9. Richmond R, Editor. Educating medical students about tobacco: planning and implementation. 1<sup>st</sup>ed. New South Wales University, Sydney: IUATLD; 1998. p.1-100.
10. Richmond R, Editor. Smokescreen education program for teaching medical students about tobacco. 1<sup>st</sup> ed. New South Wales University, Sydney: IUATLD pub; 1996. p.1-100.
11. Slama K. Tobacco control and prevention. A guide for low income countries. 1<sup>st</sup> ed. Paris: IUATLD; 1998. p.1-50.
12. Tessier JF. Smoking habit and attitudes of medical students toward smoking and antismoking campaign in nine Asian countries (IUATLD). *Int J Epidemiology* 1992; 21: 298-304.
13. Weaikens JH. Smoking habits in medical students and physicians in Groningen. *Eur Res J* 1992; 5: 49-52.
14. Hilberg AC. Smoking habit of Danish medical students and their knowledge about and attitude to tobacco problem. *Eur Res J* 1992; 151: 419-23.
15. Tessier JF. Smoking habit and attitudes of medical students toward smoking and antismoking campaign in fourteen European countries. *Eur J Epidemiol* 1989; 5: 311-21.
16. Brenner H. Parental smoking and socio-demographic factors related to smoking among German medical students. *Eur J Epidemiol* 1996; 12: 171-76.
17. Brenner H. Smoking habit of future physicians: a survey among medical students of South German University. *Preventive Med* 1996; 41: 150-57.
18. Fakhfakh R. Smoking among medical students in Tunisia. *Soc Sci Med* 1996; 12: 39-42.