



Research Paper

Analysis of strategies for achieving a smoke-free village: A case study of Demagh Sefid village, Sarpol-e Zahab

* **Aeizh Azmi**¹ , **Mohammad Reza Masjedi**² 

1. Department of Geography, Faculty of Literature and Humanities, Razi University, Kermanshah, Iran.
2. Department of Internal Medicine, School of Medicine, Cancer Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Azmi A, Masjedi MR. Analysis of strategies for achieving a smoke-free village: A case study of Demagh Sefid village, Sarpol-e Zahab. *Journal of Preventive Medicine*. 2025; 12(2):169-182. [In Persian]

 10.48312/JPM.12.2.841.1

Article Info:

Received: 28 Mar 2025
Accepted: 1 Aug 2025
Available Online: 20 Sep 2025

ABSTRACT

Introduction: In Tobacco-free villages can serve as an effective model for reducing or eliminating tobacco use in rural communities and play an important role in promoting social health. The present study aimed to analyze the strategies for realizing a tobacco-free village in the village of Damagh Sefid, Sarpol-e Zahab County, and to identify the factors affecting the success and sustainability of this plan.

Methods: This study was descriptive-analytical and conducted with a combined qualitative and quantitative approach. The statistical population consisted of 20 people (10 villagers and 10 local managers, members of the Islamic Council, and local trustees) from a total of 26 households living in the village, who were selected by census method. Data were collected through in-depth interviews and a researcher-made questionnaire with open and closed questions. The validity of the instrument was confirmed by experts and its reliability was confirmed through Cronbach's alpha coefficient. The strengths, weaknesses, opportunities, and threats technique was used to analyze the data.

Results: The findings showed that the small size of the village, high level of social empathy, active participation of residents and implementation of awareness programs were the most important strengths of the project. On the other hand, limited communication access, insufficient awareness of the consequences of tobacco use, prevalence of hookah uses, and tolerant attitudes towards smoking are considered as weaknesses of the project. The support from the people, the effective presence of the Ministry of Health, the activities of NGOs, and the participation of government and non-government institutions were the most important opportunities for the implementation of the project. Also, the presence of smoking tourists, the commuting of young people to the city, economic pressures, and the impact of some media programs were considered as the main threats facing the project.

Discussion: The implementation of the tobacco-free village project in the village of Damagh Sefid has been successful overall, but its continuation requires attention to economic, social, and cultural challenges. It is suggested that this project be pursued as a sustainable program and that educational, institutional, and social support be strengthened to maintain the status of a smoke-free village in the coming years.

Key Words:

Tobacco, Tobacco Smoke Pollution, Tobacco Control.

* Corresponding Author:

Dr Aeizh Azmi
Address: Razi University, Kermanshah, Iran.
E-mail: a.azmi@razi.ac.ir





Extended Abstract

Introduction:

The axis of sustainable development is a healthy individual. Human-centered development approaches place great value on health and maintain that without it, individuals, families, communities, and nations cannot hope to achieve their social and economic goals. Given the importance of the social dimension of development and the World Health Organization's emphasis on social health alongside physical health, social health has become a common concern for sociologists and social planners. The Smoke-Free Village Project in Kermanshah Province, centered on the village of Damagh Sefid, was carried out with the support of the Ministry of Health, as well as local and governmental organizations. The Tobacco-Free City and Village Initiative, based on Article 8 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, was launched in Iran in 2019 as a five-year program aiming to establish 63 tobacco-free cities and 63 tobacco-free villages across the country. The aim of this study is to analyze the strategies for achieving a smoke-free village by examining the factors affecting the realization of such a model in Damagh Sefid village, Sarpol-e Zahab, and to provide a replicable framework for other villages in Iran.

Methods:

The research method is quantitative in nature, using the SWOT technique. The study is a descriptive-analytical survey that employs a questionnaire for data collection. Data were gathered through complete sampling. The sample size includes 10 local managers, members of the Islamic Council, and local trustees. The software used was Excel.

SWOT analysis is a systematic tool used to identify internal (strengths and weaknesses) and external (opportunities and threats) factors to develop appropriate strategies that maximize strengths and opportunities while minimizing weaknesses and threats. The following steps were taken: First, opportunities, threats, strengths, and weaknesses were enumerated. Second, internal and external strategic factors were coded and cat-

egorized. Third, factors were screened, refined, adjusted, and consolidated.

Results:

The findings show that the small size of the village, high empathy between people, and raising awareness among people were the strengths of the project implementation. Weaknesses include low communication access, lack of a negative view of tobacco at the beginning of the project, high hookah consumption and its recreational use among people. Opportunities include the support and welcome of the people, the effective presence of the Ministry of Health, the extensive activity of the associations, and the effective presence of government and non-government institutions. Threats also include the presence of tourists, some of whom smoke, the commuting of young people to the city for work and education, and the broadcasting of programs with smokers.

Conclusion:

The implementation of the tobacco-free village project in Damagh Sefid has been successful overall, but it is accompanied by various economic, social, and cultural challenges. The project should not be considered terminated; continued support is necessary in the coming years. Unemployment and migration are two important concerns for the sustainability of the smoke-free village. Two types of strategies are proposed: Practical strategies include providing financial resources, continuous education for local residents, brainstorming sessions between officials and people, developing health infrastructure, holding clean village competitions, and educating students in schools. Development strategies include media advertising, monitoring tourists, reducing unemployment, monitoring youth movement outside the village, creating leisure infrastructure, strengthening awareness of tobacco, creating alternative income sources for vendors, and introducing Damagh Sefid as a successful model to other villages. These strategies play a prominent role in realizing and sustaining a tobacco-free village.



مقاله پژوهشی

تحلیل راهبردهای تحقق روستای بدون دخانیات: مطالعه موردی روستای دماغ سفید، سرپل ذهاب

* آئیژ عزمی^۱ ID، محمد رضا مسجدی^۲ ID

۱. گروه جغرافیا، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه داخلی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation: Azmi A, Masjedi MR. Analysis of strategies for achieving a smoke-free village: A case study of Demagh Sefid village, Sarpol-e Zahab. *Journal of Preventive Medicine*. 2025; 12(2):169-182. [In Persian]

doi 10.48312/JPM.12.2.841.1

چکیده

هدف: روستاهای بدون دخانیات می‌توانند به‌عنوان الگویی مؤثر در کاهش یا حذف مصرف دخانیات در جوامع روستایی عمل کنند و نقش مهمی در ارتقای سلامت اجتماعی و بهداشتی ایفا نمایند. پژوهش حاضر با هدف تحلیل راهبردهای تحقق روستای بدون دخانیات در روستای دماغ سفید شهرستان سرپل ذهاب و شناسایی عوامل مؤثر بر موفقیت و پایداری این طرح انجام شده است.

روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و با رویکرد ترکیبی کیفی و کمی انجام شده است. جامعه آماری شامل ۰۲ نفر (۰۱ نفر از اهالی روستا و ۰۱ نفر از مدیران محلی، اعضای شورای اسلامی و معتمدان محلی) از مجموع ۶۲ خانوار ساکن روستا بود که به روش سرشماری انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های ژرف‌نگر و پرسشنامه محقق‌ساخته با سؤالات باز و بسته گردآوری شد. روایی ابزار با نظر متخصصان و پایایی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ تأیید گردید. برای تحلیل داده‌ها از تکنیک نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که کوچک بودن روستا، سطح بالای همدلی اجتماعی، مشارکت فعال ساکنان و اجرای برنامه‌های آگاهی‌بخش از مهم‌ترین نقاط قوت اجرای طرح بوده‌اند. در مقابل، محدودیت دسترسی‌های ارتباطی، آگاهی ناکافی نسبت به پیامدهای مصرف دخانیات، رواج مصرف قلیان و نگرش‌های تساهل‌آمیز نسبت به آن از جمله نقاط ضعف طرح محسوب می‌شوند. همراهی مردم، حضور مؤثر وزارت بهداشت، فعالیت سازمان‌های مردم‌نهاد و مشارکت نهادهای دولتی و غیردولتی مهم‌ترین فرصت‌های اجرای طرح بوده است. همچنین حضور گردشگران سیگاری، رفت‌وآمد جوانان به شهر، فشارهای اقتصادی و تأثیر برخی برنامه‌های رسانه‌ای از جمله تهدیدهای اصلی پیش روی طرح به شمار می‌روند.

نتیجه‌گیری: اجرای طرح روستای بدون دخانیات در روستای دماغ سفید در مجموع موفقیت‌آمیز بوده است، اما استمرار آن مستلزم توجه به چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. پیشنهاد می‌شود این طرح به‌عنوان برنامه‌ای پایدار دنبال شده و حمایت‌های آموزشی، نهادی و اجتماعی برای حفظ وضعیت روستای بدون دود در سال‌های آینده تقویت شود.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۹ فروردین ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۰ مرداد ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۳۰ شهریور ۱۴۰۴

کلیدواژه‌ها:

دخانیت، آلودگی دود تنباکو، کنترل دخانیات.

*نویسنده مسئول:

دکتر آئیژ عزمی

نشانی: دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

پست الکترونیک: a.azmi@razi.ac.ir



Copyright © 2024 The Author[s].

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License [CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode> en], which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.



مقدمه:

عوامل مرتبط با آن» دریافتند که مصرف دخانیات با داشتن دوستان مصرف‌کننده و استعمال دخانیات توسط اعضای خانواده افزایش می‌یابد، آنان بر ضرورت خودداری خانواده‌ها از مصرف دخانیات در حضور نوجوانان و نظارت بر روابط اجتماعی فرزندان تأکید کردند [۸].

عزیمی و مسجیدی در پژوهشی دیگر درباره آسیب‌شناسی مصرف دخانیات در جوامع روستایی غرب ایران به این نتیجه رسیدند که تصورات نادرست درباره نبود دخانیات در روستاها، بدبینی نسبت به علم پزشکی و محدودیت‌های تحصیلی از چالش‌های اساسی در اجرای برنامه‌های کاهش مصرف دخانیات به‌شمار می‌روند، علاوه بر این، سهل‌انگاری دولت و سرمایه‌گذاری ناکافی نهادهای عمومی نیز در گسترش مصرف دخانیات مؤثر است [۷].

صداقت و همکاران نیز بیان کرده‌اند که شاخص‌های کلان اقتصادی-اجتماعی در بلندمدت بر مرگ‌ومیر ناشی از مصرف مواد مخدر در ایران تأثیرگذار هستند. به‌طور مشخص، مرگ‌ومیر ناشی از مصرف مواد با رشد تولید ناخالص داخلی و سطح باسوادی افزایش یافته و با رشد جمعیت شهری و نرخ بیکاری کاهش پیدا کرده است [۵]. از این‌رو، گسترش مصرف دخانیات تأثیر مستقیمی بر سلامت فردی و اجتماعی دارد و ضرورت مقابله با آن را در جوامع شهری و روستایی برجسته می‌سازد [۹].

برخی مطالعات نشان می‌دهند که مصرف دخانیات در مناطق روستایی بسیار گسترده است و در برخی نواحی، مصرف قلیان در میان زنان حتی تا دو برابر مردان گزارش شده است [۱۰]. در مقابل، بهبود شرایط زندگی و افزایش سطح آگاهی عمومی می‌تواند به کاهش ناهنجاری‌های اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی منجر شود و زمینه‌ساز شکل‌گیری جامعه‌ای سالم‌تر و پایدارتر گردد [۱۱].

صدیقیان بیگدلی مصرف دخانیات و مواد مخدر را به‌عنوان یکی از شایع‌ترین رفتارهای پرخطر، به‌ویژه در میان نوجوانان و جوانان، معرفی می‌کند و معتقد است که پیوندهای اجتماعی می‌توانند نقش بازدارنده یا تشدیدکننده‌ای در بروز این رفتارها داشته باشند [۱۲]. همچنین اشتیاق مهرجودی و مسجیدی با

ابتکار «شهر و روستای بدون دخانیات» براساس ماده هشت کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت و با هدف محافظت از افراد در برابر مواجهه با دود دست دوم و کاهش پیامدهای آن، از سال ۱۳۹۸ به‌صورت پایلوت در شهر مقدس قم آغاز شد، از مردادماه همان سال، هماهنگی‌های لازم برای اجرای این برنامه در ۶۳ دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور صورت گرفت، این برنامه به‌عنوان یک طرح پنج‌ساله تا سال ۱۴۰۴ ادامه خواهد یافت و در نهایت، ۶۳ شهر و ۶۳ روستای منتخب کشور به‌عنوان مناطق عاری از دخانیات معرفی خواهند شد [۱].

در سال‌های اخیر، مصرف محصولات دخانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مسائل مرتبط با سلامت عمومی در سطح جهانی مطرح شده است، مصرف سیگار و قلیان از عوامل اصلی بروز بیماری‌ها، ناتوانی‌ها و مرگ زودرس در جهان به‌شمار می‌رود [۲]. براساس آمار سازمان بهداشت جهانی، حدود یک میلیارد نفر در سراسر جهان سیگار مصرف می‌کنند و سالانه نزدیک به ۶۰ تریلیون نخ سیگار دود می‌شود [۳]. در ایران نیز حدود یک‌چهارم جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال مصرف‌کننده دخانیات هستند و روند رو به رشد آن، به‌ویژه در میان زنان و نوجوانان، نگران‌کننده است [۴].

مطالعات نشان می‌دهد که در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، شیوع مصرف سیگار در میان نوجوانان و جوانان رو به افزایش بوده و سن شروع مصرف کاهش یافته است [۵]. بیشتر افراد سیگاری مصرف دخانیات را از سنین زیر ۱۸ سال و در دوران نوجوانی آغاز می‌کنند و شروع زود هنگام مصرف، احتمال تداوم آن در بزرگسالی را افزایش می‌دهد [۶].

عزیمی در پژوهشی با عنوان «آسیب‌شناسی شیوع دخانیات در جوامع روستایی؛ مطالعه موردی استان کرمانشاه» نشان داد که اقدامات فرهنگی نقش مهمی در مدیریت مصرف دخانیات در نواحی روستایی ایفا می‌کند و همکاری با ریش‌سفیدان و معتمدان محلی می‌تواند راهگشای کاهش این معضل باشد [۷]. همچنین زارعی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی وضعیت مصرف دخانیات در نوجوانان شهر بوشهر و



مسکن مرکز آمار ایران در سال ۱۴۰۰، جمعیت این روستا ۱۲۴ نفر (۶۰ نفر مرد و ۶۴ نفر زن) بوده و دارای ۲۸ واحد مسکونی با ۳۳ خانوار است.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه ساکنان روستا و مدیران محلی مرتبط با اجرای طرح روستای بدون دخانیات بود. نمونه‌گیری به روش سرشماری و هدفمند انجام شد و در سال ۱۴۰۳، تعداد ۲۰ نفر شامل ۱۰ نفر از ساکنان محلی و ۱۰ نفر از مدیران محلی، اعضای شورای اسلامی و معتمدان روستا به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

به‌منظور گردآوری داده‌ها، از مصاحبه ژرف‌نگر و پرسشنامه محقق‌ساخته با سؤالات باز و بسته‌پاسخ استفاده شد. پرسشنامه براساس اهداف پژوهش و ادبیات موضوع طراحی گردید و در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت.

به‌منظور بررسی روایی پرسشنامه، از روایی محتوایی و نظر متخصصان حوزه علوم اجتماعی و علوم بهداشتی در دانشگاه‌های استان کرمانشاه استفاده شد. پایایی ابزار نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که مقدار آن برابر با ۰/۷۳ به‌دست آمد و نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار پژوهش است.

در بخش کیفی پژوهش، پایایی داده‌ها از طریق بازبینی یافته‌ها توسط همکاران پژوهشی تأیید شد. همچنین پژوهشگر با به‌اشتراک‌گذاری نتایج اولیه با سایر پژوهشگران و دریافت بازخوردهای تخصصی، تلاش نمود دقت تحلیل‌ها را افزایش داده و از بروز سوگیری‌های احتمالی جلوگیری کند.

در این پژوهش، از تکنیک تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها برای بررسی وضعیت اجرای طرح روستای بدون دخانیات استفاده شد. تحلیل SWOT ابزاری نظام‌مند برای شناسایی عوامل درونی و بیرونی مؤثر و تدوین راهبردهای مناسب در راستای برنامه‌ریزی راهبردی محسوب می‌شود. در این مدل، راهبرد مطلوب، راهبردی است که منجر به حداکثرسازی قوت‌ها و فرصت‌ها و حداقل‌سازی ضعف‌ها و تهدیدها گردد.

بررسی مطالعات سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ گزارش کرده‌اند که الگوی مصرف دخانیات در ایران دستخوش تغییر شده و کاهش سن ورود به مصرف، افزایش مصرف در میان زنان، رواج مصرف خانوادگی قلیان و گسترش سیگارهای الکترونیکی از مهم‌ترین تحولات این دوره به‌شمار می‌روند [۱۳].

ملازمی نیز تأکید می‌کند که عوامل اجتماعی مانند فشار همسالان و حمایت خانواده و عوامل روان‌شناختی همچون اضطراب، افسردگی و عزت نفس پایین، تأثیر معناداری بر گرایش به مصرف مواد دارند. یافته‌های وی نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی در مقایسه با عوامل اجتماعی، قدرت پیش‌بینی بالاتری دارند و طراحی برنامه‌های پیشگیرانه جامع مستلزم توجه هم‌زمان به این دو دسته عوامل است [۱۴].

در این میان، روستای دماغ سفید در شهرستان سرپل‌ذهاب به‌عنوان یکی از الگوهای موفق مناطق عاری از دخانیات معرفی شده است. در این روستا مصرف قلیان و سایر محصولات دخانی گزارش نشده و آموزش‌های ارائه‌شده توسط سازمان‌های مردم‌نهاد و سمن‌ها، بهره‌گیری از تجربیات پیشینیان و مشارکت فعال اهالی نقش مهمی در کاهش مصرف دخانیات داشته است. این روستا می‌تواند به‌عنوان الگویی راهنما برای سایر روستاهای استان کرمانشاه مورد استفاده قرار گیرد.

ویژگی متمایز این پژوهش آن است که تاکنون مطالعه مشابهی درباره «روستای بدون دخانیات» انجام نشده است. انتخاب روستای دماغ سفید نیز به دلیل پیشگام بودن آن در اجرای این طرح با همکاری وزارت بهداشت، استانداری و مشارکت مردمی صورت گرفته است. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر، بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای تحقق روستای بدون دخانیات در روستای دماغ سفید شهرستان سرپل‌ذهاب است.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، توصیفی-تحلیلی و غیرآزمایشی است. این مطالعه در روستای دماغ سفید از توابع شهرستان سرپل‌ذهاب در استان کرمانشاه انجام شده است. براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و



درونی و بیرونی استخراج گردید.

پس از شناسایی راهبردهای ممکن از طریق ماتریس SWOT، برای انتخاب راهبرد برتر از ماتریس برنامه‌ریزی استراتژیک کمی QSPM^۲ استفاده شد.

در این پژوهش، اصول اخلاق پژوهش رعایت گردید. محرمانه بودن اطلاعات پاسخ‌دهندگان تضمین شد و مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بوده است. همچنین تلاش شد هیچ‌گونه اجبار یا فشاری برای پاسخ‌دهی به شرکت‌کنندگان وارد نشود.

شغل اصلی ساکنان شهرستان سرپل‌ذهاب کشاورزی و دامداری است و مهم‌ترین محصولات کشاورزی منطقه شامل گندم، جو، برنج، بنشن، کنجد، گیاهان علوفه‌ای، ذرت، انواع تره‌بار، سیب، گلابی، انار، انگور و انجیر می‌باشد. زبان رایج در روستای مورد مطالعه کردی با لهجه‌های کلهری و سورانی جافی است.

براساس آمار موجود، بیش از ۹۵ درصد جمعیت گروه سنی ۱۰ تا ۴۹ سال در این منطقه باسواد هستند. شهرستان سرپل‌ذهاب به دلیل موقعیت جغرافیایی و ترکیب قومیتی، دارای تنوع فرهنگی قابل توجهی است و اقوامی همچون کلهر، گورانی، قلخانی و سایر گروه‌ها با گویش‌ها، مذاهب و باورهای متنوع، در شکل‌گیری فرهنگ محلی نقش مؤثری داشته‌اند [۱۰].

یافته‌ها:

براساس یافته‌ها عواملی در درون روستا یا از بیرون روستا بر موفقیت یا عدم موفقیت طرح اثر گذاشتند. مواردی همچون نبود آگاهی، دانش کم و یا عواملی همچون مشارکت مردم بومی و همکاری سازمان‌ها و نهادها تاثیر گذار بودند و شناسایی شدند، همچنین حضور فعال گروه‌های داوطلب محسوس بوده است و تاثیر مهمی گذاشته است (جدول ۱).

برای وزن‌دهی عوامل، از نظر شش نفر از خبرگان (سه نفر متخصص علوم اجتماعی و سه نفر متخصص حوزه بهداشت) استفاده شد و میانگین نظرات آنان به‌عنوان مبنای امتیازدهی در نظر گرفته شد.

فرایند اجرای تحلیل SWOT شامل مراحل زیر بود:

۱. شناسایی عوامل استراتژیک درونی و بیرونی: در مرحله نخست، فرصت‌ها، تهدیدها، نقاط قوت و نقاط ضعف شناسایی گردید که در این مرحله، کمیت عوامل اهمیت داشت.

۲. کدگذاری و دسته‌بندی عوامل: عوامل شناسایی‌شده در قالب عوامل درونی (قوت‌ها و ضعف‌ها) و بیرونی (فرصت‌ها و تهدیدها) کدگذاری و طبقه‌بندی شدند.

۳. غربالگری و پالایش عوامل: در این مرحله، عوامل از نظر کیفی مورد بررسی قرار گرفتند و برخی از آن‌ها پالایش، تعدیل یا تجمیع شدند

۴. وزن‌دهی عوامل: براساس نظر مشارکت‌کنندگان، میزان اهمیت هر عامل در مقیاس یک تا پنج تعیین شد؛ به‌گونه‌ای که بالاترین اهمیت نمره پنج و پایین‌ترین اهمیت نمره یک دریافت کرد.

۵. نرمال‌سازی اوزان: اوزان تعیین‌شده به مقیاس صفر تا یک تبدیل شدند، به‌طوری که مجموع ضرایب برابر با یک باشد.

۶. امتیازدهی عوامل: امتیاز عوامل درونی در مقیاس چهاردرجه‌ای (بسیار قوی=۴، قوی=۳، ضعیف=۲، بسیار ضعیف=۱) توسط خبرگان تعیین شد. امتیازدهی عوامل بیرونی براساس میزان توان‌سازگاری واحد مورد مطالعه با عوامل محیطی صورت گرفت.

۷. محاسبه امتیاز موزون و رتبه‌بندی: امتیاز موزون هر عامل از حاصل ضرب وزن نرمال‌شده در امتیاز تعیین‌شده محاسبه شد. سپس عوامل درونی و بیرونی با استفاده از روش میانگین موزون رتبه‌بندی شدند و جداول ارزیابی عوامل



جدول ۱: فهرست عوامل استراتژیک بیرونی و درونی

عوامل بیرونی	فرصت‌ها	تهدیدها
آگاهی بالای روستاییان به امور بهداشتی، وجود امکاناتی همچون خانه بهداشت، همراهی وزارت بهداشت، همراهی مدیران محلی، همراهی ریش سفیدان، حضور سمن‌ها	رفت و آمد زیاد به شهر، حضور گردشگران، بیکاری، حضور رسانه‌ها، مشکلات اقتصادی برای کسبه ناشی از عدم فروش دخانیات، بازگشت مجدد دخانیات به روستا بعد از مدتی	کوچک بودن روستا، آشنایی اهالی با یکدیگر، همراهی دانش آموزان با اولیا برای کاهش دخانیات، توزیع بروشور و بنرهای تبلیغاتی
عوامل درونی	ضعفها	
برنامه‌های تلویزیونی، نداشتن نگرش منفی به دخانیات همچون قلیان، کمبود فضاهای ورزشی و فرهنگی، نبود نگرش منفی به دخانیات در ابتدای طرح		

در عوامل متعدد درونی همچون آگاهی، وجود خانه بهداشت، آموزش نقش پررنگی در تحقق روستای بدون دخانیات داشته است. عدم حضور موثر رسانه‌ها، مشکلات اقتصادی و بیکاری از چالش‌های پیش روی روستاها بدون دخانیات است (جدول ۲ و ۳).

جدول ۲: ارزیابی عوامل درونی

سازه	عوامل استراتژیک داخلی	وزن	وزن نرمال شده	امتیاز	امتیاز وزنی
قوت‌ها	آگاهی بالای روستاییان به امور بهداشتی	۵	۰/۱۱	۵	۰/۵۵
	وجود امکاناتی همچون خانه بهداشت	۴	۰/۰۹	۴	۰/۳۶
	همراهی وزارت بهداشت	۵	۰/۱۱	۴	۰/۴۴
	همراهی مدیران محلی	۵	۰/۱۱	۵	۰/۵۵
	همراهی ریش سفیدان	۴	۰/۰۹	۵	۰/۴۵
ضعفها	رفت و آمد زیاد به شهر	۴	۰/۰۹	۴	۰/۳۶
	حضور گردشگران	۴	۰/۰۹	۴	۰/۳۶
	بیکاری	۳	۰/۰۶	۳	۰/۲۴
	حضور رسانه‌ها	۴	۰/۰۹	۴	۰/۳۶
	مشکلات اقتصادی برای کسبه ناشی از عدم فروش دخانیات	۳	۰/۰۶	۳	۰/۱۸
	بازگشت مجدد دخانیات به روستا بعد از مدتی	۳	۰/۰۶	۴	۰/۲۴
جمع		۴۴	۱		۰/۱۱

جدول ۳: ارزیابی عوامل بیرونی

سازه	عوامل استراتژیک خارجی	وزن	وزن نرمال شده	امتیاز	امتیاز وزنی
فرصت‌ها	آگاهی بالای روستاییان به امور بهداشتی	۵	۰/۱۱	۵	۰/۵۵
	وجود امکاناتی همچون خانه بهداشت	۵	۰/۱۱	۴	۰/۴۴
	همراهی وزارت بهداشت	۴	۰/۰۸	۵	۰/۵۵
	همراهی مدیران محلی	۴	۰/۰۸	۴	۰/۴۴
	همراهی ریش سفیدان	۵	۰/۱۱	۵	۰/۵۵
تهدیدها	حضور سمن‌ها	۴	۰/۰۸	۴	۰/۴۴
	رفت و آمد زیاد به شهر	۳	۰/۰۶	۳	۰/۱۹۸
	حضور گردشگران	۳	۰/۰۶	۲	۰/۱۳۲
	بیکاری	۲	۰/۰۴	۳	۰/۱۲
	حضور رسانه‌ها	۳	۰/۰۶	۲	۰/۱۳۲
	مشکلات اقتصادی برای کسبه ناشی از عدم فروش دخانیات	۲	۰/۰۴	۲	۰/۰۸
	بازگشت مجدد دخانیات به روستا بعد از مدتی	۲	۰/۰۴	۲	۰/۰۸
جمع		۴۵	۱		۰/۳۵



هم می توان به حضور گردشگران سیگاری اشاره کرد که الگوی نامناسب و تبلیغی منفی برای روستای بدون دخانیات است (جدول ۴ و ۵).

در این مرحله مشخص شد که مجموعه عوامل متعددی همچون همراهی مدیران و آگاهی بخشی به مردم بومی نقش مهمی در موفقیت این طرح داشته است. از نگرانی‌های موجود

جدول ۴: ماتریس QSPM برای ارزیابی عوامل درونی

سازه	عوامل استراتژیک داخلی	ضریب	موفقیت اجرای طرح روستای بدون دخانیات		عدم موفقیت اجرای طرح روستای بدون دخانیات	
			نمره	جمع نمره	نمره	جمع نمره
قوت‌ها	آگاهی بالای روستاییان به امور بهداشتی وجود امکاناتی همچون خانه بهداشت	۰/۵۵	۵	۲/۷۵	۳	۱/۶۵
	همراهی وزارت بهداشت	۰/۴۴	۴	۱/۷۶	۲	۰/۸۸
	همراهی مدیران محلی	۰/۵۵	۴	۱/۷۶	۳	۱/۶۵
	همراهی ریش سفیدان	۰/۴۵	۵	۲/۲۵	۲	۰/۰۹
	رفت و آمد زیاد به شهر	۰/۳۶	۳	۱/۰۸	۲	۰/۷۲
ضعف‌ها	حضور گردشگران بیکاری	۰/۳۶	۳	۰/۷۲	۲	۰/۷۲
	حضور رسانه‌ها	۰/۳۶	۲	۰/۷۲	۱	۰/۲۴
	مشکلات اقتصادی برای کسبه ناشی از عدم فروش دخانیات	۰/۱۸	۳	۰/۵۴	۲	۰/۳۶
	بازگشت مجدد دخانیات به روستا بعد از مدتی	۰/۲۴	۲	۰/۴۸	۱	۰/۲۴
	جمع	۱	۱/۳۵			۰/۸۳

جدول ۵: ماتریس QSPM برای ارزیابی عوامل بیرونی

سازه	عوامل استراتژیک خارجی	ضریب	موفقیت اجرای طرح روستای بدون دخانیات		عدم موفقیت اجرای طرح روستای بدون دخانیات	
			نمره	جمع نمره	نمره	جمع نمره
فرصت‌ها	آگاهی بالای روستاییان به امور بهداشتی وجود امکاناتی همچون خانه بهداشت	۰/۵۵	۵	۲/۷۵	۲	۱/۱
	همراهی وزارت بهداشت	۰/۴۴	۴	۱/۷۶	۲	۰/۸۸
	همراهی مدیران محلی	۰/۵۵	۵	۲/۷۵	۲	۱/۱
	همراهی ریش سفیدان	۰/۴۴	۴	۱/۷۶	۱	۰/۴۴
	حضور سمن‌ها	۰/۵۵	۴	۲/۲	۲	۱/۱
	رفت و آمد زیاد به شهر	۰/۴۴	۳	۱/۳۲	۲	۰/۸۸
تهدیدها	حضور گردشگران بیکاری	۰/۱۹۸	۲	۳/۹۶	۱	۰/۱۹۸
	حضور رسانه‌ها	۰/۱۲	۳	۰/۳۶	۲	۰/۲۴
	مشکلات اقتصادی برای کسبه ناشی از عدم فروش دخانیات	۰/۱۳۲	۲	۰/۲۶۴	۱	۰/۱۳۲
	بازگشت مجدد دخانیات به روستا بعد از مدتی	۰/۰۸	۳	۰/۱۶	۱	۰/۰۸
	جمع	۱	۱/۹۵			۰/۵۹

افزایش آگاهی روستاییان به امور بهداشتی و همراهی وزارت بهداشت در کنار افزایش حضور سمن‌ها فرصت‌های زیادی برای موفقیت طرح روستای بدون دخانیات داشته است که در نمودار ۲ مشخص می باشد.

در نمودار ۱ توزیع و پراکندگی متغیرها نمایش داده شده است. در این نمودار کاملاً مشخص است که آگاهی بخشی به روستاییان و حضور رسانه‌ها در کنار همراهی مدیریت محلی و شوراهای محلی نقش مهمی در موفقیت طرح داشته است.



نمودار ۱: نقاط قوت و ضعف اجرای روستای بدون دختانیات



نمودار ۲: نقاط فرصت و تهدید اجرای روستای بدون دختانیات

داخلی و خارجی نشان دهنده موفقیت اجرای روستای بدون دختانیات در روستای دماغ سفید هستند.

بعد از تهیه راهبرد اجرای روستای بدون دختانیات، راهبردها و استراتژی‌ها در قالب دو راهبرد توسعه ای، عملی ترسیم شدند.

راهبردهای علمی شامل: تامین منابع مالی برای حفظ روستای بدون دختانیات، ارائه آموزش مداوم و مستمر به مردم بومی، ایجاد نشست‌های هم اندیشی بین مسئولان و مردم، توسعه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی، برگزاری مسابقات روستای پاک در سطح استان، آموزش دانش آموزان در مدارس است.

راهبردهای توسعه ای شامل: تبلیغات در رسانه‌ها، نظارت بر ورود گردشگران، تلاش برای کاهش نرخ بیکاری، نظارت بر رفت و آمد جوانان به خارج از روستا، ایجاد زیرساخت‌های

در نهایت مجموع خروجی‌های هر دو بعد موفقیت اجرای روستای بدون دختانیات و عدم موفقیت اجرای روستای بدون دختانیات به قرار زیر است.

عامل داخلی در موفقیت اجرای طرح روستای بدون دختانیات ۱/۳۵ و در بخش عدم موفقیت اجرای روستای بدون دختانیات ۰/۸۳ است.

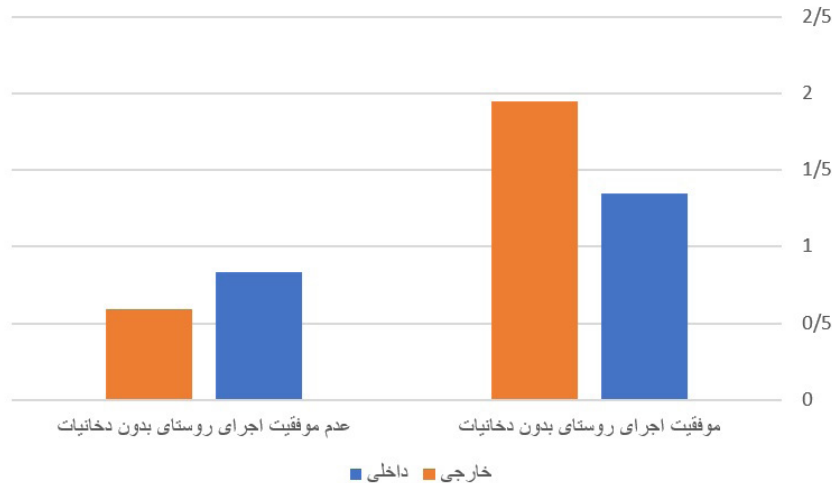
عامل خارجی در موفقیت اجرای طرح روستای بدون دختانیات ۱/۹۵ و در بخش عدم موفقیت اجرای روستای بدون دختانیات ۰/۵۹ است.

در مجموع موفقیت اجرای روستای بدون دختانیات ۳/۳ و عدم موفقیت اجرای روستای بدون دختانیات برابر ۰/۴۲ است که می توان فهمید موفقیت طرح مورد تایید قرار گرفته است.

همان طور که در نمودار ۳ مشخص است مجموعه عوامل

کسبه به جای سیگار، معرفی روستای دماغ سفید به عنوان روستای موفق به سایر روستاها است.

گذران اوقات فراغت، تقویت آگاهی‌های مردم نسبت به دخانیات، ایجاد منابع درآمدی جایگزین برای فروشندگان و



نمودار ۳: میزان موفقیت/عدم موفقیت روستای بدون دخانیات

شناسایی شدند.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج تحلیل SWOT نشان داد که نقاط قوت مهمی در اجرای طرح وجود داشته است که از جمله آن‌ها می‌توان به سطح بالای آگاهی بهداشتی روستاییان، وجود خانه بهداشت، حمایت وزارت بهداشت، همراهی مدیران محلی و مشارکت ریش‌سفیدان اشاره کرد. این عوامل زمینه اجرای موفق طرح را فراهم نموده‌اند. در مقابل، ضعف‌هایی نظیر تأثیر برخی برنامه‌های نامناسب رسانه‌ای، نگرش مثبت نسبت به قلیان، کمبود فضاهای ورزشی و فرهنگی و نگرش اولیه مثبت به دخانیات مشاهده شد که می‌تواند در اجرای طرح در سایر مناطق مورد توجه قرار گیرد.

از منظر عوامل بیرونی، فرصت‌هایی نظیر مشارکت نهادهای دولتی و غیردولتی، حضور سازمان‌های مردم‌نهاد و حمایت اجتماعی گسترده از طرح، بستر مناسبی برای موفقیت پروژه فراهم کرده‌اند. در عین حال، تهدیدهایی همچون رفت‌وآمد گسترده به شهر، حضور گردشگران، بیکاری، مشکلات اقتصادی کسبه ناشی از کاهش فروش دخانیات و احتمال بازگشت مجدد مصرف دخانیات، چالش‌هایی جدی برای پایداری طرح محسوب می‌شوند.

یافته‌های حاصل از تحلیل SWOT نشان می‌دهد که

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثرات اجرای طرح «روستای بدون دخانیات» در روستای دماغ سفید انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که این طرح در مجموع با موفقیت اجرا شده و توانسته است نقش مؤثری در کاهش مصرف دخانیات و ارتقای سلامت عمومی ساکنان ایفا کند. در راستای اجرای بهینه این طرح، راهبردهای عملی و توسعه‌ای متعددی شناسایی شد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به تأمین منابع مالی پایدار، ارائه آموزش‌های مستمر به ساکنان، برگزاری نشست‌های هم‌اندیشی میان مسئولان و مردم، توسعه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی، آموزش دانش‌آموزان در مدارس، و برگزاری برنامه‌های فرهنگی و رقابتی در سطح استان اشاره کرد.

در حوزه راهبردهای توسعه‌ای نیز تبلیغات رسانه‌ای هدفمند، نظارت بر ورود گردشگران، کاهش نرخ بیکاری، کنترل رفت‌وآمد جوانان به خارج از روستا، ایجاد فضاهای مناسب برای گذران اوقات فراغت، ارتقای سطح آگاهی عمومی نسبت به مضرات دخانیات، ایجاد منابع درآمدی جایگزین برای فروشندگان دخانیات و معرفی روستای دماغ سفید به‌عنوان الگوی موفق به سایر مناطق، از جمله اقدامات مؤثر



الگوی بومی‌سازی‌شده برای توسعه سیاست‌های سلامت‌محور در مناطق روستایی کشور مورد استفاده قرار گیرد.

براساس یافته‌های پژوهش، به‌منظور ارتقای اثربخشی و پایداری طرح روستای بدون دخانیات، پیشنهاد می‌شود نقش شبکه‌های بهداشت روستایی در آموزش و آگاه‌سازی عمومی از طریق توزیع بروشورهای آموزشی، برگزاری کارگاه‌های منظم و اجرای برنامه‌های فرهنگی و اجتماعی تقویت شود. همچنین افزایش مشارکت شوراهای محلی، دهیاران و افراد تأثیرگذار اجتماعی در فرآیند برنامه‌ریزی و اجرای طرح‌ها می‌تواند زمینه‌ساز تقویت اعتماد عمومی و ارتقای همکاری‌های محلی باشد. از سوی دیگر، توسعه همکاری میان بخش‌داری‌ها و سایر نهادهای اجرایی با هدف گسترش تبلیغات هدفمند و مؤثر در روستاهای همجوار ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر این، ایجاد فرصت‌های شغلی جایگزین برای کاهش وابستگی اقتصادی برخی کسبه به فروش محصولات دخانی می‌تواند نقش مهمی در تداوم موفقیت طرح ایفا کند. در نهایت، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و فرهنگی ویژه برای نوجوانان و جوانان با تأکید بر مهارت‌های زندگی، خودکنترلی و ارتقای آگاهی نسبت به پیامدهای مصرف دخانیات، به‌عنوان یکی از راهبردهای اساسی در پیشگیری از گرایش به مصرف دخانیات و حفظ سلامت نسل آینده پیشنهاد می‌شود.

از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به یک روستای کوچک با تعداد خانوار کم اشاره کرد که امکان تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد. همچنین، رسانه‌ای شدن موفقیت این روستا موجب افزایش حمایت اجتماعی و احتمال سوگیری پاسخ‌دهندگان شده است؛ به‌گونه‌ای که برخی مشارکت‌کنندگان ممکن است تلاش کرده باشند وضعیت موجود را مطلوب‌تر از واقعیت نشان دهند. در شرایطی که چنین پوشش رسانه‌ای وجود نداشته باشد، ممکن است میزان موفقیت طرح کاهش یابد.

ملاحظات اخلاقی:

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

این مطالعه دارای تاییدیه اخلاقی به شماره IR.RAZI. REC.1404.027 از دانشگاه رازی کرمانشاه است.

اجرای طرح از نظر عوامل درونی و بیرونی در سطح مطلوبی قرار داشته و در مجموع موفقیت آن در سه بعد اصلی مورد تأیید قرار گرفته است. این نتایج بیانگر آن است که با برنامه‌ریزی دقیق، مشارکت نهادهای دولتی و غیردولتی، شوراهای محلی و وزارت بهداشت، می‌توان این الگو را در سایر مناطق کشور نیز پیاده‌سازی کرد.

نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات پیشین همخوانی دارد و نشان می‌دهد که اقدامات فرهنگی، مشارکت ریش‌سفیدان، معتمدان محلی و مدیران محلی نقش مهمی در کنترل و کاهش مصرف دخانیات ایفا می‌کند. همچنین، همانند پژوهش عزمی و مسجدی، این مطالعه تأیید می‌کند که بی‌توجهی دولت، ضعف مدیریت، نگرش منفی نسبت به علم پزشکی و بی‌اعتمادی به نظام سلامت، از چالش‌های اصلی مدیریت دخانیات در مناطق روستایی هستند که می‌توان از طریق آموزش و تبلیغات هدفمند آن‌ها را کاهش داد.

از سوی دیگر، شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی نظیر نرخ بیکاری، سطح سواد و میزان آگاهی بهداشتی افراد جامعه تأثیر مستقیمی بر الگوی مصرف دخانیات دارند. ارتقای این شاخص‌ها می‌تواند زمینه کاهش پایدار مصرف دخانیات را فراهم سازد. همچنین، تمرکز این پژوهش بر یک روستای موفق در حذف دخانیات و بررسی ابعاد اقتصادی، اجتماعی و مدیریتی آن، از نقاط قوت اصلی مطالعه محسوب می‌شود.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که می‌توان با الگوگیری از تجربه موفق روستای دماغ سفید، برنامه‌های مشابهی را در سایر مناطق استان کرمانشاه و کشور اجرا کرد. شناسایی نقاط قوت و ضعف این تجربه، امکان طراحی سیاست‌های مؤثرتر در زمینه کنترل مصرف دخانیات را فراهم می‌سازد. همچنین، با رفع موانع موجود، می‌توان از پایداری وضعیت بدون دخانیات و جلوگیری از بازگشت مجدد آن اطمینان حاصل کرد.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اجرای طرح روستای بدون دخانیات در روستای دماغ سفید با تکیه بر مشارکت اجتماعی، حمایت نهادی و اقدامات فرهنگی هدفمند، موفقیت‌آمیز بوده است. این تجربه می‌تواند به‌عنوان یک



حامی مالی

این مقاله با حمایت مالی مرکز تحقیقات کنترل دخانیات- جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

آئیژ عزمی: طراحی مطالعه، گردآوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش پیش نویس مطالعه، بازنگری و مرور انتقادی محتوای فکری آن و تایید نسخه نهایی؛ محمدرضا مسجدی: تایید نسخه نهایی و اعلام توافق برای پاسخگویی در مورد تمام جنبه‌های مطالعه.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این تحقیق ما را همراهی کرده‌اند، به ویژه مردم روستای دماغ سفید تشکر و قدردانی می‌شود.



References

1. Kaur A, Sherbinin A, Toure A, Jensen L. Economic Empowerment of Women, United Nations Population. 2025. New York 10017(UNPF). [Link](#)
2. IRNA News Agency. Sarpol-e-Zahab's White Nose Village was introduced as a tobacco-free village. 2023. [In Persian] [Link](#)
3. Khabaronline. what are the strategies of other countries for tobacco control? Khabaronline. 2012. AA. [In Persian] [Link](#)
4. Zarei A, Bagherzadeh R, Ravanipour M. Investigating Bushehr city adolescents' tobacco use and the factors related to it, year 2019. *Pediatric Nursing*, 2019; 7(3):80-91. [In Persian] [Link](#)
5. Sedaghat H, Ahmadi S, Mokhtari M, Forooshani HS. The relationship between socio-economic development indicators and death due to drug use in Iran from 1991 to 2020: A time-series analysis. *Research on Addiction*. 2023; 17(67):329-54. [In Persian] DOI: [10.52547/etiadpajohi.17.67.329](https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.17.67.329)
6. Yousefi F, Darabi H, Nabipour I, Assadi M, Vahdat K, Kardeh E. Prevalence of tobacco smoking in Bushehr Province: Comparison of two phases of the Persian Gulf healthy heart study. *Iran South Med J*. 2014; 17(3):487-95. [In Persian] [Link](#)
7. Azmi A, Masjedi MR. Pathological analysis of smoking prevalence in rural communities (case study of Kermanshah province, West of Iran). *JSRD*. 2023; 7(1):45-62. [In Persian] DOI: [10.22034/jsrd.2023.177090](https://doi.org/10.22034/jsrd.2023.177090)
8. Statistical Center of Iran. Population and Housing Census, Statistical Organization of Iran. 2021. [Link](#)
9. Karimi Jaber M, Madani A, Mohseni M, Ansari Z, Khaksari M. Relationship of simultaneous tobacco and opium use with gastrointestinal cancers: A case-control study. *J Prevent Med*. 2024; 11(2):132-41. [In Persian] DOI: [10.32598/JPM.11.2.725.1](https://doi.org/10.32598/JPM.11.2.725.1)
10. Ahmadizadeh Fini A, Rafizad E, Dashtiyani M, Ahmadizadeh Fini E. The study of smoking in population 15-64 in urban and rural area in Hormozgan province. *J Prevent Med*. 2015; 2(2):62-7. [In Persian] [Link](#)
11. Shahrokhi S, Karami, R. Studying the role of architectural design components in reducing crime and tobacco use in university spaces based on CPTED (case study of Islamic Azad University, Sanandaj Branch and Kurdistan University). Proceeding of the 4th International Conference on Architecture, Civil Engineering, Urban Development, Environment and Horizons of Islamic Art in the Declaration of the Second Step of the Revolution. 2015. [In Persian] [Link](#)
12. Sedighian BA. Investigation of the relationship between social bonding and tobacco and drug use: A case study of students at Tehran universities. Proceeding of the 4th International Conference on New Achievements in Counseling and Psychology in Iran and the World, Tehran. 2015. [In Persian] [Link](#)
13. Ashtari Mehrjardi A, Masjedi MR. Meta-analysis of articles on tobacco with emphasis on students and academics (from 2011 to 2021). *J ind univ*. 2024; 16:(61,62):129-50. [In Persian] [Link](#)
14. Mollazehi AKh. Identification and analysis of social and psychological factors affecting the tendency of adolescents and young people to use tobacco and drugs in Chabahar city. Proceeding of the 11th National Conference - Positive Psychology News, Bandar Abbas. 2014. [In Persian] [Link](#)

