

## استعمال دخانیات در جوانان: برنامه قلب سالم اصفهان

دکتر حمیدرضا روح‌افزا<sup>۱</sup>، دکتر معصومه صادقی<sup>۱</sup>، دکتر علیرضا امامی<sup>۲</sup>

**Title:** *Smoking in youth: Isfahan Healthy Heart Project (IHHP)*

**Authors:** *Roohafza H,(MD); Sadeghi M,(MD); Emami AR,(MD).*

**Abstract:** *Since the age to start smoking has decreased in societies and smoking prevalence has increased, studies must be carried out in order to evaluate the knowledge, attitude and practice (KAP) of youngsters about smoking to perform proper programming.*

*The present cross-sectional study was formed on 19-25 year old youngsters of the Isfahan and Najafabad cities. Subjects studied were 1315 persons (49% male and 51% female) selected using a randomized multistage sampling method. A questionnaire was completed by trained health care workers. The questionnaire included demographic information and questions about KAP (knowledge, attitude and practice) in the field of smoking. Data were statistically analyzed using Chi-square, Logistic regression and independent t-test.*

*The mean score for knowledge and  $8.34 \pm 1.97$  and for attitude  $15.39 \pm 2.43$ . Regarding knowledge, there was no significant difference between men and women but regarding attitude, the difference was significant ( $P < 0.0001$ ) and at high school level of education and higher the difference in both fields was meaningful ( $P < 0.0001$ ). But no difference was seen between rural or urban societies. In respect of practice, 11.8% of youngsters smoked (22.5% men, 6.0% women) and the most prevalent product was cigarette (88.9%) with an average 10 per day. The age for starting smoking among young men was  $17.3 \pm 1.6$  and in young women  $20 \pm 2.9$ . Sex, smoker parents and education level had a reasonable relation with youngsters' smoking habit, respectively.*

*Considering the results of the present study, knowledge and attitude of youngsters about smoking was good unlike the practice that wasn't acceptable in men.*

*In respect to smoking hazard, widespread training programs should be designed even in primary school in order to prevent smoking and also to stop smoking once it begins.*

**Keywords:** *youngsters, smoking, knowledge, attitude, practice.*

۱- بیمارستان صدیقه طاهره، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
 ۲- مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

### چکیده:

از آنجایی که سن مصرف سیگار در جوامع کاهش و شیوع مصرف آن افزایش یافته است، باید مطالعاتی جهت بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد جوانان نسبت به مصرف دخانیات انجام شود. مطالعه حاضر توصیفی، تحلیلی و مقطعی در جوانان ۱۹ تا ۲۵ ساله شهرستانهای اصفهان و نجف آباد، با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای بود. ابزار مطالعه پرسشنامه‌ای بود که توسط کارداناان بهداشت آموزش دیده تکمیل شد. پرسشنامه براساس اطلاعات دموگرافیک و سؤالاتی در مورد آگاهی، نگرش و عملکرد در زمینه استعمال دخانیات تکمیل گردید. آزمونهای آماری مورد استفاده Chi-square test, logistic regression, Independent T-test بود. افراد مورد مطالعه ۱۳۱۵ نفر (۵۱٪ زن، ۴۹٪ مرد) بودند. میانگین نمره آگاهی و نگرش به ترتیب  $1/97 \pm 8/34$  و  $2/43 \pm 15/39$  بود که در زمینه آگاهی تفاوتی بین مردان و زنان وجود نداشت اما در حیطه نگرش معنی‌دار بود ( $P < 0/0001$ ). در سطح تحصیلات دبیرستان و بالاتر تفاوتی هر دو حیطه معنی‌دار بود ( $P < 0/0001$ ). اما بین ساکنین شهر و روستا تفاوتی وجود نداشت. ۱۱/۸٪ جوانان استعمال دخانیات داشتند (۲۲/۵٪ مردان، ۰/۶٪ زنان) و شایعترین محصول دخانی مورد مصرف سیگار (۸۸/۹٪)، متوسط نخ مصرفی ۱۰ عدد بود. سن شروع مصرف سیگار در مردان و زنان جوان به ترتیب  $17/3 \pm 1/6$  و  $20 \pm 2/9$  سالگی بود. جنسیت، وجود والدین سیگاری و سطح تحصیلات بترتیب با سیگاری بودن جوانان رابطه علیتی داشت. با توجه به نتایج مطالعه حاضر اگرچه آگاهی و نگرش جوانان در زمینه مصرف دخانیات مطلوب بود، اما عملکرد جوانان درصد قابل توجهی مصرف مواد دخانی بخصوص در مردان را نشان داد. نظر به اهمیت و تاثیرات منفی مصرف دخانیات بخصوص سیگار، آموزشهای فراگیر را باید از سنین پایین حتی مقاطع ابتدائی جهت پیشگیری و نیز برنامه‌های توقف مصرف را طراحی کرد.

### کل واژگان: جوان، استعمال دخانیات، آگاهی، نگرش، عملکرد.

### مقدمه:

این مرگ‌ها در کشورهای درحال توسعه رخ می‌دهد (۵). WHO در ارزیابی خود به این نتیجه رسیده است که یک سوم افراد بالای ۱۵ سال سیگاری هستند و بیش از ۷۰٪ این افراد سهم کشورهای در حال پیشرفت است (۸-۶). شیوع سیگار در سالهای اخیر در کشورهای صنعتی کم شده اما تعداد افراد جوان سیگاری در کشورهای در حال رشد با درآمد کم و متوسط رو به افزایش است (۹). لازم به ذکر است هنوز فاکتور مشخصی در گروه‌های مختلف قومی و نژادی در دنیا یافت نشده که بتوان مصرف سیگار را به آن ربط داد. اما مطالعات مختلف فاکتورهای متعددی را در این مورد دخیل می‌دانند، از جمله میتوان به وضعیت اقتصادی، فاکتورهای فرهنگی، فاکتورهای بیولوژیک، استرس، تبلیغات، قیمت سیگار، سیاست‌های کنترل و منع سیگار و فرهنگ پذیری را نام برد (۱).

مصرف سیگار یکی از مهمترین علل قابل پیشگیری مرگ در دنیا است. بیماریهای فراوانی در اثر مصرف سیگار ایجاد می‌شود مانند بیماری ریوی، بیماری قلبی، آترواسکلروز عروق محیطی و ... (۱). سیگار یکی از مهمترین عوامل خطر قابل تعدیل بیماریهای قلبی و عروقی است (۲). سیگار اثر دیگر ریسک فاکتورهای بیماری قلبی را چند برابر می‌کند و علت ۲۰٪ تمام مرگهای مربوط به بیماریهای قلبی و عروقی را به سیگار نسبت می‌دهند (۳).

گزارشات WHO حاکی از آن است که مصرف سیگار در سال حدوداً ۴ میلیون مرگ را در پی دارد و تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۲۰ این عدد به ۸/۴ میلیون افزایش یابد (۴) و حدود ۷۰٪

نظر آگاهی، نگرش و حیطه‌هائی از عملکرد نسبت به مقوله استعمال دخانیات مورد بررسی قرار گرفته است.

منظور از جوانان در این مطالعه، دارا بودن سن حداقل ۱۹ سال و حداکثر ۲۵ سال است. دیگر شرایط ورود به مطالعه سکونت بیش از شش ماه در شهرستان محل مطالعه، تابعیت ایرانی، عدم ابتلا به عقب ماندگی ذهنی بود. مدت اجرا از دی ماه ۱۳۷۹ به مدت شش ماه به طول انجامید. جمعیت تحت مطالعه، جمعیت شهری و روستائی شهرستانهای اصفهان و نجف آباد است. نسبت افراد انتخاب شده در دو شهرستان به نسبت جمعیت کلی آن دو (۷۰٪ در مقابل ۳۰٪) است. همچنین نسبت جمعیت شهری به روستائی در نمونه انتخاب شده هر شهرستان رعایت شده است.

نمونه‌های مورد بررسی از ۱۵ خوشه تصادفی شهر اصفهان و ۸ خوشه روستائی آن و در نجف آباد از ۷ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۷ مرکز روستائی انتخاب شدند. نمونه‌گیری به طریقه Multistage و به روش تصادفی (Random) انجام شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش حاوی اطلاعات دموگرافیک و سؤالات مربوطه به KAP<sup>۲</sup> (آگاهی، عقیده و عملکرد) در زمینه استعمال دخانیات طراحی شد. قسمت پرسشنامه آگاهی حاوی ۱۳ سؤال که هر سوال یک نمره داشت، پرسشنامه عقیده (نگرش) حاوی ۱۹ سؤال که برای هر سوال صحیح یک نمره در نظر گرفته شده بود و پرسشنامه عملکرد مشتمل بر ۱۲ سؤال بود که هر سؤال یکی از شاخصهای عملکرد را مورد بررسی قرار میدهد. سپس روانی و پایایی این پرسشنامه‌ها طی یک مطالعه پایلوت مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت توسط مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تأیید قرار گرفت. روند پرسشگری توسط تعدادی از کاردانان فارغ‌التحصیل رشته بهداشت که در طی چند جلسه مورد آموزش قرار گرفتند، انجام شد. کلیه پرسشگرها با استفاده از یک راهنما در روز قبل از پرسشگری، خانه‌های مورد نظر را شناسایی نموده، یک پمفلت جهت آشنایی افراد و جلب رضایت و همکاری ایشان به آنان تحویل می‌دادند. ضمناً ساعت مراجعه برای روز بعد هماهنگی می‌شد.

در نهایت پس از ورود داده‌ها، کلیه اطلاعات با نرم‌افزار آماری SPSS-۱۱ مورد پردازش قرار گرفت. سپس از روشهای توصیفی و نیز آزمونهای Chi-square test، logistic regression

در آمریکا مصرف سیگار علت اصلی قابل پیشگیری مرگ و میر است که حدود ۴۳۰/۰۰۰ مرگ در سال دارد (۱۰). یکی از اهداف بهداشتی سال ۲۰۰۰ آمریکا این بود که شیوع مصرف سیگار را به ۱۱ درصد برساند. در حالی که مطالعات نشان داده‌اند که طی سه سال ۱۹۹۷-۲۰۰۰ شیوع سیگاریها<sup>۱</sup> تغییری نداشته است (۱۱). مطالعات در کشورهای پیشرفته نشان می‌دهد که اکثراً شروع استفاده از سیگار در این کشورها قبل از سن ۱۸ سالگی است (۵). اخیراً در مطالعات انجام شده به وضوح کاهش در روند سن شروع سیگار و افزایش شیوع مصرف سیگار در کودکان و نوجوانان دیده می‌شود، اگر این سیر ادامه یابد در آینده نزدیک شاهد ۲۵۰ میلیون مرگ خواهیم بود که در حال حاضر کودک و نوجوان هستند و اکثراً در کشورهای درحال پیشرفت زندگی می‌کنند (۱۲). شیوع مصرف سیگار در سال ۱۹۹۷ در رده سنی ۱۸-۲۴ سال، ۲۸/۷٪ بوده است که در مقایسه بقیه رده‌های سنی بیشترین میزان را به خود اختصاص داده بودند. در صورتی که در دهه‌های گذشته این رده سنی حداقل مصرف سیگار را داشته است (۱۳). در طی تحقیقی که در سال تحصیلی ۶۸-۱۳۶۷ در شهر اصفهان بر روی دانش‌آموزان پسر پیش دانشگاهی انجام شد ۲۲/۵٪ دانش‌آموزان مورد بررسی سیگاری بودند و اولین سیگار را در سنین ۱۰-۱۳ سالگی تجربه نموده‌اند (۱۴). اما در طرح ملی سلامت و بیماری در ایران از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۸ شیوع استعمال سیگار کاهش داشته است (۱۵).

حال با توجه به شیوع بالای مصرف سیگار در جوانان و کاهش سن شروع به مصرف سیگار و نظر به اینکه توجه خاص جوامع بین‌المللی، منجمله WHO، UNICEF و اکثر آژانس‌های بهداشتی به مصرف سیگار توسط جوانان معطوف شده است (۱۶ و ۱۷)، لازم است مطالعاتی از این دست انجام داد تا با توجه به آگاهی، عقیده و عملکرد جوانان نسبت به استعمال دخانیات بتوان برنامه‌ریزی دقیق و اصولی بر مبنای این سه مقوله برای کاهش شیوع و کاهش عوارض بعدی مثل بیماریهای قلبی و ... انجام داد.

## روش کار:

مطالعه حاضر مطالعه ای است توصیفی، تحلیلی و مقطعی که در آن وضعیت موجود جوانان شهرستان اصفهان و نجف‌آباد از

<sup>2</sup> - knowledge, attitude, practice

<sup>1</sup> - current smoker

نمره آگاهی در جوانان واجد تحصیلات دبیرستان و بالاتر  $9/03 \pm 1/79$  و در جوانان با تحصیلات کمتر از دبیرستان  $8/34 \pm 2/14$  بوده است ( $P < 0/0001$ ). جدول یک، درصد نسبی پاسخهای سه گانه به برخی سؤالات مهم پیرامون آگاهی نسبت به استعمال دخانیات را نشان می دهد.

۲) نگرش: نمره نگرش در جوانان مذکور  $15/39 \pm 2/43$  بود. حداقل و حداکثر نمره بین صفر تا ۱۹ و نمره صدک ۲۵، ۵۰ و ۹۰ آن به ترتیب ۱۴، ۱۶ و ۱۸ بوده است. در زنان جوان نمره نگرش  $15/63 \pm 2/21$  و در مردان جوان  $15/16 \pm 2/61$  بوده است بطوریکه بین میانگین نمره نگرش در دو جنس تفاوت معنی دار وجود داشت ( $P < 0/0001$ ). علاوه بر آن نمره نگرش در افراد با سطوح تحصیلی پایین تر از دبیرستان در مقایسه با افراد با تحصیلات بالاتر از دبیرستان ( $15/00 \pm 2/59$ ) در مقابل  $15/66 \pm 2/28$ ) نیز معنی دار بوده است ( $P < 0/0001$ ).

جدول ۱- درصد نسبی پاسخهای سه گانه به برخی سؤالات مهم پیرامون آگاهی نسبت به استعمال سیگار در جوانان

سؤال	خیر	نمی دانم	بلی
اثر منفی سیگار بر فشار خون	۲	۱۱/۲	۸۶/۸
اثر منفی سیگار بر قند خون	۱۵/۴	۲۹/۱	۵۵/۵
اثر منفی سیگار بر چربیهای خون	۱۱/۸	۳۴/۵	۵۳/۷
اثر سیگار بر افزایش خطر سکته مغزی	۱۵/۳	۱۷/۸	۶۶/۹
اعتیاد آور بودن سیگار	۷/۵	۳/۷	۸۸/۸
وجود سیگارهای بی خطر	۸۸/۸	۶/۳	۴/۸
مفید بودن ترک سیگار برای افرادی که مدت طولانی سیگار کشیده اند	۸/۶	۳/۳	۸۸/۲

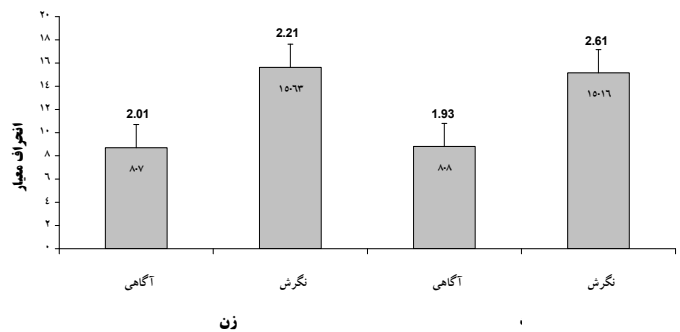
از نکات مهم دیگر در نتایج، تفاوت نگرش جوانان سیگاری و غیرسیگاری به بعضی از سؤالات مهم در حیطه نگرش است. بطوریکه در بین جوانان مصرف کننده دخانیات  $35/7\%$  اعتقاد دارند که در هنگام عصبانیت سیگار سبب آرامش می شود اما این عدد در جوانان غیرسیگاری  $19/3\%$  است.  $62/1\%$  جوانان مصرف کننده دخانیات، فشار زندگی را یکی از عوامل مهم گرایش به سیگار می دانند و نکته قابل توجه اینکه این اعتقاد در جوانان غیرسیگاری  $58/9\%$  می باشد. ضمناً درصد نسبی پاسخها به برخی از سؤالات مهم پیرامون نگرش نسبت به استعمال دخانیات در جدول شماره ۲ بیان شده است.

جدول ۲- درصد نسبی پاسخهای سه گانه به برخی سؤالات مهم پیرامون نگرش نسبت به استعمال سیگار در جوانان

independent t-test در ارائه نتایج استفاده گردید. لازم بذکر است در مطالعه حاضر تعاریف زیر بکار رفته است: Daily smoker: افرادی که هر یک از محصولات دخانی را حداقل یکبار در روز مصرف می کنند. Occasional smoker: افرادی که مصرف محصول دخانی شان در حال حاضر ادامه دارد ولی بصورت روزانه نیست. Ex-smoker: افرادی که قبلاً مصرف کننده محصول دخانی بوده ولی در حال حاضر مصرف کننده نیستند. Never smoker: افرادی که تا بحال هیچگاه محصول دخانی استفاده نکرده اند.

### یافته ها:

جمعیت مورد مطالعه جوانان ۱۹ تا ۲۵ سال شهرستانهای اصفهان و نجف آباد بودند که تعداد آنها ۱۳۱۵ نفر بوده است. از این تعداد  $49\%$  مرد و  $51\%$  زن بوده اند. نمودار ۱ سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه را نشان میدهد. در جمعیت مورد مطالعه  $79\%$  در شهر و  $21\%$  در روستا زندگی می کردند. نتایج حاصل از این مطالعه در سه حیطه آگاهی نگرش و بعضی از جنبه های عملکرد بیان می شود.



نمودار ۱- میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی و نگرش به تفکیک جنس

۱) آگاهی: نمره آگاهی افراد مورد مطالعه  $8/34 \pm 1/97$  (mean  $\pm$  SD) بود. بطوریکه حداقل نمره آگاهی صفر و حداکثر آن سیزده بوده است. نمره صدک بیست و پنج آگاهی ۸، صدک پنجاه، ۹ و صدک نود، ۱۱ بوده است. در زنان جوان نمره آگاهی  $8/70 \pm 2/01$  و در مردان جوان  $8/80 \pm 1/93$  بود. بین میانگین نمره آگاهی در دو جنس تفاوت معنی داری وجود نداشت اما بر اساس سطح تحصیلات تفاوت نمره آگاهی معنی دار بود، بطوریکه

ارتباط بین وجود والدین سیگاری، سطح تحصیلات و جنس با سیگاری بودن یا نبودن افراد با استفاده از روش آماری Logistic Regression مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج حاکی از آن است اگر تأثیر هر یک از عوامل مطرح شده را در نظر بگیریم قوی‌ترین ارتباط بین عوامل یاد شده را جنسیت دارا می‌باشد و هنگامی که تأثیر همزمان تمام عوامل را در نظر بگیریم قوی‌ترین عوامل به ترتیب نزولی عبارتند از جنسیت، وجود والدین سیگاری و سطح تحصیلات.

سؤال	خیر	نمی‌دانم	بلی
اثر آرامش دهنده در مواقع عصبانیت و ناراحتی	۲۱/۲	۷/۶	۷۱/۲
لزوم تذکر به برخی افرادی که در جوار دیگران سیگار می‌کشند	۲/۵	۲/۱	۹۵/۴
بی‌ضرر بودن سیگار با توجه به وجود افراد مسن سالم سیگاری	۸۶/۲	۶/۵	۷/۴
تأثیر سیگار کشیدن والدین بر سیگاری شدن فرزندان	۳/۴	۱/۴	۹۵/۲

### بحث:

مطالعه حاضر مطالعه‌ای است در مورد جوانان و سیگار که در سه حیطة نگرش، آگاهی و برخی از جنبه‌های عملکرد این گروه سنی به بحث می‌پردازد.

اولین حیطة مورد بحث آگاهی کلی جوانان در مورد دخانیات و عوارض آن می‌باشد. توجه به نتایج چند مطالعه در کشورهای پیشرفته روشن می‌سازد که این آگاهی در جوانان مورد بررسی در سطح قابل قبولی است. چرا که در مطالعاتی در کشور کانادا و فرانسه مشاهده شد که آگاهی کلی جوانان در زمینه ارتباط سیگار و بیماریهای قلبی و عروقی به ترتیب ۶۳٪ و ۴۱٪ بوده است (۲۰-۱۸).

سطح تحصیلات در میزان آگاهی بطور معنی‌داری مؤثر بوده است که امر بعیدی به نظر نمی‌رسید. از سوی دیگر جنسیت در میزان آگاهی تأثیر نداشته است و مردان و زنان جوان، آگاهی لازم را نسبت به دخانیات داشته‌اند. این مساله احتمالاً نشان دهنده فعالیت‌های مستمر و پیگیر رسانه‌های گروهی و واحدهای بهداشتی در سالهای اخیر می‌باشد.

اگرچه آگاهی کلی جوانان در مورد سیگار و عوارض آن نسبتاً مطلوب است ولی توجهی به آگاهی اختصاصی آنان نسبت به برخی سوالات مهم این حیطة در جدول ۱ نشان‌دهنده آنست که در زمینه اثر نامطلوب آن بر ریسک فاکتورهای عمده قلبی عروقی و همچنین اثر اعتیاد آور سیگار، عدم اطلاع صحیح، رقم بالایی (حتی تا ۴۵٪) دارد. این امر مؤید آنست که فعالیت اطلاع‌رسانی در این زمینه باید تداوم یابد و تقویت شود.

علیرغم نتایج حیطة آگاهی در بخش نگرش، اثر جنسیت بطور معنی‌داری تفاوت ایجاد می‌کند و چنانکه در بخش عملکرد هم ذکر خواهد شد شاید بتوان این عامل را در کنار فاکتورهای متعدد دیگر، در شیوع بالاتر مصرف سیگار را در مردان جوان

(۳) عملکرد: در زمان انجام تحقیق ۸۸/۲٪ جوانان از محصول دخانی استفاده نمی‌کردند و ۱۱/۸٪ آنها استعمال دخانیات داشته‌اند. در این بین مردان جوان ۲۲/۵٪ و زنان جوان فقط ۰/۶٪ مصرف کننده مواد دخانی بوده‌اند. شیوع مصرف سیگار در جوانان شهری ۱۱/۴٪ و در جوانان روستائی ۱۳/۱٪ بود که بین آنها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. شایعترین محصول دخانی مورد مصرف، سیگار (۸۸/۹٪) بوده است. پس از آن قلیان ۹/۸٪ و پیپ ۱/۳٪ در درجات بعدی مورد مصرف قرار داشتند. جدول ۳ الگوی مصرف دخانیات را در بین جوانان بر حسب جنس نشان می‌دهد.

### جدول ۳- فراوانی نسبی الگوی مصرف دخانیات در بین جوانان بر حسب جنس

الگو	جنس	مرد	زن
افراد غیر سیگاری		۷۵٪	۹۹/۴٪
افرادیکه مصرف سیگارشان بصورت روزانه نیست.		۳/۹٪	۰/۱٪
افرادیکه سیگار را ترک کرده‌اند		۲/۶٪	۰٪
افرادیکه روزانه سیگار مصرف میکنند		۱۸/۵٪	۰/۵٪
کل		۱۰۰٪	۱۰۰٪

متوسط نخ مصرفی سیگار در بین جوانان ۱۰ نخ بوده است. حداقل مصرف ۱ نخ و حداکثر ۸۰ نخ و بیشترین فراوانی در نخ مصرفی ۲۰ نخ (۱ پاکت) در روز بود. متوسط سن شروع به مصرف دخانیات در جوانان  $17/4 \pm 2/4$  سالگی، حداقل سن شروع ۹ سالگی و حداکثر ۲۴ سالگی گزارش شده بود. صدکهای ۲۵، ۵۰ و ۹۰ در مورد سن شروع به ترتیب ۱۶، ۱۸ و ۲۱ سالگی بود. سن شروع مصرف سیگار در مردان جوان  $17/3 \pm 1/6$  و در زنان جوان  $20/9 \pm 2/9$  سالگی بود. متوسط سن شروع سیگار در جوانان شهری ۱۷/۴ و در جوانان روستائی ۱۷/۳ سالگی، که بین آنها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. ۱۲/۴٪ جوانان دارای والدین سیگاری (یکی یا هر دو) بودند.

مطالعه خارجی است (۲۸ و ۲۹). در تعدادی از کشورها مثل روسیه به دنبال اعمال سیاست محدود سازی مصرف سیگار، افراد سیگاری مجبور به استعمال آن در منزل شدند. پس از مدتی مشاهده شد که علاوه برافزایش خطر تماس با دود سیگار در بقیه افراد خانواده، بزرگسالان الگوی بدی برای فرزندانشان خود شدند بطوریکه سبب افزایش شیوع مصرف سیگار در نوجوانان و جوانان گردید (۲۱). از دیگر مسائل با اهمیت در این بحث سن شروع مصرف سیگار می باشد که از نتایج مطالعه حاضر این گونه استنباط می شود که این سن پایین شروع به شدت نگران کننده و هشدار دهنده است.

توجهی به محدوده سنی شروع مصرف سیگار تأکیدی بر اهمیت سیاست گذاری پیشگیرانه در بین سنین ۲۴-۹ است. که بنظر نویسندگان یکی از راه های عملی و موثر، مداخله در سطح مدارس راهنمایی و دبیرستان و دانشگاه است. مشابه اینکار در کشور چین انجام شد که برنامه پیشگیری بصورت آموزش های جامع درمورد خطرات ومضرات سیگار سبب کاهش واضحی در Daily smoker ها شد (۳۰). همچنین در کشورهای غربی نیز برنامه پیشگیری در تأخیر شروع سیگار کشیدن مؤثر بود (۳۱ و ۳۲).

بجز برنامه های پیشگیری برنامه توقف مصرف سیگار نیز بعنوان یکی از فاکتورهای اساسی در کنترل مصرف سیگار مورد توجه قرار گرفته است که مرکز کنترل با بیماری های آمریکا (CDC) در کنار برنامه های پیشگیری و اثر بر سن شروع و دوری هر چه بیشتر از مواد دخانی بر این مساله هم تأکید نموده است (۲۷). قبل از سال ۱۹۹۹ در برنامه های کنترل سیگار کمتر به ترک سیگار پرداخته می شد و تمرکز بیشتر روی سیاست های شروع مصرف سیگار بود اما از آنجا که ترک سیگار باعث کاهش مرگ و میر در کوتاه مدت می شود توقف مصرف سیگار نیز از آن سال مورد توجه بیشتری قرار گرفت (۳۳) که نمونه آن را در برنامه های Quit & Win می بینیم.

نویسندگان پیشنهاد می کنند که برنامه های ترک سیگار مشابه Quit & Win در سطح محلی و یا کشوری انجام شود. از دیگر سیاست های اعمال شده که در کاهش مصرف سیگار جوانان و افراد با سطح درآمد پایین مؤثر بوده، افزایش قیمت سیگار است. بطوریکه در مطالعه ای افزایش ۱۰٪ قیمت سیگار ۴٪ مصرف سیگار را کاهش داد (۱). اعمال این سیاست با محدود سازی مرزها و سیاست مقابله فعال با قاچاق سیگار خارجی و مبارزه با سیگار فروشان خیابانی توسط مراجع ذیصلاح دولتی در کشورما نیز قطعاً نتایج بسیار مثبتی در پی خواهد داشت.

دخیل دانست. اثر تحصیلات برنگرش نسبت به استعمال دخانیات همانند حیطه آگاهی بارز است. این اثر تأکیدی دو چندان بر اهمیت تحصیل بویژه در مناطقی که کمتر به آن بها داده می شود (بویژه روستاها)، مینماید. همچنین مرور نتایج چند سوال مهم حیطه نگرش در افراد سیگاری و غیر سیگاری، موید تفاوت معنی دار بین این دو گروه است.

شیوع مصرف سیگار در مطالعه GYTS در سال ۱۹۹۹ در جوانان ۱۳ کشور دنیا بین ۳۳-۱۰٪ بود که در کشورهای غربی این آمار بیشتر بوده است (۲۱). رقم ۱۱/۸ درصد در مطالعه ما، در حوالی پایین ترین حد آمار کشورهای مشابه قرار دارد. بنظر می رسد این امر متأثر از عوامل متعددی است که چند عامل مهم تر عبارتند از: مقاومت های فرهنگی در سیگاری شدن جوانان و نوجوانان، کمبود درآمد و اوضاع نامساعد اقتصادی افراد،

سیاست های عدم تبلیغ سیگار.

در مطالعه حاضر شیوع استعمال دخانیات در خانمها به وضوح کمتر از آقایان است. این نتیجه مشابه مطالعات کشورهای حوزه مدیترانه است. بطوریکه در کشور مصر کمتر از ۵٪ خانمها در مقایسه با ۲۰٪ آقایان و در کشورهای اروپایی حوزه مدیترانه کمتر از ۲۰٪ خانمها در مقایسه با ۶۰٪ آقایان مصرف دخانیات داشته اند (۲۲). در مطالعه ای در تهران در بین دانش آموزان پیش دانشگاهی شیوع استعمال دخانیات در پسرها ۳۵٪ و در دخترها ۲۶/۹٪ سیگار را تجربه کرده بودند و میانگین سن شروع در پسران سیگاری ۱۴/۳۶ سال و در دختران سیگاری ۱۴/۲۹ سال بوده است (۲۳). همچنانکه در نتایج هم ذکر شد، به سبب اهمیت به سزای جنسیت در سیگاری شدن افراد، لزوم سرمایه گذاری بیشتر اقتصادی و فرهنگی در پیشگیری از اعتیاد به سیگار در افراد مذکر واضح است.

مساله مهم دیگر در گرایش جوانان به دخانیات، سطح تحصیلات افراد مصرف کننده بوده که در مطالعه مشابهی در تونس نیز مصرف سیگار مردان با سطح تحصیلات ارتباط معکوس داشته است (۲۴). در مطالعاتی در کشورهای با سطح درآمد بالا در گروه های مختلف اقتصادی اجتماعی، افراد با وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات پایین تر مصرف سیگار بیشتری داشته اند (۲۵ و ۲۶). در یک مطالعه در آمریکا شیوع Daily smoker ها در افراد با تحصیلات کمتر از ۱۱ سال، بالاترین میزان را به خود اختصاص داده است (۲۷).

فاکتور مهم دوم در مصرف سیگار جوانان، وجود والدین سیگاری است. نتایج مطالعه حاضر در این زمینه مشابه چندین

میتوان اینگونه استنباط کرد که باید آموزشهای فراگیر مؤثرتر از سنین پایین و در مقاطع مختلف حتی مقاطع ابتدایی، جهت پیشگیری و اعمال سیاستهای مناسب و مؤثر همچون استفاده از مالیاتهای سنگین جلوگیری از قاچاق سیگار و تشویق به ترک سیگار از طریق برنامه های تدوین شده به کار گیریم.

## نتیجه:

با توجه به اینکه در مطالعه حاضر آگاهی جوانان نسبت به استعمال دخانیات در حد مطلوبی بوده، اما شیوع بالای مصرف سیگار (عملکرد) و سن پایین شروع مصرف نیز مشاهده می‌شود.

## References:

- Center for Disease Control and Prevention. Tobacco use- United States, 1900-1999. MMWR. 1999; 48: 986-93.
- Bartecchi CE, Mackenzie TD. The human costs of tobacco use (first of two parts). N Engl Med. 1994; 330: 907-13.
- Smoking- Related Deaths and Financial Costs: Estimates for 1990. Rev.ed.Washington. DC. Office of Technology Assessment; 1993.
- Murray CGL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disease by cause, 1990-2020: global burden of disease study. Lancet 1997, 349: 1498-504.
- US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people; a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health ; 1994.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. Lancet. 1992; 339: 1268-78.
- Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. Br Med J 1994; 309: 937-9.
- World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneva: World Health Organization; 1997.
- Mackay J, Crofton J. Tobacco and the developing world. Br Med Bull 1996; 52: 206-21.
- CDC. Smoking-attributable mortality and years of potential life lost-United States, 1984. MMWR, 1997; 46: 444-51.
- Public Health Service. Healthy people 2000: midcourse review and 1995 revisions. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service ; 1995.
- Peto R. Developing populations: the future health effects of current smoking patterns. In: Mortality from smoking in developed countries. Oxford University Press. 1994: A101-103.
- Wechsler H, Rigotti NA, Gledhill-Hoyt LH. Increased levels of cigarette use among college students: a cause for national concern. JAMA. 1998; 280: 1673-8.
- یزدانی، ع. بررسی میزان تاثیر عوامل موثر در اعتیاد به سیگار دانش آموزان پسر سال سوم دبیرستانهای شهر اصفهان. تز دانشکده پرستاری مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۶۸.
- محمد کاظم، نوربالا احمدعلی، مجدزاده سیدرضا، کریملو مسعود. روند تغییرات شیوع استعمال دخانیات در ایران (۱۳۷۸-۱۳۷۰) بز اساس دو طرح ملی سلامت و بیماری. مجله حکیم (۱۳۷۹) شماره ۴: ۱۹۷-۲۹۰.
- Bellamy C. Tobacco undermines child rights, UNICEF says. Marketing World No-Tobacco day calls for concerted global action. Press release, New York: UNICEF, May 1998.
- Yach D, Ferguson BJ. Can we stop children and adolescents from smoking? Soc Sci Med 1999; 48: 757-8.
- Lachance B, Tetreault H, Couture R. Connaissances des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. In: Sante Quebec-rapport de /enquete quebecoise sur la sante cardiovasculaire, 1990. Montreal: Ministry of Health and Social Services, Gouvernement of Quebec ; 1994 : 39-52.
- Bon N, Spycherelle Y, Monneau JP, et al. Connaissances, comportements et attitudes a l'egard des maladies cardio-vasculaires. Arch des Malad du Coeur 1987; 6: 929-35.
- Skander F, Larbaoui D. Epidemiologie du tabagisme Bans la population de la Wilaya d'Alger. Revue d'Epidemiologie et de SantO Publique. 1989; 37: 143-8.
- Charles W W, Leanne R, Samira A, et al. Tobacco use by youth: A surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. Bull World Health Org 2000; 78(7): 867-80.
- Tessier JF, Nejari C, Bennani-Othmani M. Smoking in Mediterranean countries: Europe, North Africa and the Middle East: results from a co-operative study. Int J Tube Lung Dis 1999; 3: 927-37.
- Fakhfakh R, Hsairi M, Maalej M, et al. Tobacco use in Tunisia: Behavior and awareness. Bulletin World Health Org 2002; 80: 350-6.
- ضیایی پروین حاتمی زاده نیکتا وامقی دولت ابادی شیوا. بررسی میزان مصرف سیگار و سن شروع اولین سیگار در دانش آموزان سال اخر دبیرستانهای شهر تهران درسال تحصیلی ۱۳۷۷-۷۸. مجله حکیم (۱۳۸۰) شماره ۲: ۸۴-۷۸.

- 25- Pierce JP. International comparison of trends in cigarette smoking prevalence. *Am J Pub Health* 1989; 79: 152-7.
- 26- Nelson DE, Emont SL, Brackbill RM, et al. Cigarette smoking prevalence by occupation in the United States: a comparison between 1978 to 1980 and 1987 to 1990. *J Occup Med* 1994; 36: 516-25.
- 27- Center for Disease Control. Cigarette smoking among adults-United States, 1997. *MMWR* 1999; 48: 993-6.
- 28- Stephens T, Morin M, eds. *Youth Smoking Survey, 1994: technical report*. Ottawa, Canada: Minister of Supply and Services ; 1996.
- 29- Wang SQ, Yu JJ, Zhu BP, et al. Cigarette smoking and it's risk factors among senior high school students in Beijing, China, 1988. *Tobacco Control* 1994; 3: 107-14.
- 30- Hesketh T, Ding QJ. Smoking among youths in China. *Am J Public Health*. 2001; 91: 1653-5.
- 31- Reid DJ, McNeill AD, Glynn TJ. Reducing the prevalence of smoking in youth in Western countries: an international review. *Tobacco Control*. 1995; 4: 266-7.
- 32- Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *Am J Public Health*. 1993; 83: 872-80.
- 33- CDC. *Best practices of comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC, 1999.