

بررسی وضعیت مصرف انواع دخانیات در استان فارس، ۱۳۷۸

دکتر علیرضا میراحمدی زاده* دکتر محمد رحیم کدیور** سید حمید رضا طباطبایی*** محمد فرارویی****

چکیده

این بررسی به منظور تعیین میزان مصرف سیگار و هزینه‌های ناشی از آن به اجرا در آمد. در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۱۹۹۸ نفر بالای ۱۵ سال (ساکن ۱۷ شهرستان استان فارس) مورد پرسشگری، معاینه و آزمایش قرار گرفتند. ۵۵٪ نمونه‌ها شهری و ۴۵٪ زن بودند. میانگین سن افراد $1/8 \pm 35/8$ سال بود. اکثراً (۶۲/۸٪) متأهل، بیشترین مقطع تحصیلی، ابتدایی (۲۵/۴٪) و تفاوت معنی داری بین میانگین سواد جوامع شهری و روستایی مشاهده شد ($P < 0/05$).

بیشترین شغل (۴۱/۸٪) این افراد خانه‌داری بود. ۱۹/۷٪ از کل نمونه‌ها انواع دخانیات را مصرف می‌کردند (۱۰٪ سیگار، ۸/۴٪ قلیان و ۱/۳٪ هر دو).

میانگین سیگار مصرفی $10/5 \pm 13/3$ نخ در روز و میزان مصرف سیگار و قلیان به ترتیب ۱۱۴/۶ و ۹۶/۶ در هزار بود. بین میانگین فشارخون سیستول و دیاستول و سطح کلسترول کسانی که انواع دخانیات را مصرف می‌کردند با کسانی که مصرف نمی‌کردند، تفاوت معنی داری مشاهده نگردید ($P > 0/05$); فقط فشارخون سیستول در قلیانی‌ها و غیر قلیانی‌ها تفاوت معنی داری داشت ($P < 0/05$). وجود سیانوز لب، خس‌خس سینه و سرفه مزمن هم در سابقه و هم در معاینه کسانی که دخانیات مصرف می‌کردند، به طور معنی داری از کسانی که مصرف

نمی‌کردند، بیشتر بود ($P < 0/05$) و Hct و Hb در بین مصرف کنندگان دخانیات به طور معنی داری از افرادی که انواع دخانیات مصرف نمی‌کردند، بیشتر بود و به عکس، سطح سواد سیگاریها کمتر از غیر سیگاریها بود ($P < 0/05$).

با توجه به درصد جمعیت بالای ۱۵ سال جامعه و نتایج فوق، در استان فارس روزانه ۳،۲۳۱،۲۶۲ نخ به قیمت ۳۷۸،۷۵۱،۳۹۲ ریال و مسالینانه ۱۴۱،۵۲۹،۲۵۸،۰۰۰ ریال سیگار مصرف می‌شود.

واژه‌های کلیدی: استعمال دخانیات، سیگار،

فارس

مقدمه

مصرف انواع دخانیات سالیانه ۴ میلیون مرگ را به دنبال دارد، که یک میلیون آن به علت سرطانهای ریه می باشد (۱).

طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت ۴۷٪ از

- * پزشک عمومی مرکز مطالعات و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
- ** استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس، دانشکده پزشکی
- *** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس، گروه آمار
- **** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، آموزشکده بهداشت، گروه آمار

مردان و ۱۲٪ از زنان بر جهان (حدود ۱/۱ میلیارد نفر) دخانیات مصرف می کنند که حدود یک سوم آن را جمعیت بالای ۱۵ سال تشکیل می دهند (۲). در سال ۱۹۹۰ حدود ۱۴٪ از مرگها به علت دخانیات بوده است و در سال ۱۰۲۰ تخمین زده می شود که این میزان به ۱۷/۷٪ برسد؛ به این ترتیب بیشترین علت مرگ، مصرف انواع دخانیات بوده و سالیانه حدود ۳ تا ۴ میلیون نفر در اثر مصرف سیگار جان خود را از دست می دهند. در سال ۱۹۹۰، ۳۵،۱۹۹۰٪ از مرگهای مردان ۳۵-۶۹ سال به علت مصرف انواع دخانیات بوده است. شیوع مصرف سیگار در زنان کشورهای در حال پیشرفت کمتر از کشورهای پیشرفته (۷٪ در مقابل ۲۴٪) است (۲). سالیانه صدها میلیون دلار صرف مصرف سیگار می شود که بیش از نیم آن، در کشورهای در حال پیشرفت هزینه می شود (۳). در اروپا سالیانه ۱/۲ میلیون نفر به علت مصرف سیگار می میرند (۴). یک سوم زنان و دو سوم مردان روسیه سیگار می کشند و مصرف سیگار در جوانان و نوجوانان، خصوصاً دختران آن کشور در حال افزایش است. ۲۲٪ از مرگهای اتفاق افتاده در روسیه به علت مصرف دخانیات بوده است و در سال ۱۹۹۵، ۳۰۰ میلیارد سیگار مصرف شده است (۵). سالیانه ۲۵۰ میلیون کودک نارس به علت مصرف سیگار توسط مادران آنها، جان خود را از دست می دهند (۶). در مطالعه ای که توسط IARC (International Agency for Research on Cancer) در سه کشور چین، آمریکا و هند انجام شد، مشخص گردید که سیگاریها ۹۱ برابر بیشتر از غیرسیگاریها به سرطان ریه مبتلا می شوند؛ این موضوع در مورد کسانی که پپی مصرف می کردند ۸ برابر بود (۱).

مردان و ۱۲٪ از زنان بر جهان (حدود ۱/۱ میلیارد نفر) دخانیات مصرف می کنند که حدود یک سوم آن را جمعیت بالای ۱۵ سال تشکیل می دهند (۲). در سال ۱۹۹۰ حدود ۱۴٪ از مرگها به علت دخانیات بوده است و در سال ۱۰۲۰ تخمین زده می شود که این میزان به ۱۷/۷٪ برسد؛ به این ترتیب بیشترین علت مرگ، مصرف انواع دخانیات بوده و سالیانه حدود ۳ تا ۴ میلیون نفر در اثر مصرف سیگار جان خود را از دست می دهند. در سال ۱۹۹۰، ۳۵،۱۹۹۰٪ از مرگهای مردان ۳۵-۶۹ سال به علت مصرف انواع دخانیات بوده است. شیوع مصرف سیگار در زنان کشورهای در حال پیشرفت کمتر از کشورهای پیشرفته (۷٪ در مقابل ۲۴٪) است (۲). سالیانه صدها میلیون دلار صرف مصرف سیگار می شود که بیش از نیم آن، در کشورهای در حال پیشرفت هزینه می شود (۳). در اروپا سالیانه ۱/۲ میلیون نفر به علت مصرف سیگار می میرند (۴). یک سوم زنان و دو سوم مردان روسیه سیگار می کشند و مصرف سیگار در جوانان و نوجوانان، خصوصاً دختران آن کشور در حال افزایش است. ۲۲٪ از مرگهای اتفاق افتاده در روسیه به علت مصرف دخانیات بوده است و در سال ۱۹۹۵، ۳۰۰ میلیارد سیگار مصرف شده است (۵). سالیانه ۲۵۰ میلیون کودک نارس به علت مصرف سیگار توسط مادران آنها، جان خود را از دست می دهند (۶). در مطالعه ای که توسط IARC (International Agency for Research on Cancer) در سه کشور چین، آمریکا و هند انجام شد، مشخص گردید که سیگاریها ۹۱ برابر بیشتر از غیرسیگاریها به سرطان ریه مبتلا می شوند؛ این موضوع در مورد کسانی که پپی مصرف می کردند ۸ برابر بود (۱).

موضوع در دانش آموزان کلاس دوازده حدود ۳۶/۱٪ بود (۷). این میزان در دانش آموزان نوجوان نروژی ۴۰٪ بود (۸). در استان فارس در سال ۱۳۷۰ میزان مصرف سیگار ۱۴۰ در هزار بود، میزان مصرف سیگار در مردان ۲۵۵، در زنان ۳۴، در مناطق شهری ۱۳۵ و در مناطق روستایی ۱۶۰ در هزار بود، همچنین میزان مصرف قلیان (ویا چپق و یا پیپ) ۱۱۱ در هزار و سن شروع مصرف سیگار حدود ۲۰-۲۴ سالگی بود (۹). در ایران در سال ۱۳۷۰ میزان مصرف سیگار ۱۴۶ در هزار، چپق و قلیان در مردان ۲۷۲ و در زنان ۳۴ در هزار، در شهر ۱۵۳ و در روستا ۱۳۵ در هزار بود (۱۰). در مطالعه ای که در تهران انجام شد، مشخص گردید که ۳۲/۹٪ از مردان و ۸/۷٪ از زنان بالای ۲۰ سال دخانیات مصرف می کردند (۱۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، سیگار یک نوع ماده اعتیاد آور بوده و به مصرف آن کلاس ICD (International Classification of Disease) F 17.2 داده اند (۱۲).

مصرف سیگار، قابل پیشگیری ترین بیماری در جهان می باشد. در سیگار بیش از ۴۰۰۰ ماده خطرناک در فازهای جامد (پارتیکل) و گازی وجود دارد که باعث سرطان زایی و سرطان افزایشی شده و خاصیت کشندگی، تحریک و ایجاد جهش در سلول را دارد (۱۳). مصرف دخانیات باعث ایجاد سرطانها و انواع بیماریهای قلبی، گوارشی، تنفسی، روانی، جنسی و دیگر ارگانهای بدن می شود، در این میان سرطانها و بیماریهای قلبی و ریوی از خطرناکترین عوارض سیگار می باشند (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷).

یکی دیگر از عوارض وخیم سیگار عوارض ناشی از مصرف آن در دوران حاملگی و حتی قبل از آن می باشد که شامل: تولد نوزاد با وزن کم، سقط، تولد نوزاد مرده و انواع بیماریهای

مردان و ۱۲٪ از زنان بر جهان (حدود ۱/۱ میلیارد نفر) دخانیات مصرف می کنند که حدود یک سوم آن را جمعیت بالای ۱۵ سال تشکیل می دهند (۲). در سال ۱۹۹۰ حدود ۱۴٪ از مرگها به علت دخانیات بوده است و در سال ۱۰۲۰ تخمین زده می شود که این میزان به ۱۷/۷٪ برسد؛ به این ترتیب بیشترین علت مرگ، مصرف انواع دخانیات بوده و سالیانه حدود ۳ تا ۴ میلیون نفر در اثر مصرف سیگار جان خود را از دست می دهند. در سال ۱۹۹۰، ۳۵،۱۹۹۰٪ از مرگهای مردان ۳۵-۶۹ سال به علت مصرف انواع دخانیات بوده است. شیوع مصرف سیگار در زنان کشورهای در حال پیشرفت کمتر از کشورهای پیشرفته (۷٪ در مقابل ۲۴٪) است (۲). سالیانه صدها میلیون دلار صرف مصرف سیگار می شود که بیش از نیم آن، در کشورهای در حال پیشرفت هزینه می شود (۳). در اروپا سالیانه ۱/۲ میلیون نفر به علت مصرف سیگار می میرند (۴). یک سوم زنان و دو سوم مردان روسیه سیگار می کشند و مصرف سیگار در جوانان و نوجوانان، خصوصاً دختران آن کشور در حال افزایش است. ۲۲٪ از مرگهای اتفاق افتاده در روسیه به علت مصرف دخانیات بوده است و در سال ۱۹۹۵، ۳۰۰ میلیارد سیگار مصرف شده است (۵). سالیانه ۲۵۰ میلیون کودک نارس به علت مصرف سیگار توسط مادران آنها، جان خود را از دست می دهند (۶). در مطالعه ای که توسط IARC (International Agency for Research on Cancer) در سه کشور چین، آمریکا و هند انجام شد، مشخص گردید که سیگاریها ۹۱ برابر بیشتر از غیرسیگاریها به سرطان ریه مبتلا می شوند؛ این موضوع در مورد کسانی که پپی مصرف می کردند ۸ برابر بود (۱).

۱۷/۳٪ از دانش آموزان کلاس ششم در لویزانای آمریکا سیگار مصرف می کردند و این

قلبی و تنفسی در نوزاد می شود (۱۹،۱۸). همچنین در دوران شیردهی مصرف سیگار و دیگر دخانیات باعث اثرهایی سوء روی نوزاد و کاهش شیردهی می شود (۲۰). در این مطالعه هر جا که نوع دخانیات مصرفی را قلیان بیان کردند، منظور قلیان و یا پیپ و یا چپق بوده است.

مواد و روشها

این بررسی یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است و روش نمونه گیری آن خوشه ای تصادفی است که طی آن ۱۹۹۸ مرد و زن بالای ۱۵ سال ساکن مناطق شهری و روستایی ۱۷ شهرستان استان فارس انتخاب شدند. ابزار تحقیق یک پرسشنامه کتبی شامل سؤالاتی درباره مشخصات دموگرافیک، سابقه مصرف دخانیات و بعضی از معاینات پزشکی بود که به صورت مصاحبه تکمیل گردید؛ سپس در شرایط کاملاً استریل از هر نفر ۵ سی سی خون تهیه و در دو ظرف اگزالات (۲ سی سی) و کلات (۳ سی سی) جهت آزمایش Hct، Hb و Cho test ریخته و به آزمایشگاه فرستاده شد، پس از جمع آوری و تصحیح و تکمیل پرسشنامه و اخذ نتایج آزمایشها، داده ها وارد رایانه شده و با نرم افزارهای Epi-6 و Spss-9 تجزیه و تحلیل آماری شد و نتایج بر اساس اهداف مطالعه تنظیم گشت. آزمونهای آماری مورد استفاده شامل آزمونهای t و مجذور کای بود.

یافته ها

در این مطالعه کلاً ۱۹۹۸ نفر مرد (۴۲/۵٪) و زن (۵۷/۵٪) شهری (۵۵٪) و روستایی (۴۵٪) بالای ۱۵ سال در استان فارس مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی نمونه ها ۱۷/۸ ± ۳۵/۸ سال و میانگین سواد آنها ۴/۹ ± ۶ سال تحصیلی بود. اکثر نمونه های مورد مطالعه (۶۲/۸٪)، متأهل بودند.

بیشترین سطح تحصیلی (۲۵/۴٪)، مقطع ابتدایی بود. بیشترین شغل در بین نمونه ها، ابتدا خانه دار (۴۱/۸٪) و سپس محصل (۱۳/۷٪) بود، ولی بالاترین شیوع مصرف سیگار در شغل آزاد (۴۲۰ در هزار) بود (جدول ۱).

۱۹/۷٪ از نمونه ها، از انواع دخانیات استفاده می کردند. میانگین مصرف سیگار ۱۰/۵ ± ۱۳/۳ نخ در روز بود (جدول ۲).

مصرف سیگار به طور معنی داری ($P < 0/001$) در مردان بیشتر از زنان بود، ولی در مورد قلیان تفاوت معنی داری از نظر جنس مصرف کننده، مشاهده نشد ($P = 0/12$) (جدول ۳).

اکثر مصرف کنندگان دخانیات، متأهل بودند (۶۲/۸٪). میانگین سواد در افرادی که سیگار می کشیدند (۴/۴ ± ۵/۴) به طور معنی داری از افرادی که سیگار نمی کشیدند (۴/۹ ± ۶/۱) کمتر بود ($P < 0/05$).

خس خس سینه در معاینه افرادی که دخانیات مصرف می کردند، به طور معنی داری بیشتر از افرادی که مصرف نمی کردند، بود ($P < 0/05$). اختلاف معنی داری از نظر وجود سرفه مزمن در مصرف کنندگان دخانیات با کسانی که مصرف نمی کردند، وجود داشت ($P < 0/05$).

از نظر وجود فشارخون سیستولی، اختلاف معنی داری بین کسانی که قلیان مصرف می کردند (۲۲/۴ ± ۱۲۸) با آنهایی که قلیان مصرف نمی کردند (۱۹ ± ۱۲۰) مشاهده شد ($P < 0/05$). ولی در بین سیگاریها (۱۶/۳ ± ۱۲۰) و غیر سیگاریها (۱۲۰ ± ۱۲۱) چنین اختلافی مشاهده نشد ($P > 0/05$).

از نظر وجود سیانوز لب، سمع غیر طبیعی ریه و شکل قفسه سینه غیر طبیعی، در افراد سیگاری و غیر سیگاری تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P < 0/05$)، ولی در قلیانی ها و غیر قلیانی ها چنین

دیگر مطالعات نیز دیده شده است (۸۰۷، ۱۱). با توجه به آمار طرح سلامتی سال ۱۳۷۰ در استان فارس، میزان مصرف سیگار در سال ۱۳۷۸ نسبت به سال ۱۳۷۰ به طور قابل ملاحظه ای کمتر است (۱۰). میزان مصرف قلیان یا چپق در استان فارس نیز تغییر چندانی نداشته است، ولی با توجه به آمار طرح سلامتی در ایران، این میزان بسیار زیادتر از متوسط آمار کشور می باشد (۱۱) که در این مورد می توان گفت که ارتقاء سطح آگاهی مردم از طریق رسانه های خبری و جراید، باعث گردیده است که با توجه به عوارض و اثر دخانیات بخصوص سیگار، مصرف آن اندک کاهش داشته باشد. در مورد قلیان، زنان بیشترین مصرف کننده هستند که این مورد ناشی از فرهنگ غلط در میان خانواده های ایرانی است، با توجه به وجود دستگاه تولید مثل و شیردهی در زنان، مصرف دخانیات می تواند اثرهای زیانباری همانند تولد نوزاد با وزن کم، سقط، تولد نوزاد مرده و تولد نوزاد با بسیاری از بیماریهای قلبی و تنفسی و... به همراه داشته باشد (۱۳، ۱۸، ۱۹ و ۲۰).

شیوع مصرف انواع دخانیات در جامعه شهری بیشتر از روستایی است که این موضوع ناشی از دسترسی بیشتر و معمول شدن فرهنگ مصرف دخانیات در شهرها است؛ ولی از این نکته نباید غافل شد که متأسفانه در روستاها نیز روند مصرف دخانیات به سرعت در حال پیشرفت بوده و با توجه به محیط کوچک و نزدیکی افراد با یکدیگر، می بایست شیوع بیشتری را در آینده انتظار داشت (۱۱).

سن شروع مصرف سیگار حدود ۲۲ تا ۲۳ سال است، که البته از میانگین سنی جهان بیشتر است (۱)؛ ولی در مرز سنی نوجوانی و جوانی قرار دارد و اثر مخرب مصرف سیگار در دوران جوانی بیشتر است (۱۳). میانگین مدت ۲۰ سال مصرف

اختلافی مشاهده نشد ($P > 0/05$). تفاوت معنی داری از نظر وجود صدای غیر طبیعی قلب بین افرادی که دخانیات مصرف می کردند و آنهایی که مصرف نمی کردند، وجود نداشت ($P > 0/05$). میانگین سنی افرادی که دخانیات مصرف می کردند، به طور معنی داری بیشتر از کسانی که مصرف نمی کردند، بود ($P < 0/05$).

میانگین میزان هموگلوبین و هماتوکریت در افرادی که انواع دخانیات مصرف می کردند، بیشتر از افرادی که مصرف نمی کردند بود ($P < 0/0001$)، اما در کلاسترول اختلاف معنی داری دیده نشد (جدول ۴).

بحث و نتیجه گیری

شیوع ۱۱۴ در هزار مصرف سیگار و حدود ۲۰۰ در هزار مصرف انواع دخانیات در جمعیت بالای ۱۵ سال، با وجود اینکه نسبت به بسیاری از کشورهای دنیا کمتر است (۸۷)؛ ولی با توجه به جمعیت جوان کشور و رشد روز افزون جمعیت، حاکی از یک خطر عمده اجتماعی می باشد؛ زیرا به طور کلی حدود ۲۰٪ جمعیت بالای ۱۵ سال از انواع دخانیات مصرف می کنند. بیشترین شیوع مصرف سیگار (۴۲۰ در هزار) در مشاغل آزاد بود که نشان دهنده اطلاع کم و همچنین عدم محدودیت های اجتماعی و اداری می باشد. این موضوع در مورد کشاورزان و دامداران که مصرف سیگار در آنها نیز بالا می باشد، صادق است.

مصرف قلیان در زنان خانوار بسیار بالا است که نشان دهنده تفکر غلط «مصرف سیگار برای زنان قبح دارد ولی قلیان چنین نیست» می باشد که حتی امروز به صورت یکی از وسایل پذیرایی در مهمانیها در آمده است.

شیوع بالا و معنی دار مصرف سیگار در مردان بالای ۱۵ سال (۲۵۳ در هزار) نسبت به زنان، در

می باشد (۱۶،۱۳،۱).

اگر جمعیت استان فارس را ۴،۰۰۰،۰۰۰ نفر محاسبه کنیم و جمعیت بالای ۱۵ سال را حدود ۶۰٪ از کل جمعیت در نظر بگیریم، جمعیتی در حدود ۲،۴۰۰،۰۰۰ نفر بالای ۱۵ سال داریم که اگر این جمعیت را در ۱۱/۴٪ ضرب کنیم، جمعیتی در حدود ۲۷۳،۶۰۰ نفر بدست می آید که در استان فارس سیگار می کشند که اگر روزانه حدود ۱۳/۳ نخ به قیمت تقریبی هر نخ (با توجه به نوع سیگار مصرفی) حدود ۱۵۰ ریال مصرف شود، روزانه ۵۴۵،۸۳۲،۰۰۰ ریال و سالیانه ۱۹۹،۲۲۸،۶۸۰،۰۰۰ ریال صرف خرید سیگار می شود. از طرفی ۹/۶٪ از افراد قلیان یا پیپ مصرف می کنند که با محاسبه هزینه هر قلیان ۵۰۰ ریال، روزانه ۱۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال و سالیانه ۳۶،۵۰۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال صرف تهیه و مصرف قلیان یا پیپ می شود که مجموع هزینه سالیانه مصرف دخانیات در استان فارس ۲۳۵،۷۲۸،۶۸۰،۰۰۰ ریال می شود (البته باید هزینه مصرف دخانیات در افراد زیر ۱۵ سال نیز در آن اعمال گردد). با این بودجه عظیم می توان در استان فارس سالیانه حدود ۱۱۰۰ مدرسه یا ۳۹۰۰ خانه بهداشت یا ۱۱۸۰ مرکز بهداشتی درمانی ساخت و یا هزینه ازدواج و زندگی ۱۱۰۰ زوج را تأمین کرد. در سال ۱۳۷۳ در مطالعه‌ای مشابه نیز مشخص گردید که با پول صرف شده برای خرید سیگار در ایران می توان سالیانه ۲۰،۰۰۰ خانه بهداشت و ۵۰۰۰ مرکز بهداشتی درمانی ساخت (۱۱). حرف آخر اینکه سیگار زمینه ساز روی آوردن به بسیاری از مواد اعتیادآور بوده و هست و چنانچه امروز برای این معضل اجتماعی و بهداشتی فکری نشود، فردا باید شاهد افزایش شیوع اعتیاد به انواع مواد مخدر باشیم.

سیگار در بین سیگاریها، متأسفانه حاکی از اثر مزمن و شدید سیگار بر روی اندام و دستگاههای بدن می باشد که در این میان دستگاههای قلبی و تنفسی سهم بیشتری نسبت به دیگر ارگانهای بدن دارند (۱۴، ۱۵، ۱۶ و ۱۷). میانگین سواد افرادی که انواع دخانیات مصرف می کردند، به طور معنی داری (خصوصاً در مورد قلیانها) کمتر از افرادی بود که دخانیات مصرف نمی کردند و این نشان دهنده تأثیر عدم آگاهی و سواد در زمینه سازی نابهنجاریهای اجتماعی است که این معضل در برنامه های پیشگیری نیز باعث اختلال می شود (۱).

ارتباط معنی دار علائم ریوی با مصرف دخانیات، نشان دهنده آثار و تبعات مصرف سیگار بر روی دستگاه تنفسی بدن است (۱۳ و ۱۷).

تفاوت معنی دار میانگین Hb و Hct در سیگاریها و قلیانها با کسانی که دخانیات مصرف نمی کردند ($P < 0/0001$)، حاکی از اثر وسیع و مزمن دخانیات بر روی گلبول قرمز است، بدین صورت که به علت مونواکسید (CO) موجود در دود سیگار و اتصال محکم آن به Hb، اکسیژن رسانی (Red Blood Cell) RBC شده و نهایتاً بدن مجبور به تولید زیاد RBC می شود (۱۳ و ۱۴)، این افزایش Hct و Hb (به عبارت دیگر افزایش غلظت خون)، به همراه بسیاری از فاکتورهای دیگر مانند افزایش فشارخون، افزایش چربی خون و سن بالا، همگی از عوامل مهم ایجاد کننده بیماریهای قلبی و عروقی و نهایتاً حملات کشنده قلبی و مغزی می باشند (۱۳، ۱۴، ۱۵ و ۲۱). در این مطالعه به علت محدودیت های زمانی، مکانی و تجهیزاتی، نتوانستیم غربالگری وجود انواع سرطانها را انجام دهیم؛ ولی باید به این نکته توجه کافی داشت که علت اصلی بسیاری از سرطانهای بدن، خصوصاً ریه و سرگردن، مصرف دخانیات

References

- 1- Press Release WHO/23. Cigars and pipes as lethal as cigarettes, says new European study. 1999.
- 2- WHO Report. Tobacco epidemic: health dimensions. Tobacco is a greater cause of death and disability than any single disease. Revised 1998.
- 3- WHO Report. Tobacco epidemic: much more than a health issue. Tobacco use is a major drain on the world's financial resources. 1998.
- 4- WHO Report. The tobacco epidemic rages on in eastern and central Europe 1997.
- 5- WHO Report. Tobacco epidemic: in the Russian federation kills 750 people every single day. The crisis in public health is aggravated by increasing numbers of smokers. 1997.
- 6- WHO Report. Governments for a tobacco - free world. Revised 1998.
- 7- Westphal J, Lucey C, Brown C, Johnson LJ. Daily smoking by Louisiana students: sixth through twelfth grades, 1996-1997. South Med J 2000; 93(6):579-84.
- 8- Rekve R. The Prevalence of tobacco smoking among adolescents in Norway. Tidsskr Nor Laegeforen 2000; 120(14):1673-8.

۹- طرح بررسی بهداشت و سلامتی در استان فارس در سال ۱۳۷۰. از انتشارات وزارت

تشکر و تقدیر

از کلیه همکاران و عزیزانی که از واحدهای مختلف مراکز بهداشتی درمانی استان فارس، در به ثمر رسیدن این تحقیق یاری گر محققین بودند، سپاسگزاری می گردد.

Journal of Medicine 1995;332:(11).

17- Diane RG, Xiaobin W, David W, Frank ES, James HW, Douglas WD. Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. The New England Journal of Medicine 1996; 335:(13).

18- Mills JL, Bethesda MD. Cocaine, smoking, and spontaneous abortion. The New England Journal of Medicine 1999;340(5).

19- Sven C, Fredrik G, Gunnar P, Bernard LH. The influence of gestational age and smoking habits on the risk of subsequent preterm deliveries. The New England Journal of Medicine 1999;341:(13).

20- Mannella JA. Smoking and the flavor of breast milk. The New England Journal of Medicine 1998;339:(21).

21- George DS, Chico CA. Passive smoking and coronary heart disease. The New England Journal of Medicine 1999;341:(9).

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، (شماره ۱۱)،
۵۹-۶۹

۱۰- طرح بررسی بهداشت و سلامتی در ایران
سال ۱۳۷۰. از انتشارات وزارت بهداشت درمان و
آموزش پزشکی، (شماره ۲۵)، ۵۹-۶۹

۱۱- ملک افضلی، ح. احمدزاده، ز. بررسی
وضعیت استعمال دخانیات در ساکنین کوی
سیزده آبان. مجله طب و تزکیه، (شماره ۳۱)،
۴۸-۵۲، ۱۳۷۷

12- World No-Tobacco Day.
Understanding tobacco addiction
(Tobacco is addictive). 1999.

13- Holbrook JH. Nicotine
addiction in: Harrison's principles of
internal medicine (Eds. Fauci AS,
Braunwald E, et al.) 14th ed, Mc
Graw Hill 1998; p. 251-22.

14- He J, Vupputuri S, Allen K,
Prerost MR, Hughes J, Whelton PK.
Passive smoking and the risk of
coronary heart disease, a
meta-analysis of epidemiologic
studies. The New England Journal of
Medicine 1999; 340:920-6.

15- Zhang J, Yu KF. What's the
relative risk? A method of correcting
the odds ratio in cohort studies of
common outcomes. JAMA 1998; 280:
1690-1.

16- Joseph AB, Jay OB, et al.
Association between cigarette
smoking and mutation of the p53 gene
in squamous-cell carcinoma of the
head and neck. The New England

جدول ۱: فراوانی و شیوع (در ۱۰۰۰) مصرف انواع دفانیات به تفکیک نوع شغل در استان فارس، ۱۳۷۸

کل				جمعیت (درصد)	روستا			شهر			محل سکونت شغل
تلیان		سیگار			تلیان	سیگاری	جمعیت	تلیان	سیگاری	جمعیت	
تعداد	شیوع	تعداد	شیوع								
۷/۳	۲	۷/۳	۲	(۲۱۳/۷)۲۷۴	۰	۰	۹۱	۲	۲	۱۸۲	محصل
۸۵	۱۶	۱۳۸/۳	۲۶	(۲۹/۴)۱۸۸	۹	۱۵	۹۴	۷	۱۱	۹۳	یکار
۱۴۱	۱۱۸	۱۵/۶	۱۳	(۲۴۱/۸)۸۳۵	۷۴	۴	۳۹۲	۴۴	۹	۴۳۵	خانه دار
۸/۵	۶	۱۷۶/۵	۲۱	(۲۶)۱۱۹	۱	۴	۲۵	۵	۱۷	۹۴	کارمند دولتی
۵۹	۱	۱۷۶/۵	۳	(۲۰/۹)۱۷	۱	۰	۱	۰	۳	۱۶	بخش خصوصی
۱۰۶/۴	۱۵	۳۱۹	۴۵	(۲۷/۶)۱۴۱	۸	۲۵	۷۸	۷	۲۰	۶۳	کارگر ساده
۱۰۵	۸	۲۲۳/۷	۱۷	(۲۳/۸)۷۶	۴	۲	۲۹	۴	۱۵	۴۸	کارگر ماهر
۴۵/۵	۴	۴۲۰	۳۷	(۲۴/۴)۱۸۸	۱	۷	۱۷	۳	۳۰	۶۹	آزاد
۱۱۲	۱۶	۳۰۰/۷	۴۳	(۲۷/۲)۱۴۳	۱۶	۳۷	۱۲۸	۰	۶	۱۵	کشاورز و دامدار
۷۱/۵	۳	۱۴۳	۶	(۲۶/۱)۴۲	۱	۲	۴	۲	۴	۳۸	بازنشسته
۲۷۸	۵	۲۲۱	۴	(۲۰/۹)۱۸	۳	۲	۶	۲	۲	۱۲	نظامی و انتظامی
۱۸	۱	۱۹۶/۵	۱۱	(۲۲/۸)۵۶	۰	۶	۲۲	۱	۵	۳۴	سایرین

جدول ۲: میانگین مصرف سیگار و سن شروع مصرف سیگار نمونه‌های مورد مطالعه به تفکیک شهر و روستای استان فارس، ۱۳۷۸

کل	روستا	شهر	محل سکونت میانگین
۱۳/۳ ± ۱۰/۵	۱۴/۸ ± ۱۰	۱۱/۷ ± ۹/۹	مصرف سیگار (نخ در روز)
۲۲/۸ ± ۹ سال	۲۲/۱ ± ۹	۲۳ ± ۷/۹	سن شروع کشیدن سیگار
۲۲ ± ۱۶ سال	۲۲/۶ ± ۱۵	۲۱/۶ ± ۱۶/۶	سن سیگاریها
۴۴/۹ ± ۱۶ سال	۴۳/۷ ± ۱۶/۶	۴۶ ± ۱۶	سن قلیانی‌ها

جدول ۳: فراوانی و میزان مصرف انواع دخانیات به تفکیک محل سکونت و جنس نمونه‌های مورد مطالعه استان فارس، ۱۳۷۸

میزان شیوع (در ۱۰۰۰)					کل	جنس		محل سکونت		متغیر نوع دخانیات
کل	شهر	روستا	زن	مرد		زن	مرد	روستا	شهر	
۱۱۴۶	۱۱۶۶	۱۱۶۷	۱۶۶	۲۵۳۵	۲۲۹	۲۱۵	۱۴	۱۰۵	۱۲۴	سیگار
۹۶۶	۱۲۹	۷۰	۱۰۵/۲	۸۵	۱۹۳	۷۲	۱۲۱	۱۱۶	۷۷	تلیان

جدول ۴: رابطه میزان هموگلوبین، هماتوکریت و کلسترول فون با مصرف دخانیات در نمونه‌های مورد مطالعه استان فارس، ۱۳۷۸

کلسترول		هماتوکریت		هموگلوبین		اندیکس خونی	
						نوع دخانیات	
$P > 0.05$	187.5 ± 35	$P < 0.0001$	44 ± 5	$P < 0.0001$	14.4 ± 1.7	می‌کند	سیگار
	190.2 ± 47		41 ± 5		13.4 ± 1.7	نمی‌کند	
$P > 0.05$	184.7 ± 42	$P < 0.001$	42.7 ± 5.7	$P < 0.0001$	14.5 ± 1.5	می‌کند	تلیان
	190.6 ± 42		41 ± 5		13.4 ± 1.6	نمی‌کند	

Epidemiology of Tobacco Smoking in Fars Province, 1999

Mirahmadi AR. M.D. , Kadivar MR. M.D.** , Tabatabai HR. M.S.****

*Fararoei M. M.S.*****

Abstract

In a descriptive-analytic study, 1998 individuals over 15 years of age were selected randomly from 17 townships of Fars province and were subjected to interview, physical examination, and certain laboratory studies.

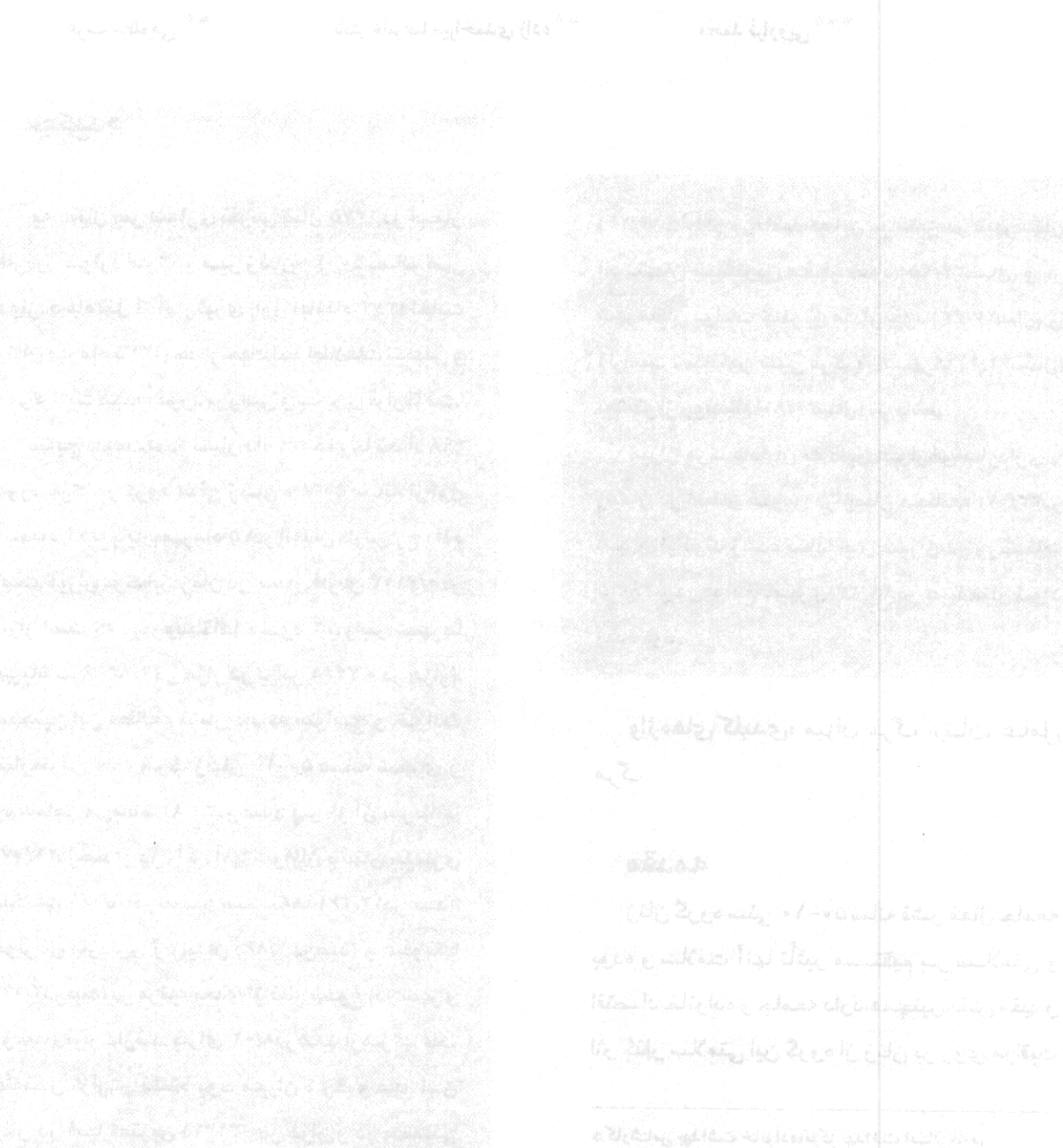
Males constituted 42.5% and females 57.5% of the subject whose mean age was 35.8 ± 1.8 years. In the sample, 55% lived in urban and 45% in rural areas. The majority (62.8%) were married and most (41.8%) were housekeepers. The highest level of official education received by most was elementary school education (25.4%); there was a significant difference in the average level of official education between subjects living in urban and rural areas ($P < 0.05$). 19.7% of the sample were smokers of cigarettes (10%), hookah (8.4%) or both (1.3%). The prevalence of cigarette and hookah use was 114.6 and 96.6 per 1000 respectively. The average number of cigarettes smoked daily was 13.3 ± 10.5 , and most cigarette smokers were married. No significant difference was found regarding the systolic and diastolic blood pressure and serum cholesterol between the smoker and nonsmoker groups ($P > 0.05$); however, hookah smokers had a significantly higher systolic blood pressure than nonsmokers ($P < 0.05$). The level of hemoglobin and hematocrit was significantly higher in the smoker group compared to the nonsmoker one; also, the smoker group had a significantly higher prevalence of lip cyanosis, harsh breathing, and chronic cough, both in their past history and present physical examination ($P < 0.05$). Unfortunately, smokers had a higher level of official education than nonsmokers ($P < 0.05$).

Regarding the fact that 53% of the population in this province are above 15 years, of age it can be estimated that 3,231,262 cigarettes are smoked per day, which is approximately equal to 387,751,392 rials daily or 141,529,285,000 rials annually;

obviously, the cost of tobacco used in hookahs must be added to these figures.

Key words: Tobacco smoking, Smoking, Fars.

۵۷۶۱ کل هزینه نیکوتین استیمایش ۲۷۶۱ هکتار آراغ



* M.D, MPH, Shiraz University of Medical Sciences
** Assistant Professor, Shiraz University of Medical Sciences
*** M.S. in Epidemiology, Shiraz University of Medical Sciences
**** M.S. in Epidemiology, Yasuj University of Medical Sciences