

مصرف سیگار در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله‌ی ایران، سال ۱۳۸۴

سمراد محرابی^۱، علیرضا دلاوری^۲، قباد مرادی^۳، نادر اسماعیل‌نسب^۴، آرش پولادی^۵، سیامک عالیخانی^۶،
فرشید علاءالدینی^۷

^۱ استادیار، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران

^۳ پزشک عمومی، مدیریت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج

^۴ استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج

^۵ پزشک عمومی، کارشناس مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج

^۶ پزشک عمومی، کارشناس ارشد مرکز مدیریت بیماری‌ها، معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران

^۷ اپیدمیولوژیست، مؤسسه تحقیق و توسعه پژوهشگران سلامت، تهران

نویسنده رابط: سمراد محرابی، آدرس: سنندج، بیمارستان توحید، بخش ریه، تلفن: ۰۸۷۱-۳۲۴۷۸۵۷-۰۸۷۱، نمابر: ۰۸۷۱-۳۲۲۷۱۱۸، پست الکترونیک: samrad.mehrabi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۸۶/۲/۲۲ پذیرش: ۸۶/۵/۹

مقدمه و اهداف: مصرف دخانیات به عنوان یکی از عوامل افزایش دهنده‌ی بار کلی بیماری‌ها مطرح می‌باشد که سالانه باعث مرگ ۴ میلیون نفر در جهان می‌شود. مطالعه حاضر به دنبال لزوم تغییر در روند رو به افزایش بیماری‌های وابسته به شیوه‌ی زندگی و کمبود مطالعات وسیع در رابطه با الگوی مصرف دخانیات در ایران انجام پذیرفته است.

روش کار: روش مطالعه به صورت مقطعی (Cross-Sectional) با استفاده از پرسش‌نامه بوده است. انتخاب نمونه‌ها با شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از کل استان‌ها بود که در نهایت تعداد ۸۴۷۰۶ نفر از کل ۸۹۴۵۷ مورد رکورد اولیه، پس از غربالگری داده‌ها و حذف موارد مخدوش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: از میان افراد مورد مطالعه، ۴۹/۷٪ نفر مرد و بقیه زن بودند. از نظر وضعیت تحصیلی ۵۲٪ بی‌سواد یا کم‌سواد و بقیه باسواد بودند. محل سکونت ۶۴/۸٪ شهر و بقیه روستا بود. ۷۹/۹٪ افراد غیرسیگاری، ۱۵/۳٪ سیگاری فعال، ۲/۱٪ سیگاری غیرفعال و ۲/۷٪ سیگاری ترک کرده بودند. بیشترین فراوانی نسبی مصرف سیگار در گروه‌های سنی ۳۵ تا ۶۴ سال بود ($P < 0/001$)، درصد ترک سیگار با افزایش سن، به ویژه در زنان افزایش می‌یابد ($P < 0/001$). فراوانی نسبی مصرف سیگار در مردان بیشتر از زنان است ($P < 0/001$). فراوانی نسبی مصرف سیگار در شهرنشینان پایین‌تر بود ($P < 0/001$). میانگین تعداد نخ مصرفی سیگار در روز ۱۴/۶۹ بود. فراوانی نسبی مصرف سیگار با افزایش سطح تحصیلات کاهش می‌یابد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه که در سطحی وسیع انجام گرفته توانسته است اطلاعاتی پایه را برای مطالعات طولی در آینده فراهم سازد. نیاز به وجود و اشاعه برنامه‌های کنترلی در مورد توقف و یا کاهش مصرف و پیش‌گیری از مصرف سیگار در جامعه به خوبی احساس می‌شود.

واژگان کلیدی: مصرف سیگار، دخانیات، فراوانی، الگوی مصرف، افراد ۱۵ تا ۶۴ سال، ایران

مقدمه

این بیماری‌ها در کنار چاقی و دیابت در مجموع مسئول ۵۹٪ از ۵۷ میلیون مرگ و ۴۴٪ از بار کلی بیماری‌ها در دنیا تا سال ۲۰۰۳ میلادی می‌باشند (۱). مطالعات بزرگ اپیدمیولوژیک در سطح جهان نیز نشان داده‌اند که کشیدن سیگار با بروز بسیاری از

مصرف دخانیات به عنوان یکی از عوامل خطر مهم و افزایش دهنده‌ی بار کلی بیماری‌ها در دنیا خصوصاً در ارتباط با بیماری‌های مزمن و غیرواگیری چون بیماری‌های قلبی - عروقی، بیماری‌های تنفسی، سرطان و سکنه مغزی مطرح می‌باشد (۱).

بیماری‌های غیرواگیر ارتباط قوی دارد (۲،۳).

دخانیات بزرگترین عامل مرگ قابل کنترل جهان می‌باشد (۴) در همین رابطه برآورد شده است که مصرف سیگار در جهان سالانه باعث مرگ ۴ میلیون نفر می‌شود. برآورد سازمان جهانی بهداشت این است که این تعداد در سال ۲۰۳۰ به ده میلیون نفر بالغ خواهد شد و به دلیل این که نیمی از این موارد مرگ در افراد میانسال و مولد روی می‌دهد، می‌تواند باعث شود که ۲۰ تا ۲۵ سال از عمر افراد ۶۱-۳۵ ساله، کاهش یابد (۵،۶). برآوردهای دیگر حاکی از آن هستند که از میان ۱/۳ بلیون سیگاری، در صورت عدم تغییر قابل توجه در روند فعلی مصرف دخانیات، تا ۵۰ سال آینده ۴۵۰ میلیون مورد مرگ به دلیل مصرف این ماده رخ خواهد داد (۴). شواهد علمی نیز نشان می‌دهند که مصرف سیگار نه تنها برای افراد سیگاری بلکه برای اطرافیان این افراد (به طور غیرفعالانه) مضر است. (۷-۹) آمار مرگ در اطرافیان افراد سیگاری (passive smoking) تنها در کشور انگلستان، حدوداً بیشتر از ده هزار نفر در سال برآورد شده است (۹).

قابل توجه این که در حال حاضر بسیاری از مطالعات در سطح جهان مؤید این مطلب هستند که شیوع مصرف سیگار در هر دو جنس، خصوصاً در جوانان در حال گسترش روزافزون می‌باشد یعنی سن مصرف سیگار در حال کاهش است (۱۰-۱۳).

مطالعه حاضر به دنبال لزوم تغییر در روند رو به افزایش شیوع بیماری‌های وابسته به شیوه زندگی و کمبود مطالعات وسیع در رابطه با عادت نامطلوب مصرف دخانیات و عدم شناخت اپیدمیولوژیک کافی از آن در ایران، خصوصاً در ارتباط با الگوی مصرف سیگار انجام پذیرفته است، چرا که انجام چنین مطالعاتی کمک می‌کند، جمعیت در معرض خطر و روند گرایش به سیگار در گروه‌های مختلف سنی در مردان و زنان مشخص شود تا ضمن فراهم شدن امکان مقایسه با سایر کشورها، زمینه انجام برنامه‌ریزی‌های هدفمند پیشگیرانه در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت، مهیا گردد.

روش کار

این مطالعه که بخشی از یک مطالعه گسترده کشوری تحت عنوان نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران (NCD risk factors surveillance system) است، با بهره‌گیری از توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی برای حصول به داده‌های معتبر و قابل مقایسه در سطح کشوری و بین‌المللی در سال ۱۳۸۴ انجام شده است (۱۴). روش مطالعه در این بررسی به

صورت مقطعی (Cross-Sectional) با استفاده از پرسش‌نامه بود که در آن کلیه استان‌های کشور، تمامی دانشگاه‌ها / دانشکده‌ی-های علوم پزشکی تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق توجیه کامل و آموزش کارگامی نیروهای کارشناسی و به کارگیری سایر نیروهای تابعه توسط آنان، درگیر پرسش‌گری و ورود داده‌ها به رایانه بوده‌اند. داده‌های کلی در این نظام مراقبت، از طریق مصاحبه حضوری با مراجعه به درب منزل افراد، گردآوری شده است. در مرحله پرسش‌گری پس از انتخاب خوشه مورد نظر با مراجعه به اولین خانوار در صورت وجود فرد یا افراد واجد شرایط (تمامی افراد سیگاری ۱۵ تا ۶۴ ساله)، از وی / آن‌ها پرسشگری به عمل آمده و سپس به خانوار بعدی مراجعه می‌شد لذا در هر مرحله از جمع‌آوری داده‌ها در هر خوشه، که یک گروه سنی یا جنسی تکمیل می‌شد دیگر در خانوارهای بعدی آن گروه دارای ظرفیت تکمیل شده از نظر نمونه‌گیری، مورد جستجو قرار نمی‌گرفت بلکه سایر گروه‌های سنی و جنسی تا تکمیل تعداد مورد نظر در آن‌ها، مورد پرسش‌گری واقع می‌شدند. انتخاب نمونه‌ها در این بررسی برای اولین بار در کشور با استفاده از اطلاعات موجود در پایگاه اطلاعاتی اداره کل جغرافیایی و کدگذاری پستی شرکت پست جمهوری اسلامی ایران، با رویکرد سیستماتیک و با شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از کل استان‌ها انجام گرفت. تناسب پراکنش سرخوشه‌های انتخاب شده با پراکندگی تعداد خانوار در نواحی مختلف پستی هر استان و نسبت جمعیتی شهر و روستا، از مشخصات شیوه نمونه‌گیری به کار رفته می‌باشد. لازم به ذکر است که داده‌ها و نتایج این مطالعه شامل افراد نظامی (ساکن در پادگان‌ها) و افرادی که در مکان‌هایی چون زندان، ندامتگاه، خانه سالمندان، و مانند آن زندگی می‌کنند نمی‌گردد. (یعنی مربوط به Non-institutionalized civilian population می‌باشد).

حداقل تعداد نمونه در کم جمعیت‌ترین استان کشور ۲۵۰۰ نفر (معادل حداقل نمونه توصیه شده در توصیه فنی سازمان جهانی بهداشت) و بیشترین تعداد نمونه نیز مربوط به استان تهران (حدود ۱۰/۰۰۰ نفر) بود. در این نمونه‌گیری افراد در پنج گروه سنی شامل ۲۴-۱۵، ۳۴-۲۵، ۴۴-۳۵، ۵۴-۴۵ و ۶۴-۵۵ سال تقسیم شده و به تعداد مساوی زن و مرد برای شرکت در بررسی انتخاب شدند و به این ترتیب به عنوان مثال، در کم جمعیت‌ترین استان کشور با ۲۵۰۰ نفر، در هر گروه سنی حدود ۵۰۰ نفر شامل ۲۵۰ نفر مرد و ۲۵۰ نفر زن قرار گرفتند که در نهایت پس از غربال‌گری و تصحیح داده‌ها و حذف رکوردهای مخدوش، تعداد

بیکار و ۲/۴٪ نیز مربوط به سایر موارد بود. محل سکونت ۵۴۸۶۸ نفر (۶۴/۸٪) نیز شهر و بقیه روستا بود. تعداد ۶۳۲۸۹ نفر (۷۴/۷٪) متأهل، ۱۸۱۹۳ نفر (۲۱/۵٪) مجرد، ۸۱ نفر (۰/۱٪) نامشخص و بقیه نیز مربوط به سایر حالت‌های وضعیت تأهل بود. از نظر توزیع حالت‌های مختلف مرتبط با مصرف سیگار، بیشترین تعداد مربوط به افراد غیرسیگاری یعنی کسانی که در گذشته و در حال هیچ‌گونه مصرف سیگار و تنباکو نداشته‌اند با ۷۹/۹٪ و سپس به ترتیب افراد سیگاری فعال یعنی افرادی که هفته‌ای حداقل هفت نخ سیگار (متوسط روزانه حداقل یک نخ) می‌کشند با ۱۵/۳٪، افراد سیگاری غیرفعال (یعنی کسانی که کم‌تر از ۷ نخ در هفته سیگار می‌کشند) با ۲/۱٪ و نیز افراد سیگاری ترک کرده (یعنی کسانی که قبلاً سیگار می‌کشیدند، فعال یا غیرفعال ولی در هنگام مصاحبه سیگار نمی‌کشیدند) با ۲/۷٪ تشکیل می‌دادند (جدول ۱). بیشترین شیوع مصرف سیگار نیز در گروه‌های سنی ۳۵ تا ۶۴ سال بود ($P < 0/000$)، درصد ترک سیگار با افزایش سن، افزایش می‌یابد ($P < 0/000$) (جدول ۲).

شیوع مصرف سیگار در زنان بیشتر گرایش به سنین بالا (۶۴-۴۵) و در مردان گرایش به سنین ۳۵ تا ۴۵ سال دارد (جدول ۳) از نظر تعداد نخ سیگار مصرفی در روز نیز مردان بیشتر گرایش به مصرف بیش از ۱۰ نخ در روز داشته و زنان، بیشتر مصرف کم‌تر از ۱۰ نخ در روز را داشته‌اند. (نمودار ۱). وضعیت مصرف سیگار در افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله حاکی از تفاوت معنی‌دار آماری به صورت شیوع مصرف بیشتر مردان نسبت به زنان ($P < 0/000$) می‌باشد (جدول ۱). قابل توجه این‌که شیوع مصرف سیگار از لحاظ محل سکونت افراد (شهر یا روستا)، اختلاف معنی‌داری داشت ($P < 0/000$)، و این در حالی است که الگوی مصرف سیگار در میان افراد سیگاری از لحاظ سیگاری فعال، غیرفعال و ترک کرده در شهر و روستا اختلاف معنی‌داری ندارند (جدول ۴). میانگین تعداد نخ مصرفی سیگار در روز، ۱۴/۶۹ نخ سیگار بوده که این رقم در جمعیت روستایی ۱۵/۵۲ نخ و در جمعیت شهری ۱۴/۱۹ نخ می‌باشد ($P < 0/000$)، سیگاری‌های قهار ۱۰/۶٪ از جمعیت روستایی کشور را در مقابل ۸/۹٪ از جمعیت شهری تشکیل می‌دهند ($P < 0/000$).

بحث

از نقاط قوت این مطالعه، گستره وسیع داده‌های جمع‌آوری شده پیروی از یک الگو و دستورالعمل معتبر جهانی پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت برای کلیه مراحل طراحی، تعیین حجم نمونه،

۸۴۷۰۶ نفر از کل ۸۹۴۵۷ مورد رکورد اولیه جمع‌آوری شده در مطالعه سراسر کشور، وارد مرحله مطالعه گردیدند. پرسش‌نامه این نظام ترجمه و اقتباس شده از پرسش‌نامه اصلی و تکمیلی رویکرد گام به گام سازمان جهانی بهداشت بود که با برخی سؤالات انتخابی کامل و در یک بررسی پایلوت آزمون شد. سؤالات در مطالعه پایلوت با ضریب قابل قبولی از نظر روایی (آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ برای هر سوال) مورد تأیید قرار گرفت، علاوه بر آن مراحل انجام کار و وضعیت امکان دستیابی به نمونه‌ها از طریق کدگذاری پستی نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. در تعریف وضعیت‌های مختلف مصرف سیگار نیز از شیوه‌ای که سازمان جهانی بهداشت ارائه کرده است، استفاده گردید (۵،۶،۱۵).

تعاریف ذیل در مورد وضعیت‌های مختلف مرتبط با مصرف سیگار مورد استفاده قرار گرفت:

۱- فرد غیرسیگاری: کسی که در گذشته و در حال هیچ‌گونه مصرف سیگار و تنباکو نداشته است.

۲- فرد سیگاری فعال: کسی که هفته‌ای حداقل هفت نخ سیگار (متوسط روزانه حداقل یک نخ) می‌کشد.

۳- فرد سیگاری غیرفعال: کسی که هفته‌ای کم‌تر از ۷ نخ سیگار می‌کشد.

۴- فرد سیگاری ترک کرده: کسی که قبلاً سیگار می‌کشیده، فعال یا غیرفعال ولی در هنگام مصاحبه سیگار نمی‌کشد.

۵- فرد سیگاری قهار: کسی که در روز بیشتر از ۲۰ نخ سیگار می‌کشد (۵،۶،۱۵).

داده‌های این مطالعه ابتدا در برنامه Epilinfo ویرایش ششم در سطح استان‌ها وارد رایانه شدند. داده‌های نهایی در هر استان و سپس در سطح ملی پالایش گردید و توسط نرم‌افزار SPSS پس از اعمال وزن جمعیتی و برآورد استانی و کشوری وضعیت متغیرهای مورد بررسی، داده‌ها تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه که در کلیه استان‌های کشور انجام شده است، از میان ۸۴۷۰۶ نفر، ۴۹/۷٪ (۴۲۰۸۲ نفر) مرد و بقیه زن بودند. نمونه‌های مورد بررسی در این مطالعه از نظر وضعیت تحصیلی ۵۲٪ (۴۳۹۷۹ نفر) بی‌سواد یا کم‌سواد (ابتدایی یا تحصیلات غیررسمی) و بقیه باسواد (راهنمایی و بالاتر) بودند. وضعیت شغلی این افراد نیز به ترتیب شامل ۸/۴٪ کارمند، ۶/۲٪ کارگر، ۷٪ کشاورز، ۶٪ نظامی یا پلیس، ۴۰/۲٪ خانه‌دار، ۹/۱٪ محصل یا دانشجو، ۹/۱٪ آزاد، ۱۵/۵٪ بازنشسته، ۳/۹٪ از کار افتاده، ۶/۱٪

جدول ۱- توزیع حالت‌های مختلف مصرف سیگار در بین افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله ایران برحسب جنس در سال ۸۴

جنس	سیگاری فعال		سیگاری غیرفعال		ترک کرده		غیرسیگاری	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
مرد*	۶۶/۶	۱۱۱۸۰	۲/۴	۱۰۱۰	۴/۳	۱۷۹۷	۶۶/۸	۲۸۰۹۵
زن	۴/۲	۱۷۸۵	۱/۷	۷۳۳	۱/۱	۴۸۱	۹۳/۰	۳۹۶۲۵
کل	۱۵/۳	۱۲۹۶۵	۲/۱	۱۷۴۳	۲/۷	۲۲۷۸	۷۹/۹	۶۷۷۲۰

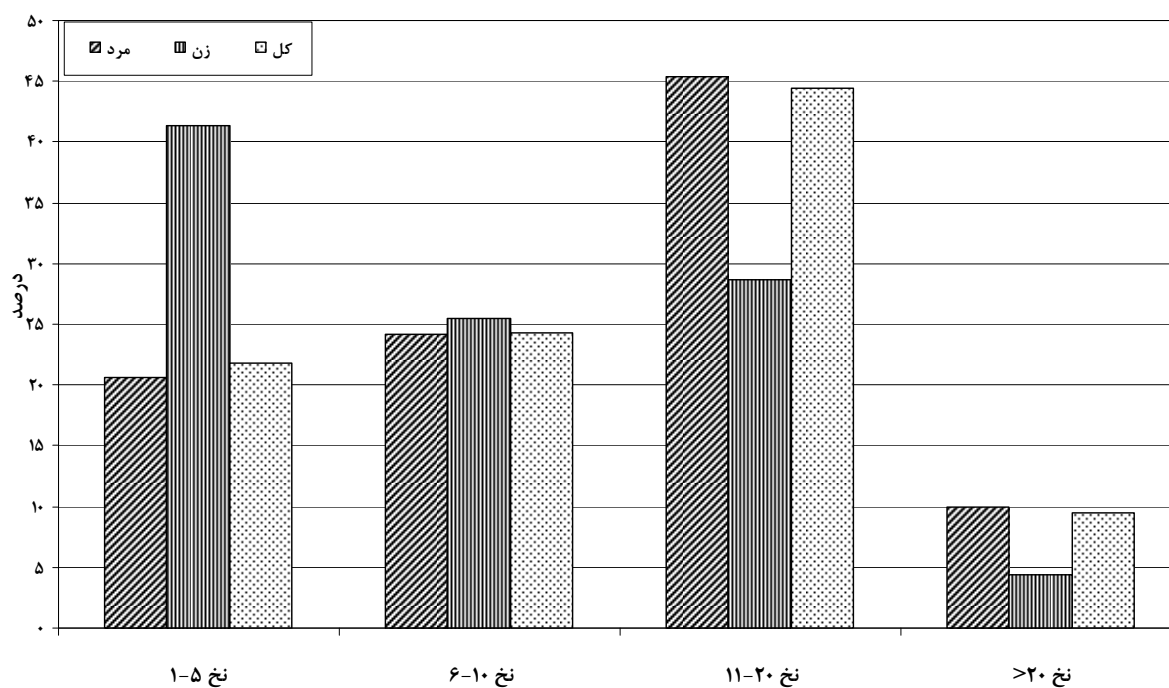
* P<۰/۰۰۰ در مقایسه با زنان

جدول ۲- شیوع مصرف سیگار در افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله ایرانی به تفکیک گروه‌های سنی در سال ۸۴

گروه‌های سنی	سیگاری فعال		سیگاری غیرفعال		ترک کرده*		غیرسیگاری	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۱۵-۲۴	۳/۷	۶۲۹	۱/۵	۲۵۰	۰/۴	۶۸	۹۴/۴	۱۶۰۰۱
۲۵-۳۴	۱۳/۸	۲۳۳۱	۲/۵	۴۱۸	۱/۱	۱۹۱	۸۲/۶	۱۳۹۹۴
۳۵-۴۴	۲۰/۵	۳۴۶۵	۲/۴	۴۰۵	۲/۴	۴۰۳	۷۴/۸	۱۲۶۵۳
۴۵-۵۴	۲۰/۴	۳۵۰۶	۴/۰	۳۴۸	۴/۱	۷۰۰	۷۳/۵	۱۲۶۱۹
۵۵-۶۴	۱۸/۱	۳۰۳۴	۱/۹	۳۲۲	۵/۵	۹۱۶	۷۴/۵	۱۲۴۵۳
کل	۱۵/۳	۱۲۹۶۵	۲/۱	۱۷۴۳	۲/۷	۲۲۷۸	۷۹/۹	۶۷۷۲۰

* P<۰/۰۰۰ درصد ترک در گروه‌های سنی مختلف

† P<۰/۰۰۰ در مقایسه با گروه‌های سنی پایین‌تر



نمودار ۱- توزیع مصرف روزانه سیگار (تعداد نخ در روز) در افراد سیگاری فعال ۱۵ تا ۶۵ ساله ایرانی بر حسب جنس در سال ۸۴

مقایسه با مطالعات انجام گرفته در انگلستان با شیوع ۲۵٪ (۲۰) و ایتالیا با شیوع ۲۸٪ (۲۱) نیز از میزان کم‌تری برخوردار است. از مطالعات وسیع کشوری صورت گرفته در ایران می‌توان به طرح سلامت و بیماری اشاره نمود که درصد افراد سیگاری را در سال ۱۳۷۸، ۱۱/۹٪ برآورد نموده (۲۲) در حالی که هم‌اکنون این رقم با افزایش واضح ۵/۳٪ مواجهه شده است. هرچند که نباید تفاوت‌های روش کار در این مطالعه را فراموش کرد و باید توجه داشت که روش کار، نمونه‌گیری و حجم نمونه در این دو مطالعه

شیوه نمونه‌گیری و نیز تعاریف به کار رفته در آن می‌باشد. این مطالعه از معدود مطالعات وسیع کشوری در زمینه مصرف سیگار و با این الگوی اجرایی می‌باشد.

روند افزایشی مصرف سیگار

در این مطالعه درصد افراد سیگاری در مجموع (فعال و غیرفعال)، در کل ۱۷/۴٪ برآورد شده که نسبت به ایالات متحده (۱۶،۱۷) درصد مشابهی را دارد و نسبت به مطالعه انجام شده در چین (۱۸) و کره (۱۹) میزان نسبتاً کم‌تری را دارد این یافته در

جدول ۳- توزیع حالت‌های مختلف مصرف سیگار در بین افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله ایران برحسب جنس در سال ۸۴

گروه‌های سنی	سیگاری فعال		سیگاری غیرفعال		ترک کرده		غیرسیگاری	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۱۵-۲۴								
مرد	۶/۸	۵۶۶	۲/۴	۱۹۸	۰/۷	۵۷	۹۰/۱	۷۵۰۹
زن	۰/۷	۶۳	۰/۶	۵۲	۰/۱	۱۱	۹۸/۵	۸۴۹۲
۲۵-۳۴								
مرد	۲۵/۳	۲۱۱۸	۳/۵	۲۹۱	۲/۰	۱۷۰	۶۹/۲	۵۸۰۱
زن	۲/۵	۲۱۳	۱/۵	۱۲۷	۰/۲	۲۱	۹۵/۸	۸۱۹۳
۳۵-۴۴								
مرد	۳۶/۴	۳۰۷۵	۲/۷	۲۲۹	۴/۱	۳۴۳	۵۶/۸	۴۷۹۰
زن	۴/۶	۳۹۰	۲/۱	۱۷۶	۰/۷	۶۰	۹۲/۶	۸۷۶۳
۴۵-۵۴								
مرد	۳۴/۹	۲۹۷۴	۱/۹	۱۶۰	۶/۵	۵۵۷	۵۶/۷	۴۸۳۶
زن	۶/۲	۵۳۲	۲/۲	۱۸۸	۱/۷	۱۴۳	۹۰/۰	۷۷۸۳
۵۵-۶۴								
مرد	۲۹/۱	۴۴۴۷	۱/۶	۱۳۲	۸/۰	۶۷۰	۶۱/۴	۵۱۵۹
زن	۷/۱	۵۸۷	۲/۳	۱۹۰	۳/۰	۲۴۶	۸۷/۷	۷۲۹۴
کل								
مرد	۲۶/۶	۱۱۱۸۰	۲/۴	۱۰۱۰	۴/۳	۱۷۹۷	۶۶/۸	۲۸۰۹۵
زن	۴/۲	۱۷۹۱	۱/۷	۷۳۳	۱/۱	۴۸۱	۹۳/۰	۳۹۶۲۳

جدول ۴- شیوع مصرف سیگار در افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله ایرانی به تفکیک محل سکونت در سال ۸۴

محل سکونت	سیگاری فعال		سیگاری غیرفعال		ترک کرده		غیرسیگاری	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
شهر*	۱۴/۳*	۷۸۴۱	۱/۹*	۱۰۶۱	۲/۵*	۱۳۶۸	۸۱/۳*	۴۴۶۶۴
روستا	۱۷/۲	۵۱۲۴	۲/۳	۶۸۲	۳/۱	۹۱۰	۷۷/۴	۲۳۰۵۶
کل	۱۵/۳	۱۲۹۶۵	۲/۱	۱۷۴۳	۲/۷	۲۲۷۸	۷۹/۹	۶۷۷۲۰

* وجود اختلاف معنی‌دار آماری میان محل سکونت و شیوع مصرف سیگار (P<۰/۰۰۰)

شیوع مصرف انواع دیگر دخانیات) می‌باشد، ولی در برآورد شدت مصرف اطلاعات ارزشمندی را عرضه می‌نماید. در برآورد کشوری سال ۷۸، میانگین تعداد نخ سیگار مصرفی در روز ۱۳/۲ نخ برآورد شده بود که این میزان نیز در مقایسه با مطالعه ما با برآورد ۱۴/۶۹ نخ بیانگر روند افزایشی شدت مصرف سیگار نیز می‌باشد (۲۲) قابل توجه این‌که میانگین مصرف در روستا به نسبت شهر در هر دو مطالعه به طور معنی‌داری بالاتر بوده است.

در مقایسه مطالعه حاضر با مطالعه قند ولیپید تهران در سال ۱۳۸۰، می‌توان گفت که میزان فراوانی سیگاری‌های قهار در سال ۸۴ بیشتر بوده و در کل نیز گرایش به مصرف روزانه بیشتر سیگار مشاهده می‌شود (۲۳).

تفاوت‌های جنسی در مصرف سیگار

درصد برآورد شده در مورد افراد سیگاری در مردان در مجموع سه حالت مرتبط با مصرف (فعال، غیرفعال و ترک کرده)، ۲/۳۳٪ و در زنان ۷٪ می‌باشد. در میان گروه‌های سنی مختلف، در تمامی استان‌های کشور، میزان شیوع مصرف سیگار در مردان به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از زنان می‌باشد این یافته نیز با مطالعه انجام گرفته در ایران هم‌خوانی دارد (۲۳) و با وجود اختلافات متدولوژیک و تعاریف عملیاتی متفاوت میان سایر مطالعات انجام گرفته در سایر نقاط دنیا، می‌توان گفت که در تمامی این مطالعات از جمله مطالعه‌های چین (۱۸)، کره (۱۹)، اروپا (۲۰، ۲۱) و ایالت متحده (۱۶) ارجحیت شیوع مصرف در مردان بیشتر از زنان بوده است. البته لازم به ذکر است که در غالب این مطالعات کاهش تدریجی فاصله شیوع مصرف در میان دو جنس در روند زمان نیز مورد اشاره قرار گرفته است (۲۴-۱۸، ۲۱) که با توجه به روند رو به رشد کلی و عمومی مصرف سیگار در تمامی این کشورها، می‌توان چنین نتیجه گرفت که میزان شیوع مصرف سیگار در زنان رو به رشد سریع‌تری قرار گرفته است.

عدم وجود مطالعات گسترده قبلی در ایران امکان این بررسی را در کشور مقدور نمی‌سازد ولی باید توجه داشت که در صورت پیروی ایران از این الگو در آینده، نیاز به بررسی‌های بیشتر و خصوصاً مطالعه در جامعه زنان ایرانی و دلایل گرایش آن‌ها وجود داشته و برنامه‌های اختصاصی جهت زنان به دلایلی چون وجود خطرات مضاعف ناشی از مصرف سیگار در بارداری و ایمنی و نیز تأثیرات مخرب بر جنین، ضرورت بیشتری می‌یابد.

یکسان نبوده و در مطالعه مذکور در سال ۷۸، جمعاً ۱۳۴۹۵ خانوار (۶۵٪ شهری و بقیه روستایی) با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مورد بررسی قرار گرفته‌اند. ولی در مجموع و با وجود تفاوت‌ها نیز می‌توان اذعان داشت که روند افزایشی در مصرف سیگار در ایران غیر قابل انکار می‌باشد. مطالعه امامی و همکاران نیز در تهران با میزان برآورد شده ۱۲/۱٪ تأیید دیگری بر این مدعا است (۲۳).

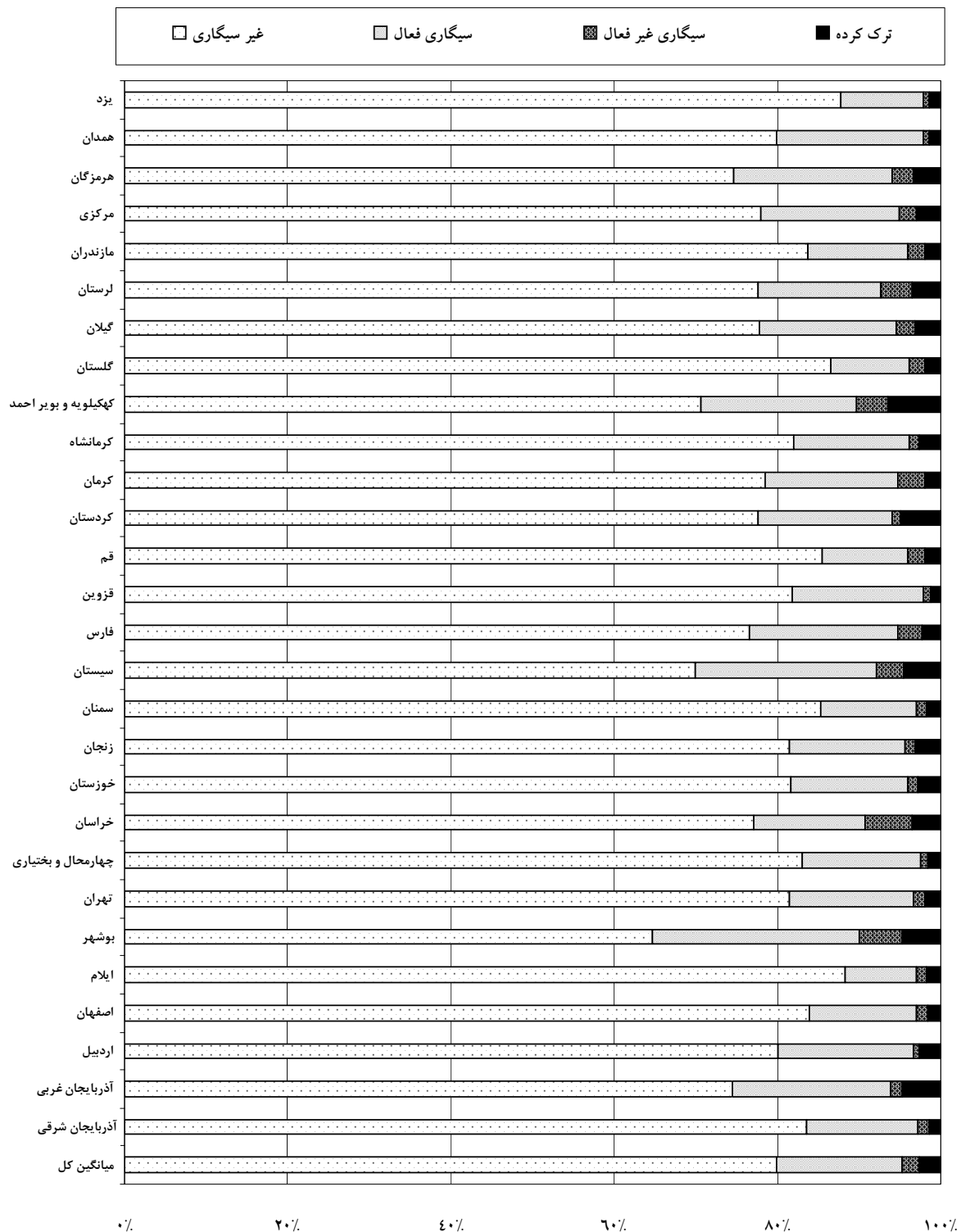
الگوی سنی در مصرف سیگار

مطابق نتایج این مطالعه شیوع مصرف سیگار در فرم سیگاری فعال با افزایش سن در هر دو جنس افزایش می‌یابد و نیز در مقابله کم‌ترین درصد سیگاری‌های فعال، بیشترین آمار سیگاری‌های غیرفعال مربوط به محدوده سنی ۲۴-۱۵ سال می‌باشد با افزایش محدوده سنی، درصد افراد سیگاری غیرفعال با روندی نزولی و به طوری چشمگیر کاهش می‌یابد. به همین منوال روندی پیوسته و صعودی نیز با افزایش محدوده سنی در مورد درصد نسبی افراد سیگاری ترک کرده دیده می‌شود. به طوری‌که بیشترین میزان ترک در گروه سنی ۵۵ تا ۶۴ سال می‌باشد. این یافته‌ها با مطالعه مشابه انجام شده امامی و همکاران در ایران، هم‌سویی دارد (۲۳) ولی با مطالعات انجام گرفته در ایالات متحده مطابقت ندارد چرا که در این کشور شیوع مصرف در گروه سنی ۲۴-۱۸ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی می‌باشد (۱۶).

در کل و در ارتباط با این یافته‌ها باید اشاره کرد که نیاز به حضور و اشاعه برنامه‌های کنترلی در مورد سیگار در جامعه به خوبی احساس می‌شود و بالطبع مطالعات تکمیلی بیشتری نیز برای تعیین مناسب‌ترین و مؤثرترین استراتژی‌های برخورد با این مساله ضرورت می‌یابد. در این راستا برنامه‌های متنوع و هدفمند تلویزیونی و نیز تشویق پزشکان در ارائه توصیه‌های لازم به بیماران خود در مورد توقف مصرف سیگار احتمالاً می‌تواند از مهم‌ترین استراتژی‌های توصیه شده باشد (۱۸) چرا که هزینه اثربخشی چنین اقداماتی به نسبت سایر موارد هم‌چون درمان جایگزینی نیکوتین، در سطحی وسیع مناسب‌تر بوده و سریع‌تر به نتیجه خواهد رسید.

میزان مصرف روزانه سیگار

نکته مهم و قابل توجه در رابطه با ارزیابی مصرف سیگار، برآورد مصرف روزانه آن در کشور می‌باشد. در مطالعه حاضر تعداد نخ سیگار مصرفی توسط افراد نیز مورد پرسش واقع گردید، هر چند که این میزان کم‌تر از مصرف واقعی دخانیات در کل (به دلیل



نمودار ۲- وضعیت مصرف سیگار در افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی بر حسب استان محل سکونت در سال ۸۴

زنان، مردان بیشتر گرایش به مصرف بیش از ۱۰ نخ در روز داشته‌اند در حالی که زنان مصرف کم‌تر از ۱۰ نخ را داشته‌اند. این مطلب با سایر مطالعات مشابه در نقاط مختلف دنیا مطابقت دارد (۱۶،۱۸،۲۵). گرایش به مصرف سیگار در زنان در سنین بالاتری

در مقایسه مردان و زنان در تعداد نخ مصرفی در روز چنین می‌توان گفت که زنان بیشتر گرایش به مصرف کم‌تر و تفننی‌تر داشته و به ندرت به صورت سیگاری قهار اقدام به کشیدن سیگار می‌نمایند (۰/۰۳٪) از نظر تعداد نخ سیگار مصرفی در روز برعکس

توجه این‌که در میان افراد سیگاری، الگوی مصرف در شهر و روستا اختلاف آماری معنی‌داری نداشته است. ولی از نظر تعداد نخ مصرفی سیگار در روز، روستاییان از میانگین بالاتری برخوردار بوده‌اند و درصد سیگاری‌های قهار بیشتری را نیز نسبت به جمعیت شهری داشته‌اند.

محدودیت‌های مطالعه

از محدودیت‌های اصلی این مطالعه، وابسته بودن تخمین‌ها بر پایه خود اظهاری افراد می‌باشد این برآورد میزان مصرف در مطالعات دقیق‌تر می‌تواند بر پایه انجام آزمایشات بیوشیمیایی هم‌چون اندازه‌گیری سطح سرمی نیکوتین خون افراد نیز انجام گیرد که برآورد قابل اعتمادتری است (۱۶).

نکته قابل توجه دیگر، عدم هم‌خوانی تعاریف مورد استفاده در غالب مطالعات انجام گرفته در سطح دنیا می‌باشد که امکان مقایسه نتایج آن‌ها را با هم با مشکل مواجه می‌سازد. در این مطالعات بالاخص مطالعات انجام گرفته در ایالات متحده، تعریف افراد سیگاری بر حسب سابقه تعداد مصرف سیگار در طول عمر و در حد ۱۰۰ بار اقدام به استفاده از انواع متنوع مواد دخانی و یا بیش از ۵۰ نخ سیگار و یا بیش از ۲۰ بار استفاده از موادی چون تنباکوی جویدنی یا استنشاقی می‌باشد که مطالعات زیادی نیز از این الگوی پیروی نموده‌اند، علاوه بر این، محدوده‌های سنی نیز از سن بالاتر از ۱۸ سال آغاز شده و به صورت ۲۴-۱۸، ۴۴-۲۵، ۶۴-۴۵ و ≤ 65 سال تعریف شده‌اند (۲۷، ۱۶).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه تداوم برنامه‌های نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر در کشور، جهت فراهم‌سازی امکان انجام مطالعات ارزشمند طولی در روند زمان، تغییر الگوهای مصرف، سنجش تأثیر مداخلات مختلف و نیز در اختیار نهادن داده‌های وسیع‌تر و بیشتر به منظور طراحی برنامه‌های پیشگیری مؤثرتر، مؤکداً توصیه می‌گردد.

هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد که مطالعات متمرکزتری خصوصاً در ارتباط با فرهنگ خاص هر منطقه و دلایل گرایش بیشتر در استان‌های با شیوع بالای مصرف سیگار در مقایسه با سایر استان‌های کشور، انجام گردد تا بتواند داده‌های لازم را در زمینه مقابله مؤثرتر در این ارتباط فراهم آورد.

واقع شده است به طوری که شیوع مصرف سیگار در زنان بیشتر گرایش به سنین ۴۵ تا ۶۴ و در مردان گرایش به سنین ۳۵ تا ۴۵ سال دارد.

برخی دیگر از تفاوت‌های دموگرافیک در مصرف سیگار

در مطالعه حاضر، اختلاف آماری معنی‌داری بین سطوح مختلف تحصیلی و مصرف سیگار دیده شده است به گونه‌ای که در صد نسبی افراد غیرسیگاری با افزایش سطح تحصیلات، افزایش داشته و درصد نسبی سیگاری‌های فعال و غیرفعال نیز در سطح تحصیلات پایین بیشتر بوده‌اند و در این میان نکته قابل توجه این است که درصد ترک سیگار در افراد مورد مطالعه با میزان تحصیلات نسبت عکس داشته است. مطابق نتایج مطالعه پاشا میثمی و همکاران در شمال کشور (۲۶) و امامی و همکاران در تهران (۲۳) و نیز برخی مطالعات در کشورهای دیگر (۱۰)، عواملی چون جنسیت، افزایش سطح تحصیلات و افزایش سن و تأهل، به عنوان عوامل محافظت کننده از مصرف سیگار مطرح شده‌اند، لذا حفظ و گسترش شرایط تأثیر این عوامل بازدارنده خود می‌تواند کمکی در جهت جلوگیری از پیشرفت شیوع مصرف دخانیات باشد. ولی در توجیه این یافته که افراد باسوادتر تداوم مصرف بیشتری داشته‌اند باید گفت که آگاهی بالاتر به خودی خود نمی‌تواند عاملی برای ترک سیگار باشد. یعنی اگرچه سطح تحصیلات بالاتر می‌تواند عاملی برای گرایش کمتر باشد ولی به دلیل این که افراد باسواد با علم به مضرات سیگار اقدام به شروع مصرف نموده‌اند، برای جلوگیری از تداوم مصرف و ترک نیز آگاهی رسانی ممکن است روش چندان کارآمدی برای این گروه نباشد.

در مطالعه حاضر، افراد مجرد در مقایسه با افراد متأهل دارای میانگین تعداد نخ سیگار مصرفی کمتری بودند و با توجه درصد بیشتر افراد مجرد غیرسیگاری نسبت به افراد متأهل می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که افراد مجرد بیشتر گرایش به مصرف تفننی سیگار دارند. در مطالعه ما، برخلاف مطالعه پاشا میثمی و همکاران (۲۶)، میزان گرایش به مصرف سیگار در هر سه الگوی سیگاری فعال، غیرفعال و ترک کرده، در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد می‌باشد.

از نظر محل سکونت نیز شهرنشینان در مطالعه ما از میزان شیوع پایین‌تری در مصرف سیگار برخوردار بوده‌اند به طوری که درصد نسبی افراد غیرسیگاری در جمعیت شهری بیشتر بوده و در مقابل نیز سیگاری‌های فعال، غیرفعال و ترک کرده در جمعیت روستایی کشور، از درصد نسبی بالاتری برخوردار بوده‌اند. جالب

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مرکز مدیریت بیماری‌ها که داده‌های ملی را در اختیار نویسندگان قرار داد و تمامی کسانی که در جمع‌آوری داده‌ها در کشور همکاری کرده‌اند تشکر می‌کنیم.

منابع

1. Haenle M M, Brockmann O S, Kron M, Bertling U, Mason A R, Steinbach G & et al. Overweight, physical activity, tobacco and alcohol consumption in a cross-sectional random sample of German adults. *BMC Public Health* 2006; 6: 233.
2. Hughes K, Choo M, Kuperan P, Ong C N, Aw T C. Cardiovascular risk factors in relation to cigarette smoking: a population-based survey among Asians in Singapore. *Atherosclerosis* 1998; 137: 253-58.
3. Imamura H, Tanaka A, Hirae C, Futagami T, Yushimura Y, Uchida K, Kobata D. Relationship of cigarette smoking to blood pressure & serum lipid & lipoprotein in men. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1996; 23: 397-402.
4. Slama K. Current challenges in tobacco control. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8: 1160-72.
5. World Health Organization: Process for a Global Strategy on Diet Physical Activity and Health Geneva: World Health organization; 2003.
6. Smith C S, Jr, Greenland P, Grundy M S. Prevention Conference V: Beyond Secondary Prevention: Identifying the High-Risk Patient for Primary Prevention: Executive Summary. *Circulation* 2000; 101: 111-16.
7. Dunn A, Zeine L, eds. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento, CA, USA, California Environmental Protection Agency, 1997.
8. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking- 10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999; 54: 357-66.
9. Jamrozik K. Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: database analysis. *BMJ* 2005; 330: 812-15.
10. Babanov SA. (Abstract) The epidemiological characteristics of tobacco smoking. *Vestn Ross Akad Med Nauk* 2006; 27-29.
11. Nierkens V, de Vries H, Stronks K. Smoking in immigrants: do socioeconomic gradients follow the pattern expected from the tobacco epidemic. *Tob Control*. 2006; 15: 385-91.
12. Fakhfakh R, Hsairi M, Belaaj R, Ben Romdhane H, Achour N. (Abstract) Epidemiology and prevention of smoking in Tunisia: current situation and perspectives. *Arch Inst Pasteur Tunis*. 2001; 78: 59-67.
13. Ramlau R, Didkowska J, Wojciechowska U, Tarkowski W. (Abstract) Tobacco smoking in Wielkopolska towards the end of 20th century. *Pneumonol Alergol Pol*. 2005; 73:128-34.
14. دلاوری علیرضا، عالیخانی سیامک، علاءالدینی فرشید. زیر نظر: گویا محمد مهدی. گزارش وضعیت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران. مرکز مدیریت بیماری‌های معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران: نشر صدا، ۱۳۸۴.
15. The World Health Report 1999 - Combating the Tobacco Epidemic. World health organization. Genova: 1999.
16. CDC. Cigarette smoking among adults- United States, 2004. *MMWR* 2005; 54: 1121- 24.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco Use among Adults- United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2005; 55: 1145-48.
18. Johnson C A, Palmer H P, Chou C P, Pang Z, Zhou D, Dong L, et al. Tobacco use among youth and adults in Mainland China: The China Seven Cities Study. *Public Health* 2006; 120:1156-69.
19. Cho H.J, Song Y.M, Smith G. D, Ebrahim S. Trends in socio-economic differentials in cigarette smoking behaviour between 1990 and 1998: a large prospective study in Korean men. *Public Health* 2004; 118: 553-58.
20. Statistics on Smoking, England 2006 - General Household Survey. Available at <http://www.ic.nhs.uk/news/press/pr300806> & <http://www.NationalStatisticsOnline/health.htm>
21. Nobile C G A, Trani F, Di Sandro M. S, Angelillo I F. Cigarette smoking and alcohol behaviour among adolescents in Italy. *Public Health* (2006) 120, 942-45.
22. معاونت تحقیقات و فناوری، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، معاونت سلامت. سیمای سلامت کشور. معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تهران: نشر تیلور، ۱۳۸۱.
23. امامی حبیب، حبیبیان سونیا، صالحی پیام، عزیزی فریدون. الگوی مصرف سیگار در یک منطقه شهری تهران، سال ۱۳۸۰: مطالعه قند و لپید تهران. *مجله پژوهش در پزشکی (دانشکده پزشکی شهید بهشتی)* ۱۳۸۲؛ ۲۷: ۵۲-۴۷.
24. Musaigera A.O, Abdulraoof N. Social factors associated with smoking among men in the United Arab Emirates. *Public Health* 2004, 450-52.
25. Hill C. Smoking in women in France. *Rev Pneumol Clin*. 1999 Oct; 55:283-89.
26. پاشا میثمی علی، قدسی سیدمحمد، افتخار بهواد. الگوی مصرف سیگار در یک منطقه روستایی ایران. *تنفس، فصلنامه علمی بیماری‌های تنفسی، جراحی قفسه صدری، مراقبت‌های ویژه و سل* ۱۳۸۳؛ ۱۰: ۶۱-۵۳.
27. Balluz L, Ahluwalia IB, Murphy W, Mokdad A, Giles W, Harris VB. Surveillance for certain health behaviors among selected local areas - United States, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2002. *MMWR Surveill Summ* 2004, 53:1-100.