

مطالعه اپیدمیولوژیک مصرف سیگار در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله استان کردستان در سال

۱۳۸۴

دکتر قباد مرادی^۱، دکتر علیرضا دلآوری^۲، دکتر سمراد محرابی^۳، دکتر آرش پولادی^۴، دکتر مؤده بهرام رضایی^۵

۱- دستیار اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- متخصص بیماریهای داخلی، استادیار مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- فوق تخصص بیماریهای ریه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کردستان (مؤلف مسول) Samrad.mehrabi@gmail.com

۴- پزشک عمومی، کارشناس آموزشی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی

۵- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی کردستان

چکیده

زمینه و هدف: مصرف دخانیات بعنوان یکی از عوامل خطر مهم و افزایش دهنده بار کلی بیماریها در دنیا مطرح می باشد و برآورد شده که مصرف سیگار در جهان سالانه باعث مرگ ۴ میلیون نفر می شود، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اپیدمیولوژیک مصرف سیگار در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله استان کردستان انجام پذیرفته است.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه مقطعی (Cross-Sectional) توصیفی تحلیلی بود و جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه انجام شد. در این مطالعه انتخاب نمونه ها با رویکردی سیستماتیک و با شیوه نمونه گیری خوشه ای- تصادفی از کل شهرستانهای استان بود که پس از یک پایلوت به انجام رسید. در نهایت نیز تعداد ۲۴۶۸ نفر از کل ۲۵۰۰ مورد رکورد اولیه، پس از غربالگری داده ها و حذف موارد مخدوش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: از میان افراد مورد مطالعه، ۴۹/۶٪ (۱۲۲۵ نفر) مرد، ۶۵٪ (۱۶۰۲ نفر) بی سواد یا کم سواد و محل سکونت ۱۵۲۱ نفر (۶۱/۶٪) شهر بود. از نظر توزیع حالتهای مختلف، افراد غیرسیگاری ۷۷/۶٪، افراد سیگاری فعال ۱۶/۴٪، افراد سیگاری غیرفعال ۱/۱٪ و نیز افراد سیگاری ترک کرده ۴/۹٪ کل را تشکیل می دادند. شیوع مصرف سیگار در گروه های سنی ۲۵ تا ۶۴ سال بیشتر از سنین پایین تر بود ($p < 0/001$)، درصد ترک سیگار با افزایش سن، افزایش می یابد ($p < 0/001$). شیوع مصرف سیگار در زنان بیشتر گرایش به سنین بالا دارد. تفاوت معنی دار آماری به صورت شیوع مصرف بیشتر مردان نسبت به زنان ($p < 0/001$) وجود داشت. شیوع مصرف سیگار از لحاظ محل سکونت افراد، اختلاف معنی داری نداشت ($p > 0/05$). تعداد نخ مصرفی سیگار در روز، در کل ۱۴/۳۴ نخ سیگار بوده و شیوع مصرف سیگار به نسبت سطح تحصیلات افراد نشانگر اختلاف آماری معنی دار می باشد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این مطالعه که توانسته است اطلاعاتی پایه را برای مطالعات طولی در آینده فراهم سازد، باید اشاره کرد که نیاز به وجود و اشاعه برنامه های کنترلی در مورد توقف و یا کاهش مصرف سیگار و پیشگیری از افزایش شیوع مصرف در جامعه بخوبی احساس می شود که بالطبع مطالعات تکمیلی بیشتری نیز برای تعیین مناسب ترین و مؤثرترین استراتژیهای برخورد با این مسأله ضرورت می یابد.

کلید واژه ها: مصرف سیگار، شیوع، الگوی مصرف، افراد ۱۵ تا ۶۴ سال، استان کردستان.

تاریخ وصول مقاله: ۸۶/۲/۱۰ اصلاح نهایی: ۸۶/۵/۱۶ پذیرش نهایی: ۸۶/۷/۲۲

مقدمه

مصرف دخانیات بعنوان یکی از عوامل خطر مهم و افزایش دهنده بار کلی بیماریها در دنیا بالاخص در ارتباط با بیماریهای مزمن و غیرواگیری چون بیماریهای قلبی-عروقی، بیماریهای تنفسی، سرطان و سکته مغزی مطرح می‌باشد. این بیماریها در کنار چاقی و دیابت در مجموع، مسئول ۵۹٪ از ۵۷ میلیون مرگ و ۴۶٪ از بار کلی بیماریها در دنیا می‌باشند (۱). مطالعات بزرگ اپیدمیولوژیک در سطح جهان نیز نشان داده‌اند که مصرف سیگار با بروز بسیاری از بیماریهای غیرواگیر ارتباط قوی دارد (۲،۳).

تنباکو بزرگترین عامل مرگ قابل کنترل جهان می‌باشد (۴)، در همین رابطه برآورد شده است که مصرف سیگار به تنهایی در جهان سالانه باعث مرگ ۴ میلیون نفر می‌شود. برآورد سازمان جهانی بهداشت اینست که؛ این تعداد در سال ۲۰۳۰ به ده میلیون نفر بالغ خواهد شد و بدلیل اینکه 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 این مسأله هستند که از میان ۱/۳ میلیارد سیگاری دنیا، در صورت عدم تغییر قابل توجه در روند فعلی مصرف تنباکو، 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 (بطور غیر فعالانه) مضر است. (۷-۹) آمار مرگ در اطرافیان افراد سیگاری (passive smoking) تنها در کشور انگلستان، حدود بیشتر از ده هزار نفر در سال برآورد شده است (۹).

قابل توجه اینکه 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 بدنبال 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 منطقه، خصوصاً در ارتباط با الگوی مصرف سیگار، با هدف تعیین وضعیت اپیدمیولوژیک مصرف سیگار در استان کردستان در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال 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 مناطق، زمینه انجام برنامه‌ریزیهای هدفمند پیشگیرانه در سطح مراقبتهای اولیه سلامت، مهیا گردد. ضمن اینکه روش کار و پرسشنامه بکار رفته در این مطالعه بر اساس روش پیشنهاد شده سازمان بهداشت جهانی صورت گرفته است و امکان مقایسه نتایج آن با سایر مطالعات خارجی و داخلی و همچنین پایش روند آن در طول زمان امکان پذیر است.

لازم به توضیح است که با وجود انجام این مطالعه در سطح کشوری، هیچ تحلیل استانی در مورد داده‌ها به صورت ارائه اطلاعات جزئی و کامل انجام نگرفته و اطلاعات در سطح آماری کلی و بسیار مختصر برای هر استان بوده است. لذا با توجه به عدم وجود مطالعات رسمی و انتشار یافته دیگری در مورد مصرف سیگار و

جمعیتی شهر و روستا، از مشخصات شیوه نمونه‌گیری بکار رفته می‌باشد.

تعداد نمونه ۲۵۰۰ نفر (معادل حداقل نمونه توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت) بود. در این نمونه‌گیری در پنج گروه سنی شامل ۲۴-۱۵، ۳۴-۲۵، ۴۴-۳۵، ۵۴-۴۵ و ۶۴-۵۵ سال به تعداد مساوی زن و مرد برای شرکت در بررسی انتخاب شدند و بدین ترتیب در هر گروه سنی حدود ۵۰۰ نفر شامل ۲۵۰ نفر مرد و ۲۵۰ نفر زن قرار گرفتند، بنابراین ۵۰ خوشه ۵۰ تایی با توزیع در گروه‌های سنی با تفکیک جنسی مساوی انتخاب گردیدند. در مرحله پرسشگری پس از انتخاب خوشه مورد نظر با مراجعه به اولین خانوار در صورت وجود فرد یا افراد واجد شرایط، از وی/آنها پرسشگری بعمل آمده و سپس به خانوار بعدی مراجعه می‌گردید، 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. در نهایت پس از ورود داده‌ها و سپس غربالگری و تصحیح داده‌ها و حذف رکوردهای مخدوش، تعداد ۲۴۶۸ نفر از کل ۲۵۰۰ مورد رکورد اولیه جمع‌آوری شده، وارد 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 سئوالات انتخابی کامل و در یک بررسی پایلوت در کشور آزمون شده و با ضریب قابل قبولی از نظر روایی (آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ برای هر سؤال) مورد تایید قرار گرفت. در

مطابق با تعاریف و روشهای پذیرفته شده در سطح استان، ارائه نتایج این مطالعه بسیار لازم به نظر می‌رسد.

روش بررسی

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 شبکه‌های بهداشت در کلیه شهرستانهای تابعه استان و زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی کردستان از طریق توجیه کامل و آموزش کارگامی نیروهای کارشناسی و بکارگیری 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 و انجام برخی ارزیابی‌های بالینی گردآوری شده است.

انتخاب نمونه‌ها در این بررسی برای اولین بار 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-تصادفی انجام گرفت. تناسب پراکنش سرخوشه‌های انتخاب شده با پراکندگی تعداد خانوار در نواحی مختلف پستی هر استان و نسبت

* Non Communicable Diseases risk factors surveillance system

افراد نیز به ترتیب شامل ۶٪ کارمند، ۸/۷٪ کارگر، ۱۰/۶٪ کشاورز، ۰/۴٪ نظامی یا پلیس، ۴۴/۲٪ خانه‌دار، ۷/۱٪ محصل یا دانشجو، ۱۳/۳٪ آزاد، ۲/۳٪ بازنشسته، ۰/۳٪ از کار افتاده، ۴/۸٪ بیکار و ۲/۴٪ نیز مربوط به سایر موارد بود. محل سکونت ۱۵۲۱ نفر (۶۱/۶٪) نیز شهر و بقیه روستا بود. تعداد ۱۸۹۶ نفر (۷۶/۹٪) متأهل، ۴۹۱ نفر (۱۹/۹٪) مجرد 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 با ۷۷/۶٪ و سپس به ترتیب افراد سیگاری فعال با ۱۶/۴٪، افراد سیگاری غیرفعال با ۱/۱٪ و نیز افراد سیگاری ترک کرده با ۴/۹٪ تشکیل می‌دادند (۵،۶،۱۵) (جدول ۱).

مصرف سیگار در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال دارای شیوع پایین‌تری بود ($p < 0/001$)، همراه با افزایش تعداد افراد سیگاری، درصد ترک سیگار نیز با افزایش سن، افزایش می‌یابد ($p < 0/001$) و در مجموع کل، با افزایش سن تعداد افراد غیرسیگاری به نسبت، کاهش داشته است (جدول ۲). شیوع مصرف سیگار در زنان به نسبت مردان گرایش به سنین بالاتری دارد (۳۵ تا ۶۴ سال) این گرایش در مردان به سنین ۲۵ تا ۵۴ سال تمایل دارد. 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 ۶۴ ساله حاکی از تفاوت معنی‌دار آماری به صورت شیوع مصرف بیشتر مردان نسبت به زنان ($p < 0/001$) می‌باشد (جدول ۱). قابل توجه اینکه در شیوع مصرف سیگار از لحاظ محل سکونت افراد (شهر یا روستا)، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$) (جدول ۳). میانگین

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:

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

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

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

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

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

داده‌های این مطالعه ابتدا در برنامه Epi Info ویرایش ششم وارد رایانه شد. داده‌های نهایی پالایش گردید و توسط نرم‌افزار SPSS پس از اعمال وزن جمعیتی و برآورد وضعیت متغیرهای مورد بررسی، داده‌ها بر اساس آزمونهای آماری فیشر و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه که در کلیه شهرستانهای تابعه استان کردستان انجام شده است، از میان ۲۴۶۸ نفر، ۴۹/۶٪ (۱۲۲۵ نفر) مرد و بقیه زن بودند. نمونه‌های مورد بررسی در این مطالعه از نظر وضعیت تحصیلی ۶۵٪ (۱۶۰۲ نفر) بی‌سواد یا کم سواد (ابتدایی یا تحصیلات غیررسمی) و بقیه باسواد (راهنمایی و بالاتر) بودند. وضعیت شغلی این

برآورد شده است ($p=0/05$). درصد نسبی افراد سیگاری غیر فعال در مجردها بیشتر ($p<0/001$) و در مقابل درصد نسبی ترک سیگار در افراد متأهل بیشتر بوده است ($p<0/001$).

شیوع مصرف سیگار در شهرستانهای مختلف استان از نظر نسبت ۴ گروه تعریف شده مرتبط با مصرف سیگار تقریباً از یک الگوی مشابه پیروی می نماید و اختلاف آماری معنی داری میان شهرستانهای مختلف دیده نمی شود ($p>0/05$). البته از لحاظ درصد نسبی ترک سیگار در شهرستانهای مختلف، تفاوت آماری وجود داشت ($p<0/01$).

تعداد نخ مصرفی سیگار در روز، ۱۴/۳۴ نخ سیگار بوده که این رقم در جمعیت روستایی ۱۴/۵۹ نخ و در جمعیت شهری ۱۴/۱۶ نخ می باشد ($p>0/05$)، سیگارهای قهار ۱۱/۳٪ از جمعیت روستایی استان را در مقابل ۸/۶٪ از جمعیت شهری تشکیل می دهند ($p<0/001$).

مصرف سیگار به نسبت کاهش سطح تحصیلات افراد نیز نشانگر اختلاف آماری معنی دار به صورت افزایش شیوع می باشد ($p<0/001$). این شیوع در ارتباط با وضعیت تأهل نیز دارای اختلاف آماری است ($p<0/001$)، میانگین تعداد نخ مصرفی روزانه در افراد مجرد ۱۳/۰۵ نخ در روز و در متأهلین ۱۴/۴۱ نخ در روز

جدول ۱: توزیع حالتهای مختلف مصرف سیگار در بین افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله استان کردستان بر حسب جنس در سال ۸۴

جنس	تعداد کل	سیگاری فعال		سیگاری غیرفعال		ترک کرده		غیر سیگاری	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
مرد*	۱۲۲۵ (۴۹/۶)	۳۶۳ *۲۹/۶	۲۳	*۱/۹	۹۲	*۷/۵	۷۴۷	*۶۱	
زن	۱۲۴۳ (۵۰/۴)	۴۲ ۳/۴	۴	۰/۳	۲۸	۲/۳	۱۱۶۹	۹۴	
کل	۲۴۶۸	۴۰۵ ۱۶/۴	۲۷	۱/۱	۱۲۰	۴/۹	۱۹۱۶	۷۷/۶	

* $P<0/000$ - مردان در مقایسه با زنان، از میزان شیوع بالاتری در مورد حالتهای مختلف مرتبط با مصرف سیگار برخوردار بوده اند.

جدول ۲: شیوع مصرف سیگار در افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله استان کردستان به تفکیک گروه‌های سنی در سال ۸۴

گروه‌های سنی (سال)	تعداد کل	سیگاری فعال		سیگاری غیرفعال		ترک کرده*		غیر سیگاری	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۱۵-۲۴	۴۹۴	۶/۹	۳۴	۱	۲	۰/۴	۲	۴۵۳	۹۱/۷
۲۵-۳۴	۴۹۴	۱۸	۸۹	۱/۲	۶	۱/۲	۶	۳۹۳	۷۹/۶
۳۵-۴۴	۴۹۵	۲۰/۲	۱۰۰	۱/۶	۲۴	۴/۸	۲۴	۳۶۳	۷۳/۳
۴۵-۵۴	۴۹۱	۱۸/۱	۸۹	۰/۸	۴	۶/۱	۳۰	۳۶۸	۷۴/۹
۵۵-۶۴	۴۹۴	۱۸/۸	۹۳	۰/۸	۴	۱۱/۷	۵۸	۳۳۹	۶۸/۶
تعداد کل	۲۴۶۸	۱۶/۴	۴۰۵	۱/۱	۲۷	۴/۹	۱۲۰	۱۹۱۶	۷۷/۶

* $p < 0.001$ درصد ترک در گروه‌های سنی مختلف
 † $p < 0.001$ با افزایش سن درصد موارد ترک سیگار افزایش می‌یابد.
 ‡ $p < 0.001$ با افزایش سن درصد افراد غیر سیگاری کاهش می‌یابد.

جدول ۳: شیوع مصرف سیگار در افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله استان کردستان به تفکیک محل سکونت در سال ۸۴

محل سکونت	تعداد کل	سیگاری فعال		سیگاری غیرفعال		ترک کرده		غیر سیگاری	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
شهر*	۱۵۲۱ (۶۱/۶٪)	۱۵/۷	۲۳۹	۱/۱	۱۶	۵/۱	۷۷	۱۱۸۹	۷۸/۲
روستا	۹۴۷ (۳۸/۴٪)	۱۷/۵	۱۶۶	۱/۲	۱۱	۴/۵	۴۳	۷۲۷	۷۶/۸
کل	۲۴۶۸	۱۶/۴	۴۰۵	۱/۱	۲۷	۴/۹	۱۲۰	۱۹۱۶	۷۷/۶

* اختلاف معنی دار آماری میان مصرف سیگار در شهر و روستا دیده نمی‌شود ($p > 0.05$)

بحث

مطالعه در مقایسه با مطالعه امامی و همکاران در تهران با میزان برآورد شده ۱۲/۱٪ واضحاً میزان بالاتری را نشان می‌دهد (۲۲). از مطالعات وسیع کشوری صورت گرفته در ایران می‌توان به طرح سلامت و بیماری اشاره نمود که درصد افراد سیگاری را در سال ۱۳۷۸، در کردستان ۱۷/۵٪ (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین کشوری) و در ایران ۱۱/۹٪ برآورد نموده (۲۳) هر چند که این رقم با افزایش واضح در میانگین کشوری مواجهه شده است

در این مطالعه درصد افراد سیگاری در مجموع (فعال و غیر فعال)، در کل ۱۷/۵٪ 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 مقایسه با مطالعات انجام گرفته در انگلستان با شیوع ۲۵٪ (۲۰) و ایتالیا با شیوع ۲۸٪ (۲۱) نیز از میزان کمتری برخوردار است. این

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.

نکته مهم و قابل توجه در رابطه با ارزیابی مصرف سیگار، برآورد مصرف روزانه آن می‌باشد. در مطالعه حاضر تعداد نخ سیگار مصرفی توسط افراد نیز مورد پرسش واقع گردید، هر چند که این میزان کمتر از مصرف واقعی تنباکو در کل (بدلیل شیوع مصرف انواع دیگر تنباکو) می‌باشد، ولی در برآورد میزان مصرف اطلاعات ارزشمندی را عرضه می‌نماید. در برآورد کشوری سال ۷۸، میانگین تعداد نخ سیگار مصرفی در روز ۱۳/۲ نخ برآورد شده بود این میزان در کردستان اندکی بیشتر (۱۳/۵ نخ) بوده که این میزان نیز در مقایسه با مطالعه ما با برآورد ۱۴/۳۴ نخ بیانگر روند افزایشی میزان مصرف سیگار می‌باشد (۲۲). قابل توجه اینکه میانگین مصرف در روستا به نسبت شهر در هر دو مطالعه بطور معنی‌داری بالاتر بوده است. در مقایسه مطالعه حاضر با مطالعه قند و لیپید تهران در سال ۱۳۸۰، می‌توان گفت که میزان فراوانی سیگارهای قهار در سال ۸۴ بیشتر بوده و در کل نیز گرایش به مصرف روزانه بیشتر سیگار مشاهده می‌شود (۲۳).

درصد برآورد شده در مورد افراد سیگاری در مردان در مجموع سه حالت مرتبط با مصرف (فعال، غیر فعال و ترک کرده) ۳۹٪ و در زنان ۶٪ می‌باشد. در میان گروههای سنی مختلف، در تمامی شهرستانهای استان، میزان شیوع مصرف سیگار در مردان بطور مشخص بیشتر از زنان می‌باشد این یافته نیز با مطالعه انجام گرفته در تهران همخوانی دارد (۲۳) و با وجود اختلافات

(۱۴) ولی جالب توجه اینست که در کردستان نسبت همچنان در یک سطح نشان داده شده است. هرچند که نباید تفاوت‌های روش کار در این مطالعه را خصوصاً در رابطه با نمونه‌گیری و حجم نمونه فراموش کرد. اما در هر صورت عدم رشد در میزان مصرف سیگار در کردستان همگام با روند رشد آن در کشور می‌تواند امیدوارکننده باشد.

در مورد الگوی سنی 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 مقابل کمترین درصد سیگارهای فعال، بیشترین آمار سیگارهای غیرفعال مربوط به محدوده سنی ۲۴-۱۵ سال می‌باشد، با افزایش محدوده سنی، درصد افراد سیگاری غیر فعال با روندی نزولی و بطوری 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. بطوریکه بیشترین میزان ترک در گروه سنی ۵۵ تا ۶۴ سال می‌باشد. این یافته‌ها با مطالعه مشابه انجام شده امامی و همکاران در تهران، همسویی دارد (۲۳) ولی با مطالعات انجام گرفته در ایالات متحده مطابقت ندارد چرا که در آن، شیوع مصرف در گروه سنی ۲۴-۱۸ سال بیشتر از سایر گروههای سنی می‌باشد (۱۶). در ارتباط با این یافته‌ها باید اشاره کرد که نیاز به حضور و اشاعه برنامه‌های کنترلی در مورد سیگار در جامعه بخوبی احساس می‌شود و بالطبع مطالعات تکمیلی بیشتری نیز برای تعیین مناسب‌ترین و مؤثرترین استراتژیهای برخورد با این مسأله 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

مختلف دنیا مطابقت دارد (۱۶,۱۸,۲۵). گرایش به مصرف سیگار در زنان در سنین بالاتری دیده می‌شود، بطوریکه شیوع مصرف سیگار در زنان بیشتر گرایش به سنین ۳۵ تا ۶۴ و در مردان گرایش به سنین ۲۵ تا ۵۴ سال دارد.

در مطالعه حاضر، اختلاف آماری معنی‌داری بین سطوح مختلف تحصیلی و مصرف سیگار دیده شده است، بگونه‌ای که درصد نسبی افراد غیر سیگاری با افزایش سطح تحصیلات، افزایش داشته و درصد نسبی سیگاریهای فعال و غیر فعال نیز در سطح تحصیلات پایین بیشتر بوده‌اند و در این میان نکته قابل توجه اینست که درصد ترک سیگار در افراد مورد مطالعه با میزان تحصیلات نسبت عکس داشته است ($p < 0/05$). 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، بعنوان 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 بدین دلیل 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.

متدولوژیک و تعاریف عملیاتی متفاوت میان سایر مطالعات انجام گرفته در سایر نقاط دنیا، می‌توان گفت که در تمامی این مطالعات از جمله مطالعات 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, ۲۱-۱۸) 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 روند رو به رشد سریعتری داشته است. عدم وجود مطالعات گسترده قبلی در ایران و نیز کردستان، امکان این بررسی را مقدور نمی‌سازد ولی باید توجه داشت که در صورت پیروی ما نیز از این الگو در آینده، نیاز به بررسی‌های بیشتر و خصوصاً مطالعه در جامعه زنان و دلایل گرایش آنها وجود داشته و برنامه‌های اختصاصی جهت زنان بدلالی چون وجود خطرات مضاعف ناشی از مصرف سیگار در بارداری و زایمان و نیز تأثیرات سوء بر جنین، ضرورت بیشتری خواهد یافت.

در مقایسه مردان و زنان در تعداد نخ مصرفی در روز، می‌توان گفت که زنان (با میانگین تعداد ۸/۸ نخ سیگار در روز در مقابل ۱۴/۹۱ نخ در روز برای مردان) بیشتر گرایش به مصرف کمتر و تفنی‌تر داشته و بندرت بصورت سیگاری قهار اقدام به کشیدن سیگار می‌نمایند (۷/۷٪ از زنان سیگاری در مقایسه با ۱۰/۴٪ از مردان سیگاری). از نظر تعداد نخ سیگار مصرفی در روز بر عکس زنان، مردان بیشتر گرایش به مصرف بیش از ۱۰ نخ در روز داشته‌اند، در حالیکه زنان مصرف کمتر از ۱۰ نخ را داشته‌اند. این مطلب با سایر مطالعات مشابه در نقاط

اشاره در زمینه انجام 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).

نتیجه‌گیری

از آنجاییکه شیوع مصرف سیگار در استان کردستان در دو بررسی متفاوت در سطح کشور در دو مقطع زمانی مختلف در حد میانگین کشوری بوده است و از طرفی نیز این میزان شیوع در کشور در روند زمان در حال افزایش می‌باشد، (۱۴،۲۲) لذا می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که میزان شیوع در استان کردستان نیز در حال افزایش می‌باشد، گرچه در حال حاضر شیوع مصرف در جوانان کمتر از سنین بالاتر بوده اما باز هم باید گفت که این میزان بدلیل آسیب شناسی خاص جسمی و اجتماعی در جوانان، بالا تلقی می‌شود. لذا لزوم توجه بیشتر به پیشگیری از گسترش هرچه بیشتر این عادت نامطلوب که عامل خطر اصلی در ایجاد بیماری‌های غیر واگیر و نیز دروازه شروع اعتیاد بالاخص در جوانان در سطح استان می‌باشد، احساس می‌شود و باید جزو دستور کار سیاست‌گذاران بخش سلامت استان در نهادهای مختلف دولتی و غیر دولتی قرار گیرد. قوانین مربوط به محدودیت مصرف سیگار توسط افراد سیگاری خصوصاً در اماکن عمومی و نیز کاهش میزان دسترسی نوجوانان به سیگار با قانون منع فروش سیگار به افراد زیر ۱۸ سال می‌تواند از جمله سیاست‌های لازم به حمایت در سطح استان تلقی گردد.

در مطالعه حاضر، افراد مجرد در مقایسه با متأهل‌ها دارای میانگین تعداد نخ سیگار مصرفی کمتری بودند و با توجه درصد بیشتر افراد مجرد غیر سیگاری نسبت به متأهلین می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که مجردها 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، غیر فعال 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 البته این تفاوت در حد معنی‌داری نبوده است ولی از نظر تعداد نخ مصرفی سیگار در روز، روستاییان از میانگین بالاتری برخوردار بوده‌اند و درصد سیگارهای قهار بیشتری را نیز نسبت به جمعیت شهری داشته‌اند.

در نتایج کشوری همین مطالعه، میانگین کشوری مصرف روزانه سیگار ۱۴/۶۹ نخ، شیوع مصرف سیگار ۱۷/۴٪ و شیوع افراد غیر سیگاری ۷۹/۹٪ و ۲/۷٪ باقیمانده نیز افراد ترک کرده بوده است که در این میان استان کردستان در رتبه ۱۳ از مجموع ۲۸ استان از نظر شیوع مصرف سیگار قرار داشته و در مقایسه، استانهای بوشهر (۳۰/۶٪) و سیستان-بلوچستان (۲۵/۵٪) دارای بیشترین شیوع و استانهای ایلام (۱۰٪) و یزد (۱۰/۸٪) دارای کمترین میزان شیوع بوده‌اند (۱۴). در این ارتباط می‌توان گفت که استان کردستان در ارتباط با میانگین تعداد نخ سیگار مصرفی و نیز شیوع مصرف کلی سیگار، تقریباً در حد میانگین کشوری بوده است و جزو استانهای دارای شیوع متوسط در مصرف سیگار در کشور (در مقایسه با سایر استانها) می‌باشد. از نکات قابل

زمینه مقابله مؤثرتر در این ارتباط فراهم آورد. شناسایی دلایل گرایش به مصرف سیگار در استان توسط متخصصین مربوطه در این رابطه لازم به نظر می‌رسد. آموزش عمومی از طریق رسانه‌ها نیز در خصوص مصرف سیگار با هدایت مدیران و سیاست‌گذاران می‌تواند روش مؤثری برای کاهش شیوع باشد.

با تشکر و قدردانی فراوان از:

مرکز مدیریت بیماریها که داده‌ها را در اختیار نویسندگان قرار داد.

در پایان نیز باید اشاره کرد که تداوم برنامه‌های نظام مراقبت بیماریهای غیرواگیر در کشور و استان، جهت فراهم سازی امکان انجام مطالعات ارزشمند طولی در روند زمان، تغییر الگوهای مصرف، سنجش تأثیر مداخلات مختلف و نیز در اختیار نهادن داده‌های وسیعتر و بیشتر بمنظور طراحی برنامه‌های پیشگیری مؤثرتر، موکداً توصیه می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که مطالعات متمرکزتری خصوصاً در ارتباط با فرهنگ خاص هر منطقه و دلایل گرایش بیشتر در شهرستانهای با شیوع بالای مصرف سیگار در مقایسه با سایر شهرستانها، انجام گردد تا بتواند داده‌های لازم را در

References

1. Haenle MM, Brockmann OS, Kron M, Bertling U, Mason AR, 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 (2): 253-258.
3. Immaura H, Tanaka A, Hirae C, Futagami T, Yushimura Y, Uchida K, and et al. Relationship of cigarette smoking to blood pressure & serum lipid and 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: 1160-1172.
5. World Health Organization: Process for a global strategy on diet physical activity and health Geneva: World Health organization; 2003. p: 21-25.
6. Smith CS, Jr Greenland P, Grundy MS. Prevention Conference V: Beyond secondary prevention: Identifying the High-Risk patient for primary prevention: Executive Summary. *Circulation* 2000; 101: 111-116.
7. Dunn A, Zeine L, eds. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento, CA, USA: California Environmental Protection Agency, 1997; p: 216-222.
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: 357-366.
9. Jamrozik K. Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: database analysis. *BMJ* 2005; 330: 812-815.
10. Babanov SA. The epidemiological characteristics of tobacco smoking. *Vestn Ross Akad Med Nauk* 2006; (8): 27-9.
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(5): 385-91.
12. Fakhfakh R, Hsairi M, Belaaj R, Ben Romdhane H, Achour N. Epidemiology and prevention of smoking in Tunisia: current situation and perspectives. *Arch Inst Pasteur Tunis* 2001; 78(1-4): 59-67.
13. Ramlau R, Didkowska J, Wojciechowska U, Tarkowski W. Tobacco smoking in Wielkopolska towards the end of 20th century. *Pneumonol Alergol Pol* 2005; 73(2): 128-34.

۱۴. دلاوری علیرضا، عالیخانی سیامک، فرشید علاءالدینی. 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، صفحات: ۳۵-۳۰.
15. The World Health Report 1999-Combating the Tobacco Epidemic. World health organization, Genova, 1999. p: 48-52.
16. USA.CDC. Government Cigarette smoking among adults- United States, 2004. MMWR 2005; 54: 1121- 1124.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco Use Among Adults-United States, 2005. Morbidity and Mortality Weekly Report 2005; 55(42): 1145-1148.
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: 1156-1169.
19. Cho HJ, Song YM, Smith GD, 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: 553-558.
20. Statistics on Smoking, England 2006-general household survey. Available at <http://www.ic.nhs.uk/news/press/pr300806>
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, 942-945.
۲۲. معاونت تحقیقات و فناوری، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، معاونت سلامت. سیمای سلامت استان کردستان. معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تهران، نشر تبلور، ۱۳۸۱، صفحه: ۵۳.
۲۳. امامی حبیب، حبیبیان سونیا، صالحی پیام، عزیزی فریدون. الگوی مصرف سیگار در یک منطقه شهری تهران، سال ۱۳۸۰: مطالعه قند و لیپید تهران. مجله پژوهش در پزشکی (دانشکده پزشکی شهید بهشتی)، ۱۳۸۲؛ دوره ۲۷، بهار، شماره ۱: صفحات ۵۲-۴۷.
24. Musaigera A.O, Abdulraoof N. Social factors associated with smoking among men in the United Arab Emirates. Public Health 2004; 118: 450-452.
25. Hill C. Smoking in women in France. Rev Pneumol Clin 1999; 55(5): 283-9.
۲۶. پاشا میثمی علی، قدسی سیدمحمد، افتخار بهزاد. الگوی مصرف سیگار در یک منطقه روستایی ایران. تنفس، فصلنامه علمی بیماریهای تنفسی، جراحی قفسه صدری، مراقبتهای ویژه و سل. ۱۳۸۳؛ دوره ۳، شماره ۱۰: صفحات 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.