



مولفه های شغلی و محیطی در موارد مزوتلیومای بدخیم پلور و تعیین نسبت شانس بروز مزوتلیوما در مواجهه با آزبست

سوسن صالح پور^۱، سیدعلی آذین^۲، علی چراغوندی^۳، محمد مهدی حیدری^۴، ساجده میرمحمدصادقی^۵

تاریخ پذیرش: ۸۹/۲/۲

تاریخ ویرایش: ۸۸/۱۲/۸

تاریخ دریافت: ۸۸/۹/۲۲

چکیده

هدف: ارتباط بین بیماری مزوتلیومای بدخیم پلور و مواجهه با آزبست در مطالعات متعددی مورد ارزیابی قرار گرفته است، اما در خصوص نوع مواجهات در ایران و مشاغل پرخطر از نظر بروز مزوتلیوما اطلاعات کافی وجود ندارد. این مطالعه به بررسی مشاغل پرخطر برای مواجهه با آزبست می پردازد. روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه مورد-شاهد است. در این مطالعه ۶۴ مورد از افرادی که بین سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷ با تشخیص مزوتلیومای بدخیم پلور در بیمارستان مسیح دانشوری بستری بوده اند به همراه ۵۸ نفر کنترل، توسط مصاحبه تلفنی مورد بررسی قرار گرفتند. در طی مصاحبه با استفاده از یک چک لیست، اطلاعاتی در مورد خصوصیات دموگرافیک افراد، تاریخچه مصرف سیگار، شرح حال دقیق شغلی افراد و افراد هم منزل، و نیز مواجهات شغلی و محیطی با آزبست اخذ شد. یافته ها: فراوانی مشاغل دارای مواجهه با آزبست در گروه بیماران، به ترتیب شامل ساخت ورقه و لوله سیمان آزیستی ۱۱ (۱۷/۲٪)، عایق کاری ۶ (۹/۴٪)، ساختمان سازی ۶ (۹/۴٪)، اشتغال در انبار آزیبست ۳ (۴/۷٪)، حفاری چاه های نفت و گاز ۲ (۳/۱٪) و لنت سازی ۲ (۳/۱٪) بود و در گروه کنترل در ۸ (۱۳/۷۹٪) مورد از افراد شاغل در صنعت ساختمان سازی، احتمال مواجهه با آزبست وجود داشت. Odds Ratio برای مواجهه شغلی با آزیبست معادل ۵/۵۱ محاسبه شد (۱۳/۴۷-۲/۲۶=CI). مجاورت منزل با صنایع تولید لوله و ورقه های سیمانی آزیبستی، شایعترین منشا مواجهات محیطی بود که در ۱۱ (۱۷/۱۸٪) مورد از مبتلایان به مزوتلیوما یافت شد (Pvalue < ۰/۰۰۱). نتیجه گیری: در ۴۶/۸۷٪ از موارد مزوتلیوما، علت مواجهه با آزیبست، اشتغال خود فرد یا افراد هم منزل در کارخانه های تولید لوله و ورقه های سیمانی آزیبستی، سکونت در مجاورت این صنایع و یا مصرف محصولات این صنایع در محیط کار و منزل بود. با توجه به الگوی مصرف آزیبست در ایران، پیشگیری از مزوتلیومای بدخیم پلور، امری دست یافتنی به نظر می رسد.

کلیدواژه ها: آزیبست، مزوتلیوما بدخیم پلور، بیماری شغلی

مقدمه

ساختمان مورد استفاده قرار گرفت [۱]. مطالعات اخیر نشان داده است که "حتی مواجهه کوتاه مدت (۲-۱ سال)" با مقادیر اندک از هر نوع آزیبست، می تواند منجر به افزایش بروز مزوتلیوما یا سرطان پرده جنب گردد. اما به هر حال مواجهات تجمعی با آزیبست در مدت

مزوتلیوما بیماری بدخیم پرده جنب است که در اثر استنشاق فیبرهای آزیبست ایجاد می گردد. طی قرن بیستم، آزیبست به طور گسترده ای در صنعت و

۱. (نویسنده مسئول)، متخصص طب کار، مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی بیمارستان مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید

بهشتی، تهران، ایران

۲. متخصص پزشکی اجتماعی، عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

۳-۵. مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی بیمارستان مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

این بررسی کلیه افراد بستری با تشخیص پاتولوژیک مزوتلیومای بدخیم پلور در بیمارستان مسیح دانشوری از سال ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۸۷ شامل ۹۴ مورد، برای انجام مطالعه انتخاب شدند. معیارهای خروج از طرح، عدم وجود تشخیص قطعی پاتولوژی، عدم دسترسی به فرد یا اطرافیان فرد و نیز عدم تمایل به همکاری در نظر گرفته شد.

با در نظر گرفتن فرمول محاسبه حجم نمونه برای دو نسبت و با استفاده از مطالعه انجام شده توسط Spirtas و همکاران [۸]، $P_1=0/62$ و $P_0=0/16$ در نظر گرفته شد. با لحاظ نمودن ۵٪ خطای نوع اول و ۱۰٪ خطای نوع دوم، حجم نمونه برابر ۲۶ نفر محاسبه گردید.

از طریق شماره تلفن و آدرس ثبت شده در پرونده بیماران، با ایشان تماس گرفته شد. در ۳۰ مورد، آدرس و شماره تماس ثبت شده در پرونده تغییر یافته و یا ناصحیح بود و در نتیجه این تعداد از مطالعه خارج شدند. در ۶۴ مورد باقیمانده، با خود بیمار (۲۶ مورد) در صورت در قید حیات بودن و یا بستگان نزدیک فرد همچون همسر (۲۳ مورد)، فرزندان یا سایر بستگان درجه یک (۱۵ مورد) تماس گرفته شد. در خصوص اهداف طرح پژوهشی به افراد توضیحاتی داده شد و افراد با رضایت کامل در مطالعه شرکت نمودند. موارد اخلاقی طرح طبق ضوابط مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی بیمارستان مسیح دانشوری مراعات گردید.

در مصاحبه علاوه بر سوالات در خصوص مشخصات دموگرافیک و چگونگی مصرف سیگار، تاریخچه بیماری‌های فرد و شرح حال کامل شغلی، شغل همسر و پدر و نیز شغل افراد هم‌منزل، مواجهه استنشاقی با آزبست در تمام طول عمر و محل سکونت فرد حداقل به مدت سه ماه در ۴۰ سال اخیر، توسط کارشناس بهداشت حرفه‌ای و با استفاده از چک لیست تهیه شده توسط پژوهشگران که با استفاده از نتایج تحقیقات مرتبط در سایر کشورهای جهان تدوین شده بود، سوال شد. گروه‌های شغلی بر اساس چک لیست و نتایج مصاحبه‌ها به ۷ گروه در مواجهه با آزبست شامل صنعت ساختمان، تولید ورقه و لوله سیمانی آزبست‌دار، اشتغال در انبار آزبست، عایق‌کاری،

زمان طولانی‌تر، باریسک بالاتر مزوتلیومای بدخیم ارتباط دارد [۲]. سالیانه ۹۰/۰۰۰ نفر در جهان در اثر مواجهه با آزبست جان خود را از دست می‌دهند [۳].

آزبست به علت خواص فیزیکی و شیمیایی منحصر به فرد خود، توانسته است جایگاه بسیار خوبی در صنایع مختلف ایران از جمله صنایع عایق‌کاری، تولید ورقه و لوله‌های سیمانی، لنت ترمز، ساخت کوره، دیگ بخار، کاشی و سرامیک نسوز و رنگ کینتکس پیدا کند. در سال ۲۰۰۳ میلادی، مصرف جهانی آزبست برابر با ۲/۱۱ میلیون تن بود. ایران با مصرف ۷۵/۸۴۰ تن در همان سال، ۷٪ از کل مصرف آزبست در آسیا و خاورمیانه را به خود اختصاص داد [۴].

امروزه شکی وجود ندارد که میزان بروز مزوتلیومادر سطح کشور، به تاریخچه مصرف آزبست در آن کشور وابسته است. دکتر Tossavainen در سال ۲۰۰۴ برآورد نمود که هر ۱۷۰ تن تولید یا مصرف آزبست باعث ایجاد حداقل ۱ مورد مزوتلیوما و ۲ مورد سرطان ریه خواهد شد. [۵]

اگرچه ارتباط بین بیماری مزوتلیومای بدخیم پلور و مواجهه با آزبست امروزه یک امر کاملاً شناخته شده‌ای است، اما در خصوص نوع مواجهات در ایران و مشاغل پرخطر برای بروز مزوتلیوما اطلاعات مستندی در دست نیست. اطلاعات موجود از کشورهای دیگر قابل استفاده برای کشور ما نیست، زیرا الگوی مصرف و مشاغل دارای مواجهه در کشورهای مختلف، متفاوت است. موارد مزوتلیوما در ایران، در سیستم ثبت سرطان‌ها گزارش و ثبت می‌شود، بدون اینکه ارتباط شغلی بیماری مشخص گردد. همچنین به علت دوره کمون طولانی حدود ۳۰ تا ۴۰ سال [۶]، اغلب به هنگام بروز بیماری ارتباط شغلی آن از نظرها دور می‌ماند [۷].

در این مطالعه سعی بر آن است تا مشاغل پرخطر برای مواجهه با آزبست در ایران مشخص گردند تا اطلاعات به دست آمده در نظام مراقبت از بیماری‌ها و سیستم‌های بیماری‌یابی برای مزوتلیوما و سایر بیماری‌های مرتبط با آزبست مورد استفاده قرار گیرد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه مورد-شاهد است. در



نهایتاً ۴ گروه اصلی شغلی شامل اشتغال در کارخانه تولید ورقه و لوله سیمان آزبستی (مواجهه مثبت)، سایر مشاغل دارای مواجهه با آزبست، صنعت ساختمان (احتمال مواجهه) و مشاغل بدون مواجهه با آزبست به دست آمد. در خصوص تعیین مواجهه در گروه مزوتلیوما، طبق تعریف تنها افرادی از گروه ساختمان مواجهه مثبت تلقی شدند که سابقه حداقل سه ماه مواجهه با آزبست را ذکر نمودند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۴ نفر در گروه مورد و ۵۸ نفر در گروه شاهد مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک افراد در جدول ۱ آورده شده است. گروه شاهد یک به یک از نظر جنس و سن با گروه کنترل، تطبیق داده شده و انتخاب گردید. کلیه افراد در گروه مورد، افرادی بودند که در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷ با تشخیص قطعی (پاتولوژی و بالینی) مزوتلیومای بدخیم پلور در مرکز دکتر مسیح دانشوری بستری شده و در زمان انجام طرح، خود و یا بستگان نزدیک آن‌ها قابل دسترسی بوده و برای مشارکت در طرح اعلام آمادگی نمودند. با استفاده از آزمون غیر پارامتری Kolmogorov-Smirnov توزیع سنی بررسی گردید که از توزیع نرمال برخوردار بود. با استفاده از آزمون‌های t -test و χ^2 دو اطمینان حاصل شد که تفاوت معنی‌داری بین سن دو گروه ($P=0/969$) و جنسیت آن‌ها ($P=0/759$) وجود ندارد. از نظر مصرف سیگار ($P=0/402$) نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

در جدول ۲، فراوانی افراد در گروه‌های شغلی مختلف آورده شده است. شایعترین شغل در گروه مورد، پس از خانه‌داری (۳/۲۰٪)، اشتغال در کارخانه

حفاری چاه‌های نفت، تولید سیمان، لنت‌سازی و ۷ گروه غیر مرتبط با آزبست شامل کشاورزی، مشاغل اداری، خانه‌داری، فروشنده‌گی، رانندگی و سایر مشاغل تقسیم گردید. جهت پیشگیری از ایجاد سوگرایی، پرسش در خصوص مواجهه با آزبست در انتهای مصاحبه انجام شد. در مشاغل ساختمانی که مواجهه با آزبست قطعی نیست، با بررسی نوع وظیفه محوله به فرد و نوع کار و مواجهات، در گروه "مورد"، تنها افرادی مواجهه مثبت تلقی شدند که به واسطه نوع کار خود مواجهه با آزبست حداقل به مدت سه ماه در ایشان تایید گردید.

در گروه شاهد، ۵۸ نفر از بین پرونده‌های بیماران بستری با علل قلبی بدون سابقه بیماری ریوی در بین سال‌های ذکر شده و با تطبیق جنس و سن انتخاب شدند. با کلیه افراد گروه شاهد نیز مصاحبه‌ای مشابه با گروه مورد صورت گرفت و تاریخچه دقیق شغلی و مواجهه با آزبست اخذ شد.

معیار مواجهه با آزبست حداقل ۳ ماه تماس در نظر گرفته شد. برای مجاورت با صنایع مصرف‌کننده آزبست، معیار مجاورت فاصله‌ای معادل با حداکثر ۲۰ دقیقه راه پیاده از منزل تا صنعت مربوطه، تعیین گردید.

از محدودیت‌های این طرح، بقاء پائین مبتلایان به مزوتلیوما است. ۳۸ مورد (۵۹/۳۷٪) از بیماران در زمان انجام مصاحبه فوت کرده بودند و شرح حال شغلی از همسر و نزدیکان بیمار اخذ گردید.

اطلاعات بدست آمده وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ گردید و باروش‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد بررسی قرار گرفت. جهت تسهیل برخی از آنالیزها، گروه‌های شغلی با تعداد کم همچون لنت‌کوبی و انبار آزبست، در یک گروه گنجانده شد و

شاهد	مورد	جنسیت
(۷۵/۹)۴۴	(۳۳/۴)۴۷	مرد
(۳۴/۱)۱۴	(۲۶/۶)۱۷	زن
(SD=۱/۰۱۶۰/۳۱)	(SD=۱/۲۵)۶۰/۳۹	میانگین سنی
(٪۳۴/۵)۲۰	(٪۲۶/۶)۱۷	مصرف سیگار
(٪۶۵/۵)۳۸	(٪۷۳/۴)۴۷	غیرسیگاری

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک گروه‌های مورد و شاهد

گروه مورد (مزوتلیوما مثبت)	گروه شاهد (مزوتلیوما منفی)	
۱۱ (۱۷/۲٪)	*	ساخت ورقه و لوله سیمان آزیستی
۶ (۹/۴٪)	۸ (۱۳/۷۹٪)	ساختمان
۶ (۹/۴٪)	۰ (۰٪)	عایق کاری
۳ (۴/۷٪)	۰ (۰٪)	انبار آزیست
۱ (۱/۶٪)	۰ (۰٪)	لنت سازی
۲ (۳/۱٪)	۰ (۰٪)	حفاری چاه های نفت و گاز
۱ (۱/۶٪)	۰ (۰٪)	تولید سیمان (مجاور کارخانه ایرانیست)
۳ (۴/۷٪)	۵ (۸/۶۲٪)	اداری
۲ (۳/۱٪)	۴ (۶/۹٪)	کشاورزی
۱۳ (۲۰/۳٪)	۱۴ (۲۴/۱٪)	خانه داری
۱۶ (۲۵/۰٪)	۲۷ (۴۶/۵۵٪)	غیره
۴۴ (۱۰۰٪)	۵۸ (۱۰۰٪)	جمع

جدول ۲- فراوانی افراد در مشاغل مختلف در گروه های مورد و شاهد

استنشاقی با گرد و غبار حاصل از برش ورقه های سیمانی آزیستی را ذکر کردند.

جهت مقایسه مشاغل دو گروه مورد و شاهد، ابتدا مشاغل را در ۴ گروه شغلی ساخت لوله و ورقه سیمان آزیستی (ایرانیست)، مشاغل دیگر در مواجهه با آزیست، شاغلین در کار ساختمان با احتمال مواجهه با آزیست و مشاغل دیگر بدون مواجهه با آزیست دسته بندی کردیم. صنعت ساختمان را از این جهت جداگانه دسته بندی کردیم که هم ریسک مواجهه با آزیست در این صنعت وجود دارد و هم اینکه بتوان نتایج را با مطالعات مشابه در کشورهای دیگر مقایسه نمود. نتایج به دست آمده در جدول ۳ آورده شده است. همانطور که ملاحظه می شود در گروه مورد، ۳۰ نفر یعنی ۹/۴۶٪ از موارد در مواجهه شغلی با آزیست بودند. اما در گروه شاهد، تنها ۸ نفر یعنی ۱۳/۷۹٪ از افراد در مشاغل دارای ریسک مواجهه با آزیست اشتغال داشتند. آزمون کای دو نشان داد که این تفاوت در دو گروه از نظر آماری معنی دار است ($P < 0/001$). Odds Ratio برای مواجهه شغلی طبق جدول ذیل

تولید ورقه و لوله های سیمانی آزیست دار (موسوم به ایرانیست) است (۱۷/۲ درصد). در حالیکه در گروه کنترل حتی یک مورد اشتغال در کارخانه ایرانیست وجود نداشت. بعد از صنعت ایرانیست، صنایع عایق کاری و ساختمان بیشترین موارد مزوتلیوما را شامل می شدند. مواردی که در دو گروه به عنوان غیره آورده شده است شامل مشاغل مختلف و پراکنده مانند تدریس، قنادی، باغبانی، نانوایی، مکانیکی، لحاف دوزی، دامداری، سنگ بری، قالببافی، کارگری ساده، مربی گری و آهنگری است.

در بررسی مشاغل افراد هم منزل مشخص گردید که همسران ۲ مورد از خانم های خانه دار مبتلا به مزوتلیوما، در کارخانه ایرانیست مشغول به کار بوده اند. در ۱ مورد دیگر نیز پدر بیمار در کارخانه ایرانیست شاغل بود. در نتیجه در مجموع در ۱۴ مورد، یعنی ۲۱/۸۷ درصد از موارد، اشتغال خود یا افراد هم منزل فرد در کارخانه تولید ورقه و لوله سیمان آزیستی، عامل مواجهه با آزیست بود. در ضمن در صنعت ساختمان نیز ۳ مورد از ۶ مورد مبتلا به مزوتلیوما، مواجهه

گروه مورد (مزوتلیوما مثبت)	گروه شاهد (مزوتلیوما منفی)	
۱۱ (۱۷/۲٪)	۰ (۰٪)	صنعت ساخت ایرانیست
۶ (۹/۴٪)	۸ (۱۳/۷۹٪)	صنعت ساختمان (احتمال مواجهه)
۱۳ (۲۰/۳٪)	۰ (۰٪)	مشاغل دیگر در مواجهه با آزیست
۳۴ (۵۳/۱٪)	۵۰ (۸۶/۲۰٪)	مشاغل بدون مواجهه با آزیست
۴۴ (۱۰۰٪)	۵۸ (۱۰۰٪)	جمع

جدول ۳- گروه های شغلی در دو گروه مورد و شاهد

محاسبه گردید و ۵/۵۱ به دست آمد (۱۳/۴۷-
 (CI=۲/۲۶).

مواجهه مثبت	مواجهه منفی	جمع
۳۰	۳۴	۶۴
۸	۵۰	۵۸
۳۸	۸۴	۱۲۲

از نظر مواجهه کلی با آزیست در مجموع ۴۳ نفر یعنی ۶۷/۲ درصد از موارد مورد مطالعه در مواجهه شغلی و محیطی با آزیست قرار داشته و مواجهه را در موقعیت‌های شغلی و محیطی تایید نمودند. در گروه کنترل در ۸ (۱۳/۷۹٪) مورد اشتغال در صنعت ساختمان احتمال مواجهه با آزیست وجود داشت. در نتیجه در کل، در گروه کنترل تنها در ۸ نفر یعنی ۱۳/۷۹ درصد از افراد که همگی شاغل در صنعت ساختمان بودند، احتمال مواجهه با آزیست وجود داشت که این تفاوت در مواجهه کلی در دو گروه مورد و کنترل از نظر آماری معنی دار بود. ($P < 0.001$). Ratio Odds برای مواجهه کلی (محیطی و شغلی) محاسبه گردید و ۱۲/۷۹ به دست آمد (۵/۱۵-۳۱/۱۷). CI=۵/۱۵-۳۱/۱۷).
 وسعت دامنه اطمینان با توجه به محدود بودن امکان ورود افراد بیشتر به مطالعه، قابل توجیه است.

مجاورت منزل با صنایع تولید ورقه‌های سیمانی آزیستی در ۱۱ مورد یعنی ۳۴/۳۷٪ از موارد با مواجهه مثبت، تنها منشا مواجهه با آزیست بود. آزمون ۲ C نشان داد که این تفاوت به لحاظ آماری معنی دار است ($P < 0.001$). در یک مورد از مبتلایان به مزوتلیوما، منشا مواجهه، اشتغال در کارخانه ایرانییت و سکونت در مجاورت کارخانه هر دو بود.

منشا مواجهات محیطی شامل اشتغال همسر یا پدر در کارخانه تولید ورقه‌های سیمانی آزیستی (ایرانییت) (۳ مورد) (۴/۶۸٪)، مجاورت منزل با صنایع تولید ایرانییت (۱۲ مورد) (۱۸/۷۵٪) و مصرف محصولات ایرانییتی در منزل (۲ مورد) (۳/۱۲٪) بود.

با وارد کردن متغیرهای دارای تفاوت معنی دار در دو گروه مورد مطالعه در یک مدل رگرسیون لجستیک، مشاهده شد که تنها داشتن مواجهه با آزیست (به هر علتی) بطور مستقل با ابتلا به بیماری رابطه داشته است. ($P = 0.046$ و $OR = 10.04$)

بحث و نتیجه‌گیری

خطرات مواجهه شغلی با آزیست از چندین دهه قبل مورد توجه قرار گرفته است. Wagner و همکاران برای اولین بار ارتباط بین اشتغال در معدن و یا در مجاورت معدن آزیست و بروز مزوتلیوما را گزارش کردند. [۹] در مطالعه حاضر ۴۶/۹٪ از مبتلایان به مزوتلیوما، مواجهه شغلی با آزیست داشتند. در حالی که در گروه کنترل تنها در ۱۳/۷۹٪ از افراد احتمال مواجهه با آزیست وجود داشت. میانگین سنی موارد مزوتلیوما ۶۰/۳۹ سال بود که تقریباً مشابه چیزی است که محققین دیگر به دست آورده‌اند. [۱۰] ۱۷/۲٪ از موارد مزوتلیوما در کارخانه تولید ورقه و لوله سیمان آزیستی اشتغال داشتند؛ یعنی ۳۶/۶۶٪ از کل افراد دارای مواجهه با آزیست در گروه مورد را تنها شاغلین در صنایع تولید ایرانییت تشکیل می‌دهند. با توجه به نتایج به دست آمده از بین کل مواجهات محیطی و شغلی، در ۳۰ نفر یعنی ۴۶/۸۷٪ از موارد مزوتلیوما (۶۹/۷۶٪ از موارد با مواجهه مثبت)، علت مواجهه با آزیست، اشتغال خود فرد یا افراد هم‌منزل در کارخانه‌های تولید ایرانییت، سکونت در مجاورت با این صنایع و یا مصرف محصولات این صنایع در محیط کار و منزل بود.

در این مطالعه شایع‌ترین شغل در بین مبتلایان به مزوتلیوما اشتغال در صنایع تولید لوله و ورقه‌های سیمانی آزیستی بود و بعد از آن با اختلاف زیادی عایق‌کاری و ساختمان‌سازی، که در مقایسه با مطالعات کشورهای دیگر، یافته‌ای متفاوت است. در مطالعه‌ای مشابه در آمریکا مشاغل در مواجهه با آزیست به ترتیب عایق‌کاری، لوله‌کشی و ساخت و تعمیر کشتی بود [۸]. در انگلستان بالاترین ریسک مواجهه با آزیست در بین مبتلایان به مزوتلیوما، به ترتیب در مشاغل ساختمان سازی، ساخت کشتی و تولید محصولات سیمانی آزیستی مشاهده شد [۱۱]. در کشور هلند بیشترین موارد بیماری‌های مرتبط با آزیست شامل مزوتلیوما و آزیستوزیس در صنایع تولید کشتی، ساختمان سازی و صنایع عایق‌کاری بود [۴]. همانطور که پیش‌تر ذکر گردید در مطالعه حاضر، صنعت تولید محصولات سیمانی آزیستی بالاترین میزان موارد بیماری‌ها را به خود

همان منطقه، ریسک نسبی برای مزوتلیوما در ساکنین اطراف کارخانه سیمان آزیستی پس از تطابق برای شغل و مواجهات خانگی، ۱۰/۵ برآورد شد. این ریسک با افزایش فاصله کمتر گردید، اما حتی در فاصله ۱۰ کیلومتری از کارخانه، میزان ریسک، ۶۰٪ میزان آن در مبداء بود [۱۵]. در مطالعه دیگری در مصر در اطراف کارخانه آزیستی افزایش ریسک مزوتلیوما در مجاورت کارخانه تایید شد. در این مطالعه در قاهره در سال ۲۰۰۹، در بین ۲۹۱۳ مورد ساکنین اطراف صنایع آزیستی، ۸۳ مورد مزوتلیوما تشخیص داده شد [۱۶]. در مطالعه حاضر نیز در گروه مبتلایان به مزوتلیوما تعداد افراد ساکن در اطراف کارخانه های تولید ایرانیت با تعداد افراد شاغل در این صنایع برابر بود و ۱۷/۲٪ از مبتلایان و ۳۴/۳۷٪ از کل مواجهات را تشکیل می داد. در ایران مطالعه ای در خصوص ابتلا به سرطان در ساکنین اطراف صنایع آزیستی صورت نگرفته است و با توجه به یافته های حاضر، اهمیت موضوع بیش از پیش مشخص می گردد. نه تنها شاغلین این صنایع در ریسک ابتلا به مزوتلیوما قرار دارند، بلکه ساکنین اطراف کارخانه ها نیز در امان نبوده و احتمالاً در معرض مرگ و میر بالاتری قرار دارند. جهت قضاوت بیشتر، نیاز به مطالعه و بررسی های گسترده تر با متدولوژی مناسب تری برای ارزیابی مواجهات محیطی در اینگونه مناطق است.

همانگونه که قبلاً بحث شد، عمده علت مواجهات شغلی و محیطی با آزیستی در این مطالعه، صنایع تولید سیمان آزیستی است. با توجه به الگوی مصرف و کسب و کارهای وابسته به محصولات این صنایع، کنترل و پیشگیری از مزوتلیوما بدخیم پلور، امری عملی و دست یافتنی به نظر می رسد. مزوتلیوما بدخیم پلور یک بیماری بسیار بدخیم بوده و میزان بقا پس از تشخیص آن بسیار پائین و هزینه های درمان بسیار بالا است. از آنجائی که آزیستی یکی از مهم ترین مواد سرطان زای شغلی و عامل ایجاد نیمی از مرگ و میرهای ناشی از این سرطان ها است، سیزدهمین جلسه کمیته مشترک WHO / ILO در زمینه سلامت شغلی تاکید نمود که باید به موضوع حذف بیماری های مرتبط با آزیستی توجه ویژه ای مبذول داشت [۱۷]. سازمان بین المللی کار (ILO) با وجود

اختصاص داده و این الگوی مصرف آزیستی با کشورهای دیگر کاملاً متفاوت است. بعد از صنایع تولید ایرانیت، صنایع عایق کاری و ساختمان سازی بیشترین تعداد مبتلایان را به خود اختصاص دادند. قابل ذکر است که با توجه به مصالح ساختمانی مورد استفاده در ایران، در صنعت ساختمان نیز مواجهه با آزیستی اغلب به واسطه مصرف لوله و ورقه های سیمانی آزیستی (ایرانیت) است و آزیستی معمولاً به جز موارد بسیار محدود همچون مصرف کاشی، سرامیک آزیستی و کینتکس، در ساختمان کاربرد دیگری ندارد. در آمریکاً مواجهه با آزیستی در ساختمان، بیشتر به واسطه استفاده از ترکیبات آزیستی به عنوان عایق بر روی دیوارها بود که امروزه کاملاً ممنوع شده است. اما در ایران، آزیستی چنین کاربردی پیدا نکرد و تنها به شکل ورقه های سیمانی در سقف و لوله های سیمانی در دیواره چاه های فاضلاب و نیز لوله های انتقال آب شهری کاربرد دارد. از بین ۶ مورد مواجهه با آزیستی در صنعت ساختمان، ۳ مورد مواجهه با محصولات سیمانی آزیستی را ذکر کردند.

در این مطالعه، ۳ مورد از مواجهات با آزیستی به واسطه اشتغال همسر و پدر در مشاغل در تماس با آزیستی بود که اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی دار نبود ($P=0/162$). اما ارتباط بین مواجهات افراد هم خانه با کارگران در مواجهه شغلی با آزیستی، در مطالعات قبلی تایید شده است. Miller در گزارشی، ۳۲ مورد مزوتلیوما در افراد هم منزل با کارگران در مواجهه با آزیستی را معرفی نمود که نسبت آنها با کارگران، به طور عمده شامل همسر و فرزند بود. [۱۲]

در خصوص بروز مزوتلیوما در افرادی که در مجاورت صنایع تولید محصولات آزیستی سکونت دارند شواهدی وجود دارد [۱۳]. مطالعه ای در ایتالیا در دهکده ای که کارخانه تولید محصولات سیمان آزیستی در آن واقع شده بود، افزایش معنی دار ریسک بروز مزوتلیوما در افرادی که در یک مدرسه در نزدیکی کارخانه تحصیل کرده بودند را نشان داد. OR برای سکونت در آن دهکده پس از تطابق برای اشتغال در کارخانه، معادل ۲۰/۶ بود [۱۴]. در مطالعه دیگری در

منابع

- Hillerdal G, Mesothelioma: cases associated with non-occupational and low dose exposure, *Occupational and Environmental Medicine*, 1999;56;505-513.
- Rosenstock L., *Textbook of clinical occupational & environmental medicine*, Second edition, 2005
- Nishikawa K., Recent Mortality from Pleural Mesothelioma, Historical Patterns of Asbestos Use, and Adoption of Bans: A Global Assessment, *Environmental Health Perspectives*, Vol. 116, N.12, December 2008
- Virta R.L. Worldwide Asbestos Supply and Consumption Trends from 1900 through 2003, *Circular 1298*, U.S. Geological Survey, Reston, Virginia: 2006
- Tossavainen A., Global use of asbestos and the incidence of mesothelioma, *Int J Occ Env Health*; Jan/March:22-25, 2004.
- Burdorf A., Dahhan M., Swuste P., Occupational Characteristics of Cases with Asbestos related Diseases in The Netherlands, *Ann. occup. Hyg.*, Vol. 47, No. 6, pp. 485-492, 2003
- Pandita S., Banning Asbestos in Asia: Campaigns and Strategies by the Asian Network for the Rights of Occupational Accident Victims (ANROAV), *International Journal of Occupational and Environmental Health*. Philadelphia: Jul-Sep 2006. Vol. 12, Iss. 3; pg. 248-254.
- Spirtas R., Heineman E.F., Bernstein L., Beebe G.W., Keehn R.J., Stark A., et al, Malignant mesothelioma: attributable risk of asbestos exposure, *Occupational and Environmental Medicine*, 1994;51: 804-811.
- Howel D, Arblaster L, Swinburne L, Schweiger M., Renvoize E., Hatton P., Routes of asbestos exposure and the development of mesothelioma in an English region. *Occup. Environ. Med* 1997;54: 403-409
- Neumann V., Günther S., Müller K.M., Fischer M., Malignant mesothelioma - German mesothelioma register 1987-1999, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Volume 74(6), August 2001: 383-395
- McDonald J.C., Edwards C.W., Gibbs A.R., Lioyd H.M., Pooley F.D., Ross D.J., Rudd R.M., Case-reference survey of young adults with mesothelioma: II. Occupational analysis, *Ann. Occup. Hyg.*;45(7):519-523, 2001
- Miller A., Mesothelioma in Household Members of Asbestos-Exposed Workers:32 United States Cases Since 1990, *American Journal of Industrial Medicine* 47:458-462, 2005.
- Chang H., Chen C., Wang J., Risk assessment of lung cancer and mesothelioma in people living near asbestos related factories in Taiwan, *Archives of Environmental Health*, May/June 1999;54(3):194-201

اینکه در سال ۱۹۸۶ موضوع "استفاده ایمن" از آزبست سفید یا کریزوتایل را مطرح نموده بود، در نشست سال ۲۰۰۶ میلادی با انتشار قطعنامه‌ای مصرف تمام انواع آزبست از جمله آزبست سفید را منع کرده و تصریح نموده است که کنوانسیون سال ۱۹۸۶ نباید به عنوان توجیهی برای ادامه مصرف آزبست مورد استفاده قرار گیرد. این قطعنامه، با در نظر گرفتن اینکه تمام انواع آزبست از جمله کریزوتایل یا آزبست سفید توسط آژانس بین المللی تحقیقات سرطان [IARC] و [International Agency for Research on Cancer] برنامه بین المللی ایمنی شیمیایی، به عنوان ماده سرطان زای شناخته شده برای انسان طبقه بندی شده‌اند، و با هشدار در خصوص اینکه تقریباً سالانه ۱۰۰، کارگر در جهان در نتیجه بیماری‌های ناشی از مواجهه با آزبست جان خود را از دست می‌دهند، خاطر نشان ساخت که سازمان جهانی بهداشت، برنامه بین المللی ایمنی شیمیایی و سازمان تجارت جهانی همگی اتفاق نظر دارند که هیچ سطح ایمنی برای مواجهه با آزبست سفید یا کریزوتایل وجود نداشته و مناسب ترین راه برای پیشگیری، منع کامل استفاده از آزبست سفید است [۱۸].

در نتیجه منطقی است که نظام سلامت کشور با هماهنگی و همکاری بخش صنعت و معدن و متولیان امر صادرات و واردات، نسبت به منع استفاده از همه انواع این ماده معدنی در صنعت و توجه دقیق به پیامدهای انسانی و زیست محیطی آن و استفاده از جایگزین‌های ممکن که در کشورهای توسعه یافته متداول شده است، اقدام نماید.

تقدیر و تشکر

مجریان طرح بر خود واجب می‌دانند تا از کلیه بیماران مبتلا به مزوتلیوما و بستگان آنان که ما را در انجام این طرح یاری کردند و نیز واحد مدارک پزشکی بیمارستان مسیح دانشوری تقدیر و تشکر به عمل آورند.

14. Magnani C., Dalmaso P., Biggeri A., Increased Risk of Malignant Mesothelioma of the Pleura after Residential or Domestic Exposure to Asbestos: A Case-Control Study in Casale Monferrato, Italy,

Environmental Health Perspectives; 109 (9): 915-919, September 2001.

15. Maule M. M., Magnani C., Dalmaso P., Mirabelli D., Merletti F., Biggeri A., Modeling mesothelioma risk associated with environmental asbestos exposure, Environmental Health Perspectives; 115(7):1066-1071, July 2007.

16. Madkour M. T., Bokhary M. S., Awadallah H. I., Awad A.A., Mahmoud H.F., Environmental exposure to asbestos and the exposure -response relationship with mesothelioma, Eastern Mediterranean Health Journal; 15(1):25-38, 2009.

17. ILO, WHO. Report of the Committee JCOH/2003/D.4. Thirteenth Session of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. Geneva, International Labour Office, 2003.

18. ILO, International Labour Conference, Ninety-fifth Session, Resolution Concerning Asbestos, Geneva, 2006.