پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
سال ۲۷، شماره ۱، صفحات ۴۷تا ۵۲ ، (بهار ۱۳۸۲)

Original Article

الگوی مصرف سیگار در یک منطقه شهری تهران،سال ۱۳۸۰؛ مطالعه قند و لیپید تهران

حبیب امامی، دکتر سونیا حبیبیان، دکتر پیام صالحی، دکتر فریدون عزیزی*

*مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: *استعمال دخانیات یکی از مهمترین عوامل خطرساز بیماریهای غیر واگیر در ایران بشمار می‌رود که نسبتاً اطلاعات محدودی در سطح جامعه در این زمینه در دسترس می‌باشد. مطالعه حاضر به منظور بررسی شیوع و توزیع سیگار کشیدن در بالغین جامعه شهری تهران طراحی شده است.*

مواد و روش‌ها: *در این مطالعه کلیه افراد ۱۵ ساله و بالاتر شرکت کننده در مطالعه قند و لیپید تهران (۱۱۸۰۱ نفر)، شامل ۵۰۲۳ مرد و ۶۷۷۸ زن مورد بررسی قرار گرفتند. برای کلیه افراد شرکت کننده پرسشنامه‌ای شامل وضعیت مصرف سیگار و مشخصات فردی با روش مصاحبه فردی تکمیل گردید.*

یافته‌ها: *به طور کلی ۱۰/۶٪ بالغین مورد مطالعه سیگاری روزانه بودند (۲۲٪ مردان و ۲/۱٪ زنان) که ۸٪ این افراد (۹٪ مردان و۱/۷٪ زنان) بیست نخ سیگار یا بیشتر می‌کشیدند. ۱/۵٪ افراد سیگاری تفننی، ۶/۱٪ سیگاری ترک کرده و ۸۱/۸٪ غیر سیگاری بودند (۶۳/۲٪ مردان و ۹۵/۶٪ زنان). شیوع مصرف سیگار در افراد ۱۵ سال و بالاتر در هر دو جنس با افزایش سن افزایش یافته بود، به اوج خود در گروه سنی ۴۴-۳۵ سال رسید و پس از آن سیر نزولی پیدا کرد. بررسی وضعیت مصرف سیگار و سطح سواد نشان داد در بین افراد با سواد ۱۳۶۴ نفر (۱۲/۶٪) و در بین افراد بی‌سواد ۶۱ نفر (۶/۰٪) سیگاری بصورت روزانه و تفننی وجود داشت ($p<0/001$).*

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: *شیوع نسبتاً بالای سیگار کشیدن، بخصوص در مردان، می‌تواند در آینده به عنوان عامل خطری برای اپیدمی بیماریهای مرتبط با سیگار در این جامعه محسوب گردد. اجرای برنامه‌های مداخله‌ای مناسب به منظور پایین آوردن مصرف سیگار ضروری به نظر می‌رسد.*

واژگان کلیدی: *سیگار کشیدن، خود گزارش‌دهی*

مقدمه

از سال ۱۹۵۰ تاکنون بیش از ۷۰ هزار مقاله علمی،شکی بر جای نگذاشته که مصرف سیگار یکی از مهمترین و قابل پیشگیری‌ترین علل مرگ زودرس و از کار افتادگی در سطح جهان می‌باشد(۱). در حال حاضر بیش از یک میلیارد و یکصد میلیون نفر که یک سوم جمعیت ۱۵ سال به بالای جهان را تشکیل می‌دهد، به این عادت دچار بوده و از بین آنها سالانه ٤ میلیون نفر بدنبال بیماریهای ناشی از سیگار مانند سرطان، بیماریهای قلبی ـ عروقی، بیماریهای دستگاه تنفسی جان خود را از دست می‌دهند این در حالی است که نیمی از آنها زیر ۷۰ سال می‌باشند(۲). بنا بر پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ میلادی این میزان به ۱۰ میلیون مرگ در سال خواهد رسید(۳).

الگوی مصرف سیگار تحت تأثیر عوامل مختلف قرار دارد، از جمله این عوامل می‌توان به عوامل فردی مانند سن،جنس، میزان تحصیلات و سطح اجتماعی اقتصادی و میزان توسعه یافتگی جامعه اشاره کرد. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی شیوع مصرف سیگار در سطح جهان در مردان ٤۷٪ و در زنان ۱۲٪ می‌باشد. این میزان برای زنان

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-07]

کشورهای درحال توسعه ۷٪ در مقابل ۲۵٪ بـرای زنـان کشـورهای توسعه یافته است(٤). مطالعات همچنین نشان می‌دهند الگوی تمایل به مصرف سیگار در کشورهای توسعه یافته برخلاف کشـورهای در حال توسعه سیری نزولی دارد(۵). الگوی شیوع بیماریهای ناشـی از مصرف سیگار نیز از کشوری به کشور دیگر متفاوت می‌باشد بعنوان مثال در کشورهای توسعه یافته بیماریهای قلبی-عروقـی و در صـدر آنها بیماری ایسکمیک قلبی شایعترین علت مرگ بوده در حالی کـه در چین که بالاترین میزان مرگ و میر ناشی از مصرف سـیگار را در جهان دارا است، بیماریهای مزمن تنفسی عامل اصلـی مـرگ و مـیر ناشی از مصرف سیگار را تشکیل می‌دهد(۱).

در ایران بررسیهای جمعیتی مهمی در مـورد شـیوع مصـرف سـیگار انجام گردیده که از آن جمله می‌توان از مطالعه طرح سلامت(۹) نـام برد. همچنین مطالعاتی در دانشجویان شهر کرمان(٦)، تبریز(۷) و در روستاهای تحت پوشش خانه‌های بهداشت استان خراسان (۸) انجام گردیده است. خسارات مالی ناشی از مصرف سیگار به تنهایی و جدا از آسیبهایی که متعاقب بیماریهای مربوط بـه مصـرف سـیگار پدیـد می‌آیند، قابل توجه می‌باشد. در مطالعه طرح سلامت(۹) میزان ارزش سیگار مصرف شده در سال ۱۳۷۷ در کشور ۹/۳ میلیارد ریال در روز برآورد شده است.

یکی از اهداف مطالعه قند و لیپید تهران که طراحی و اهـداف آن بـه تفصیل در جای دیگر بیان شده‌است(۱۰)، بررسـی الـگوی مصـرف سیگار در جامعه شهری تهران می‌باشد. مـا در ایـن مطالعـه الـگوی مصرف سیگار و عوامل مؤثر بر آن در افراد ۱۵ سـاله و بـالاتر را در دو جنس مورد بررسی قرار می‌دهیم.

مواد و روش‌ها

این بررسی بر روی ۱۱۸۰۱ نفر(۵۰۲۳ مرد و ٦۷۷۸ زن) ۱۵ سـاله و بیشتر، از مجموع ۱۵۰۰۵ نفری که در چـارچـوب فـاز اول (بخـش مطالعه مقطعی) مطالعـه قنـد و لیپیـد تـهران بصـورت نمونـه‌گیـری خوشه‌ای تصادفی از ساکنین منطقه ۱۳ تهران انتخـاب شـده بودنـد، انجام گرفت. داده‌های مورد نیاز در فاصله بهمن ۱۳۷۷ تـا شـهریور ۱۳۸۰ جمع‌آوری شد. اطلاعات مربوط به مصرف دخانیات در ایـن افراد توسط پرسشنامه‌ای که فرم تعدیل شده پرسشـنامه مونیکـا(۱۱) بود به وسیله پزشک آموزش دیده تکمیل گردید. الگوهـای مختلـف مصرف سیگار بر اساس استاندارد سازمان جهانی بهداشت(۱۲) مورد ارزیابی قرار گرفت و افراد بصورت افراد سیگاری روزانـه (daily؛ کسی است که در روز حداقل یک نـخ سـیگار می‌کشـد)، سـیگاری تفننی (occasional؛ کسی که هر روز سیگار نمی‌کشد)، ترک کـرده (ex-smoker؛ کسی که قبلا سیگاری روزانه یا تفننی بـوده ولـی در زمـان انجـام مطالعـه سـیگار نمی‌کشـید) و غـیر سـیگاری (never smoker؛ کسی که در گذشته سیگار نمی‌کشیده و در زمـان انجام مطالعه نیز سیگار نمی‌کشید) تقسیم شدند. افـراد سـیگاری بـر اسـاس تعـداد نـخ سـیگار مصرفـی بـه سـیگاری قـهار (heavy smoker؛ کسی که در شـبانه روز بیـش از ۲۰ نـخ سـیگار می‌کشد) و غیر قهار تقسیم شدند(۱۳). سـپس تـأثیر عواملـی مـانند سن، جنس، سطح سواد و وضعیت تأهل بطور جداگانه و با اسـتفاده از آزمون مجذور خی و بعد از تعدیـل سـنی-جنسـی بـا اسـتفاده از رگرسیون لجستیک چند مرحله‌ای بر الگوهای مصرف سیگار مـورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها

توزیع سنی جنسی افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است. حدود ۵۵٪ افراد مورد مطالعه ۲۵تا٥٤ ساله بودنـد و در همـه گروههای سنی (بجز ٦۵ سال به بالا) تعداد زنان مورد بررسی بیشـتر از مردان بود. در بین افراد ۱۵ سال و بیشتر، تعداد ۱۲۵۱ نفر(۱۰/٦٪) سیگاری روزانه، ۱۷٤ نفر (۱/۵٪) سیگاری تفننی، ۷۲۲ نفـر (٦/۱٪) سیگاری ترک کرده و تعداد ۹٦۵٤ نفر (۸۱/۸٪) افراد غـیر سـیگاری بوده‌اند(جدول ۲).

جدول ۱- مشخصات سنی-جنسی افراد ۱۵ ساله و بالاتر ساکن منطقه ۱۳ تهران، مطالعه قند و لیپید تهران

گروههای سنی	جنس		
	مرد	زن	کل
۱۵-۲٤	*(٤۲/۰)۱۱۹۵	(۵۸/۰)۱٦۵۰	(۲۲/٦)۲۸٤۵
۲۵-۳٤	(۲۹/۸)۹۸۵	(٦۰/۲)۱٤۸۹	(۲۰/٦)۲٤۷٤
۳۵-٤٤	(٤۲/٦)۱۰۱۱	(۵۷/٤)۱۳٦۰	(۱۹/۷)۲۳۷۱
٤۵-۵٤	(۳۹/۸)۷۲٤	(٦۰/۲)۱۰۹٤	(۱۵/۱)۱۸۱۸
۵۵-٦٤	(٤۳/۰)٦۲٤	(۵۷/۰)۸۲۷	(۱۲/۱)۱٤۵۱
≥٦۵	(۵۵/۹)۵۹۹	(٤٤/۱)٤۷۲	(۸/۹)۱۰۷۱

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

بررسی حالات مختلف مصرف سـیگار بعـد از تعدیـل سـنی در دو جنس نشان داد که شیوع سیگاری روزانه در مردان بیش از ده برابـر زنان بوده است(جدول ۳). شیوع مصرف سیگار در افراد ۱۵ سـال و بالاتر در هر دو جنس با افزایش سن افزایش یافته و به اوج خود در گروه سنی ٤٤-۳۵ سـال می‌رسـد و پـس از آن سـیر نزولـی پیـدا

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-07]

می‌کند(جدول ٤). در بررسی تعداد نخ سیگار مصرفی روزانه در جمعیت مورد مطالعه ۱۰۵ نفر (۸/۰٪) از جمعیت سیگاریها را افراد سیگاری قهار تشکیل داده که به تفکیک جنس ۱۰۲ نفر (۹/۰٪) مرد و ۳ نفر (۱/۷٪) زن بوده‌اند.

جدول ۲- وضعیت مصرف سیگار در افراد ۱۵ سال و بالاتر ساکن منطقه ۱۳ تهران به تفکیک جنس، مطالعه قند و لیپید تهران

وضعیت مصرف	جنس		کل
	مردان	زنان	
کل سیگاریها	(۲٤/۵)۱۲۳۱*	(۲/۸)۱۹٤	(۱۲/۱)۱٤۲۵
روزانه	(۲۲/۰)۱۱۰۷	(۲/۱)۱٤٤	(۱۰/٦)۱۲۵۱
تفننی	(۲/۵)۱۲٤	(۰/۷)۵۰	(۱/۵)۱۷٤
ترک کرده	(۱۲/۳)٦۱۸	(۱/۵)۱۰٤	(٦/۱)۷۲۲
غیر سیگاری	(٦۳/۲)۳۱۷٤	(۹۵/٦)٦٤۸۰	(۸۱/۸)۹٦۵٤

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

جدول ۳- وضعیت مصرف سیگار در افراد ۱۵ سال و بالاتر ساکن منطقه ۱۳ تهران به تفکیک جنس پس از تعدیل سن، مطالعه قند و لیپید تهران

	سیگاری روزانه (٪)	سیگاری تفننی (٪)	ترک کرده (٪)
مرد	*(۲۱/۱-۲۳/۵)۲۲/۳	(۲/۱-۲/۹)۲/۵	(۱۱/۰-۱۲/۸)۱۱/۹
زن	**(۱/۸- ۲/٤)۲/۱	**(۰/۵-۰/۹)۰/۷	**(۱/۳-۱/۹)۱/٦

* اعداد داخل پرانتز فاصله اطمینان ۹۵درصد را نشان میدهند.

** p<۰/۰۰۱ در مقایسه با مردان

بررسی وضعیت مصرف سیگار و سطح سواد نشان داد که در بین افراد با سواد ۱۳٦٤ نفر (۱۲/٦٪) و در بین افراد بی‌سواد ٦۱ نفر(٦/۰٪) سیگاری بصورت روزانه و تفننی وجود داشت که مقایسه این دو از نظر آماری معنی‌دار بود (p < ۰/۰۰۱). مقایسه افراد با سطوح مختلف سواد نشان داد که در افراد با سطح تحصیلات دیپلم و کمتر تعداد ۱۱۹۱ نفر(۱۲/۵٪) و در افراد با سطح تحصیلات دانشگاهی ۱۷۱ نفر(۱۳/۷٪) سیگاری بوده‌اند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود، همزمان در بین افراد با سطح تحصیلات دیپلم و کمتر ۵۲۳ نفر (۵/۵٪) و در افراد با سطح تحصیلات دانشگاهی ۱۰۰ نفر(۸/۰) ترک کرده وجود داشت(p<۰/۰۰۱).

مقایسه شیوع مصرف سیگار در افراد مجرد (ازدواج نکرده، جداشده و بیوه) ومتأهل نشان داد که تعداد ۲۵۷ نفر (۷/۱٪) از افراد مجرد سیگاری بصورت تفننی و روزانه بوده‌اند که این میزان در افراد متاهل ۱۱٦۸ نفر(۱٤/۲٪) بود(p<۰/۰۰۱). انجام آزمون رگرسیون لجستیک چند مرحله‌ای پس از تعدیل برای سن و جنس نشان داد که احتمال سیگاری شدن افراد باسواد تا سطح دیپلم نسبت به افراد بی‌سواد بیشتر است(OR=۱/۷٤ ، ۲/۳۲-۱/۲۹ =۹۵CI٪، p<۰/۰۰۱)و احتمال آن در افراد بالاتر از دیپلم با افراد بی‌سواد اختلاف معنی‌داری نداشت. بررسی وضعیت تأهل بطور مستقل در شانس سیگاری شدن افراد نشان داد که افراد مطلقه با OR=۱۲/٦ (٦/٦-۲٤/۰)، افراد بیوه با OR=۳/۹ (۲/٤-٦/۳) و افراد متأهل با OR=۳/۳ (۲/۸-۳/۹) از شانس بیشتری برای سیگاری شدن در مقایسه با افراد مجرد برخوردارند. (جدول ۵).

جدول ٤- شیوع وضعیتهای مختلف مصرف سیگار در افراد ۱۵ ساله و بالاتر به تفکیک سن و جنس، مطالعه قند و لیپید تهران

مردان

گروههای‌سنی(سال)	روزانه	تفننی	ترک‌کرده	غیرسیگاری
۱۵-۲٤	*(۷/٦)۸۸	(۱/۲)۲٤	(۲/٤)۲۸	(۸۷/۹)۱۰۱۷
**۲۵-۳٤	(۲۵/٦)۲٤٦	(۳/٤)۳۳	(٦/۸)٦۵	(٦٤/۲)٦۱۷
**۳۵-٤٤	(۳۸/۱)۳۷۸	(۳/٤)۳٤	(۱۱/٤)۱۱۳	(٤۷/۱)٤٦٦
**٤۵-۵٤	(۲۸/٤)۲۰۲	(۱/۸)۱۳	(۱۸/۱)۱۲۹	(۵۱/۷)۳٦۷
**۵۵-٦٤	(۱۸/۳)۱۱۲	(۱/۸)۱۱	(۲۱/٤)۱۳۱	(۵۸/۵)۳۵۹
**٦۵ ≤	(۱۳/۷)۸۱	(۱/۵)۹	(۲۵/۸)۱۵۲	(۵۹/۰)۳٤۸
کل	(۲۲)۱۱۰۷	(۲/۵)۱۲٤	(۱۲/۳)٦۱۸	(٦۳/۲)۳۱۷٤

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد می‌باشند

** p < ۰/۰۰۱ ، در مقایسه با گروه سنی ۲٤-۱۵ سال.

زنان

گروههای سنی(سال)	روزانه	تفننی	ترک کرده	غیرسیگاری
۱۵-۲٤	*(۰/۳)۵	(۰/۱)۲	(۰/۲)۳	(۹۹/٤)۱٦۰٦
**۲۵-۳٤	(۱/٤)۲۱	(۰/۷)۱۰	(۰/۵)۸	(۹۷/٤)۱٤۲۱
**۳۵-٤٤	(٤/۳)۵۸	(۲/۰)۲۷	(۱/۵)۲۰	(۹۲/۲)۱۲٤۰
**٤۵-۵٤	(۳/۱)۳۳	(۰/٦)٦	(۲/۱)۲۳	(۹٤/۲)۱۰۱۳
**۵۵-٦٤	(۲/۰)۱٦	(۰/٤)۳	(۳/۳)۲۷	(۹٤/۳)۷۷۰
**٦۵ ≤	(۲/٤)۱۱	(۰/٤)۲	(٤/۹)۲۳	(۹۲/۳)٤۲۹
کل	(۲/۱)۱٤٤	(۰/۷)۵۰	(۱/۵)۱۰٤	(۹۵/۷)٦٤۷۹

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

** p <۰/۰۰۱ ، در مقایسه با گروه سنی ۲٤-۱۵ سال

کل

گروههای سنی(سال)	روزانه	تفننی	ترک کرده	غیرسیگاری
۱۵-۲٤	*(۳/٤)۹۳	(۰/۹)۲٦	(۱/۱)۳۱	(۹٤/٦)۲٦۲۳
**۲۵-۳٤	(۱۱/۰)۲٦۷	(۱/۸)٤۳	(۳/۰)۷۳	(۸٤/۲)۲۰۳۸
**۳۵-٤٤	(۱۸/۷)٤۳٦	(۲/٦)٦۱	(۵/۷)۱۳۳	(۷۳/۰)۱۷۰٦
**٤۵-۵٤	(۱۳/۲)۲۳۵	(۱/۱)۱۹	(۸/۵)۱۵۲	(۷۷/۳)۱۳۸۰
**۵۵-٦٤	(۹/۰)۱۲۸	(۱/۰)۱٤	(۱۱/۱)۱۵۸	(۷۹/۰)۱۱۲۹
**٦۵ ≤	(۸/۷)۹۲	(۱/۰)۱۱	(۱٦/٦)۱۷۵	(۷۳/٦)۷۷۷
کل	(۱۰/٦)۱۲۵۱	(۱/۵)۱۷٤	(٦/۱)۷۲۲	(۸۱/۸)۹٦۵۳

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

** p <۰/۰۰۱ ، در مقایسه با گروه سنی ۲٤-۱۵ سال

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-07]

جدول ۵- رابطه بین سطح سواد، وضعیت تأهل و جنس با مصرف سیگار، مطالعه قند و لیپید تهران

		نسبت شانس(فاصله اطمینان ۹۵٪)	Pvalue
سواد	تحصیلات تا دیپلم*	۱/۷ (۱/۳-۲/۳)	< ۰/۰۰۱
	تحصیلات عالی*	۱/۲ (۰/۹-۱/۷)	NS
تأهل	متأهل**	۳/۳ (۲/۸-۳/۹)	< ۰/۰۰۱
	مطلقه**	۱۲/۶ (۶/۶-۲۴/۰)	< ۰/۰۰۱
	بیوه**	۳/۹ (۲/۴-۶/۳)	< ۰/۰۰۱
جنس	مرد*	۱۵/۳ (۱۲/۹-۱۸/۰)	< ۰/۰۰۱

* در مقایسه با افراد بی‌سواد، ** در مقایسه با مجرد، * در مقایسه با زنان

بحث

انتخاب افراد برای مطالعه قند و لیپید تهران طوری انجام شد که ساختار جمعیتی جامعه‌ای که این نمونه از آن استخراج شده‌است بتواند نماینده جامعه شهری تهران باشد تا امکان تعمیم‌پذیری نتایج این مطالعه به جمعیت هدف میسر گردد(۱۰).

میزان شیوع مصرف سیگار در این مطالعه قابل توجه بوده و با مقایسه نتایج این مطالعه با آمار گزارش شده توسط سازمان جهانی بهداشت، جامعه ما در کنار کشورهای آسیای جنوبی قرار می‌گیرد(۱۴). مقایسه نتایج مطالعه ما با دیگر مطالعات انجام شده در ایران مانند مطالعه بزرگ طرح سلامت و بیماری(۹) و بررسی فشار خون مردم تهران(۱۵) بدلیل یکسان نبودن روش بررسی و پرسشنامه‌ها بطور کامل میسر نمی‌باشد. میزان شیوع سیگار در هر دو جنس در جامعه ۱۵ ساله و بالاتر در طرح سلامت و بیماری نتایج این مطالعه نزدیکتر بوده ولی میزان شیوع سیگاری فعال در جامعه مورد بررسی طرح فشار خون تهران از میزان آن در طرح سلامت و بیماری و مطالعه حاضر بیشتر بوده است. سایر مطالعات که با هدف بررسی میزان شیوع سیگار انجام گرفته یا در جامعه روستایی(۸) و یا در بخشهای خاصی از جمعیت انجام شده است(۶،۷). شیوع سیگار در مردان در تمام رده‌های سنی از زنان بیشتر بود که با نتایج سایر مطالعات هم‌خوانی داشت(۱،۳،۵،۸،۹). بعلت فقدان مطالعات اپیدمیولوژیک مشابه در سالهای قبل، امکان بررسی و تعیین روند تغییرات شیوع حالات مختلف مصرف سیگار در جامعه وجود ندارد. در هر دو جنس شیوع مصرف سیگار تا رده سنی ۴۴-۳۵ سال افزایش یافته و بعد از آن سیر نزولی پیدا می‌کند که این یافته با مطالعه فشار خون تهران که از رده‌های سنی مشابهی استفاده کرده هم‌خوانی داشته ولی با نتایج بدست آمده در مطالعات سایر کشورهای آسیایی و غیر آسیایی متفاوت است(۱۹-۱۶). علت این کاهش شیوع در رده‌های سنی پس از ۴۵ را می‌توان بدلیل افزایش گرایش به ترک سیگار بعلت افزایش شیوع بیماریهای مرتبط با آن دانست که افزایش میزان ترک کرده‌ها از این رده سنی به بعد هم بیانگر این حقیقت می‌باشد. از طرف دیگر بیشتر افراد سیگاری دارای مرگ زودرس نیز می باشند(۱). اکثریت سیگاریهای مورد بررسی جامعه ما، به خصوص جامعه زنان را افرادی تشکیل می‌دهند که روزانه بطور متوسط تا ۱۰ نخ سیگار می‌کشند. این افراد در خطر کمتری برای ایجاد وابستگی به سیگار قرار دارند(۱۷) و کشیدن سیگار توسط دیگران در محیط کار یا منزل، انگیزه سیگار کشیدن در آنها را بوجود می‌آورد(۲۲-۲۰). این افراد مشکلی برای ترک کردن مانند افراد سیگاری قهار نداشته و همچنین تمایلشان برای ترک سیگار بیشتر از سیگاری های قهار نیست(۲۱). به نظر می‌رسد با ایجاد محدودیت در استعمال دخانیات در محیط های بسته می‌توان از افزایش مصرف سیگار و خطر وابستگی به آن در این گروه پیشگیری کرد.

انجام رگرسیون لجستیک چند مرحله‌ای برای پیش بینی عوامل مؤثر در سیگاری شدن افراد نشان داد عواملی مانند جنس مرد، وضعیت تأهل و سطح سواد تا مقطع دیپلم شانس سیگاری شدن را در افراد افزایش می‌دهد. مطالعات انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی تبریز(۷) نشان داد از کل دانشجویان سیگاری ۷۹/۰٪ بعد از ورود به دانشگاه سیگاری شدند و این میزان در دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۵۷/۷٪ بود(۶).

در مورد بررسی نقش سواد در احتمال سیگاری شدن افراد، نتایج مطالعه ما با اکثر مطالعات داخلی و خارجی متفاوت است. در این رابطه گزارش بانک جهانی نشان می‌دهد که شیوع سیگار و میزان مصرف آن در کشورهای با درآمد کم و متوسط در افراد با تحصیلات کم و بی‌سواد نسبت به کشورهای پیشرفته بیشتر می‌باشد(۱۴). در مقایسه الگوی مطالعه ما با مطالعات مختلف دیگر الگویی مشابه را در بلغارستان(۱۸) و الگویی متفاوت را در کشورهایی مانند کویت(۲۳) و کامبوج(۲۴) مشاهده می‌کنیم، همچنین مطالعات انجام شده در مالزی (۲۵) هیچ ارتباطی را بین سطح سواد و مصرف سیگار نشان نداد. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که در جامعه مورد مطالعه سطح سواد به خودی خود نمی‌تواند انگیزه‌ای برای دوری از سیگار در افراد ایجاد کند و برای رسیدن به این منظور لازم است که مواد آموزشی با هدف ایجاد انگیزه در دوری و یا ترک سیگار در سطوح مختلف درسی دوره دبیرستان و دانشگاه گنجانده شود. نقش وضعیت تأهل در احتمال سیگاری شدن در کشور ما با کشوری مانند پاکستان(۹)همخوانی

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-07]

داشته ولی با الگوی عربستان متفاوت می‌باشد(۱۶). پس از بررسی بعد کمی این مطالعه و تعیین گروه‌های مختلف سیگاری باید از نظر کیفی نیز بررسی‌های لازم صورت گیرد. آموزش گروههایی که شیوع مصرف سیگار در آنها بالا است یک اقدام چند محوری است که به همکاری و هماهنگی ارگانهای مختلفی از قبیل رسانه‌های گروهی، مراکز آموزشی تربیتی، سازمانهای بهداشتی و درمانی جهت ایجاد انگیزه به ترک و یا جلوگیری از شروع به استعمال به سیگار احتیاج دارد.

REFERENCES

1.World Health Report 1999. Combating the tobacco epidemic. WHO publication. P: 65-79. Accessible in: http:/www.who.int/whr/2001/archives/1999/en/pdf/chapter5.pdf.

2.Doll R, Crofton J. Tobacco and health. Br Med Bull 1996; 52: 1-3.

3.Peto R, Lopez AD, Boreham J. Mortality from Smoking in Developed Countries. New York: Oxford University Press,1994:1950 - 2000.

4.Smoking and women: 1997. Fact sheet 176. WHO information. Accessible in: http:/www.who.int/inf-fs/en/fact 176.html.

5.Tobacco epidemic: health dimentions.1998.Fact sheet 154. WHO information. Accessible in: http:/www.who.int/inf-fs/en/fact/59-html.

۶. غفاری نژاد ع، سادات کیا ن. شیوع سیگار کشیدن در دانشجویان علوم پزشکی کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۱۳۷۷؛ سال ۵، شماره ۳، صفحه ۳.

۷. شهام فر ج. بررسی عوامل مؤثر در مصرف سیگار در دانشجویان پزشکی تبریز. مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۷۴؛ سال ۲۹، شماره ۲۸، صفحات ۵۸ تا ۶۶.

۸. پریزاده مج. بررسی میزان مصرف دخانیات در روستاهای تحت پوشش خانه‌های بهداشت استان خراسان. مجله دانشکده پزشکی مشهد ۱۳۷۴؛ سال ۳۸، شماره ۵۰، صفحات ۹ تا ۱۵.

۹. محمد ک، زالی مر، مسجدی مر، مجدزاده ر. وضعیت استعمال سیگار در ایران بر اساس نتایج طرح سلامت و بیماری. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۷؛ سال ۱۶، شماره ۱، صفحات ۳۳تا۳۷.

10. Azizi F, Rahmani M, Emami H, Madjid M. Tehran Lipid and Glucose Study. CVD Prevention 2000; 3: 242–7.

11. The MONICA Project: A worldwide monitoring system for cardiovascular disease. WHO: World Health Statistics Annual. Geneva: World Health Organization,1989.

12. WHO guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization, 1998.

13. Bruin A, Picavet H, Nossikov A. Health interviews surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO – Europe, CBS- Netherlands,1996.

14. The World Bank Group. Economics of Tobacco Control. Chapter 1, accessible in: http://www1.worldbank.org/tobacco/book/html/chapter1.htm.

۱۵. نتایج طرح تحقیقاتی بررسی فشار خون مردم تهران. انتشارات مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۴.

16. Saeed AA, Khoja TA, Khan SB. Smoking behavior and attitudes among adult Saudi in Riyadh City, Saudi Arabia. Tob Control 1996; 5: 215-9.

17. McKee M, Bobak M, Rose R, Shkolnikov V, Chenet L, Leon D. Pattern of smoking in Russia. Tob Control 1998; 7: 22-6.

18. Balabanova D, Bobak M, McKee M. Patterns of smoking in Bulgaria. Tob Control 1998; 7: 383-5.

19. Alam SE. Prevalence and pattern of smoking in Pakistan. J Pak Med Assoc 1998; 48: 64-6.

20. Shiffman S, Fischer LB, Zettler-Segal M, Benowitz NL. Nicotine exposure among non-dependent smokers. Arch Gen Psychiatry 1990; 47: 333-6.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-07]

21. Wiecha MJ, Lee V, Hodgkins L. Pattern of smoking, risk factor for smoking, and smoking cessation among Vietnamese men in Massachusetts (United States). Tob Control 1998; 7: 27-34.

22. Ockne JK, Chiriboga DE, Zevallos JC. Smoking in Ecuador: prevalence, knowledge, and attitudes. Tob Control 1996; 5: 1-6.

23. Memon A, Moody PM, Sugathan TN, Greges N, Bustan M, Shatti A, Jazzaf H. Epidemiology of smoking among Kuwaiti Adults: prevalence, characteristics, and attitudes. Bull World Health Organ 2000; 78: 1306-15.

24. Smith M, Umenai T, Radford C. Prevalence of smoking in Cambodia. J Epidemiol 1998; 8: 85-9.

25. Gan CY. Tobacco usage among rural Bajaus in Sabah, Malaysia. Southeast Asian J Trop Med Pub Health 1998; 29: 643-8.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-07]