

اپیدمیولوژی استعمال دخانیات در زنان ۷۰-۳۰ سال استان سمنان

علی رشیدی پور^۱ (Ph.D)، مجتبی ملک^۱ (M.D)، رحیمه اسکندریان^۱ (M.D)، راهب قربانی^۳ (Ph.D)

۱ - دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پزشکی، گروه و مرکز تحقیقات فیزیولوژی

۲ - دانشگاه علوم پزشکی سمنان، بیمارستان فاطمیه (س)، گروه داخلی

۳ - دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی

چکیده

سابقه و هدف: در سال‌های اخیر مصرف دخانیات به عنوان یک عامل خطر مهم و افزایش‌دهنده‌ی بار بیماری‌ها، به ویژه بیماری‌های مزمن و غیر واگیری چون قلبی-عروقی، تنفسی، سرطان و سکنه مغزی در حال افزایش است. در این مطالعه شیوع استعمال سیگار، پپ و قلیان در زنان ۷۰-۳۰ سال استان سمنان مورد بررسی قرار گرفته است. مواد و روش‌ها: این مطالعه از مهر لغایت بهمن ۱۳۸۴ در زنان ۷۰-۳۰ ساله جامعه شهری و روستائی استان سمنان انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای، ۲۱۰۴ زن از مناطق شهری و روستائی استان سمنان انتخاب شدند. اطلاعات مربوط در پرسش نامه ثبت شد.

یافته‌ها: ۲/۰ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۱/۴-۲/۶ درصد) زنان مورد بررسی دخانیات (سیگار یا قلیان) مصرف می‌کردند که ۰/۵ درصد سیگار و ۱/۵ درصد قلیان می‌کشیدند. شیوع استعمال دخانیات در روستائیان ۲/۵ درصد و در شهرنشینان ۱/۸ درصد بود ($P=0/270$). از نظر سنی، ۰/۴ درصد زنان زیر ۴۰ سال، ۲/۴ درصد زنان ۴۰-۴۹ سال، ۲/۸ درصد ۵۰-۵۹ سال و ۴/۲ درصد زنان ۶۰ ساله و بالاتر دخانیات مصرف می‌کردند ($P=0/001$). ۴/۱ درصد بی‌سودان، ۱/۶ درصد افراد با تحصیلات ابتدایی، ۱/۵ درصد افراد با تحصیلات راهنمایی، ۰/۴ درصد زنان با تحصیلات دبیرستان دخانیات مصرف می‌کردند ($P=0/001$). هیچ‌یک از زنان با تحصیلات دانشگاهی سیگار یا قلیان نمی‌کشیدند. استعمال دخانیات در زنان شهرستان‌های سمنان، دامغان، گرمسار و شاهرود به ترتیب ۱/۳، ۳/۲، ۰/۷ و ۲/۴ درصد بوده است ($P=0/034$). هیچ‌یک از زنان مورد بررسی به طور توأم سیگار و قلیان نمی‌کشیدند. هم‌چنین هیچ‌یک از آنان پپ نمی‌کشیدند. ۲۶/۹ درصد زنانی که دخانیات مصرف نمی‌کردند، در معرض دود سیگار قرار داشتند. به طور کلی ۲۸/۹ درصد زنان مورد بررسی در معرض دود سیگار قرار داشتند یا دخانیات (سیگار یا قلیان) مصرف می‌کردند. نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای استعمال دخانیات یا در معرض بودن دود سیگار در زنان ۳۰ تا ۷۰ سال استان و با توجه به ارتباط قوی استعمال سیگار با بسیاری از بیماری‌ها، تدوین برنامه‌ای جامع جهت تغییر عمل‌کرد زنان و مردان استان، ضروری است. اطلاع‌رسانی به زنان با سنین بالا و با تحصیلات پایین، بالاصح زنان دامغان، از خطرات استعمال دخانیات و در معرض دود سیگار بودن، می‌تواند در کاهش این معضل کارگشا باشد.

واژه‌های کلیدی: زنان، دخانیات، سیگار، پپ، قلیان، سمنان

مقدمه

مصرف یا در معرض بودن دود ناشی از دخانیات، به عنوان یک مشکل اساسی بهداشت عمومی و یک علت قابل پیش‌گیری بیماری‌ها و مرگ‌های زودرس می‌باشد [۱-۳]. سازمان جهانی بهداشت در تجدید نظر دهم طبقه‌بندی

بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10)، کد ویژه‌ای را برای مصرف سیگار در گروه "اختلالات روانی و رفتاری" اختصاص داده است [۴].

علت بسیاری از بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌های مختلف و بسیاری از بیماری‌های دیگر

شهرستان‌های سمنان، دامغان، شاهرود و گرمسار و روستاها انجام شد. با استفاده از شماره خانوارهای مراکز بهداشتی ۷۶۰ سرخوشه به روش سیستماتیک در شهر و روستاهای استان انتخاب شد و در هر سرخوشه تا ۳ خانوار واجد شرایط بررسی شدند. به این صورت که در صورت وجود خانم ۷۰- ۳۰ ساله در خانوار یک نفر به طور تصادفی انتخاب و پرسش‌نامه تحقیق که شامل اطلاعات فردی و وضعیت استعمال دخانیات بود، برای وی تکمیل شد و در صورت عدم وجود فرد واجد شرایط، خانوار دیگر با همان قاعده انتخاب شدند. ملاک‌های مصرف سیگار (یا قلیان) این بود که فرد روزی حداقل یک نخ سیگار (یا یک بار مصرف قلیان)، به طور مرتب یا نامرتب، مصرف می‌کند. از نظر در معرض بودن دود، از فرد سؤال شد آیا در محل کار یا زندگی خود در معرض دود سیگار است یا خیر؟

روش تجربه و تحلیل داده‌ها: پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از آزمون کای اسکور در سطح معنی‌داری ۵ درصد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11.5، تحلیل داده‌ها انجام گرفت.

نتایج

از ۲۱۰۴ زن مورد بررسی ۳۵/۱ درصد کمتر از ۴۰ سال، ۳۱/۲ درصد ۴۰-۴۹ سال، ۲۳/۶ درصد ۵۰-۵۹ سال و مابقی ۱۰/۱ درصد ۶۰ سال یا بالاتر سن داشتند. ۲/۰ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۱/۴-۲/۶ درصد) زنان مورد بررسی دخانیات (سیگار یا قلیان) مصرف می‌کردند که مصرف ۱/۲ درصد به طور مرتب و ۰/۸ درصد به طور نامرتب بوده است. شیوع سیگار ۰/۵ درصد و قلیان ۱/۵ درصد بوده است. شیوع استعمال دخانیات در روستائیان ۲/۵ درصد و در شهرنشینان ۱/۸ درصد بود ($P=0/270$). از نظر سنی، ۰/۴ درصد زنان زیر ۴۰ سال، ۲/۴ درصد زنان ۴۰-۴۹ سال، ۲/۸ درصد زنان ۵۰-۵۹ سال و ۴/۲ درصد زنان ۶۰ ساله و بالاتر دخانیات مصرف می‌کردند ($P=0/001$). ۴/۱ درصد بی‌سودان، ۱/۶ درصد زنان با تحصیلات ابتدایی، ۱/۵ درصد

استعمال دخانیات است [۸-۵]. برآورد شده است مرگ و میر مرتبط با دخانیات در قرن بیستم صد میلیون نفر و این رقم تا پایان قرن بیست و یکم به یک میلیارد خواهد رسید [۹].

Doll و همکاران در یک مطالعه ۵۰ ساله به این نتیجه رسیدند که عمر افراد سیگاری ده سال کم‌تر از افراد غیرسیگاری است [۱۰]. Alberg و همکاران نشان دادند بر اثر استنشاق مواد سرطان‌زای موجود در دود دخانیات زنان بیش‌تر از مردان مستعد ابتلا به سرطان ریه هستند [۱۱].

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد افرادی که در معرض مستقیم دود سیگار هستند و آن را استنشاق می‌کنند نیز در معرض خطر ابتلا به مشکلات قلبی و عروقی و انواع سرطان‌ها می‌باشند و با افزایش خطر مرگ روبرو هستند [۳، ۱۵-۱۲].

مطالعات زیادی در دنیا نشان‌دهنده شیوع بالای مصرف دخانیات در زنان می‌باشد [۱۸-۱۶]. استعمال دخانیات در زنان یا در معرض دود آن بودن در مدت حاملگی با کم وزنی نوزادان در زمان تولد همراه است [۲۱-۱۹]. مطالعات انجام شده در کشور ما در خصوص استعمال دخانیات تا کنون یا در مردان و یا در دو جمعیت مردان و زنان بوده است که شیوع ۱/۳ تا ۵/۹ درصد استعمال سیگار در زنان گزارش شده است [۲۵-۲۲] و وسعت این مشکل به طور جامع در زنان مطالعه نشده است.

در این تحقیق وسعت این مشکل بهداشت عمومی را در جمعیت زنان ۳۰ تا ۷۰ سال استان سمنان به طور مشروح مورد توجه قرار داده تا زمینه‌ساز مداخلات جدی‌تری برای کنترل این عادت نامطلوب و مضر توسط سازمان‌های مسئول باشد.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه: این مطالعه اپیدمیولوژیک به صورت مقطعی در جامعه شهری و روستائی استان سمنان در ۲۱۰۴ نفر از زنان ۳۰-۷۰ ساله از مهر لغایت بهمن ۱۳۸۴ انجام شد. روش نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها: نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای (طبقه‌ای، خوشه‌ای، تصادفی ساده) در

سیگار بودن زنان غیرسیگاری در شهر (۷/ ۲۵ درصد) و روستا (۷/ ۲۹ درصد) تفاوت معنی‌دار نداشت ($P=0/063$). هم‌چنین زنان با سن بالا و غیرسیگاری کم‌تر از افراد با سن کم‌تر در معرض دود سیگار بودند ($P<0/001$). درصد در معرض دود سیگار بودن افراد غیرسیگاری با سطح سواد رابطه معنی‌دار داشت ($P=0/003$) (جدول ۲).

جدول ۲. درصد زنان غیرسیگاری در معرض دود سیگار استان سمنان در سال ۱۳۸۴

متغیر	تعداد غیر سیگاری	غیرسیگاری		فاصله اطمینان ۹۵٪ درصد	P-Value
		در معرض دود سیگار			
		تعداد	درصد		
سن (سال)	<۴۰	۷۳۸	۲۳۵	(۲۸/۴، ۳۵/۲)	< ۰/۰۰۱
	۴۰-۴۹	۶۵۶	۱۹۴	(۲۶/۱، ۳۳/۱)	
	۵۰-۵۹	۴۹۷	۹۳	(۱۵/۳، ۲۲/۱)	
محل سکونت	روستا	۵۹۲	۱۷۶	(۲۶/۰، ۳۳/۴)	۰/۰۶۳
	شهر	۱۵۱۲	۳۸۹	(۲۳/۵، ۲۷/۹)	
	سطح تحصیلات	بی سواد	۵۴۰	۱۱۱	
ابتدایی	۸۶۸	۲۴۸	(۲۵/۶، ۳۱/۶)		
راهنمایی	۳۴۴	۱۰۴	(۲۵/۳، ۳۵/۱)		
متوسطه	۲۶۵	۸۱	(۲۵/۱، ۳۶/۱)		
شهرستان	سمنان	۵۳۴	۱۹۵	(۳۲/۴، ۴۰/۶)	< ۰/۰۰۱
	دامغان	۴۳۲	۱۰۲	(۱۹/۶، ۲۷/۶)	
	گرمسار	۴۰۳	۱۲۵	(۲۶/۵، ۳۵/۵)	
کل افراد مورد بررسی	شاهرود	۷۳۵	۱۴۳	(۱۶/۶، ۲۲/۴)	۰/۰۳۴
	سمنان	۵۳۴	۷	(۰/۳، ۲/۳)	
	دامغان	۴۳۲	۱۴	(۱/۵، ۴/۹)	
گرمسار	۴۰۳	۳	۰/۷	(۰/۰، ۱/۴)	۰/۰۳۴
	۷۳۵	۱۸	۲/۴	(۱/۳، ۳/۵)	
	۲۱۰۴	۴۲	۲/۰	(۱/۴، ۲/۶)	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که:

- ۱- ۲ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۲/۶-۱/۴ درصد) زنان مورد بررسی دخانیات مصرف می‌کنند.
- ۲- به طور کلی ۲۸/۹ درصد زنان ۳۰-۷۰ سال استان دخانیات (سیگار یا قلیان) مصرف می‌کنند یا در معرض دود سیگار قرار دارند.

با تحصیلات راهنمایی، ۰/۴ درصد زنان با تحصیلات دبیرستان دخانیات مصرف می‌کردند ($P=0/001$). هیچ یک از زنان با تحصیلات دانشگاهی سیگار یا قلیان نمی‌کشیدند. شیوع مصرف دخانیات در زنان شهرستان‌های سمنان، دامغان، گرمسار و شاهرود به ترتیب ۱/۳، ۳/۲، ۰/۷ و ۲/۴ درصد بوده است ($P=0/034$) (جدول ۱). هیچ یک از آنان به طور توأم سیگار و قلیان نمی‌کشیدند. هم‌چنین هیچ یک از آنان پپ نمی‌کشیدند.

جدول ۱. شیوع استعمال دخانیات (سیگار یا قلیان) در زنان ۳۰-۷۰ سال استان سمنان در سال ۱۳۸۴

متغیر	تعداد نمونه	زنان سیگاری یا قلیانی		فاصله اطمینان ۹۵٪ درصد	P-Value
		تعداد			
		درصد	تعداد		
سن (سال)	<۴۰	۷۳۸	۳	(۰/۰، ۰/۸)	۰/۰۰۱
	۴۰-۴۹	۶۵۶	۱۶	(۱/۲، ۳/۶)	
	۵۰-۵۹	۴۹۷	۱۴	(۱/۳، ۴/۳)	
محل سکونت	روستا	۵۹۲	۱۵	(۱/۲، ۳/۸)	۰/۲۷۰
	شهر	۱۵۱۲	۲۷	(۱/۱، ۲/۵)	
	سطح تحصیلات	بی سواد	۵۴۰	۲۲	
ابتدایی	۸۶۸	۱۴	(۰/۸، ۲/۴)		
راهنمایی	۳۴۴	۵	(۰/۲، ۲/۸)		
متوسطه	۲۶۵	۱	(۰/۰، ۱/۲)		
شهرستان	سمنان	۵۳۴	۷	(۰/۳، ۲/۳)	۰/۰۳۴
	دامغان	۴۳۲	۱۴	(۱/۵، ۴/۹)	
	گرمسار	۴۰۳	۳	(۰/۰، ۱/۴)	
کل افراد مورد بررسی	شاهرود	۷۳۵	۱۸	(۱/۳، ۳/۵)	۰/۰۳۴
	سمنان	۵۳۴	۷	(۰/۳، ۲/۳)	
	دامغان	۴۳۲	۱۴	(۱/۵، ۴/۹)	
گرمسار	۴۰۳	۳	۰/۷	(۰/۰، ۱/۴)	۰/۰۳۴
	۷۳۵	۱۸	۲/۴	(۱/۳، ۳/۵)	
	۲۱۰۴	۴۲	۲/۰	(۱/۴، ۲/۶)	

از ۲۰۶۲ زنی که دخانیات مصرف نمی‌کردند، ۲۶/۹ درصد آن‌ها در معرض دود سیگار قرار داشتند. ۳۶/۵ درصد غیرسیگاری‌های سمنان و ۱۹/۵ درصد غیرسیگاری‌های شاهرود در معرض دود سیگار بودند. درصد غیرسیگاری‌هایی که در معرض دود سیگار بودند در شهرستان سمنان به طور معنی‌داری بالاتر بوده است ($P<0/001$). در معرض دود

۳) استعمال دخانیات از مصادیق تبذیر (دورافکندن) است. هم تبذیر در اموال شخصی و هم اموال عمومی. تبذیر از گناهان کبیره است.

۴) هر چیزی که باعث تسلط بیگانگان بر مسلمانان شود، حرام است. برخی از کشورها، تولید و توزیع دخانیات را در کشور خود محدود و تکنولوژی مربوطه را به کشورهای در حال توسعه انتقال می‌دهند.

از نتایج دیگر مطالعه افزایش شیوع دخانیات با سن می‌باشد. در حالی که شیوع استعمال سیگار با سن افزایش و سپس در سنین بالا کاهش می‌یابد و روی آوری به قلیان بیش‌تر بوده است. این نتیجه در خصوص سیگار، در مطالعات متعدد گزارش شده است [۱۷-۱۶]. یکی از دلایل احتمالی این مساله، مرگ و میر افراد سیگاری سنین بالا می‌باشد.

استعمال دخانیات با سطح تحصیلات رابطه معکوس و معنی‌دار داشت. به طوری که هیچ یک از زنان با تحصیلات دانشگاهی دخانیات مصرف نمی‌کردند. در جمعیت بزرگسال امریکایی نیز چنین نتیجه‌ای دیده شد [۱۶]. در مطالعه‌ای در بین اساتید و دانشجویان پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۰/۶۹ درصد سیگاری بودند [۲۵]. افراد با تحصیلات دانشگاهی از خطرات استعمال سیگار آگاهی داشته و در عمل‌کرد آنان نیز نمود پیدا کرده است.

در این مطالعه تفاوت معنی‌داری در شیوع مصرف دخانیات بین زنان روستائی و شهری دیده نشد. اما در مطالعه محرابی و همکاران در ایران شیوع سیگار در جمعیت زنان و مردان در جمعیت روستایی بیش‌تر از جمعیت شهری بوده [۲۲] و در مطالعه نصیر و همکاران در مردان و زنان پاکستانی، شیوع سیگار در جمعیت شهرنشین به طور معنی‌داری از روستائیان بیش‌تر بوده است [۱۷].

از یافته‌های دیگر مطالعه این که ۲۶/۹ درصد زنان غیرسیگاری در معرض دود سیگار بودند. در معرض دود سیگار بودن با سن ($P < 0/001$)، سطح تحصیل ($P = 0/003$) و شهرستان محل سکونت ($P < 0/001$) ارتباط داشت اما با شهری یا روستایی بودن رابطه معنی‌دار نداشت. نتایج حاکی

وضعیت شیوع مصرف دخانیات به عنوان یک مشکل اساسی بهداشت عمومی، به طور وسیعی در ایران و جهان بررسی شده است. در مطالعه محرابی و همکاران در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله ایران، ۵/۹ درصد زنان سیگاری بودند [۲۳]. در شیراز در زنان ۹۰-۱۶ سال ۳/۶ درصد سیگاری بودند [۲۳]. در مطالعه صراف‌زادگان در اصفهان ۱/۳ درصد زنان ۱۹ سال و بالاتر دخانیات مصرف می‌کردند [۲۴]. در مطالعه نصیر و همکاران در پاکستان ۵/۰ درصد زنان ۴۴-۲۵ سال و ۷/۸ درصد زنان ۶۴-۴۵ سال دخانیات مصرف می‌کردند [۱۷]. شیوع دخانیات در زنان ۱۵ تا ۸۰ ساله مصری ۱/۵ درصد [۲۶] و در زنان بزرگسال کویتی ۱/۹ درصد [۲۷] و در ایتالیا در زنان ۱۵ سال و بالاتر ۲۲/۵ درصد بود [۲۸]. در آمریکا در سال ۲۰۰۷، ۱۷/۴ درصد زنان بزرگسال سیگاری بودند [۱۶].

مقایسه شیوع مصرف دخانیات در مطالعات فوق با مطالعه حاضر نشان‌دهنده این است که شیوع سیگار در استان سمنان از شیوع آن در کل کشور، شیراز، کشور پاکستان و کشورهای غربی کم‌تر و از اصفهان بیش‌تر است و با بسیاری از کشورهای اسلامی تفاوتی ندارد. پایین‌تر بودن استعمال دخانیات در ایران نسبت به کشورهای دیگر به ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی و بالاخص اعتقادات مذهبی مرتبط است. در ایران، بالاخص در مناطق با گرایش مذهبی بیش‌تر، استعمال دخانیات در زنان و کودکان از طرف سرپرست خانوار با مخالفت روبرو و جلوگیری می‌شود.

در دین مبین اسلام، به دلایل زیر استعمال دخانیات مورد نکوهش است:

۱) ضرر دیدن و ضرر زدن بر طبق قاعده "لاضرر و لااضرار فی الاسلام"

۲) القای نفس در تهلکه نهی شده است. با استعمال دخانیات بر طبق منابع ذکر شده، فرد به دست خود، در معرض خطر مرگ قرار می‌گیرد.

دخانی بودن در زمان بارداری و زایمان اثرات مخربی بر جنین دارد [۲۱-۱۹]. از این رو لازم است قوانین و برنامه‌های جامع برای کاهش شیوع استعمال دخانیات تدوین و اجراء شود. برای مثال، در آمریکا با اجرای برنامه‌های لازم استعمال سیگار در چهل سال گذشته در بین تمام زیرگروه‌های جمعیتی کاهش داشت. اما کاهش در دهه گذشته کم‌تر از دهه‌های قبلی بود. یکی از اهداف مرکز سلامت ملی آمریکا کاهش استعمال سیگار به کم‌تر از ۱۲ درصد (در جامعه) تا سال ۲۰۱۰ میلادی می‌باشد و مداخلاتی به منظور کاهش این معضل انجام می‌گیرد و به منظور بررسی اثر مداخلات، پایش سالانه صورت می‌گیرد [۱۶]. در کشور ما همانند تعداد معدودی از کشورها، نظیر ایرلند، قانون جامعی در کنترل دخانیات دارند، اما آن‌چنان که شایسته است این قانون در کشورمان اجرایی نشده است.

شیوع استعمال دخانیات (حداقل ۲ درصد) و یا در معرض دود سیگار بودن (۲۶/۹ درصد) در زنان ۷۰-۳۰ سال استان سمنان بسیار بالاست. با توجه به آثار زیان‌بار دخانیات، لازم است برنامه‌های جامع برای کاهش استعمال یا مواجهه با آن در جامعه توسط سازمان‌های ذیربط طراحی و اجرایی شود. در این برنامه‌های مداخله‌ای موارد زیر باید مورد توجه و اجرایی شود:

۱) پیش‌بینی برنامه‌های فرهنگی که متضمن افزایش آگاهی مردم از خطرات در معرض دود بودن و همچنین تاکیدات دین اسلام باشد.

۲) اجرای سخت‌گیرانه‌تر مقررات مربوط به ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و محدودیت در دسترس بودن آسان آن.

۳) افزایش مالیات مواد دخانی و در نتیجه افزایش قیمت مواد فوق در سطح ملی. در این خصوص باید به این امر توجه داشت که افزایش بی‌رویه قیمت آن باعث روی‌آوری به سمت مواد مضرتر نشود.

است در سنین پایین‌تر مواجهه با دود سیگار بیش‌تر است. از آن جایی که زنان سنین پایین‌تر (کم‌تر از ۵۰ سال) فعالیت‌های بیرون از منزل و اجتماعی بیش‌تری دارند، این نتیجه قابل انتظار است. از نظر مواجهه با دخانیات با سطح سواد، اوج مواجهه با دخانیات در افراد با تحصیلات راهنمایی و دبیرستان دیده شد. به نظر می‌رسد این امر نیز با فعالیت‌های بیرون از منزل این گروه مرتبط باشد که البته افراد با تحصیلات دانشگاهی به لحاظ آگاهی از مضرات آن خود را کم‌تر در مواجهه قرار می‌دهند. از یافته‌های دیگر مواجهه بیش‌تر زنان سمنانی و گرمساری نسبت به زنان دو شهر دیگر می‌باشد. جهت دستیابی به علت این امر، نیاز به تحقیق جداگانه می‌باشد. در خصوص عدم ارتباط بین در معرض دود سیگار بودن با سکونت در شهر یا روستا، به نظر می‌رسد میزان آگاهی ساکنین شهر و روستا از نظر مضرات در معرض دود سیگار بودن تفاوتی نداشته باشد که این امر نیز نیاز به تحقیق بیش‌تر دارد.

از محدودیت این مطالعه برآورد شیوع استعمال دخانیات بر اساس اظهار افراد می‌باشد. به دلیل شرایط فرهنگی ویژه در کشورمان، این امکان وجود دارد که شیوع کم برآورد شده باشد. در مطالعه‌ای در اصفهان در زنان ۱۹ سال و بالاتر، ۱/۳ درصد زنان خودشان اظهار داشتند که دخانیات مصرف می‌کنند، اما در آزمایشات سطح سرمی کوتینین مشخص شد که ۶/۷ درصد دخانیات مصرف می‌کنند. برای مطالعه دقیق‌تر در استان می‌توان با انجام آزمایش بیوشیمیایی نظیر اندازه‌گیری سطح کوتینین پلاسما (با نیمه عمر ۲۰-۱۵ ساعت)، شیوع را دقیق‌تر برآورد کرد.

همان‌گونه که در مقدمه ذکر شد، استعمال دخانیات آثار زیان‌باری دارد. برای مثال، سیگار فاکتور خطر مستقل برای نارسایی احتقانی قلب می‌باشد [۷]. خطر ابتلا به مشکلات قلبی عروقی و انواع سرطان‌ها و مرگ در افراد در معرض دود سیگار زیاد است [۱۵-۳، ۱۲]. استعمال دخانیات ریسک بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) را در افراد بزرگ‌سال افزایش می‌دهد [۲۹] و همچنین استعمال یا در معرض مواد

[1] Groenewald P, Vos T, Norman R, Laubscher R, Van Walbeek C, Saloojee Y. and et al. Estimating the burden of disease attributable to smoking in South Africa in 2000. *S Afr Med J* 2007; 97: 674-681.

[2] Molarius A, Parsons RW, Dobson AJ, Evans A, Fortmann SP, Jamrozik K. and et al. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to the mid-1990s: findings from the WHO MONICA Project. *Am J Public Health* 2001; 91: 206-212.

[3] Lopez MJ, Perez-Rios M, Schiaffino A, Nebot M, Montes A, Ariza C. and et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tob Control* 2007; 16: 373-377.

[4] World Health Organization. *International Classification of Diseases*. 10th Edn. Geneva, 1992.

[5] Murin S, Bilello KS. and Matthay R. Other Smoking-affected pulmonary diseases. *Clin Chest Med* 2000; 21: 121-137.

[6] Jee SH, Samet JM, Ohrr H, Kim JH. and Kim IS. Smoking and cancer risk in Korean men and women. *Cancer Causes Control* 2004; 15: 341-348.

[7] He J, Ogden LG, Bazzano LA, Vupputuri S, Loria C. and Whelton PK. Risk factors for congestive heart failure in US men and women, NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Intern Med* 2001; 161: 996-1002.

[8] Heineman EF, Zahm SH, McLaughlin JK. and Vaught JB. Increased risk of colorectal cancer among smokers: results of a 26-year follow-up of US veterans and a review. *Int J Cancer* 1994; 59: 728-738.

[9] Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr. and Doll R. Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bull* 1996; 52: 12-21.

[10] Doll R, Peto R, Boreham J. and Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 year's observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519-1528.

[11] Alberg AJ. and Samet JM. Epidemiology of lung cancer. *Chest* 2003; 123: 21S-49S.

[12] Jamrozik K. Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: Database analysis. *BMJ* 2005; 330: 812-815.

[13] de Groh M. and Morrison HI. Environment tobacco smoke and deaths from coronary heart diseases in Canada. *Chronic Dis Can* 2002; 23: 13-16.

[14] Hackshaw AK. Lung cancer and passive smoking. *Stat Methods Med Res* 1998; 7: 119-136.

[15] Leone A, Giannini D, Bellotto C. and Balbarini A. Passive smoking and coronary heart disease. *Curr Vasc Pharmacol* 2004; 2: 175-182.

[16] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults-United states, 2007. *MMWR Morb Wkly Rep* 2008; 57: 1221-1226.

[17] Nasir K. and Rehan N. Epidemiology of cigarette smoking in Pakistan. *Addiction* 2001; 96: 1847-1854.

[18] Colombo P, Scarpino V, Zuccaro P, Apolone G, Gallus S. and Vecchia C. Smoking in Italian women and men, 2001. *Tumori* 2002; 88: 10-12.

[19] Nijjati K, Satoh K, Otani K, Kimata Y. and Ohtaki M. Regression analysis of maternal smoking effect on birth weight. *Hiroshima J Med Sci* 2008; 57: 61-67.

[20] Jaddoe VW, Troe EJ, Hofman A, Mackenbach JP, Moll HA, Steegers EA. and Witteman JC. Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birth weight and preterm birth: the Generation R study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008; 22: 162-171.

[21] Leonardi-Bee J, Smyth A, Britton J. and Coleman T. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2008; 93: F351-361.

[22] Mehrabi S, Delavari A, Moradi Gh, Esmailnasab N, Pooladi A, Alikhani S. and Alaeddini F. Smoking among 15 to 64-Year-Old Iranian People in 2005. *Iranian Journal of Epidemiology* 2007; 3: 1-9. (Persian).

[23] Ahmadi J, Khalili H, Jooybar R, Namazi N. and Mohammadagaei P. Prevalence of cigarette smoking in Iran. *Psychol Rep* 2001; 89: 339-341.

۴) فعال کردن مراکز مشاوره برای ترک استعمال دخانیات.

این مراکز برای کسانی که عزم ترک دخانیات دارند، کارایی بیش‌تری دارد.

۵) جلوگیری از تبلیغات غیرمستقیم دخانیات، بالاخص در

صدا و سیما.

۶) موضوع ترک دخانیات در کلیه اماکن عمومی (اعم از

دولتی یا خصوصی) تبلیغ شود. بهتر است این تبلیغات همراه تصاویر هشداردهنده باشد.

۷) با جلب همکاری آموزش و پرورش، هشداردهی و

آگاه‌سازی در مدارس صورت گیرد. حضور فعالانه آموزش و

پرورش در تمام جلسات و همایش‌های مرتبط با دخانیات

ضروری است.

۸) کاهش سطح کشت مواد دخانی و کشت جایگزین به

طور جدی اجرایی شود.

با مداخلات دربردارنده موارد ذکرشده و پایش سالانه

شیوع مواد دخانی، ضمن برطرف کردن نقایص مداخلات و

استمرار آن می‌توان به سوی جامعه‌ای عاری از مصرف این

مواد مضر و در نتیجه کاهش مرگ و میر گام برداشت.

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی

سابق استان سمنان انجام شده است، لذا بدین وسیله

نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسئولین

محترم ذیربط اعلام می‌دارند. هم‌چنین از کلیه همکارانی که در

جمع‌آوری داده‌ها در شهرستان‌های سمنان، گرمسار، دامغان و

شاهرود همکاری نمودند، ازحاج آقا مهدوی نژاد مدیرمحترم

گروه معارف دانشگاه به لحاظ ارائه نقطه نظرات ارزشمند

درنسخه اولیه مقاله، در نهایت از داوران محترمی که بانظرات

خود، موجب ارتقای کیفیت مقاله شدند، صمیمانه تشکر و

قدردانی می‌شود.

منابع

among Kuwaiti adults: Prevalence, characteristics and attitudes. Bull World Health Organ 2000; 78: 1306-1315.

[28] Gallus S, Pacifici R, Colombo P, Scarpino V, Zuccaro P, Bosetti C. and et al. Prevalence of smoking and attitude towards smoking regulation in Italy, 2004. Eur J Cancer Prev 2006; 15: 77-81.

[29] Law MR. and Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. Br Med Bull 1996; 52: 22-34.

[24] Saraf-Zadegan N, Boshtam M, Shahrokhi S, Naderi GA, Asgari S, Shahparian M. and Tafazoli F. Tobacco use among Iranian men, women and adolescents. Eur J Public Health 2004; 14: 76-78.

[25] Ahmadi J, Khalili H, Jooybar R, Namazi N. and Aghaei PM. Cigarette smoking among Iranian medical students, resident physicians and attending physicians. Eur J Med Res 2001; 6: 406-408.

[26] Youssef RM, Abou-Khatwa SA. and Fouad HM. Prevalence of smoking and age of initiation in Alexandria, Egypt. East Medditerr Health J 2002; 8: 626-637.

[27] Memon A, Moody PM, Sugathan TN, el-Gerges N, al-Bustan M, al-Shatti A. and al-Jazaf H. Epidemiology of smoking

Epidemiology of smoking among adult women population of Semnan province, Iran

Ali Rashidy-Pour (PhD)¹, Mojtaba Malek (MD)², Rahimeh Eskandarian (MD)², Raheb Ghorbani (PhD)^{3*}

1 – Dept. and Research Center of Physiology, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

2 – Dept. of Internal Medicine, Fatemeh Hospital, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

3 – Dept. of Social Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

(Received: 25 Jul 2009 Accepted: 18 Nov 2009)

Introduction: Smoking is a known cause of systemic disorders such as bronchogenic carcinoma and cardiovascular diseases. The aim of this cross-sectional study was to estimate prevalence of smoking (cigarette, water pipe and pipe) in women aged 30-70 years in Semnan province in Iran.

Materials and Methods: This epidemiologic cross-sectional study was conducted among 2104 women who were 30-70 years old in province of Semnan, Iran between October 2005 and February 2006. Multistage cluster sampling was performed and subjects were selected from rural and urban populations. Data were analyzed by Chi-square test and p-values <0.05 were considered statistically significant.

Results: The overall prevalence of smoking in women aged 30-70 was 2.0% (95% Confidence Interval: 1.4-2.6%). 2.5% of rural and 1.8% urban were smokers (P=0.270). Prevalence of smoking in under 40, 40-49, 50-59 and ≥ 60 years were 0.4, 2.4, 2.8 and 4.2, respectively (P= 0.001). 4.1% of illiterates, 1.6% of primary, 1.5% of intermediate, 0.4% of high school were smokers (P=0.001). Prevalence of smoking in Semnan, Damghan, Garmsar and Shahrood were 1.3, 3.2, 0.7 and 2.4% (P=0.034), respectively. None of them were pipe smokers. 26.9% non-cigarette smokers were passive smokers. Overall, 28.9% of Semnan province adults, aged 30-70 years, were active smokers or passive cigarette smokers.

Conclusion: The findings showed that prevalence of active or passive smoking in Semnan province in women adults aged 30-70 years is high. Given the strong positive relationship between smoking and various diseases, a comprehensive community-based health educational and interventional program is essential for reducing smoking and its detrimental consequences among woman population in Semnan province. Given the essential information about the harmful effects of passive and active smoking to woman with old ages and low educational levels, particularly who living in Daemghan, would be a valuable way for reducing destructive consequences of smoking.

Keywords: Women, Smoking, Cigarette smoking, Pipe smoking, Tobacco smoking, water pipe smoking, Semnan

* Corresponding author: Fax: +98 231 4451346; Tel: +98 231 4440225
ghorbani_raheb@yahoo.com