بررسی وضعیت مصرف سیگار در شهرستان اردستان در سال ۱۳۸۹

روح اله دهقانی[۱]، سیدمهدی تخت فیروزه[۱]، مجتبی یگانه[۱]، مهدی مقدادی[۱]، سید غلام عباس موسوی[۲]، علی حاجی باقری[۳]، حمیدرضا گیلاسی[٤]، ذبیح اله قارلی پور[٥]، مرضیه رامندی*[٦]، نسرین غیاثی[۷]

۱) گروه بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲) گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۳) گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۴) گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

۵) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم

۶) مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

۷) گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۲/۵/۷

چکیده

مقدمه: کشیدن سیگار یکی از رفتارهای غیر بهداشتی است که نه فقط سلامت فرد و جامعه را به خطر می اندازد بلکه مهم ترین علت مرگ و میر است. این در حالی است که امروزه این رفتار پر خطر در میان افراد جامعه رو به افزایش است. این مطالعه وضعیت مصرف سیگار را در شهرستان اردستان مورد بررسی قرار داده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی، برای گروه مورد مطالعه ۱۲۰ نفر مرد سیگاری ۱۸ تا ۶۸ ساله شهرستان اردستان انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسش نامه ایی شامل دو قسمت، قسمت اول پرسش نامه شامل ۸ سوال که مربوط به عادات استعمال سیگار و قسمت دوم شامل اطلاعات جمعیتی با ۹ سوال بود. برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته های پژوهش: نتایج بررسی نشان داد که از نظر سن افراد ۷۵ نفر(۶۲/۵ درصد) زیر ۴۰ سال و ۴۵ نفر(۳۷/۵ درصد) بالای ۴۰ سال سن داشتند. سن شروع مصرف سیگار در این افراد به زیر ۲۰ سال که ۹۳ نفر(۷۷/۵ درصد) و بالای ۲۰ سال ۲۷ نفر(۲۲/۵ درصد) بودند. افراد بر اساس تعداد نخ مصرفی سیگار در روز، در گروه خفیف ۱۵ نفر(۱۲/۵ درصد)، گروه مصرف کننده متوسط ۳۵ نفر(۲۹/۲ درصد) و گروه مصرف کننده سنگین ۷۰ نفر(۵۸/۳ درصد) قرار گرفتند. بر اساس نتایج حاصله رابطه معناداری بین محل زندگی، مساحت خانه و تعداد نخ روزانه با استعمال سیگار تا ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن وجود دارد. هم چنین بین متغیرهای درآمد ماهیانه و تعداد نخ مصرفی سیگار روزانه ارتباط معناداری دیده شد.

بحث و نتیجه گیری: رفتارهای بهداشتی اکتسابی هستند، لذا با بالابردن آگاهی و نگرش افراد در مورد مضرات سیگار می توان رفتارها و باورهای غلط را در آن اصلاح و به سمت انجام دادن رفتارها و عملکردهای بهداشتی درست سوق داد.

واژه های کلیدی: مصرف سیگار، شهرستان اردستان، سیگار

* **نویسنده مسئول:** مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

Email: marzieh.ramandi@gmail.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-24]

مقدمه

در حال حاضر همه گیری دخانیات یک مشکل جهانی است و توسعه بی سابقه تولیدات مواد دخانی و فروش فوق العاده آن در سراسر دنیا خصوصاً کشورهای کم در آمد باعث بروز زیان های فراوان جسمی و روحی برای این گونه جوامع شده است. مصرف سیگار ده ها سال است که به عنوان یکی از مهم ترین عوامل تهدید کننده ی سلامتی شناخته شده است. با توجه به تلاش های زیادی که جهت پیشگیری از همه گیر شدن مصرف دخانیات انجام شده است هم چنان این عامل به عنوان دومین علت اصلی مرگ و میر(بعد از فشار خون بالا)، ۱۲ درصد از کل میزان مرگ و میرها را به خود اختصاص می دهد هم چنین یکی از دلایل اصلی از کار افتادگی است،(۱). دود سیگار حاوی بیش از ۴۰۰۰ ماده شیمیایی مانند تار، مونوکسیدکربن، سیانید هیدروژن، نیکوتین، استون، ارسنیک، فنل، نفتالین و کادمیوم می باشد. بسیاری از این مواد سمی می باشند و حداقل ۴۳ مورد از آن ها می تواند باعث ایجاد سرطان شود،(۲). در افراد سیگاری میزان مرگ و میر ۸۰-۳۰ درصد بیشتر از افراد غیر سیگاری است. میزان مرگ و میر با افزایش مصرف سیگار افزوده می شود،(۳). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی سالیانه چهارمیلیون نفر بر اثر ابتلا به بیماری های ناشی از استعمال دخانیات جان خود را از دست می دهند و هر ۷ ثانیه یک مورد مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات در جهان اتفاق می افتد که این آمار در سال ۲۰۲۰ به بیش از ۱۰ میلیون نفر خواهد رسید،(۴). با توجه به روند مصرف دخانیات به نظر می رسد در آینده میزان مرگ و میر در کشور های در حال پیشرفت چند برابر بیشتر گردد،(۵). هم اکنون ۲/۵ میلیارد نفر در جهان سیگاری هستند و سالانه ۳ میلیون نفر از آن ها به دلیل عوارض ناشی از دخانیات جان می دهند و دو سوم این میزان فقط در کشورهای در حال توسعه هستند، با توجه به این که روزانه ۲۰ میلیارد نخ سیگار در جهان مصرف می شود، با تحریم یک روز منع استعمال دخانیات، یک میلیارد بسته سیگار صرفه جویی شده و گامی در جهت سلامت نسل بشر برداشته می شود،(۶). عوامل محیطی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی در رفتار سیگار کشیدن بی تاثیر نیستند، بر روی پژوهشی که بر روی نوجوانان ۲۹ کشور اروپایی انجام شد، نشان داد رفاه خانوادگی، رفاه کشوری، سیاست های قیمت گذاری در مورد سیگار در کشور و قانونی بودن فروش سیگار به طور قابل توجهی با استعمال سیگار مرتبط است،(۷). شواهد علمی دیگری نیز نشان می دهد مصرف سیگار نه تنها برای افراد سیگاری، بلکه برای افراد غیر سیگاری که در مجاورت دود سیگار هستند نیز مضر است.(۸،۹)

از طرفی تعداد نخ سیگار مصرفی روزانه و سال های مصرف به عنوان خطری اساسی در بروز بیماری ها و مرگ و میر وابسته به سیگار محسوب می شوند. بر همین اساس و آن طور که فونسکا در تحقیق خود بیان نموده است افراد بر اساس تعداد نخ مصرفی سیگار در روز، به سه دسته خفیف، متوسط و سنگین تقسیم می شوند. اگر مصرف روزانه کمتر از ۱۰ نخ باشد، فرد در گروه خفیف قرار می گیرد، در صورت مصرف ۲۰-۱۰ نخ در روز، فرد مصرف کننده متوسط نام می گیرد و اگر مصرف به بیش از ۲۰ نخ در روز برسد، فرد مصرف کننده سنگین نامیده می شود.(۱۰)

استونی معتقد است اگر فردی حداقل یک سال، در هیچ شرایطی روزانه بیش از یک نخ سیگار مصرف نکرده باشد، غیر سیگاری محسوب می شود،(۱۱). در تقسیم بندی دیگر افراد از نظر مصرف یا عدم مصرف سیگار، به غیر سیگاری(عدم مصرف هر گونه سیگار و تنباکو در گذشته و حال)، سیگاری فعال(مصرف حداقل هفت نخ سیگار در هفته و یا متوسط روزانه حداقل یک سیگار)، سیگاری غیرفعال(مصرف کمتر از هفت نخ سیگار در هفته)، سیگاری ترک کرده(کسی که قبلا سیگاری فعال یا غبر فعال بوده ولی در حین مصاحبه سیگار نمی کشد) و سیگاری قهار(مصرف بیش از ۲۰ نخ سیگار در روز) تقسیم می شوند،(۱۲،۱۳). الگوی مصرف دخانیات و معضلات ناشی از آن در کشورهای مختلف جهان متفاوت است شیوع مصرف سیگار در آمریکا ۲۴ درصد است. بیشترین شیوع مصرف سیگار مربوط به منطقه اروپای مرکزی با ۲۹ درصد و کمترین

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-24]

آن مربوط به منطقه جنوب آسیا با ۱۲ درصد است،(۱۴). شیوع مصرف سیگار در بین جوانان کشور ایران سیر فزاینده ایی دارد،(۱۵). در مطالعه ایی که محرابی و همکاران انجام دادند، مصرف سیگار در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله ایرانی مورد بررسی قرار گرفته و بر اساس نتایج آن ۷۹/۹ درصد از جمعیت مذکور غیرسیگاری، ۱۵/۳ درصد سیگاری فعال، ۲/۱ درصد سیگاری غیرفعال و ۲/۷ درصد سیگاری ترک کرده بودند،(۱۶). امامی و همکاران در مطالعه خود با عنوان الگوی مصرف سیگار در یک منطقه شهری تهران، نتیجه گرفتند که در مجموع ۱۰/۶ درصد از افراد بالغ تحت مطالعه، سیگاری روزانه بودند که ۸ درصد از آن ها روزانه ۲۰ نخ یا بیشتر سیگار مصرف می کردند. هم چنین ۱/۵ درصد از افراد تحت مطالعه سیگاری تفننی، ۶/۱ درصد سیگاری ترک کرده و ۸۱/۸ درصد غیر سیگاری بودند،(۱۷). با توجه به اهمیت موضوع و به منظور بررسی سلامت افراد و عوامل موثر بر استعمال سیگار که از اهداف اصلی معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد، این بررسی طی سال ۱۳۸۹ در شهرستان اردستان انجام گردید.

مواد و روش ها

در این مطالعه مقطعی، گروه مورد مطالعه ۱۲۰ نفر مرد سیگاری ۱۸ تا ۶۸ ساله شهرستان اردستان که جهت دریافت بسته ترک سیگار به کلنیک مرکز بهداشت و درمان اردستان مراجعه کرده بودند به صورت سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها پرسش نامه ایی بود که روایی و پایائی آن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرکز سلامت محیط و کار مورد تایید قرار گرفت. در مورد هدف اجرای طرح و نحوه تکمیل پرسش نامه برای فرد توضیحاتی داده و بر محرمانه ماندن اطلاعات ثبت شده در پرسش نامه ها و اهمیت پاسخ صادقانه تاکید شد، آن گاه پرسش نامه میان افراد توزیع گردید تا بدون ثبت نام و نام خانوادگی به تکمیل آن اقدام کنند، قسمت اول پرسش نامه شامل ۸ سوال که مربوط به عادات استعمال سیگار(کشیدن سیگار ۳۰ دقیقه پس از بیدار شدن، نوع سیگار مصرفی فرد که به دو دسته معمولی با میزان نیکوتین ۱۲ میلی گرم و میزان قطران ۰/۹ میلی گرم و سبک با میزان نیکوتین ۶ میلی گرم و قطران ۰/۵ میلی گرم،(۱۸)، میل به کشیدن سیگار زمانی که فرد بیمار است و...) و قسمت دوم شامل اطلاعات جمعیتی یا دموگرافیک با ۹ سوال شامل سن، تحصیلات، شغل، محل سکونت، مساحت خانه فرد، تعداد افراد خانواده، نظر فرد در مورد درآمد ماهیانه خود و سن شروع مصرف سیگار بود. افراد بر اساس تعداد نخ مصرفی سیگار در روز، آن طور که فونسکا در تحقیق خود بیان نموده است، به سه دسته خفیف، متوسط و سنگین تقسیم می شوند. این فرم توسط افراد در مدت زمان ۱ ماه تکمیل شد و بعد از اطمینان از صحت پاسخ ها، جواب های به دست آمده به صورت جداگانه طبقه بندی گردید، برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS استفاده شد. برای بیان وضعیت موجود در بررسی توصیفی از جداول توزیع فراوانی و برای بررسی ارتباط سنجی بین متغیرهای کیفی از شاخص پیرسون($\alpha<0.05$) استفاده شده است.

یافته های پژوهش

در بررسی انجام شده ۱۲۰ نفر که همگی مذکر بودند از نظر سن افراد ۷۵ نفر(۶۲/۵ درصد) زیر ۴۰ سال و ۴۵ نفر(۳۷/۵ درصد) بالای ۴۰ سال سن داشتند، ۹۸ نفر(۸۱/۷ درصد) حداکثر تا مقطع دیپلم و ۲۲ نفر(۱۸/۳ درصد) مابقی بالاتر از دیپلم بودند، ۸۸ نفر(۷۳/۳ درصد) شغل آزاد و ۳۲ نفر(۲۶/۷ درصد) کارمند بودند، از نظر تعداد افراد خانواده ۹۱ نفر(۷۵/۸ درصد) بالای ۴ نفر و ۲۹ نفر(۲۴/۲ درصد) کمتر از ۴ نفر جمعیت داشتند، نظر افراد در مورد درآمد ماهیانه خود به دو دسته خوب ۳۸ نفر(۳۱/۷ درصد) و بد ۸۲ نفر(۶۸/۳ درصد) تقسیم بندی شدند، سن شروع مصرف سیگار در این افراد به کمتر از ۲۰ سال که ۹۳ نفر(۷۷/۵ درصد) از کل و بالای ۲۰ سال ۲۷ نفر(۲۲/۵ درصد) باقی مانده بودند. از کل این افراد ۲۹ نفر(۲۴/۲ درصد) از سیگار سبک و ۹۱ نفر(۷۵/۸ درصد) از سیگار معمولی استفاده می کردند، افراد بر اساس تعداد نخ مصرفی سیگار در روز، در گروه خفیف(Mild Smokers) ۱۵ نفر(۱۲/۵ درصد)، گروه مصرف کننده متوسط(Moderate Smoker) ۳۵ نفر(۲۹/۲ درصد) و گروه مصرف کننده سنگین(Heavy

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-24]

Smoker) ۷۰ نفر(۵۸/۳ درصد) را شامل می شـدند. بر اساس نتایج حاصـله رابطه معناداری بین مـحل زندگی افراد، مساحت خانه و تعداد نخ روزانه با استعـمال سیـگار تا ۳۰ دقـیقه بعد از بیـدار شـدن وجود دارد.(جـدول شمـاره ۱)

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی افراد بر حسب استعمال سیگار تا ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن با سن، تحصیلات، شغل، تعداد افراد خانواده، نظر فرد در مورد درآمد ماهیانه، سن شروع مصرف، محل زندگی،

عامل		استعمال سیگار تا سی دقیقه بعد از بیدار شدن		P
		بلی ۹۹	خیر ۲۱	
سن	۴۰≥	۵۹ (٪۷۸/۷)	۱۶ (٪۲۱/۳)	۰/۱۵۴
	> ۴۰	۴۰ (٪۸۸/۹)	۵ (٪۱۱/۱)	
تحصیلات	حداکثر دیپلم	۸۲ (٪۸۳/۷)	۱۶ (٪۱۶/۳)	۰/۵۳۶
	بالاتر از دیپلم	۱۷ (٪۷۷/۳)	۵ (٪۲۲/۷)	
شغل	کارمند	۲۵ (٪۷۸/۱)	۷ (٪۲۱/۹)	۰/۴۴۷
	آزاد	۷۴ (٪۸۴/۱)	۱۴ (٪۱۵/۹)	
تعداد افراد خانواده	۴≥	۷۴ (٪۸۱/۳)	۱۷ (٪۱۸/۷)	۰/۵۴۶
	۴<	۲۵ (٪۸۶/۲)	۴ (٪۱۳/۸)	
نظر فرد در مورد درامد ماهیانه	خوب	۳۱ (٪۸۱/۶)	۷ (٪۱۸/۴)	۰/۸۵۷
	بد	۶۸ (٪۸۲/۹)	۱۴ (٪۱۷/۱)	
سن شروع مصرف سیگار	۲۰≥	۷۹ (٪۸۴/۹)	۱۴ (٪۱۵/۱)	۰/۲۴۸
	> ۲۰	۲۰ (٪۷۴/۱)	۷ (٪۲۵/۹)	
محل زندگی	جنوب	۳۹ (٪۸۴/۸)	۷ (٪۱۵/۲)	۰/۰۲۳
	مرکز	۴۰ (٪۹۰/۹)	۴ (٪۹/۱)	
	شمال	۲۰ (٪۶۶/۷)	۱۰ (٪۳۳/۳)	
تعداد نخ سیگار روزانه	سنگین	۶۲ (٪۸۸/۶)	۸ (٪۱۱/۴)	>۰/۰۰۱
	متوسط	۳۰ (٪۸۵/۷)	۵ (٪۱۴/۳)	
	خفیف	۷ (٪۴۶/۷)	۸ (٪۵۳/۳)	
مساحت خانه به متر	۱۰۰≥	۳۲ (٪۸۲/۱)	۷ (٪۱۷/۹)	۰/۰۰۱
	۱۵۰ – ۱۰۱	۵۰ (٪۹۴/۳)	۳ (٪۵/۷)	
	<۱۵۰	۱۷ (٪۶۰/۷)	۱۱ (٪۳۹/۳)	

تعداد نخ سیگار روزانه و مساحت خانه

هم چنین بین متغیرهای درآمد ماهیانه مو تعداد نخ روزانه با سخت بودن برای فرد هنگامی که وی مدتی سیگار نمی کشد ارتباط معنا داری دیده شد.(جدول شماره ۲) هیچ کدام از متغیرها ارتباط معناداری با زمانی که فرد بیمار است و میل به کشیدن سیگار دارد، نوع سیگار مصرفی، تعداد نخ روزانه و مجاورت افراد با دود سیگار پیدا نکردند. ۹۹ نفر(۸۲/۵ درصد) از کل افراد تا ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن سیگار می کشیدند. ۸۳ نفر با کشیدن سیگار در حین بیماری موافق بودند. برای ۱۰۷ نفر مدتی سیگار نکشیدن سخت بود.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-24]

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی افراد بر حسب سخت بودن برای فرد مدتی که سیگار نمی کشد با نظر فرد در مورد درآمد ماهیانه تعداد نخ سیگار روزانه

عامل		برای فرد مدتی سیگار نکشیدن سخت است		P
		بلی ۱۰۷	خیر ۱۳	
نظر فرد در مورد درامد ماهیانه	خوب	۳۷ (٪۷۵/۵)	۱۲ (٪۲۴/۵)	>۰/۰۰۱
	بد	۷۰ (٪۹۸/۶)	۱ (٪۱/۴)	
تعداد نخ سیگار روزانه	سنگین	۶۶ (٪۹۴/۳)	۴ (٪۵/۷)	۰/۰۴۵
	متوسط	۳۰ (٪۸۵/۷)	۵ (٪۱۴/۳)	
	خفیف	۱۱ (٪۷۳/۳)	۴ (٪۲۶/۷)	

طبق جدول شماره ۳، ۹۶ نفر بیشترین سیگارهای روزانه خود را در اوایل روز می کشیدند. برای ۱۰۱ نفر(۸۴/۲ درصد) اولین سیگار صبح، بهترین سیگار بود. ۹۱ نفر(۷۵/۸ درصد) از سیگار معمولی و مابقی از سیگار سبک استفاده می کردند. ۴۲ نفر(۳۵ درصد) بالای ۲۶ نخ سیگار، ۵۴ نفر(۴۵ درصد) بین ۲۶-۱۵ نخ و ۲۴ نفر(۲۰ درصد) کمتر از ۱۵ نخ در روز سیگار می کشیدند. ۶۰ نفر(۵۰ درصد) از کل افراد همیشه و ۵۵ نفر(۴۵/۸ درصد) گاهی اوقات در مجاورت دود سیگار بودند و ۵ نفر(۴/۲ درصد) به هیچ عنوان در مجاورت دود سیگار نبودند. در جداول شماره ۲ و ۳ از ذکر عواملی که ارتباط معنی داری با سوال نداشتند صرف نظر شده است

.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی افراد بر حسب اولین سیگار صبح ،بهترین سیگار است با سن و تعداد نخ سیگار روزانه

عامل		اولین سیگار صبح ،بهترین سیگار است		P
		بلی (٪۸۴/۲)۱۰۱	خیر (٪۱۵/۸)۱۹	
سن	≤۴۰	۵۹ (٪۷۸/۷)	۱۶ (٪۲۱/۳)	۰/۰۳۳
	< ۴۰	۴۲ (٪۹۳/۳)	۳ (٪۶/۷)	
تعداد نخ روزانه	سنگین	۶۴ (٪۹۱/۴)	۶ (٪۸/۶)	۰/۰۰۷
	متوسط	۲۸ (٪۸۰)	۷ (٪۲۰)	
	خفیف	۹ (٪۶۰)	۶ (٪۴۰)	

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه که با هدف بررسی وضعیت مصرف سیگار در شهرستان اردستان انجام شد نشان داد که افراد با سن بالای ۴۰ سال بیشتر از افراد زیر ۴۰ سال اولین سیگار صبح را بهترین سیگار می دانند. از سوی دیگر هر چه سن افراد مورد مطالعه بالا می رود تعداد نخ مصرفی سیگار افزایش می یابد نتایج مطالعه ما در این مورد با که با نتایج مطالعه وفایی در سال ۱۳۸۴

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-24]

هم خوانی دارد،(۱۹). با توجه به نتایج این مطالعه و هم خوانی با مطالعه محققان دیگر مانند وفائی می توان گفت که طراحی و انجام یک مطالعه کیفی روی افراد سیگاری جهت بررسی علل کشش بیشتر اولین سیگار صبح می تواند مفید و کارساز باشد. افراد شاغل با سطح دانش بالا و کارمند درصد فراوانی کمتری نسبت به افراد با شغل آزاد نسبت به سیگار دارند که نشان می دهد سطح تحصیلات بالا سبب شده که آنان از مضرات و عوارض کشنده سیگار مطلع باشند، که این موضوع با نتیجه مطالعه میر احمدی زاده تطابق دارد،(۲۰). هم چنین با نتایج حاصل از پژوهش گواری در مورد نگرش دانشجویان پسر دانشگاه های کرمان در مورد سیگار که با افزایش سطح تحصیلات، نگرش مثبت نسبت به رفتار سیگار کشیدن کاهش می یابد، هم خوانی دارد،(۲۱). ولی نتیجه مطالعه کثیری و همکاران که بر روی دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شده بود بر خلاف این مطالعه می باشد،(۲۲). علت این تفاوت احتمالاً به دلیل تاثیرات اجتماعی، فرهنگی و محیطی افراد حدس زده می شود. روح افزا در بررسی خود در اصفهان و نجف آباد متوسط نخ سیگار مصرفی توسط جوانان را ۱۰ نخ عنوان کرد که این میزان دقیقاً نصف یافته های پژوهش حاضر است،(۲۳). اعتیاد به سیگار از جمله پدیده هایی است که بیشتر از سایر مسائل آسیب زا توجه جامعه را به خود جلب کرده است، به خصوص این که متأسفانه درصد بالایی از این گروه مبتلایان را جوانان تشکیل می دهند. طبق تحقیقات گستردهای که طی سال های متوالی صورت گرفته نتایج حاصل آمده نشانگر این است که مصرف سیگار و مواد مخدر از سنین نوجوانی آغاز می شود و در سنین بالاتر به اعتیاد منجر خواهد شد. ولی به طور کلی سن شروع استعمال مواد مخدر و سیگار در مقایسه به دهه های قبل به سنین پایین تر تنزل یافته است. میانگین سن شروع مصرف سیگار در اردستان ۱۶/۲ و حداقل سن شروع ۱۳ سالگی و حداکثر ۲۷ سالگی بود. در بررسی که روح افزا و همکاران در اصفهان انجام دادند، متوسط سن شروع مصرف دخانیات در جوانان ۲/۴±۱۷/۴ و حداقل سن شروع ۹ سالگی و حداکثر ۲۴ سالگی گزارش کردند،(۲۳)، که حداقل سن شروع آن کمتر از مطالعه حاضر است، که این تفاوت را می توان با توجه به وسعت استان اصفهان و نبود کنترل بیشتر والدین به فرزندان توجیه کرد. در ایران تحقیقات در این زمینه به صورت پراکنده و در حد محدودی انجام گرفته است. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت شیوع کنونی استعمال توتون و تنباکو بین نوجوانان ۱۵-۱۳ ساله در ایران ۳۳ درصد برای پسران و ۲۲ درصد برای دختران است و برای افراد بالای ۱۵ سال ۲۶ درصد برای مردان و ۲ درصد برای زنان ذکر شده است،(۲۴). مطالعه روی یک نمونه تصادفی ۱۳۳۵ نفری در شیراز نشان داد که ۲۶ درصد مردان سیگاری بودند،(۲۵). سیگار در بین مواد دخانی به سهولت و فراوانی بیشتری در دسترس عموم افراد جامعه قرار دارد و قبح اجتماعی آن نیز نسبت به سایر مواد کمتر است به همین خاطر افراد به ویژه جوانان خیلی آسان به استعمال آن روی می آورند، بنا بر این لازم است تدابیری نظیر افزایش قیمت و مالیات سیگار، محدودیت توزیع، پاکسازی تبلیغات و صنایع وابسته جهت کاهش دسترسی و مصرف افراد اندیشید،(۲۶). با توجه به نتایج این مطالعه، تداوم برنامه های نظام مراقبت بیماری های غیر واگیر در کشور، جهت فراهم سازی امکان انجام مطالعات ارزشمند طولی در روند زمان، تغییر الگوهای مصرف، سنجش تاثیر مداخلات مختلف و نیز در اختیار نهادن داده های وسیع تر و بیشتر به منظور طراحی برنامه های پیشگیری موثر تر مؤکداً توصیه می گردد. پیشنهاد می گردد که مطالعات متمرکزتری خصوصاً در ارتباط با فرهنگ خاص هر منطقه و دلایل گرایش بیشتر در استان های با شیوع بالای مصرف سیگار در مقایسه با سایر استان های کشور، انجام گردد تا بتواند داده های لازم را در زمینه مقابله موثرتر در این ارتباط فراهم آورد،(۱۶). به منظور مهار این همه گیری می بایستی به اجرای برنامه های کنترل دخانیات اهتمام ورزید. این برنامه ها شامل قانونمند کردن تولید، توزیع، فروش، مصرف سیگار و هم چنین گسترس خدمات ترک سیگار و نیز پیشگیری از شروع مصرف آن می باشد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-24]

References

1-Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. Geneva: World Health Organization; 2002.
2-Harrisons TR. Principles of internal medicine. USA: MC Graw Hill; 1998.P. 2516-17.
3-Faridhosseini R. [Smoking or health, with your choice]. Iran J Health1986;6:41-6.(Persian)
4-Organization WHO. Process for a global strategy on diet physical activity and health. Geneva: World Health organization; 2003.
5-Guindon GE, Boisclair D. Past, current and future trends in tobacco use. Washington(DC): World Bank; 2003.
6-Zadehbagheri G, Kharamin S, Ghafarian HR. [Smoking prevalence and its associated factors in Kohgiloyeh and Boyer-Ahmad Province]. Dena J Yasouj Uni Med Sci 2011;19:64-71.(Persian)
7-Hublet A, Schmid H, Clays E, Godeau E, Gabhainn SN. Association between tobacco control policies and smoking behavior among adolescents in 29 European countries. Addiction 2009;104:1918-26.
8-Dunn A, Zeine L. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento (CA): California Environmental Protection Agency; 1997.
9-Jamrozik K. Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: database analysis. Brit Med J 2005; 330:812-15.
10-Fonseca V, Jawa A. Endothelial and erectile dysfunction, diabetes mellitus, and the metabolic syndrome: common pathways and treatments? Am J Cardiol 2004:96:13-8.
11-Austoni E. Smoking as a risk factor for erectile dysfunction: data from the andrology prevention weeks 2001-2002. Eur Urol 2005;48:810-18.
12-Sidorf C. Cigarette smoking among adults- United States. Med J 2004; 54:1121-4.
13-Organization WH. Tobacco epidemic: much more than a health issue. Tobacco use is a major drain on the world's financial resources Geneva; 1998.
14-Naurath N, Jones JM. Smoking rates around the world. Am J Care 1998;45:24-8.
15-Sarraf-Zadegan N. Tobacco control and prevention program among Iranian women and adolescents. Eur J Pub Health 2001;4: 1017-24.
16-Mehrabi DA, Moradi G, Esmailnasab N, Pooladi A, Alikhanic S. Smoking among 15-to 64-year-old Iranian people in 2005. Iran J Epidemiol 2007;3:1-9.
17-Emami H, Habibian S, Salehi P, Azizi F. [Pattern and smoking habit in an urban area in Tehran, 2001]. J Facult Med 2003;27:47-52.(Persian)
18-Mozafar M, Sobhiyeh MR, Fallah ZM, Nabavyzadah P. [Study of the Correlation between the Kind of tobacco product usage and the incidence of Buerger's disease in Buerger's patientsin Shahid Beheshty medicine university hospitals in 2008-2009]. Iran Surg J 2011;20:651-7.(Persian)
19-Vafaei B, Shaham FJ. [Effective factors in tendency towards cigarette smoking among Tabrizian high school students]. J Babol Univ Med Sci 2005;25:57-62.(Persian)
20-Myrahmadizadeh AR, Kadivar MR, Tabatabie HR, Fararoie M. [Assessment of tobacco consumption in Fars province]. J Yasouj Univ Med Sci 2001;6:41-7.(Persian)
21-Gavari F, Mohammad AS, Ramezani T, Riani M, Bahram-Pour MR. Attitude of Kerman universities male students toward cigarettes. Ira J Psychiatr Clin Psychol 2004;38:59-67.
22-Kasiri H, Rafiei A, Haghighizade MH, Kazemzede N. [Epidemiology of smoking in male students of Shapur Ahvaz medical sciences]. J Stud Jentashapir 2011;2:75-84.-(Persian)
23-Roohafza HR, Sadeghi M, Emami AR. [Smoking in youth: Isfahan healthy heart project (IHHP)]. Hakim Res J 2003;2:61-8.(Persian)
24-World health statistics. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2012.
25-Ghafari A, Kia N. [The Prevalence of smoking in students of KermanUniversity of Medical Sciences]. Hormozgan Med J 1999;10:25-30.(Persian)
26-Parvizi AF, Nikbakht AR. Adolescent's perspective on addiction: A qualitative study. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2005; 39:250-7.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-24]

Cigarette Smoking Status in The City of Ardestan City During 2010

Dehghani R[1], Takhtfiroozeh S.M[1], Yeganeh M[1], Meghdadi M[1], Mosavi GA[2], Hajibagheri A[3], Gilasi H.R[4], Gharlipour Z[5], Ramandi M[6], Gheyasi N[7]*

(Received: 16 Aprl. 2013 Accepted: 29 July. 2013)

Abstract

Introduction: Smoking is one of the non-healthy behaviors that not only endangers the health of the individual and society, but also is the most important cause of mortality. Yet, nowadays, the high risk behavior has increasing trend among the general population. This study was carried out to evaluate smoking statue in the city of Ardestan in Isfahan province.

Materials & Methods:In this descriptive study, 120 male smokers aged 18 to 68 were selected for the study group in the city of Ardestan in Isfahan province. Data was collected through a questionnaire consisting of two parts: The first part consisted of eight questions related to smoking habits and the second part consisted of nine questions about demography. Statistical analyses of data were performed using SPSS software.

Findings: The results showed that from the viewpoint of age, 75 subjects (62.5%) were under 40 years of age and 45 subjects (37.5%) were above 40 years of age. The number of people with smoking onset under 20 year-old-age was 93 subjects (77.5%) and for those with smoking onset over 20 year-old-age was 27 subjects (22.5%). Smoking statue based on the number of cigarettes per day was as follow: mild smoking in 15 subjects (12.5%), the moderate smoking in 35 subjects (29.2%) and heavy smoking in 70 subjects (58.3%). There were significant relations between the number of daily smoked cigarettes at 30 minutes after awaking and the living place and the area of living house. Also, a significant relationship was found between income and daily smoked cigarettes.

Discussion & Conclusion: Health behaveors are acquired; therefore, raising the awareness of people about the dangers of smoking may change their false attitudes and beliefs and lead to improve health behaviors.

Keywords: smoking, ardestan city, cigarette

1. Dept of Environmental Health, Faculty of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
2. Dept of Bioinformatics, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
3. Dept of Nursing and Midwifery Faculty, Faculty of Nursing and Midwifery Faculty, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
4. Dept of Epidemiology, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Dept of Public Health, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
6. Proteomics Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
7. Dept of Midwifery Faculty, Faculty of Nursing and Midwifery Faculty, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
**(corresponding author)*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-24]