

همه گیرشناسی مصرف دخانیات و ارتباط آن با برخی فاکتورهای دموگرافیک در یک منطقه روستایی کرمان

*دکتر حسن ضیاءالدینی^۱، دکتر محمدرضا ضیاءالدینی^۲

^۱دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، بیمارستان شهید بهشتی، گروه روانپزشکی، ^۲پزشک عمومی

خلاصه

مقدمه: استعمال دخانیات یکی از علل عمده مرگ زود هنگام در کشورهای توسعه یافته می باشد. به دلیل تغییرات سریع شیوع مصرف سیگار و نیاز به شناخت مشکل، حساس کردن جامعه و دست اندرکاران مسائل بهداشتی، از طرفی مطالعات معدودی که در این زمینه وجود دارد. شیوع مصرف سیگار در یک جمعیت روستایی مورد بررسی قرار گرفت.

روش مطالعه: این تحقیق مقطعی در سال ۱۳۸۰ در یک منطقه روستایی با روش نمونه گیری سرشماری انجام شد. اطلاعات از طریق پرسش نامه دموگرافیک به اضافه پرسش نامه فاجراستروم برای وابستگی به نیکوتین که روایی و پایایی آن قابل قبول بود جمع آوری شد. از تمام جمعیت بالای ۱۲ سال خواسته شد که پرسش نامه را تکمیل نمایند.

نتایج: از مجموع ۲۱۰۰ پرسش نامه توزیع شده ۱۶۷۰ پرسش نامه قابل تجزیه و تحلیل آماری بود. (میزان پاسخگویی حدود ۸۰٪). ۴۹/۳۰ درصد افراد زن و ۵۰/۷ درصد مرد بودند. در کل نمونه آماری ۱۸/۵ درصد سابقه مصرف سیگار داشته و از این تعداد ۷/۳ درصد وابستگی به سیگار داشتند. در مردان شیوع مصرف سیگار به صورت معنی داری بیشتر از زنان بود ($P < 0/001$). مشوق اصلی در مصرف سیگار در مرحله اول دوستان و در مرحله آخر خواهر یا برادر بوده است. مصرف قلیان و چپق گزارش نشد. متوسط مصرف روزانه ۱۱ نخ سیگار بود. تمایل به ترک سیگار بسیار بالا (۹۰/۷٪) و متوسط اقدام به ترک سه مرتبه بود.

نتیجه گیری: سوء مصرف و اعتیاد به سیگار در جمعیت مورد مطالعه در حد قابل توجهی بالاست، به ویژه در مردان با توجه به نقش دوستان و تمایل به ترک بالا به جاست که سازمان های مربوطه نسبت به آموزش جامعه در مورد مهارت های اجتماعی از یک طرف و از طرف دیگر امکانات و تسهیلات در دسترس جهت کسانی که تمایل به ترک دارند اقدام لازم را معمول دارند.

واژه های کلیدی: شیوع، دخانیات، سیگار، نیکوتین، کرمان، جمعیت روستایی

مقدمه

در سطح جهان بیشترین گرایش افراد پس از کافئین به سیگار که جزء روان افزای^۲ آن نیکوتین است می باشد (۳). وابستگی به سیگار خیلی سریع ایجاد می شود (۴).

شیوع بالای وابستگی به نیکوتین (حدود ۲۰٪) آن را تبدیل به شایع ترین اختلال روان پزشکی کرده است (۵). مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات به تنهایی از مرگ و میر ناشی از سوءاستفاده از بقیه مواد، ایدز (AIDS)، خودکشی، دگرکشی و تصادفات بیشتر است (۶).

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱ مصرف سیگار در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته برخلاف کشورهای توسعه یافته در حال افزایش است. سیگار ۲۰٪ مرگ های قابل پیشگیری در کشورهای توسعه یافته را تشکیل می دهد (۱). امروزه نیکوتین به عنوان یک ماده اعتیاد آور شناخته می شود و رهایی از وابستگی به نیکوتین دشوار می باشد (۲).

^۱آدرس مولف مسئول: کرمان- بیمارستان شهید بهشتی - گروه روان پزشکی

تلفن تماس: ۷۶۱-۸۸۴۱۱۵۱

تاریخ وصول: ۸۵/۳/۱۶ تاریخ تایید: ۸۵/۷/۲۵

۱- روزانه چند سیگار می کشید

نمره	جواب
۰	۰-۹
۱	۱۰-۱۹
۲	۲۰-۲۹
۳	۳۰ و بیشتر

۲- چه مدت پس از برخاستن از خواب اولین سیگار را می کشید (به دقیقه)

نمره	جواب
۳	۰-۵
۲	۶-۳۰
۱	۳۱-۶۰
۰	۶۱ و بیشتر

۳- آیا اشتیاق شدید در محلی که سیگار کشیدن ممنوع است پیدا می کنید یا خیر

نمره	جواب
۱	بلی
۰	خیر

مجموع نمرات اگر صفر باشد فرد وابسته نیست نمره ۱ تا ۲ وابسته خفیف، ۳ تا ۴ وابسته متوسط و ۵ تا ۷ وابسته شدید را مشخص می کند. پرسش نامه دموگرافیک شامل سن، جنس، شغل، وضع تأهل، مشوق اصلی در کشیدن اولین سیگار، اقدام به ترک، مصرف روزانه سیگار، درآمد تقریبی، چگونگی دستیابی به سیگار، عوامل احتمالی مؤثر در سیگار کشیدن، این که آیا در طول شش ماه گذشته سیگار کشیده است، آیا در طول ماه گذشته سیگار کشیده است، بود. جهت تعیین روایی پرسش نامه محقق ساخته شاخص روایی محتوی^۴ انجام شد.

پرسش نامه در اختیار ۱۰ نفر از صاحب نظران قرار گرفت تا در مورد مناسب بودن محتوی با اهداف در نظر گرفته شده اظهار نظر نمایند ضریب به دست آمده برای کل پرسش نامه ۹۰ درصد و برای تک تک سؤالات ۸۰ درصد بود جهت تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد^۵ استفاده شد که ضریب همبستگی ۹۶/۵ درصد به دست آمد و ضریب آلفا کربناخ برابر با ۰/۶۰۲ به دست آمد. از کلیه افراد بالای ۱۲ سال خواسته شد شخصاً یا توسط یکی از افراد خانواده یا توزیع کننده (بهورز یا دانشجوی سال آخر پزشکی) پرسش نامه بدون نام را تکمیل و در صندوقی که درب منزل برده خواهد شد، بیندازند.

علیرغم این که سیگار کشیدن و ترک سیگار قابل پیشگیری ترین علت مرگ و ناتوانی می باشد. طبق گزارش اداره مطالعات کاربردی خدمات بهداشتی روانی و سوء مصرف مواد در آمریکا (۱۹۹۵) ۲۹ درصد جمعیت بالای ۱۲ سال آمریکا مصرف کننده دخانیات می باشند. مصرف شدید الکل و مواد غیرقانونی دیگر نیز در بین مصرف کنندگان دخانیات بیشتر بوده است (۷). در آمریکا کشیدن سیگار در مردها کاهش و در زن ها افزایش نشان می دهد، شیوع مصرف در نوجوانان دختر بیش از پسران بوده است. مشکل تر بودن ترک سیگار در خانم ها باعث مطرح شدن اختلال فارماکولوژی در زنان و مردان شده است (۸).

با توجه به تغییرات روند و الگوی مصرف سیگار در جوامع مختلف از یک طرف و از طرفی نیاز به بررسی های اپیدمیولوژیک با شیوه های مختلف این بررسی به صورت پیمایش^۱ در یک محیط روستایی انجام شد.

روش کار

پژوهش از نوع مقطعی^۲ و نمونه گیری به صورت سرشماری در دهستان دشتخاک واقع در جنوب شرقی شهرستان زرنند استان کرمان در سال ۱۳۸۰ انجام شد. جمعیت مورد مطالعه تمام افراد بالای ۱۲ سال به صورت بررسی خانه به خانه بود. پرسش نامه شامل:

- ۱- اطلاعات مربوطه به ویژگی های دموگرافیک
- ۲- اطلاعات مربوطه به کشیدن سیگار به علاوه سؤالات مربوطه به پرسش نامه تعدیل شده فاجر استروم^۳ این تست شامل ۳ سؤال است که به منظور وابستگی به نیکوتین استفاده شده این تست فرم تعدیل شده فاجر استروم است که سؤالات کمتر مفید آن حذف شده است (۹). این تست افراد وابسته با هر درجه ای از وابستگی را (خفیف، متوسط، یا شدید) از کسانی که سیگار مصرف می کنند و وابسته نیستند مشخص می کند.

¹ Household survey

² Cross sectional

³ Modified fagerstrom tolerance questionnaire

⁴ Content validity index

⁵ Test retest

نتایج

داشته‌اند مصرف کنندگان به ۱۸/۵ درصد می‌رسند (جدول شماره ۲).

جدول ۲- فراوانی نسبی استعمال دخانیات در افراد مورد مطالعه

استعمال سیگار	فراوانی	درصد
افرادی که تا به حال سیگار را تجربه نکرده‌اند	۱۳۵۵	۸۱/۵
افراد غیروابسته‌ای که در شش ماه گذشته تجربه کرده‌اند	۶۵	۳/۹
افراد غیروابسته‌ای که در ماه گذشته سیگار کشیده‌اند	۱۲۱	۷/۳
افرادی که وابستگی دارند بر اساس پرسشنامه فاجراستروم (خفیف، متوسط، شدید)	۱۲۲	۷/۳
کل موارد	۱۶۶۳	۱۰۰

طبق جدول شماره ۳ گرچه توزیع فراوانی مصرف سیگار در دو جنس متفاوت بود به طوری که ۳۳/۵٪ مردان در مقایسه با ۲/۹٪ زنان سیگاری بودند $\chi^2=260/08$ ، $df=1$ ، $P<0.001$ ولی با استفاده از مجذور کای برای روند از نظر الگوی مصرف در دو جنس تفاوت معنی داری دیده نشد (جدول شماره ۳).

جدول ۳- فراوانی نسبی و مطلق افراد سیگاری برحسب سابقه و شدت مصرف به تفکیک جنس

کل	مرد		زن		افراد سیگاری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۶۵	۲۰	۳۱	۸	۳۳/۳	افراد غیروابسته‌ای که در شش ماه گذشته تجربه مصرف سیگار داشته‌اند
۱۰۷	۳۷/۷	۷۰	۱۴	۵۸/۳	افراد غیروابسته‌ای که در ماه گذشته سیگار کشیده‌اند
۱۲۰	۴۲/۳	۷۷	۲	۸/۴	افرادی که وابستگی دارند (براساس پرسش نامه فاجر استروم) (خفیف، متوسط، شدید)
۲۸۴	۱۰۰	۱۸۴	۲۴	۱۰۰	کل موارد

از مجموع ۲۱۰۰ پرسش نامه توزیع شده ۱۶۷۰ پرسش نامه قابل تجزیه و تحلیل آماری بود، تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از آمار توصیفی χ^2 و کروسکال والیس انجام شد. میزان پاسخگویی حدود ۸۰٪ بود از مجموع ۱۶۷۰ نفر ۴۹/۳ درصد را زنان و ۵۰/۷ درصد را مردان را تشکیل می‌دادند. ۷۶/۲۶ درصد افراد مورد مطالعه سن ۳۹-۱۲ سال داشتند. بیشترین گروه سنی مربوط به ۱۹-۱۲ ساله‌ها بود (۳۲/۱۴ درصد) (جدول شماره ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد مطالعه بر حسب گروه های سنی

گروه سنی	فراوانی	درصد
۱۲-۱۹	۵۳۸	۳۲/۱۴
۲۰-۲۹	۴۲۳	۲۵/۵
۳۰-۳۹	۳۲۷	۱۹/۷
۴۰-۴۹	۲۰۰	۱۲
۵۰-۵۹	۷۰	۴/۲
۶۰-۶۹	۷۰	۴/۲
۷۰ سال به بالا	۳۲	۱/۹
کل موارد	۱۶۶۰	۱۰۰

میانگین سن شروع سیگار کشیدن $9/3 \pm 20$ بود. از نظر وضعیت شغلی به ترتیب خانم‌های خانه‌دار، دانش‌آموزان، افراد بیکار و کارگران قرار داشتند (به ترتیب ۲۶/۸٪ و ۲۳/۴٪ و ۱۵/۴٪ و ۱۴/۹٪). ۷۴/۶ درصد به سهولت دسترسی به سیگار داشتند. متوسط مصرف روزانه سیگار ۱۱ نخ بود. اولین کس یا کسانی که در مصرف سیگار مؤثر بودند ۴۲/۲ درصد دوستان هم‌سن و سال و ۳۶/۸ درصد خود فرد و کمترین درصد مربوط به خواهر یا برادر بود. بیشترین انگیزه برای کشیدن سیگار به ترتیب عبارت بوده است از: این که لذت می‌برم، راحت می‌کند (موقع اضطراب یا عصبانیت)، حواسم جمع می‌شود، چون دوستانم می‌کشند. بیشترین انگیزه برای ترک به دلیل بیماری‌های در ارتباط با سیگار کشیدن بوده است، ۹۰/۷ درصد افراد اقدام به ترک داشته‌اند، متوسط اقدام به ترک ۳ مرتبه بوده است، ۷/۳ درصد افراد وابستگی به سیگار داشته با احتساب کسانی که سوء مصرف

²- Chi square for trend

¹-Respond rate

از نظر وضعیت اقتصادی کسانی که درآمد بین ۵۰ تا ۱۰۰ هزار تومان داشته‌اند ۱۲ درصد جمعیت مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند و ۵۳ درصد مصرف‌کنندگان به سیگار را شامل می‌شدند. جمعیت مورد مطالعه ۵۳/۵ درصد متأهل بودند ولی مصرف‌کنندگان سیگار ۸۸/۵ درصد متأهل بودند.

بحث

مصرف سیگار در جمعیت مورد مطالعه ۱۸/۵٪ و از این تعداد ۷/۳٪ وابستگی به سیگار با درجات مختلف داشته‌اند. سابقه مصرف و وابستگی در مردان به طور معنی‌داری بیشتر از زنان بوده است. مصرف سیگار در جمعیت عمومی در ایران ۱۱/۹٪ گزارش شده است (۱۰).

براساس نتایج طرح سلامت و بیماری در روستاها ۱۳/۵٪ و در جامعه شهری ۱۶/۳٪ از افراد ۶۹-۱۵ ساله سیگار می‌کشند. متوسط مصرف آنها ۱۳/۶ نخ در روز بوده است. ۶۶/۳ درصد افراد سن شروع سیگار را بین ۲۴-۱۵ سالگی ذکر کرده‌اند (سن گذراندن دوره دبیرستان، سربازی، تحصیلات دانشگاهی و...) که در مطالعه ما بین $20 \pm 9/3$ بود (۱۲). در ضمن نتایج تحقیقات قبلی نشان داد که روند استعمال سیگار به طور کلی رو به کاهش است در گروه سنی ۶۹-۱۵ ساله از ۱۴/۶ به ۱۱/۷ درصد و در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال از ۰/۸ به ۱/۴ افزایش یافته و در ضمن استعمال سیگار در روستاها از ۱۷/۵ به ۱۳/۵ درصد به ترتیب در سال‌های ۷۰ و ۷۸ کاهش داشته است (۱۱،۱۰).

در تحقیق ما نتایج حاکی از آن است که کاهش روند مصرف ادامه داشته است. البته توجه به این مطلب که مصرف سیگار با توجه به عوامل مختلف مؤثر بر آن مطالعات پیگیرسالیانه یا چند سال یک بار را ضروری می‌سازد. حتی در کشورهای توسعه یافته مثل استرالیا نیز گاهی روند سیر صعودی پیدا می‌کند. در یک پیگیری سه ساله در استرالیا از ۹٪ به ۱۸٪ افزایش داشته است (۱۷) و در لهستان از ۳۶ به ۴۶ درصد در یک فاصله چهار ساله افزایش داشته است (۱۹). مطالعه حاضر با نتایج فوق که ۷/۳٪ وابستگی داشته و مجموعاً ۱۸/۵ درصد وابستگی و سوء مصرف داشته‌اند نشان می‌دهد که

که وابستگی کاهش داشته است و نسبت به مطالعه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که شیوع استعمال سیگار در جمعیت ۲۰ ساله و بیشتر را ۲۱/۰۴ برآورد کرده است نیز کمتر می‌باشد (۱۱). در مطالعه ما مانند مطالعات قبلی زنان کمتر سیگاری بوده‌اند. همچنین در مقایسه با بررسی خانه به خانه وسیعی که به منظور سوء مصرف سیگار در آمریکا به عمل آمد در مقایسه با ۲۹٪ سوء مصرف سیگار در آمریکا در مطالعه ما سوء مصرف ۱۸/۵ درصد، وابستگی ۷/۳ درصد به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر است.

در مطالعه فوق مصرف سیگار در هر دو جنس یکسان و در مطالعه ما به طور معنی‌داری خانم‌ها کمتر مصرف‌کننده سیگار بودند که احتمالاً تحت تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی شاید اقتصادی باشد. میانگین سن مصرف‌کنندگان سیگار بیشتر از میانگین سن جامعه آماری در مطالعه ما بود.

در مطالعه فوق ۱۹ درصد مصرف‌کنندگان هرگز کوششی برای ترک نداشته‌اند. در این مطالعه فقط ۹/۳ درصد اقدام به ترک نداشته‌اند. مصرف متوسط تعداد ۱۱ نخ سیگار در روز تقریباً برابر مطالعات قبلی در ایران است (۱۲).

اعتیاد به سیگار در مطالعه ما از متوسط مجموع مطالعات انجام شده در ایران کمتر می‌باشد (۱۰، ۱۲، ۱۸، ۱۹). همچنین در بسیاری از مطالعات خارجی در کشورهای مختلف با سیستم‌های اقتصادی و اجتماعی مختلف نیز کمتر است (۱۶، ۱۲-۱۹). این به نظر می‌رسد به دلیل این که نمونه‌ها همگن نبوده‌اند و ابزار پژوهش و معیارها برای وابستگی به اعتیاد و سوء مصرف اعتیاد بعضاً مشخص نیست بوده است. موارد فوق از محدودیت‌های قضاوت در مورد نتایج بررسی‌های مختلف می‌باشد.

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

۱- گرچه مصرف سیگار حداقل در جامعه روستایی مورد مطالعه در حال نزول است ولی هنوز جدی است. اقدامات بهداشتی در جهت کاهش مقبولیت آن مفید بوده است (مثل تعارف نکردن در مراسم عزا و عروسی و...) ولی کافی نیست.

تقدیر و تشکر

به این وسیله از مسئولین محترم مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان که قسمتی از هزینه طرح را تأمین کرده‌اند. همچنین بهروز خانه بهداشت دهستان دشتخاک کمال تشکر را داریم.

۲- مطالعات دوره‌ای با ابزار و روش‌های قابل مقایسه در نمونه‌های وسیع‌تر قابل مقایسه جهت قضاوت بهتر پیشنهاد می‌شود.

۳- حساس‌تر کردن دست اندرکاران مسائل بهداشتی و اجرایی برای نظارت بر قوانین مقرر شده در مورد مصرف نکردن سیگار در محل‌های خاص.

۴- آموزش مهارت‌های اجتماعی افراد آسیب‌پذیر (جوانان) در زمینه اعتیاد.

۵- تسهیلات ویژه جهت افرادی که تمایل به ترک دارند (مشاوره روانپزشکی و...)

منابع

1. World Health Organization. World on - Tobacco Alert, Special issue 1996: 31 May.
2. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (4th Ed) (DSM - IV) Washington, DC: APS.
3. McFadden W and Woody GE. Cannabis related disorders, **Comprehensive textbook of psychiatry**, 7th edition Edited BJ Sadok and VA saddok, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia USA 2000 PP: 991.
4. Hughes JR. Nicotine related disorders. **Comprehensive textbook of psychiatry**. 7th edition. Edited BY BJ sadock and VA sadock. Lippincott Williams and Wilkins Philadelphia USA. 2000, PP: 1033 – 1038.
5. Miller MP, Gillespie J, Billian A, and Davel S. Prevention of smoking behavior in middle school students: Student nurse interventions. **Public - Health Nurs**. 2001: 45: 971 - 974.
6. Substance abuse and mental health services administration office of applied studies: preliminary estimation from the 1995 National Household Survey on drug abuse, US government printing office. Washington (1995).
7. Benwithz N and Hatsukami D. Gender differences in the pharmacology of nicotine addiction: **addiction biology** (1998) 3. 389 - 404.
8. Schmitz JM, Schneider NG, Jarvik ME. Nicotine substance abuse, **A comprehensive Text book**, 3ed edition. Edited by Lowinson YH, Ruiz P, Millman RD, langrod JG, Williams and Wilkins Baltimore, Maryland 21201-2436 USA.
9. Folds J and Ghodse H. Treating tobacco dependence, **Advance in psychiatric treatment** (1995), Vol. 1, PP, 116-123.
۱۰. کاظم محمد، نوربالا احمدعلی، مجدزاده سیدرضا، کریملو مسعود، روند شیوع استعمال دخانیات در ایران ۷۸-۱۳۷۸-۱۳۷۰ "براساس طرح ملی سلامت و بیماری" مجله پژوهشی حکیم زمستان ۷۹ دوره سوم شماره چهارم ۲۹۷-۲۰۹.
۱۱. کاظم محمد، زالی محمدرضا، مسجیدی محمدرضا، مجدزاده سیدرضا. وضعیت استعمال سیگار در ایران براساس طرح سلامت و بیماری، مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران دوره شانزدهم (۱۳۷۷). ص ۳۷-۳۳.
- 12- Office of applied studies. Preliminary estimate from 1994 National household survey on drug abuse Rockville. MDI: Substance abuse and mental health services administration 1995.

۱۳. سیام، ش، مطالعه سیگار کشیدن در پسران دبیرستانی رشت، مجله بهداشت جهان سال ۷۵ شماره ۴۸ (۳). ص ۲۵-۲۰
14. Zargami M, Khalilian AR, Veriani AR. Cigarette smoking Among Sari high school students **MJIH**, Vol, 6, No, July 2003.
۱۵. غفاری نژاد ع، بررسی شیوع کشیدن سیگار در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان مجله پزشکی هرمزگان، سال سوم شماره اول، بهار ۷۸. ص ۴۶-۴۰.
16. Maher R, Devji S. Prevalence of smoking among Karachi population. **Addiction** 2002 Mar; 97 (3): 35 9 - 60.
17. Pathon GC, Carlin JB, Coffey C, Wolf R, Hebert M, and Bowes, G: The course of early smoking: A population - based study over three years. **Addiction** 1998: 93 (8), 1251 - 1260.
18. Kiss E, Ferenzi F, Vegh E, et al: Prevalence of cigarette smoking among secondary school students. Budapest Hungry 1995 and 1999. **MMWR**, 2000. 49 (20): 438 - 441.
19. Johnston LD, O' Malley PM. Bakman JG: National Survey results on dug use from the monitoring the future study: **Rockville Med National Institute on Drug abuse** 1996. 1975 - 1995

