دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هفدهم، شماره ۳، صفحه ۴۹۵ – ۴۸۷ (مرداد و شهریور ۱۳۹۳)

ISMJ 2014; 17(3): 487-495

شیوع مصرف سیگار و قلیان در استان بوشهر، مقایسه دو فاز مطالعه قلب سالم خلیج فارس

فرزانه یوسفی [۱]، حسین دارابی [۱]، ایرج نبی‌پور [۲]، مجید اسدی [۳]، کتایون وحدت [۱]، احسان کارده [۱]، علیرضا رییسی [۱]، افشین استوار [۱*]

[۱] مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
[۲] مرکز تحقیقات زیست فناوری دریایی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
[۳] مرکز تحقیقات پزشکی هسته‌ای خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

(دریافت مقاله: ۹۲/۱۲/۱۳- پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۸)

چکیده

زمینه: بر اساس یافته‌های بررسی‌های گذشته مصرف دخانیات به‌ویژه قلیان در استان بوشهر شیوع بالائی دارد. این پژوهش، تحلیلی تازه از اطلاعات مطالعه هم‌گروهی مبتنی بر جمعیت قلب سالم خلیج‌فارس است که با هدف تعیین شیوع و الگوی مصرف استعمال سیگار و قلیان در جمعیت ساکن استان بوشهر انجام گردید.

مواد و روش‌ها: در فاز اول مطالعه در سال ۱۳۸۲، ۳۷۳۵ نفر از ۳ شهرستان بوشهر، دیلم و گناوه شرکت کردند. در فاز دوم در سال ۱۳۸۸، ۱۸۳۳ نفر (۴۹/۰۷ درصد) از افراد شرکت کننده در فاز اول حضور داشتند. اطلاعات جمعیت‌شناختی و وضعیت مصرف سیگار و قلیان به روش مصاحبه‌ی حضوری جمع‌آوری شد. شیوع خام و استاندارد شده برای متغیر های سن و جنس مصرف سیگار و قلیان برای کل جمعیت و نیز برای زنان و مردان در دو فاز مطالعه محاسبه گردید.

یافته‌ها: شیوع استعمال سیگار در فاز اول ۱۱/۹ درصد و در فاز دوم ۷/۵ درصد بود. ۲۱/۶ درصد از مردان و ۰/۴ درصد از زنان در فاز اول و ۱۳ درصد از مردان و ۰/۷ درصد از زنان در فاز دوم سیگاری بودند. شیوع استعمال قلیان نیز به‌طور کلی در فاز اول ۱۷/۹ درصد و در فاز دوم ۱۲/۹ درصد بود. ۱۰/۷درصد از مردان و ۲۵/۸ درصد از زنان در فاز اول و ۷/۱ درصد از مردان و ۱۹/۰۵ درصد از زنان در فاز دوم قلیانی بودند.

نتیجه‌گیری: کشیدن قلیان به‌ویژه در زنان به میزان قابل توجهی از سایر مناطق غیر جنوبی کشور بیشتر بود. پیش نهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری به‌ویژه در زمینه‌ی بررسی علل گرایش زنان به قلیان و راه‌های کاهش آن صورت گیرد.

واژگان کلیدی: سیگار، قلیان، بوشهر، مصرف دخانیات

* بوشهر، مرکز طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

Email :a.ostovar@bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-13]

مقدمه

سیگار در بین مواد اعتیادآور به ظاهر کم ارزش‌ترین ماده است که به خاطر آسانی تهیه در دسترس عموم افراد قرار دارد و زشتی اجتماعی برای مصرف آن نیز اندک است (۱).

مصرف سیگار و دیگر فرآورده‌های توتون و تنباکو (Smoking) به‌عنوان یکی از عوامل خطر مهم و افزایش دهنده‌ی بار کلی بیماری‌ها در دنیا به‌ویژه در ارتباط با بیماری‌های مزمن و غیرواگیری چون بیماری‌های قلبی- عروقی, بیماری‌های تنفسی, سرطان و سکته‌ی مغزی مطرح می‌باشد. این بیماری‌ها در کنار چاقی و دیابت در مجموع مسئول ۵۹ درصد از ۵۷ میلیون مرگ و ۴۶ درصد از بار کلی بیماری‌ها در دنیا می‌باشند (۲). مرگ به دنبال مصرف سیگار در جهان سالیانه ۴ میلیون نفر برآورد می‌شود (۳ و ۲۱).

هم‌اکنون در ۸۷ درصد موارد مرگ به دنبال سرطان ریه و ۸۲ درصد موارد مرگ به علت بیماری‌های انسدادی ریه‌ها ناشی از مصرف سیگار برآورد می‌شود. علاوه‌بر ریه، سیگار بر روی سیستم قلبی- عروقی نیز تأثیر گذاشته و ۲۱ درصد موارد مرگ به دنبال بیماری‌های عروق کرونری و ۱۸ درصد موارد مرگ به دنبال سکته‌ی قلبی نیز ناشی از سیگار می‌باشد (۶-۴). سیگار نه تنها فرد سیگاری را بیمار می‌سازد بلکه افرادی که در اطراف فرد سیگاری زندگی می‌کنند نیز در معرض خطر هستند. به گونه‌ای که تخمین زده می‌شود این افراد ۳۰ درصد بیشتر از دیگر افراد مبتلا به سرطان ریه می‌شوند (۷).

میانگین شیوع مصرف جهانی سیگار ۲۲ درصد می‌باشد. این میزان در کشور آمریکا ۲۴ درصد بوده که به متوسط جهانی نزدیک می‌باشد (۸). میزان مصرف سیگار در کشورهای توسعه‌یافته مانند کشورهای اروپایی در مردان ۴۰ درصد و در زنان حدود ۲۰ درصد است در کشورهای در حال توسعه مثل جنوب آسیا این میزان در مردان ۳۵ درصد و در زنان نزدیک به ۵ درصد است. در کشورهای آفریقایی نیز میزان مصرف سیگار در مردان ۱۳ درصد و در زنان کمتر از ۳ درصد می‌باشد. شیوع مصرف سیگار در ایران در کل ۱۷/۴ درصد برآورد شده است (۹). درصد برآورد شده در مورد افراد سیگاری در مردان در مجموع سه حالت مرتبط با مصرف سیگار (فعال, غیرفعال, ترک کرده) ۳۳/۲ درصد و در زنان ۷ درصد می‌باشد (۱۰ و ۱۱).

هم اکنون بسیاری از پژوهش‌ها در سطح جهان مؤید این مطلب هستند که شیوع مصرف سیگار در هر دو جنس، به ویژه در جوانان در حال گسترش روزافزون می‌باشد. یعنی سن مصرف سیگار در حال کاهش است (۱۲ و ۱۳). هنگامی که افراد در سن پایین‌تر شروع به کشیدن سیگار می‌کنند، احتمال اینکه در بزرگسالی به مصرف آن ادامه دهند بیشتر است (۵).

بررسی‌های انجام شده در کشورهای گوناگون نشان داده‌اند که بیشتر سیگاری‌ها، سیگار کشیدن را از سنین زیر ۱۸ سال و در دوران نوجوانی آغاز کرده‌اند، چنان که در ایران ۶۶/۷ درصد از افراد سیگاری نخستین نخ سیگار را پیش از سن ۱۴ سالگی تجربه کرده‌اند (۱۴).

بر اساس گزارش مطالعه جمعیت و بیماری در سال ۱۳۸۴، استان بوشهر بالاترین شیوع مصرف دخانیات را در بین استان‌های کشور داراست. این شیوع بالا بیشتر به خاطر شیوع بالای مصرف قلیان به‌ویژه میان زنان در این استان می‌باشد. بنابراین هدف از انجام این بررسی که بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌های دو فاز از مطالعه قلب سالم خلیج‌فارس انجام شده است، تعیین شیوع و روند مصرف دخانیات در استان بوشهر در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۸ می‌باشد (۲۰).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-13]

مواد و روش‌ها

این مطالعه، تحلیل بخشی از داده‌های مطالعه‌ی هم‌گروهی قلب سالم خلیج‌فارس می‌باشد که به‌منظور بررسی عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی در استان بوشهر در ۳ شهرستان (دیلم، گناوه و بوشهر) در دو فاز انجام گردیده است. فاز اول مطالعه در سال ۱۳۸۲ بر روی ۳۷۳۵ نفر زن و مرد انجام شد که ۱۸۳۳ نفر از آنان در فاز دوم پس از ۶ سال دوباره مورد بررسی قرار گرفتند. جزئیات بیشتر در مورد مطالعه قلب سالم خلیج‌فارس در مطالعه دیگری آورده شده است (۲۰).

اطلاعات مورد نظر با استفاده از پرسشنامه‌ی اصلاح شده مونیکا جمع‌آوری گردید. داده‌ها با مصاحبه‌ی حضوری و پرسش از شرکت کنندگان گردآوری شد. پرسشنامه مونیکا شامل متغیرهای جمعیت شناختی و نیز داده‌های تاریخچه مصرف دخانیات افراد بود. اطلاعات سابقه مصرف، سن شروع مصرف، مدت زمان مصرف، مقدار مصرف فعلی و قبلی، فراوانی مصرف در طول هفته و الگوی مصرف سیگار و قلیان در شرکت کنندگان پرسش و ثبت شد.

افراد بر اساس مصرف همیشه و یا گهگاهی سیگار یا قلیان به سه گروه سیگاری/ قلیانی، سیگاری/ قلیانی تفننی و غیر سیگاری/ قلیانی تقسیم‌بندی شدند.

افراد سیگاری و سیگاری تفننی و قلیانی و قلیانی تفننی بر اساس شمار روزهای مصرف دخانیات در هفته به سه گروه یک روز و کمتر در هفته، ۴-۲ روز در هفته و هر روز تقسیم‌بندی شدند.

آنالیز آماری

متغیرهای کیفی در این بررسی با تعداد، درصد و متغیرهای کمی با استفاده از میانگین و انحراف معیار توصیف شدند. شیوع خام مصرف سیگار و قلیان برای کل جمعیت و نیز برای زنان و مردان محاسبه گردید. روش استانداردسازی مستقیم برای محاسبه شیوع تطبیق یافته مصرف دخانیات برای متغیرهای سن و جنس در دو فاز مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. برای این کار از جمعیت کل استان بوشهر در سرشماری سال ۱۳۸۵ به‌عنوان جمعیت مرجع استفاده شد. نرم‌افزار آماری SPSS (USA،Il،Chicago،SPSS Inc) ویرایش ۲۰ برای تجزیه و تحلیل اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. استانداردسازی به‌روش مستقیم با استفاده از نرم‌افزار STATA ویرایش ۱۱ انجام گردید.

یافته‌ها

در فاز اول در میان ۳۷۳۵ نفر، ۱۷۵۲ نفر مرد بودند و در فاز دوم که شامل ۱۸۳۳ نفر از افراد شرکت کننده در فاز اول بودند، ۸۰۶ نفر (۴۴/۱) مرد بودند. ۱۳۲۰ نفر (۳۵/۷ درصد) از افراد فاز اول در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال و ۵۷۵ نفر (۳۱/۷ درصد) در فاز دوم در گروه سنی ۴۴-۳۵ سال قرار داشتند. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در فازهای اول و دوم مطالعه در جدول ۱ آمده است.

۱۰۹۷ نفر از ۳۷۳۵ شرکت کننده در فاز اول (۲۹/۴ درصد) و ۳۸۵ نفر از ۱۸۳۳ نفر در فاز دوم (۲۱/۱ درصد) دخانیات (سیگار، قلیان یا هر دو) مصرف می‌کردند. در فاز اول ۳۹۴ نفر از مردان (۲۲/۷ درصد) سیگاری بودند در حالی که تنها ۸ نفر از زنان (۰/۴ درصد) سیگاری بودند. اما ۱۸۷ نفر از مردان (۱۰/۸ درصد) و ۵۳۵ نفر از زنان (۲۷/۲ درصد) قلیانی بودند. این نسبت‌ها در فاز دوم نیز بدین‌صورت بود که ۱۲۵ نفر از مردان (۱۵/۶ درصد) و ۸ نفر از زنان (۰/۸ درصد) سیگاری و ۵۸ نفر از مردان (۷/۳ درصد) و ۲۰۶ نفر از زنان (۲۰/۴ درصد) قلیانی بودند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-13]

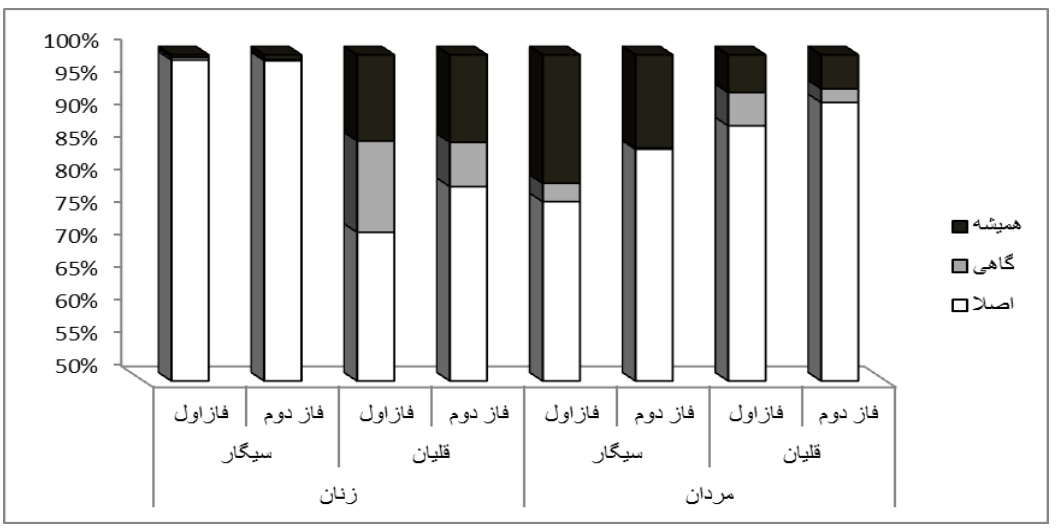
شیوع مصرف سیگار و قلیان، تطبیق یافته برای سن و جنس با استفاده از روش استانداردسازی مستقیم نیز در جدول شماره‌ی ۲ ذکر شده است.

جدول ۱) متغیرهای جمعیت‌شناختی و اجتماعی اقتصادی شرکت کنندگان در فازهای یک و دو مطالعه قلب سالم خلیج‌فارس، بوشهر

		فاز ۱	فاز ۲
سن (سال)	۳۴-۲۵	۱۳۲۰(٪۳۵/۳)	۲۲۱(٪۱۲/۲)
	۴۴-۳۵	۱۰۹۰(٪۲۹/۲)	۵۷۵(٪۳۱/۷)
	۵۴-۴۵	۸۳۶(٪۲۲/۴)	۵۵۳(٪۳۰/۵)
	۶۴-۵۵	۳۱۳(٪۸/۴)	۳۴۹(٪۱۹/۲)
	۶۵<	۱۴۳(٪۳/۸)	۱۱۷(٪۶/۴)
جنس	مرد	۱۷۵۲(٪۴۶/۹)	۸۱۲(٪۴۴/۱)
	زن	۱۹۸۳(٪۵۳/۱)	۱۰۲۹(٪۵۵/۹)
سطح تحصیلات	بیسواد	۵۸۰(٪۱۵/۵)	۲۲۰(٪۱۲)
	ابتدایی	۹۶۱(٪۲۵/۷)	۴۷۵(٪۲۵/۸)
	راهنمایی	۶۸۱(٪۱۸/۲)	۲۹۸(٪۱۶/۲)
	دبیرستان	۹۹۲(٪۲۶/۶)	۵۳۰(٪۲۸/۸)
	دانشگاهی	۵۱۹(٪۱۳/۹)	۳۱۳(٪۱۷)
	مجرد	۳۷۱(٪۹/۹)	۱۰۹(٪۵/۹)
وضعیت تاهل	متأهل	۳۲۰۵(٪۸۵/۸)	۱۶۳۳(٪۸۸/۷)
	سایرموارد	۱۵۹(٪۴/۳)	۹۹(٪۵/۴)

جدول ۳ شیوع تطبیق یافته برای سن و جنس مصرف دخانیات را برای مردان و زنان در دو فاز مطالعه نشان می‌دهد. نمودار ۱ الگوی مصرف سیگار و قلیان را در دو فاز مطالعه به تفکیک زن و مرد نشان می‌دهد.

میانگین تعداد نخ سیگارهای کشیده شده در مردان سیگاری در روز ۱۴/۷۳ با خطای معیار ۰/۵۳ نخ در فاز اول و ۱۴/۲۸ نخ با خطای معیار ۰/۷۹۱ در فاز دوم و میانگین تعداد نخ سیگارهای کشیده شده در زنان سیگاری ۷/۳۳ نخ با خطای معیار ۲/۸۱ در فاز اول و ۱۰/۳۳ نخ با خطای معیار ۵/۴۸ در فاز دوم بود. میانگین تعداد سر قلیان مصرف شده در فاز اول در مردان قلیانی ۲/۷۳ با خطای معیار ۰/۲۳۶ و در زنان ۲/۲۷ سر قلیان با خطای معیار ۰/۸۴ و در فاز دوم در مردان ۱/۶۴ با خطای معیار ۰/۱۲۲ و در زنان ۲/۰۳ با اخطای معیار ۰/۱۱ سر قلیان بود.



نمودار ۱) الگوی مصرف سیگار و قلیان به تفکیک زنان و مردان در دو فاز مطالعه قلب سالم خلیج فارس

در مردان سیگاری ۱۴ نفر (۲۶/۹ درصد) و در زنان سیگاری ۱ نفر (۱۴/۳ درصد) در فاز اول هر روز و در فاز دوم ۱۶ نفر از (۵۵/۲ درصد) از مردان سیگاری و صفر نفر از زنان سیگاری هر روز سیگار می‌کشیدند. ۲۵

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-13]

نفر از مردان قلیانی (۲۴/۸ درصد) و ۴۰ نفر از زنان قلیانی (۱۵/۲ درصد) در فاز اول هر روز قلیان می‌کشیدند و ۲ نفر از مردان قلیانی (۱۳/۳ درصد) و ۲۵ نفر از زنان قلیانی (۹۲/۲ درصد) در فاز دوم هرروز قلیان می‌کشیدند (جدول ۲) (جدول ۳).

جدول ۲) شیوع مصرف سیگار و قلیان، تطبیق یافته برای سن و جنس با استفاده از روش استانداردسازی مستقیم، در شرکت کنندگان دو فاز مطالعه قلب سالم خلیج‌فارس، بوشهر

		فاز ۱	فاز ۲
سیگار	مردان	*۲۱/۶(۱۹/۷–۲۳/۶)	۱۳(۱۱/۳–۱۶)
	زنان	۰/۸(۰/۴–۱/۴)	۰/۷(۰/۲–۱/۳)
	کل	۱۱/۹(۱۰/۹–۱۳)	۷/۵(۶/۳–۸/۹)
قلیان	مردان	۱۰/۷(۹/۲–۱۲/۱)	۷/۱(۵/۳–۹)
	زنان	۲۵/۸(۲۳/۹–۲۷/۸)	۱۹/۰۵(۱۶/۸–۲۲/۲)
	کل	۱۷/۹(۱۶/۷–۱۹/۱)	۱۲/۹(۱۱/۳–۱۴/۶)
دخانیات	مردان	۳۰/۳ (۲۸/۲–۳۲/۵)	۲۱(۱۷/۲–۲۴/۹)
	زنان	۲۶/۴(۲۴/۵–۲۸/۴)	۱۶/۲(۱۳/۵–۱۸/۹)
	کل	۲۸/۶(۲۷/۲–۳۰)	۱۸/۹(۱۶/۵–۲۱/۲)

*داده‌ها به‌صورت شیوع و محدوده اطمینان ۹۵ درصد نمایش داده شده‌اند.

۱۲۵ نفر (۳/۳۵ درصد) از افراد شرکت کننده در فاز اول در گذشته یا حال هم سیگار می‌کشیدند و هم قلیان و ۲۳۵۳ نفر (۷۴/۵ درصد) نه سیگار و نه قلیان می‌کشیدند و در فاز دوم ۳۵ نفر (۲/۳ درصد) هم سیگار و هم قلیان و ۱۳۰۵ نفر (۸۵/۱ درصد) نه سیگار و نه قلیان می‌کشیدند.

۹۴ نفر از مردان (۶۶/۲ درصد) و ۱ نفر از زنانی (۱۰۰ درصد) که در فاز اول سیگاری بودند، در فاز دوم نیز سیگاری ماندند و ۲۲ نفر (۴۶/۸ درصد) از مردان و ۷۸ نفر (۶۵/۵ درصد) از زنانی که در فاز اول قلیان می‌کشیدند در فاز دوم نیز قلیانی ماندند.

۱۲ نفر (۰/۳ درصد) از افراد شرکت کننده در فاز اول هم سیگار می‌کشیدند و هم قلیان و در فاز دوم نیز ۶ نفر (۰/۳ درصد) از افراد هم سیگار و هم قلیان می‌کشیدند. ۵ نفر (۱۹/۲ درصد) از مردان و ۱ نفر (۵۰ درصد) از زنانی که در فاز اول به‌صورت تفننی سیگار می‌کشیدند در فاز دوم سیگاری شدند. ۷ نفر (۱۷/۹ درصد) از مردان و ۴۱ نفر (۳۰/۱ درصد) از زنانی که در فاز اول به‌صورت تفننی قلیان می‌کشیدند در فاز دوم قلیانی شده بودند. همچنین ۴۴ نفر (۳۱ درصد) از مردان و صفر نفر (۰ درصد) از زنانی که در فاز اول سیگار می‌کشیدند در فاز دوم سیگار خود را ترک کرده بودند و ۲۱ نفر (۴۴/۷ درصد) از مردان و ۲۸ نفر (۲۳/۵ درصد) از زنانی که در فاز اول قلیان می‌کشیدند در فاز دوم قلیان خود را ترک کرده بودند.

جدول ۳) مقدار مصرف روزانه و هفتگی مصرف سیگار و قلیان در مصرف کنندگان در مردان و زنان شرکت کننده در دو فاز مطالعه قلب سالم خلیج فارس، بوشهر

		فاز ۱		فاز ۲	
		مردان	زنان	مردان	زنان
تعداد نخ سیگار در روز*	همیشه	۱۴/۷۳±۰/۵۳	۷/۳۳±۲/۸۱	۱۴/۲۸±۰/۷۹۱	۱۰/۳۳±۵/۴۸
	گاهی	۳/۰۹±۰/۵۷۹	۰	۲/۹±۱/۳۶	۱±۰
تعداد سر قلیان در روز*	همیشه	۲/۷۳±۰/۲۳۶	۲/۲۷±۰/۰۸۴	۱/۶۴±۰/۱۲۲	۲/۰۳±۰/۱۱
	گاهی	۱/۲۷±۰/۱۹۵	۱/۱۵±۰/۱۵۴	۱/۳۳±۰/۳۳۳	۱/۵۷±۰/۲۱۳
تعداد روزهای سیگار کشیدن در هفته**	یک روز	۱۷(۳۲/۷)	۳(۴۲/۹)	۹(۳۱)	۳(۷۵)
	۲-۴ روز	۲۱(۴۰/۴)	۳(۴۲/۹)	۴(۱۳/۸)	۱(۲۵)
	هرروز	۱۴(۲۶/۹)	(۱۴/۳)	۱۶(۵۵/۲)	۰(۰)
تعداد روزهای قلیان کشیدن در هفته**	یک روز	۴۴(۴۳/۶)	۱۱۳(۴۳)	۱۱(۷۳/۳)	۴۳(۵۰/۶)
	۲-۴ روز	۳۲(۳۱/۷)	۱۱۰(۴۱/۸)	۲(۱۳/۳)	۱۷(۲۰)
	هرروز	۲۵(۲۴/۸)	۴۰(۱۵/۲)	۲(۱۳/۳)	۲۵(۲۹/۲)

*داده‌ها به صورت میانگین±خطای معیار نمایش داده شده‌اند. **داده‌ها به‌صورت تعداد (درصد) نمایش داده شده‌اند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-13]

بحث

شیوع مصرف دخانیات در جمعیت استان بوشهر در فاز اول و دوم به‌ترتیب ۲۸/۶ و ۱۸/۹ درصد بود. این شیوع در زنان و مردان به‌ترتیب در فاز اول ۲۶/۴ و ۳۰/۳ درصد و در فاز دوم ۱۶/۲ و ۲۱ درصد بود. شیوع مصرف سیگار در زنان و مردان به‌ترتیب ۰/۴ و ۱۹/۷ درصد در فاز اول و ۰/۷ و ۱۴/۱ درصد در فاز دوم بود. شیوع مصرف قلیان نیز در زنان و مردان به‌ترتیب ۱۳/۲ و ۵/۸ درصد در فاز اول و ۱۳/۴ و ۵/۲ درصد در فاز دوم بود.

شیوع مصرف دخانیات (اعم از سیگار و قلیان) در استان بوشهر نسبت به متوسط کشوری و نیز نسبت به بیشتر نقاط کشور بالاتر است. این نتیجه، با مطالعات دیگری که در این زمینه انجام شده است، همخوانی دارد (۱۱ و ۱۵). از آنجائی که شیوع مصرف سیگار در مردان و زنان در بوشهر با سایر استان‌های کشور تفاوت چندانی ندارد، این تفاوت در شیوع کلی دخانیات تا حدود زیادی ناشی از مصرف بالای قلیان در میان زنان در این استان است. همچنین شیوع مصرف دخانیات به‌طور کلی در فاز ۲ نسبت به فاز ۱ هم در مردان و هم در زنان کاهش نشان می‌دهد. این کاهش هم در مورد قلیان و هم در مورد سیگار دیده می‌شود. با این وجود کاهش مصرف دخانیات در مردان بیشتر از زنان است. افزایش آگاهی عمومی نسبت به پیامدهای مصرف دخانیات می‌تواند یکی از دلائل این کاهش باشد. از سویی دیگر کاهش نسبی زشتی اجتماعی مصرف دخانیات در زنان ممکن است بخشی از تفاوت روند در زنان و مردان را توجیه نماید.

مقدار مصرف سیگار در بوشهر به‌طور میانگین بیش از ۱۴ نخ در روز است که تقریباً به برآوردهای کشوری و نیز برآوردهای انجام شده در سایر مطالعات برای استان بوشهر، نزدیک است (۱۶ و ۱۷). به‌علاوه، در فاز ۱ مقدار مصرف در مردانی که به‌طور منظم سیگار می‌کشند، نزدیک به دو برابر زنان سیگاری است. علاوه‌بر کاهش شیوع مصرف دخانیات در فاز ۲، مقدار مصرف نیز در مردانی که به‌طور منظم دخانیات مصرف می‌کنند، نسبت به فاز ۱، کاهش نشان می‌دهد. این موضوع تا حدودی این فرضیه را که این کاهش، واقعی و احتمالاً در نتیجه افزایش آگاهی و تأثیر برنامه‌های مبارزه با دخانیات است تأیید می‌کند (۱۵، ۱۸ و ۱۹). با این وجود، مقدار مصرف سیگار در زنان در فاز ۲ نسبت به فاز ۱ برخلاف مردان افزایش نشان می‌دهد و تفاوت بین مقدار مصرف زنان و مردان کم‌رنگ‌تر شده است. این روند نیز با روندهای کشوری و بین‌المللی موجود که نشان دهنده افزایش پذیرش مصرف دخانیات در زنان نسبت به گذشته است، همخوانی نشان می‌دهد (۱۶ و ۲۰). در مورد مصرف قلیان نیز برخلاف کاهش نسبتاً چشمگیر در مردان، مقدار مصرف در زنان نسبتاً ثابت باقی مانده است. با توجه به این یافته‌ها، به‌نظر می‌رسد که برنامه‌های مبارزه با دخانیات می‌بایست با تمرکز بیشتر بر زنان ادامه یابد.

مهم‌ترین محدودیت این بررسی، ریزش نسبتاً چشمگیر نمونه‌ها از فاز ۱ به فاز ۲ بود. تأثیر این ریزش در یافته‌ها به شکل کاهش حجم نمونه و کاهش دقت برآوردها به‌ویژه در برخی زیر گروه‌ها خود را نشان داده است. از سویی دیگر شمار کم نمونه‌ها در زیر گروه‌ها امکان مقایسه را نیز محدود کرده است. با توجه به شیوه جمع‌آوری داده‌ها که به‌صورت خوداظهاری بوده است، محدودیت‌های مربوط با یادآوری و نیز مشکلات فرهنگی مربوط به اظهار مصرف دخانیات به‌خصوص در زنان می‌بایست

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-13]

در برآورد شیوع و مقدار مصرف مدنظر باشد. از سویی دیگر این مطالعه به شیوع مواجهه غیر فعال (پاسیو) با دخانیات که به‌خصوص در زنان و کودکان دیده می‌شود نیز نپرداخته است.

نتیجه این مطالعه نشان داد که برخلاف شیوع نسبتاً بالای مصرف دخانیات در بوشهر، نوعی روند کاهشی به‌خصوص در مورد شیوع و مقدار مصرف سیگار در مردان در دوره مورد مطالعه وجود دارد. شیوع بالای مصرف قلیان و روند افزایشی مصرف سیگار در زنان از دیگر نتایج این مطالعه می‌باشد. به نظر می‌رسد که برنامه‌های کنترل مصرف دخانیات در بوشهر بایستی بر روی زنان به‌عنوان یک گروه در معرض خطر و بر روی قلیان به‌عنوان یک شیوه مصرف دخانیات که زشتی اجتماعی کمتر و مقبولیت بیشتری به‌خصوص در زنان و جوانان دارد، متمرکز شود.

سپاس و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مدیریت و کارکنان مرکز تحقیقات بیماری‌های گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس اعلام می‌دارند. همچنین در تدوین این مقاله از راهنمائی مشاورین مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج‌فارس بوشهر استفاده شده است.

References:

1.Riyahi M, Aliverdinia A, M Sb. High school male student of GHaemshahr's theorys about cigarette smoking. IRJE 2009; 5: 44-54.
2.Haenle M, Brockmann SO, Kron M, et al. Overweight, physical activity, tobacco and alcohol consumption in a cross-sectional random sample of German adults. BMC public health 2006; 6: 233.
3.World Health Organization: Process for a global strategy on diet physical activity and health Geneva: World health organization 2003. p: 21-5.
4.Office of the US Surgeon General. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress Atlanta. GA: Office on Smoking and Health, 1989.
5.Hatamizadeh N, Ziayee P, Dolatabadi S. Evaluation of Tehran pre-university students awareness of effects of cigarette smoking. JPCP 2003; 9: 71-8.
6.Chollat C, Tragut. Evaluating Tobacco Control Activating. Geneva, WHO 2004; 20: 48.
7.Smoking and health: a physician's responsibility. A statement of the joint committee on smoking and health. American college of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asian pacific Society of Respirology, Canadian Thoracic society, European Respiratory Society, International Union against Tuberculosis and Lung Disease [editorial]. Respirology 1996; 1: 73-7.
8.Naurath N, Jones JM. Smoking rates around the World. How Do Americans Compare? (Accessed at http://www.gallup.com/poll/28432/smoking-ratesaround- world-how-americans-compare.aspx.)
9.moradi gh, Delavari A, Mehrabi S, et al. epidemiological study of cigarette smoking in 15-64 year-old population of Kordestan in 2005. SJKU 2007; 3: 40-50.
10.Ezzati M, Riboli E. Behavioral and dietary risk factors for noncommunicable diseases. N Engl J Med 2013; 369: 954-64.
11.Mehrabi S, Delavari A, Moradi Gh, et al. cigarette smoking of 15-64 year-old population, 2005.IRJE 2007; 3: 1-9.
12.Banova SA. The epidemiological characteristics of tobacco smoking. Vestn Ross Akad Med Nauk 2006; 8: 27-9.
13.NierkensV, de Vris H, Stronks K. Smoking in immigrants: do socioeconomic gradients follow the pattern expected from the tobocco epidemic. Tob Control 2006; 15: 385-91.
14.Azaripour Masooleh H, et al. I. R. IRAN Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Report 2007. (Accessed March 14, 2009, at www.who.int/entity/tobacco/surveillance/IranGYTS2007finalreport2.pdf.)
15.Khosravi A, Najafi F, Rahbar M, et al. salamat index in islamic repablic of Iran 2009.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-13]

16.Aghamalaei T, Zare Sh. patern of cigarette and water pipe smoking in more than 15 year-old population of bandarabbas. HMJ 2007; 4: 241-6.
17.Mirahmadizadeh AE, Kadivar M, Tabatabei F. evaluation of tobacco smoking in Fars province. YUMSJ 2001; 21: 41-9.
18.WHO. Noncommunicable Diseases Country Profi les 2011.
19.Centers for Disease Control and Prevention (CDC). cigarette smoking among adults-United states,2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2005; 54: 1121-4.
20.Nabipour I, Amiri M, Imami SR, et al. The metabolic syndrome and nonfatal ischemic heart disease;a population-based study. Int J Cardiol 2007; 118: 48-53.
21.Bahtouee M, Nekouee F, Motamed N, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in waterpipe smokers a population-based, controlled study. ISMJ 2007; 9: 131-9

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-13]

ISMJ 2014; 17(3): 487-495

Original Article

Prevalence of Tobacco Smoking in Bushehr Province: Comparison of Two Phases of the Persian Gulf Healthy Heart Study

F. Yousefi [1], H. Darabi [1], I. Nabipour [2], M. Assadi [3], K. Vahdat [1], E. Kardeh [1], A. Raeisi [1], A. Ostovar [1*]

[1] The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN
[2] The Persian Gulf Marine Biotechnology Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN
[3] The Persian Gulf Nuclear Medicine Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN

(Received 4 Mar, 2014 Accepted 29 May, 2014)

Abstract

Background: Based on previous studies, tobacco smoking generally and water pipe smoking particularly, have high prevalence in Bushehr province. This study is a new analysis of the Persian Gulf healthy heart study with goal of determination of prevalence and pattern of cigarette and water pipe smoking in Bushehr province.

Materials and methods: A total of 3735 men and women aged 25 years old or higher from three districts of Bushehr province (Bushehr, Genaveh, and Deylam) were participated in the study phase I in 2003, from which 1833 persons (49.7%) were participated in the phase II 6 years later in 2009. Demographic data and pattern of smoking, either cigarette or water pipe, were collected with personal interview. Gender specific crude and directly standardized prevalence of cigarette and water pipe smoking was calculated for both phases of the study.

Results: Prevalence of cigarette smoking were 11.9% and 7.5% for the firstand second phase, respectively. 21.6% of men and 0.4% of women in the first phase and 13% of men and 0.7% of women in the second phase were cigarette smokers. Prevalence of water pipe smoking were 17.9% and 12.9% in the first and second phase, respectively. 10.7% of men and 25.8% of women in the first phase and 7.1% of men and 19.05% of women in second phase were water pipe smokers.

Conclusion: Water pipe smoking in women in Bushehr province was significantly higher than other non-southern areas of Iran. More studies are needed to determine main causes of women tendency in water pipe smoking in southern provinces of Iran.

Key words: cigarette, water pipe, Bushehr, smoking

******Address for correspondence***:** The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, IRAN Email: a.ostovar@bpums.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-09-13]