میزان محدودیت مصرف دخانیات در منزل در دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن

اعظم بحیرایی[1*]، شرمین فقیهی‌راد[2]، ماندانا میرمحمدعلی [2]، انوشیروان کاظم‌نژاد[3]

۱. گروه بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. گروه بهداشت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. گروه آمار، دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره چهارم مرداد ـ شهریور ۱۳۹۱ صص ۵۱۷-۵۱۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۱۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار ـ ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۱]

چکیده

محدودیت مصرف دخانیات در منزل می‌تواند منجر به کاهش میزان مواجهه با دود آن شود. هدف از این مطالعه تعیین میزان محدودیت مصرف دخانیات در منزل و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار بود. این پژوهش از نوع مقطعی بوده که در شهر تهران، طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۷ انجام شد. شرکت‌کنندگان در این مطالعه، ۱۲۳۲ نفر از زنان باردار بودند که به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های آموزشی و مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نمودند.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت طبقه‌ای خوشه‌ای تصادفی و ابزار مطالعه پرسشنامه بود که از طریق مصاحبه تکمیل گردید. عوامل مرتبط با محدودیت مصرف سیگار در منزل با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه بررسی شد. محدودیت کامل مصرف دخانیات فقط توسط ۳۱/۵ درصد از خانواده‌ها در منزل رعایت می‌شد. نتایج آزمون یادشده محدودیت مصرف دخانیات در منزل با متغیرهای وجود فرد مصرف‌کننده دخانیات در اعضای خانواده (OR= ۱/۹۶ ،95%CI: ۱/۵۰-۲/۵۶)، اعتقاد زنان باردار در مورد تأثیر مواجهه با دود سیگار (OR=۰/۲۴ ، 95%CI: ۰/۱۷-۰/۳۴) و قلیان (OR=۰/۴۶ ، 95%CI: ۰/۳۳-۰/۶۳) بر سلامت جنین ارتباط آماری معنی‌داری داشتند. بر اساس نتایج این مطالعه بسیاری از زنان باردار در منزل در معرض دود دخانیات قرار می‌گیرند. وجود فرد مصرف‌کننده دخانیات در اعضای خانواده و اعتقادات زنان باردار در مورد تأثیر مواجهه با دود دخانیات بر سلامت جنین از عوامل مهم مرتبط با محدودیت مصرف سیگار در منزل هستند.

کلیدواژه‌ها: دوران بارداری، محدودیت مصرف دخانیات، مواجهه با دود دخانیات

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه بهداشت باروری
تلفن: ۰ ۳۶۱ ۵۵۵۹۹۵۶ نمابر۰۳۶۱۵۵۵۶۶۳۳
پست الکترونیکی: baheiraei@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.13.1]

مقدمه

مصرف دخانیات موجب مواجهه افراد دیگر با دود تحمیلی آن در منزل، محل کار یا مکان‌های عمومی می‌شود[۱،۲]. مصرف دخانیات یا مواجهه با دود آن در طول دوران بارداری با افزایش بیماری و مرگ و میر نوزاد همراه است[۳،۴] و می‌تواند موجب محدودیت رشد داخل رحمی [۴،۵]، افزایش برخی ناسازگاری‌های کروموزومی[۶]، آپوپتوز جفتی[۷]، افزایش احتمال کاهش وزن جنین[۴،۸]، زایمان زودرس، کوچک بودن جنین نسبت به سن حاملگی[۲]، افزایش مرگ و میر پره ناتال و ناهنجاری‌های مادرزادی شود[۹]. تحقیقات قبلی ارزش محدودیت مصرف دخانیات بر کاهش میزان مواجهه با دود آن را نشان داده اند[۱۰]، به طوری که مواجهه با دود دست دوم دخانیات به دلیل ممنوعیت مصرف در محیط‌های شغلی و عمومی کاهش یافته است[۱۱]. در بسیاری از کشورها و از جمله ایران مصرف دخانیات در مکان های عمومی ممنوع است، در حالی که در مکان‌های خصوصی نظیر منزل این ممنوعیت اجباری نیست[۲،۱۲]. در زمینه اعمال محدودیت مصرف دخانیات در منزل در مقایسه با محیط‌های کار توجه کمتری می‌شود در حالی که بیشترین محل مواجهه با دود دخانیات منزل است[۱۳]. اعمال محدودیت مصرف دخانیات در منزل تحت تأثیر عوامل مختلف نظیر نژاد، قوم، درآمد، سن[۱۴]، جنسیت، میزان تحصیلات، سطح اقتصادی اجتماعی و میزان توسعه‌یافتگی است[۱۵]. بر طبق الگوی اکولوژی رفتاری، سیگارکشیدن مستقیم و غیر مستقیم رفتارهایی تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی، محیطی و فرهنگی هستند[۱۶]. مطالعات انجام شده ارتباط معناداری بین پذیرش کامل محدودیت‌های اختیاری مصرف دخانیات در منزل با کشور محل تولد مادر نشان داده‌اند[۱۷]. سطح اعتقادات افراد در مورد تأثیر دود دخانیات بر سلامتی و نیز اعمال محدودیت استعمال دخانیات به منظور کاهش مواجهه با دود تحمیلی آن مؤثر است[۱۰].

در ایران تا کنون مطالعه‌ای در زمینه محدودیت مصرف دخانیات و بررسی عوامل مرتبط با آن در جامعه زنان باردار انجام نشده‌است. با توجه به افزایش مصرف دخانیات در جوانان ایرانی خصوصاً در میان زنان[۱۸] و عدم وجود مطالعات قبلی این گروه از جامعه و خانواده‌های آنها در کشور، این مطالعه با هدف تعیین میزان محدودیت مصرف دخانیات در منزل و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار درشهر تهران طراحی شده‌است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع مقطعی و روش نمونه‌گیری طبقه‌ای خوشه‌ای تصادفی بود. بدین‌ترتیب که شهر تهران به سه بخشی از نظر مناطق تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران تقسیم شد. با توجه به میزان مواجهه ۳۶ درصدی زنان باردار با دود سیگار[۱۹] و با اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۰/۰۳، تعداد نمونه لازم برای کل مراکز در شهر تهران ۱۲۳۲ نفر تخمین زده شد. سپس با توجه به تعداد نمونه در نظر گرفته شده و متوسط مراجعات در بیمارستان و معاونت بهداشت ۲۹ خوشه (بیمارستان‌ها و مراکز تحت پوشش معاونت سلامت) جهت نمونه‌گیری تعیین شد. نمونه‌های این پژوهش زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های آموزشی و مراکز بهداشتی درمانی در سال‌های ۸۸-۱۳۸۷ بودند که با همسران خود در یک منزل زندگی می‌کردند. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بود از: مصرف مواد مخدر توسط هر یک از اعضای خانواده، ابتلا به بیماری‌های روانی شدید و عقب‌ماندگی ذهنی شناخته‌شده در زن باردار (عدم توانایی در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه) و عدم توانایی تکلم. زنان باردار واجد شرایط برای شرکت در این مطالعه رضایت کتبی دادند. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تصویب قرار گرفت.

در این مطالعه منظور از دخانیات، مصرف سیگار یا قلیان و یا هر دو بود. فرد سیگاری کسی بود که حداقل صد نخ سیگار در طول زندگی خود کشیده باشد و فرد قلیانی باید حداقل یک‌بار در طی چهار هفته گذشته از زمان مصاحبه قلیان مصرف کرده‌باشد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه بود که با مصاحبه تکمیل گردید. سطح محدودیت مصرف سیگار در منزل بر اساس مطالعه Kegler و Malcoe [۱۰] تعیین شد. شرکت‌کنندگان به سه دسته تقسیم شدند: افرادی که محدودیتی در محیط منزل نداشته و در هر جا از منزل سیگار مصرف می‌کردند، افرادی که محدودیت نسبی داشتند (فقط در اتاق‌های خاص یا در موارد خاصی در منزل سیگار مصرف کردند) و آنهایی که به طور کامل محدودیت دارند و در تمامی مکان‌ها و زمان‌ها در محیط منزل سیگار مصرف نمی‌کنند، در مورد قلیان نیز وضعیت اعمال محدودیت در منزل موارد اعمال شده سیگار طبقه‌بندی شد. مواجهه با دود دخانیات زنان باردار در طی هفت روز گذشته در منزل و مکان‌های عمومی نیز تعیین شد[۱۰،۲۰]. در این مطالعه برای تعیین طبقه اجتماعی خانواده‌ها

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.13.1]

از مقیاس اداره کل ثبت احوال انگلستان استفاده شد و در هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها افراد براساس شغل سرپرست خانوار در دو طبقه متوسط و پایین قرار گرفتند[۲۳]. در آنالیز آماری اعتقادات زن باردار در مورد تأثیر مواجهه با دود دخانیات بر سلامت مادر و جنین در دو سطح کاملاً موافقم و کمتر از کاملاً موافقم (کاملاً مخالفم، تا حدودی مخالفم، نظر خاصی ندارم و تا حدودی موافقم) طبقه بندی شدند[۱۰]. به منظور توصیف وضعیت مصرف دخانیات در زن باردار و اعضای خانواده، سطح محدودیت مصرف آن در منزل و عوامل مرتبط از آمار توصیفی درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی ارتباط عوامل مرتبط با محدودیت مصرف دخانیات در منزل از آنالیز رگرسیون لجستیک دو متغیره استفاده گردید و عواملی که با آنها ارتباط آماری معناداری داشتند ($P<۰/۰۵$)، وارد مدل رگرسیون لجستیک چندگانه شدند. در این مطالعه مقدار P Value کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم‌افزار SPSS با ویرایش ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها

متوسط سن زنان باردار ۵/۲ ± ۲۶/۶ (میانگین±انحراف معیار) با دامنه تغییرات ۱۶ تا ۴۵ سال و متوسط سن همسران ۵/۸ ± ۳۱/۳ با دامنه تغییرات ۱۹ تا ۷۲ سال بود. به ترتیب ۲/ ۴۴درصد و ۳۶ درصد زنان باردار و همسرانشان تحصیلات دیپلم داشتند. اکثریت زنان باردار (۹۶/۱ درصد) خانه‌دار بودند، ۶۳ درصد از آنان در منازل استیجاری یا رهنی زندگی می‌کردند. تنها ۱۶/۵درصد از زنان درآمد خانواده خود را برای هزینه‌های زندگی کافی می‌دانستند و ۳۴/۱ درصد خانواده‌ها ماشین شخصی داشتند.۹۱ درصد خانواده‌ها در طبقه اجتماعی پایین قرار داشتند. ۴۶/۹ درصد زنان بارداری اول خود را تجربه می‌کردند و ۵۵/۵ درصد آنها فرزندی نداشتند. ۵۸/۹ درصد از زنان در سه ماهه سوم بارداری قرار داشته و ۲۲/۷ درصد از آنها نیز بارداری ناخواسته را تجربه کرده‌بودند (جدول شماره ۱).

یک درصد از زنان باردار و ۴۳/۶ درصد همسران و ۲/۱ درصد از اعضای خانواده آنها در طول دوران بارداری دخانیات استفاده می‌کردند. بیش از نیمی از زنان (۶۰ درصد) در طول دوران بارداری خود با دود دخانیات مواجهه داشتند. ۶۵/۶ درصد زنان باردار محدودیت مصرف دخانیات در منزلشان رعایت شده، ۲/۹ درصد محدودیت نسبی داشتند و ۳۱/۵ درصد نیز محدودیت کامل در منزلشان اعمال می‌شد.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیتی اجتماعی شرکت‌کنندگان

مشخصات	تعداد(درصد
سن زن باردار (سال)	۲۶/۶ ± ۵/۲*(-)
سن همسر (سال)	۲۶/۶ ± ۵/۲*(-)
تحصیلات زن باردار	
بیسواد	۶۴(۵/۲)
ابتدایی	۲۰۶(۱۶/۷)
راهنمایی	۲۴۶(۲۰)
دبیرستان	۵۴۶(۵/۴)
دیپلم	۱۰۴(۴۴/۲)
دانشگاهی	(۸/۵)
تحصیلات همسر	
بیسواد	۶۶(۵/۴)
ابتدایی	۱۹۲(۱۵/۶)
راهنمایی	۳۶۱(۲۹/۳)
دبیرستان	۶۳(۵)
دیپلم	۴۴۳(۳۶)
دانشگاهی	۱۰۷(۸/۷)
شغل زن باردار	
خانه دار	۱۱۸۴(۹۶/۱)
شاغل	۴۸(۳/۹)
نوع مسکن	
استیجاری یا رهنی	۷۷۶(۶۳)
شخصی	۲۸۳(۲۳)
سایر موارد	۱۷۳(۱۴)
کفایت درآمد خانواده	
اصلا	۲۲۰(۱۷/۸)
تا حدودی	۸۰۹(۶۵/۷)
کاملا	۲۰۳(۱۶/۵)
ماشین شخصی	
دارد	۴۲۰(۳۴/۱)
ندارد	۸۱۲(۶۵/۹)
طبقه اجتماعی براساس شغل همسر	
طبقه متوسط	۱۱۲(۹)
طبقه پایین	۱۱۲۰(۹۱)
شاخص ازدحام جمعیت	
کمتر از ۲	۱۰۰۴(۸۱/۵)
۲-۳	۱۹۵(۱۵/۸)
بیشتر از ۲	۳۳(۲/۷)

* میانگین± انحراف معیار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.13.1]

جدول شماره ۲: عوامل مرتبط با با سطح محدودیت مصرف دخانیات در منزل: نتایج رگرسیون لجستیک دو متغیره

	محدودیت مصرف دخانیات در منزل		
	ضریب	نسبت شانس OR (%95CI)*	P value
تحصیلات زن باردار			
زیر دیپلم (طبقه مرجع)	-	۱	
دیپلم	-۰/۲۹۸	۰/۷۴(۰/۵۷ -۰/۹۵)	۰/۰۲۰
بالای دیپلم	-۱/۲۴۳	۰/۲۸(۰/۱۸-۰/۴۴)	< ۰/۰۰۱
تحصیلات همسر			
زیر دیپلم (طبقه مرجع)	-	۱	
دیپلم	۱/۱۳۸	۳/۱۲(۲/۰۵ -۴/۷۳)	< ۰/۰۰۱
بالای دیپلم	۰/۷۵۶	۲/۱۳(۱/۳۸ -۳/۲۶)	۰/۰۰۱
شغل زن باردار			
خانه دار (طبقه مرجع)	-	۱	
شاغل	-۰/۵۸۶	۰/۵۵(۰/۳۱ -۰/۹۹)	۰/۰۴۷
طبقه اجتماعی براساس شغل همسر			
طبقه پایین (طبقه مرجع)	-	۱	
طبقه متوسط	-۰/۷۵۴	۰/۴۷(۰/۳۱ -۰/۶۹)	< ۰/۰۰۱
نوع مسکن			
استیجاری یا رهنی (طبقه مرجع)	-	۱	
شخصی	-۰/۰۳۲	۰/۹۶(۰/۷۲ -۱/۲۹)	۰/۸۲۸
سایر موارد	-۰/۴۲۳	۰/۶۵(۰/۴۶ -۰/۹۱)	۰/۰۱۴
کفایت درآمد خانواده			
اصلا (طبقه مرجع)	-	۱	
تا حدودی	-۰/۴۰۷	۰/۶۶(۰/۴۷-۰/۹۲)	۰/۰۱۶
کاملا	-۰/۶۵۹	۰/۵۱(۰/۳۴-۰/۷۸)	۰/۰۰۲
شاخص ازدحام جمعیت			
بیشتر از ۲ (طبقه مرجع)	-	۱	
کمتر از ۲	-۰/۹۵۳	۰/۳۸(۰/۱۵ -۰/۹۴)	۰/۰۳۷
۳-۲	-۰/۴۶۶	۰/۶۲(۰/۲۴ -۱/۶۰)	۰/۳۳۱
تعداد فرزندان			
یک و بیش از آن (طبقه مرجع)	-	۱	
صفر	-۰/۳۳۲	۰/۷۱(۰/۵۶ -۰/۹۱)	-۰/۰۰۶
سه ماهه بارداری			
اول (طبقه مرجع)	-	۱	
دوم	۰/۳۲۴	۱/۳۸(۰/۹۳-۲/۰۵۰)	۰/۱۰۷
سوم	۰/۴۶۴	۱/۵۹(۱/۱۰ -۲/۲۸)	۰/۰۱۳
نوع بارداری			
ناخواسته (طبقه مرجع)	-	۱	
برنامه ریزی شده	-۰/۳۶۹	۰/۶۹(۰/۵۱ -۰/۹۲)	۰/۰۱۳
اعتقاد بر مضر بودن دود سیگار برای سلامتی مادر باردار			
کمتر از کاملاً موافقم (طبقه مرجع)	-	۱	
کاملاً موافقم	-۱/۷۰۵	۰/۱۸(۰/۱۳ -۰/۲۳)	< ۰/۰۰۱
اعتقاد بر مضر بودن دود سیگار برای سلامتی جنین			
کمتر از کاملاً موافقم (طبقه مرجع)	-	۱	
کاملاً موافقم	-۱/۸۰۲	۰/۱۶(۰/۱۲ -۰/۲۱)	< ۰/۰۰۱
اعتقاد بر مضر بودن دود قلیان برای سلامتی مادر باردار			
کمتر از کاملاً موافقم (طبقه مرجع)	-	۱	
کاملاً موافقم	-۱/۴۷۳	۰/۲۲(۰/۱۷ -۰/۲۹)	< ۰/۰۰۱
اعتقاد بر مضر بودن دود قلیان برای سلامتی جنین			
کمتر از کاملاً موافقم (طبقه مرجع)	-	-	
کاملاً موافقم	-۱/۵۴۰	۰/۲۱(۰/۱۶ -۰/۲۷)	< ۰/۰۰۱
وجود فرد مصرف کننده دخانیات در اعضای خانواده			
خیر (طبقه مرجع)	-	۱	
بلی	۰/۵۴۷	۱/۷۲(۱/۳۵ -۲/۱۹)	< ۰/۰۰۱

* CI=confidence interval, OR= odds ratio

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.13.1]

جدول شماره ۳ - عوامل مرتبط با با سطح محدودیت مصرف دخانیات در منزل: نتایج رگرسیون لجستیک چندگانه

	ضریب	نسبت شانس OR(%95CI)
وجود فرد مصرف کننده دخانیات در اعضای خانواده		
خیر (طبقه مرجع)	-	۱
بلی	۰/۶۷۶	۱/۹۶(۱/۵۰ -۲/۵۶)
اعتقاد بر مضر بودن دود سیگار برای سلامتی جنین		
کمتر از کاملاً موافقم (طبقه مرجع)	-	۱
کاملاً موافقم	-۱/۳۹۷	۰/۲۴(۰/۱۷ -۰/۳۴)
اعتقاد بر مضر بودن دود قلیان برای سلامتی جنین		
کمتر از کاملاً موافقم (طبقه مرجع)	-	۱
کاملاً موافقم	-۰/۷۷۰	۰/۴۶(۰/۳۳-۰/۶۳)

در آنالیز رگرسیون لجستیک دوگانه محدودیت مصرف دخانیات در منزل با تحصیلات زن باردار و همسر وی، شغل زن باردار، طبقه اجتماعی براساس شغل همسر، نوع مسکن، کفایت درآمد خانواده و شاخص ازدحام جمعیت کمتر از ۲ نفر به ازای هر اتاق، تعداد فرزندان، سه ماهه سوم بارداری، نوع بارداری، اعتقاد زنان باردار در مورد تأثیر مواجهه با دود سیگار و قلیان بر سلامت مادر و جنین و وجود فرد مصرف‌کننده دخانیات در اعضای خانواده وی ارتباط آماری معنی‌داری داشت (جدول شماره ۲). نتایج مدل رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد که با وجود فرد مصرف‌کننده دخانیات در اعضای خانواده، محدودیت مصرف دخانیات در منزل کاهش یافته و با اعتقاد کاملاً موافقم زن باردار در مورد تأثیر مواجهه با دود سیگار و قلیان بر سلامت جنین سطح محدودیت مصرف دخانیات در منزل افزایش می‌یابد ($P<۰/۰۰۱$) (جدول شماره۳).

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸[۱۲] تنها رویکردی که به‌طور مؤثر افراد غیر سیگاری را از مواجهه با دود سیگاردر منزل حفظ می‌کند آن است که محیط منزل به‌طور کامل عاری از دود سیگار باشد، اما نتایج این مطالعه نشان داد محدودیت کامل مصرف دخانیات در منزل فقط توسط یک سوم از خانواده‌ها رعایت می‌شود و بسیاری از زنان در دوران بارداری در معرض دود دخانیات در منزل قرار می‌گیرند. همچنین وجود فرد مصرف‌کننده دخانیات در اعضای خانواده و اعتقادات زنان باردار در مورد تأثیر مواجهه با دود دخانیات بر سلامت جنین از عوامل مهم مرتبط با اعمال محدودیت مصرف دخانیات در منزل می‌باشند. در این مطالعه سطح محدودیت گزارش شده در منزل با نتایج مطالعه Blake و همکاران که میزان محدودیت مصرف دخانیات در منزل زنان باردار آفریقایی ـ آمریکایی را ۲۷ درصد گزارش دادند[۲۴]، همخوانی دارد، اگرچه این رقم از میزان محدودیت مصرف سیگار در کل جامعه آمریکا[۱۴] کمتر است علت این امر شاید این باشد که مطالعه Blake و همکاران در خانواده‌هایی انجام شد که در طبقات اجتماعی پایین‌تری قرار داشتند. سطح محدودیت مصرف دخانیات در منزل در این مطالعه کمتر از محدودیت گزارش شده در مطالعه Kegler و Malcoe [۱۰] بودکه سطح محدودیت مصرف سیگار در منزل را ۷۳/۹ درصد گزارش نمودند، علت این امر شاید ناشی از تفاوت‌های موجود در عوامل اجتماعی و فرهنگ‌های جوامع مورد بررسی باشد. در مطالعه حاضر نتایج رگرسیون لجستیک چندگانه در زمینه عوامل مرتبط با محدودیت مصرف دخانیات نشان داد که محدودیت مصرف دخانیات در منزل با وجود فرد مصرف‌کننده دخانیات در اعضای خانواده و اعتقادات زنان باردار در مورد تأثیر مواجهه با دود دخانیات بر سلامت جنین ارتباط داشت. بررسی مطالعات مختلف نشان می‌دهد که عوامل متعددی نظیر قومیت، درآمد و سن[۱۳]، جنسیت، میزان تحصیلات، سطح اقتصادی اجتماعی[۱۵] با میزان محدودیت مصرف دخانیات در منزل[۱۰،۱۴] ارتباط دارند. نتایج به‌دست آمده در این مطالعه با نتایج مطالعات دیگرکه نشان دادند عوامل اجتماعی زمینه‌ای مانند وجود افراد سیگاری در اعضای خانواده و دوستان در میان زنان باردار آفریقایی ـ آمریکایی از مهمترین عوامل تعیین‌کننده در اجتناب از دود دخانیات در دوران بارداری هستند همخوانی دارد[۲۴]. همچنین سایر مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که میزان محدودیت مصرف سیگار در منزل با وجود افراد غیرسیگاری افزایش می‌یابد[۲۵]. از محدودیت‌های این مطالعه خود گزارش‌دهی میزان محدودیت با دود دخانیات بود. همچنین به علت ماهیت مقطعی بودن مطالعه، ارتباط بین عوامل مرتبط با محدودیت مصرف

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.13.1]

دخانیات در منزل تنها بیانگر وجود ارتباط بین آنها بوده و الزاماً نشان‌دهنده یک رابطه علیتی نیست. طراحی و اجرای مداخلات مناسب جهت کاهش مواجهه زنان باردار با دود دخانیات و افزایش محدودیت مصرف آن در منزل پیشنهاد می‌شود. از آنجا که این مطالعه اولین مطالعه در خصوص محدودیت مصرف دخانیات در دوران بارداری در ایران است، مطالعات بیشتری در زمینه مواجهه با دود دخانیات و عوامل مرتبط با آن پیشنهاد می‌شود.

سهم نویسندگان

اعظم بحیرائی: پژوهشگراصلی، ایده و طراحی مطالعه، تحلیل داده‌ها و مرور و اصلاح گزارش نهائی

شرمین فقیهی‌راد: پژوهشگراصلی، جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل داده‌ها و تهیه گزارش نهائی

ماندانا میرمحمدعلی: همکار تحقیق، تحلیل داده‌ها، مرور گزارش نهائی

انوشیروان کاظم‌نژاد: همکار تحقیق، آنالیز و تحلیل داده‌ها و مرور گزارش نهائی

تشکر و قدرانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره کد۸۷-۰۴-۲۸-۸۱۷۱ می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران برای تأمین اعتبار هزینه‌های طرح و کلیه شرکت‌کنندگانی که در این تحقیق شرکت نمودند تشکر می‌شود.

منابع

1. Chen, R. Tunstall-Pedoe H. Tavendale R. Environmental tobacco smoke and lung function in employees who never smoked: the scottish monikca study. Occupational Environmental Medicine 2001; 58:563-68

2. U.S.Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general, U.S. Department of Health and Human Services 2006; Retrieve 2008. http://www.surgeongeneral.gov/library

3. Yang Q. Wen S. Smith G. Chen Y. Krewski D, et al. Maternal cigarette smoking and the risk of pregnancy-induced hypertension and eclampsia**.** International Journal of Epidemiology 2006; 35: 288-93

4. Saenger P, Czernichow P, Hughes I, Reiter E O. Small for gestational age: short stature and beyond. Endocrine review 2007; 28: 219-51

5. Canadian Pediatric Society. Use and misuse of tobacco among aboriginal people? update 2006. Pediatric & Child Health 2006; 11: 681-85

6. Chica, Ribas I, Egozcue J, Fuster C. Chromosomal instability in amniocytes from fetuses of mothers who smoke. The Journal of the American Medical Association 2005; 293: 1212-22

7. Isaksen CV, Austgulen R, Chedwick L, Romundstad P, Vatten L, Craven C. Maternal smoking intrauterine growth restriction, and placental apoptosis. Pediatric and Developmental Pathology 2004; 7: 433-42

8. Jedrychowski W, Perera F, Mroz E, et al. Fetal exposure to secondhand tobacco smoke assessed by maternal self-reports and cord blood cotinine: Prospective cohort study in Krakow. Maternal, Child Health Journal 2009; 13:415-23

9. Li L, Manor O, Power C. Early environment and child-to-adult growth trajectories in the 1958 british birth cohort. American Journal of Clinical Nutrition 2004; 80: 185-92

10. Kegler C, Malcoe H. Smoking restrictions in the home and car among rural native American and White Families with Young Children. Preventive Medicine 2002; 35: 334-42

11. U.S. Department of Health and Human Services. Children and secondhand smoke. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general, U.S. Department of Health and Human Services 2007; Retrieve 2008. http://www.surgeongeneral.gov/library.

12. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, The MPOWER package, fresh and alive, Retrieve April 19, 2008. http://www.who.int/entity/tobacco/mpower/mpower-report-full-2008.pdf

13. Norman J, Ribisi M, Howard-Pitney B, Howard A. Smoking Bans in the Home and Car: do those who really need them have them? Preventive Medicine 1999; 29: 582-89

14. Martinez P, Hovell F, Hofstetter C. Richard J, Adams A, Kotay A. Correlates of home smoking bans among Mexican-American. American Journal of Health Promotion March/April 2007; 21: 229-36

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.13.1]

15. Emami H, Habibian S, Salehi P, Azizi F. Pattern and smoking habit in an urban area in Tehran 2001 Pejouhesh 2003; 27 :47[Persian]
16. Hovell M, Daniel J. Defining residential tobacco home policies: a behavioural and cultural perspective. Archive Disease Child October 2005;90: 661-62
17. Gonzales M, Malcoe H, Kegler M. Espinoza J. Prevalence and predictors of home and automobile smoking bans and child environmental tobacco smoke exposure: a cross - sectional study of U.S.- and Mexico - born Hispanic women with young children. BMC Public Health 2006; 6: 265
18. Momenan A, Sarbandi F, Etemadi A, Azizi F. Pattern of water pipe use among young students: cross-sectional study in Tehran's district 13. Payesh Journal 2007; 2:135-44[Persian]
19. Ramazanzadeh F, Tavafian S. Vahdaninia M, Shariat A, Montazeri A. Maternal and fetal outcomes of narcotic substance abuse, cigarette smoking, and unsafe drugs during pregnancy. Hakim 2007; 10:9-16[Persian]
20. Maziak W, Ward K, Afifi R, Eissenberg, T. Standardizing questionnaire items for the assessment of waterpipe tobacco use in epidemiological studies. Public Health 2005; 119:400-4
21. Matt G. Hovell M. Bernert T. Prikle L. Measuring secondhand smoke exposure in babies: the reliability and validity of mother reports in a sample of low-income families. Health Psychology 2000; 19:232-41
22. Hovell M, Meltzer B, Wahlgren D, Matt G, Hofstetter R, et al. Asthma management and environmental tobacco smoke exposure reduction in Latino children: a control trail. Pediatrics 2002; 110: 946-56
23. Currie C, Elton A, Todd J, Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO health behaviour in school-aged children survey. Health Education Research, Theory & Practice 1997;12:385-97
24. Blake M, Murray D, El-Khorazaty M, Nabil G, Kiely M, et al. Environmental tobacco smoke avoidance among pregnant African-American non smokers. American Journal of Preventive Medicine 2009; 36:225-34
25. Shelley D, Fahs M, Yerneni R, Qu J, Burton D. Correlates of household smoking bans among Chinese Americans. Nicotine & Tobacco Research 2006; 8: 103-12

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.4.13.1]