شیوع مصرف دخانیات: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران

مهدی عبادی: * مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
مریم سادات وحدانی‌نیا: مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
سید علی آذین: استادیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
افسون آیین پرست: استادیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
سپیده امیدواری: استادیار پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
کتایون جهانگیری: استادیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
ژیلا صدیقی: دانشیار پژوهش، گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
فرانک فرزدی: دانشیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
فرزانه مفتون: دانشیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
علی منتظری: استاد پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال دهم شماره سوم تابستان ۱۳۹۰ صص ۳۷۲-۳۶۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۸/۱۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۲۴ آبان ۱۳۸۹]

چکیده

مصرف دخانیات یکی از عوامل خطر مهم و افزایش دهنده بار کلی بیماری‌ها در دنیا خصوصاً در ارتباط با بیماری‌های مزمن و غیرواگیری چون بیماری‌های قلبی ـ عروقی، بیماری‌های تنفسی، سرطان و سکته مغزی است.

این مطالعه مقطعی بر آن بوده است تا به بررسی شیوع مصرف دخانیات در ایران بپردازد و طی آن افراد در سنین ۶۵-۱۸ سال بعنوان جمعیت هدف مورد مطالعه قرار گرفتند. شیوع مصرف دخانیات با استفاده از یک سؤال «آیا دخانیات (سیگار ، قلیان، پیپ) مصرف می‌کنید؟» اندازه‌گیری شد. سایر متغیرهای مورد نیاز نیز با استفاده از ابزار طراحی‌شده جمع‌آوری شد. در مجموع، ۲۷۸۸۳ نفر مورد مطالعه قرار گرفته و میانگین سنی جمعیت ۳۲/۷ سال (۱۱/۸= انحراف معیار) بود. نتایج نشان دادند ۷۴/۶ درصد از جمعیت ۶۵-۱۸ ساله ایرانی، غیرسیگاری هستند و از افراد سیگاری، ۱۰/۴ درصد روزانه ۵-۱ نخ، ۸/۵ درصد روزانه ۱۰-۶ نخ، ۴/۶ درصد روزانه ۲۰-۱۱ نخ و ۱/۵ درصد بیش از ۲۰ نخ سیگار می‌کشند. همچنین مصرف سیگار در استان‌های اصفهان، ایلام، خراسان رضوی، کرمانشاه و همدان کمتر از میانگین کشوری و در استان‌های بوشهر، زنجان، قزوین، کرمان و لرستان بیشتر از میانگین کشوری است. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد سن، تحصیلات، جنسیت، شغل و وضعیت تأهل با متغیر سیگار کشیدن ارتباط معنی‌دار دارند. با توجه به یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌گردد مطالعات متمرکزتری خصوصاً در ارتباط با فرهنگ خاص هر منطقه و دلایل گرایش بیشتر در استان‌های با شیوع بالای مصرف سیگار در مقایسه با سایر استان‌های کشور، انجام گردد تا بتواند داده‌های لازم را در زمینه مقابله مؤثرتر در این ارتباط فراهم آورد.

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: mebadi@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-05-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.7.6]

کلیدواژه‌ها: شیوع، دخانیات، سلامت، ایران

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-05-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.7.6]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-05-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.7.6]

مقدمه

مصرف دخانیات یکی از عوامل خطر مهم و افزایش دهنده بار کلی بیماری‌ها در دنیا خصوصاً در ارتباط با بیماری‌های مزمن و غیرواگیری چون بیماری‌های قلبی ـ عروقی، بیماری‌های تنفسی، سرطان و سکته مغزی است. این بیماری‌ها در کنار چاقی و دیابت در مجموع، مسئول ۵۹ درصد از۵۷ میلیون مرگ و ۴۶ درصد از بار کلی بیماری‌ها در دنیا تا سال۲۰۰۳ میلادی بوده‌اند [۱].

مطالعات بزرگ اپیدمیولوژیک در سطح جهان نیز نشان داده‌اند که کشیدن سیگار با بروز بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر ارتباط قوی دارد [۲، ۳]. همچنین دخانیات بزرگترین عامل مرگ قابل کنترل جهان است [۴]. در همین رابطه برآورد شده است که مصرف سیگار در جهان سالانه باعث مرگ ۴ میلیون نفر می‌شود. برآورد سازمان بهداشت جهانی این است که این تعداد در سال ۲۰۳۰ به ده میلیون نفر بالغ خواهد شد و به دلیل این که نیمی از این موارد مرگ در افراد میانسال و مولد روی می‌دهد، می‌تواند باعث شود که ۲۰ تا ۲۵ سال از عمر افراد ۶۱-۳۵ ساله، کاهش یابد [۵، ۶].

برآوردهای دیگر حاکی از آن هستند که از میان ۱/۳ میلیارد سیگاری، در صورت عدم تغییر قابل توجه در روند فعلی مصرف دخانیات، تا ۵۰ سال آینده، ۴۵۰ میلیون مورد مرگ به دلیل مصرف این ماده رخ خواهد داد [۴]. شواهد علمی نیز نشان می‌دهند که مصرف سیگار نه تنها برای افراد سیگاری، بلکه برای اطرافیان این افراد نیز مضر است [۹-۷].

از طرفی تعداد نخ سیگار مصرفی روزانه و سال‌های مصرف به عنوان خطر اساسی در بروز بیماری‌ها و مرگ و میر وابسته به سیگار محسوب می‌شوند. بر همین اساس و آن طور که Fonseca در تحقیق خود بیان نموده است افراد بر اساس تعداد نخ سیگار مصرفی در روز، به سه دسته خفیف، متوسط و سنگین تقسیم می‌شوند. اگر مصرف روزانه کمتر از ۱۰ نخ باشد، فرد در گروه خفیف (Mild Smokers) قرار می‌گیرد، در صورت مصرف ۲۰-۱۰ نخ در روز، فرد، مصرف کننده متوسط (Moderate Smoker) نام می‌گیرد و اگر مصرف به بیش از ۲۰ نخ در روز برسد، فرد مصرف کننده سنگین (Heavy Smoker) نامیده می‌شود [۱۰].

همچنین Austoni معتقد است اگر فردی حداقل یک سال، در هیچ شرایطی روزانه بیش از یک نخ سیگار مصرف نکرده باشد، غیرسیگاری محسوب می‌شود [۱۱].

در تقسیم بندی دیگری افراد از نظر مصرف یا عدم مصرف سیگار به *غیرسیگاری* (عدم مصرف هرگونه 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 قبلاً سیگاری فعال یا غیرفعال بوده ولی در حین مصاحبه سیگار نمی‌کشد) و *سیگاری قهار* (مصرف بیش از بیست نخ سیگار در روز) تقسیم می‌شوند [۱۴-۱۲]. با توجه به اهمیت موضوع، تاکنون مقالات بسیاری در زمینه الگوی مصرف دخانیات و معضلات ناشی از آن در داخل و خارج از کشور منتشر شده است که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: Naurath و همکارش در مطالعه خود به بررسی شیوع مصرف سیگار در کشورهای مختلف جهان و مقایسه آن با آمریکا پرداخته‌اند و نتیجه گرفته اند که شیوع مصرف سیگار در آمریکا ۲۴ درصد است که به متوسط مصرف جهانی نزدیک است و به لحاظ منطقه‌ای، بیشترین شیوع مصرف سیگار مربوط به منطقه اروپای مرکزی با ۲۹ درصد و کمترین آن مربوط به منطقه جنوب آسیا با ۱۲ درصد است [۱۵]. در مطالعه‌ای که سمراد محرابی و همکاران انجام داده‌اند، 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]. حبیب امامی و همکاران در مطالعه خود که جزئی از مطالعه قند و لیپید تهران بوده و با عنوان الگوی مصرف سیگار در یک منطقه شهری تهران به انجام رسیده است نتیجه گرفته‌اند که در مجموع، ۱۰/۶ درصد از افراد بالغ تحت مطالعه سیگاری روزانه بوده‌اند که ۸ درصد از آنان روزانه ۲۰ نخ یا بیشتر سیگار مصرف می‌کرده‌اند. همچنین ۱/۵ درصد از افراد تحت مطالعه، سیگاری تفننی، ۶/۱ درصد سیگاری ترک کرده و ۸۱/۸ درصد غیرسیگاری بوده‌اند [۱۷]. مقاله حاضر که به بررسی شیوع مصرف دخانیات می‌پردازد، در واقع بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر است که به منظور بررسی سلامت و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه مردم ایران صورت گرفته است.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی و گروه هدف مطالعه، جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال کشور بوده است. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-05-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.7.6]

انجام شد. در مرحله اول کل جمعیت کشور به تفکیک استان‌ها طبقه‌بندی شد. بنابر این مرحله نخست نمونه گیری، به صورت طبقه‌ای و مرحله دوم آن به صورت خوشه‌ای انجام شد.

حجم نمونه با احتساب α=٪۵، $Z_{1-\alpha/2}$=۱/۹۶، P= ٪۵۰ و d=٪۵ مساوی ۳۸۵ نفر محاسبه شد که جهت جلوگیری از ریزش‌های احتمالی معادل ۴۰۰ نفر تعیین شد. حجم نمونه کلی با احتساب مقدار فوق و ۲ = Design effect در ۳۰ استان، ۲۴۰۰۰ نفر برآورد شد که برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها، تعداد بیشتری مورد پرسشگری قرار گرفتند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که با بهره مندی از نظرات متخصصان و پرسشنامه‌های بین‌المللی طراحی شده و روایی محتوای آن با استفاده از نظرات ۱۵ نفر از متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پرسشگران انجام شده است. جزئیات بیشتر پیرامون طراحی و روش شناسی این مطالعه در مقاله دیگری گزارش شده است [۱۸]. متغیر وابسته در این مطالعه عبارت از «مصرف دخانیات (سیگار، قلیان، پیپ)» بوده است و متغیرهای مستقل عبارت بودند از متغیرهای جمعیتی شامل جنسیت (مرد و زن)، شغل (خانه دار، محصل/ دانشجو، شاغل، بی‌کار و بازنشسته)، وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، مطلقه و بیوه) و سن.

یافته‌ها

تعداد افراد جمعیت مورد مطالعه۲۷۸۸۳ نفر بود. از این تعداد ۱۳۶۱۹ نفر (۴۸/۸ درصد) مذکر و ۱۴۰۴۵ (۵۰/۴ درصد) مؤنث بودند. میانگین سنی جمعیت ۳۲/۷ (SD=۱۱/۸۳) بود. ۹۹۹۶ نفر (۳۵/۹ درصد) مجرد و ۱۶۸۵۰ نفر (۶۰/۴ درصد) متأهل بودند. اطلاعات جمعیتی افراد تحت مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. جدول شماره ۲، میزان مصرف دخانیات را توسط افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک استان و در کل کشور نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های موجود در این جدول مشاهده می‌شود ۷۴/۶ درصد از جمعیت ۶۵-۱۸ ساله ایرانی، غیرسیگاری هستند و از افراد سیگاری، ۱۰/۴ درصد روزانه ۵-۱ نخ، ۸/۵ درصد روزانه ۱۰-۶ نخ، ۴/۶ درصد روزانه ۲۰-۱۱ نخ و ۱/۵ درصد بیش از ۲۰ نخ سیگار می‌کشند.

برای مقایسه شیوع مصرف دخانیات در استان‌های مختلف کشور، این متغیر به صورت کمی (مقیاس ۱ تا ۵) تعریف شد. به این ترتیب که مقیاس ۱ معرف عدم مصرف سیگار و مقیاس ۵ معرف مصرف بسیار زیاد سیگار بود.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی افراد تحت مطالعه در کشور (n=۲۷۸۸۳)

	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۱۳۶۱۹	۴۸/۸
زن	۱۴۰۴۵	۵۰/۴
بدون پاسخ	۲۱۹	۰/۸
شغل		
خانه دار	۷۱۷۵	۲۵/۷
محصل/ دانشجو	۶۰۷۵	۲۱/۸
شاغل	۱۰۵۶۵	۳۷/۹
بی‌کار	۲۴۵۳	۸/۸
بازنشسته	۱۰۷۹	۳/۹
بدون پاسخ	۵۳۶	۱/۹
وضعیت تأهل		
مجرد	۹۹۹۶	۳۵/۹
متأهل	۱۶۸۵۰	۶۰/۴
مطلقه	۲۶۹	۱
بیوه	۵۰۵	۱/۸
بدون پاسخ	۲۶۳	۰/۹
درآمد		
خیلی خوب	۲۷۸۳	۱۰
خوب	۳۹۶۸	۱۴/۲
متوسط	۱۱۵۹۹	۴۱/۶
بد	۷۵۸۰	۲۷/۲
خیلی بد	۹۳۰	۳/۳
بدون پاسخ	۱۰۲۳	۳/۷
گروه سنی (سال)		
۲۵ - ۱۸	۱۰۰۶۵	۳۶/۱
۳۵ - ۲۶	۸۱۲۷	۲۹/۱
۴۵ - ۳۶	۵۰۰۹	۱۸
۵۵ - ۴۶	۳۲۴۱	۱۱/۶
۶۵ - ۵۶	۱۴۴۱	۵/۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-05-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.7.6]

نتایج نشان داد که میانگین این متغیر برای جمعیت کل کشور معادل ۱/۴۷ (با انحراف معیار ۰/۹) است. در نمودار شماره ۱ میانگین این متغیر، به تفکیک استان‌های مختلف کشور نشان داده شده است. در این نمودار، خط مرجع، نشانگر میانگین شیوع مصرف دخانیات در کشور است. همان گونه که مشاهده می‌شود تعدادی از استان‌ها زیر خط مرجع قرار گرفته‌اند. این بدان معنی است که مصرف سیگار در این استان‌ها کمتر از میانگین کشوری است. از جمله این استان‌ها می‌توان به استان‌های اصفهان، ایلام، خراسان رضوی، کرمانشاه و همدان اشاره کرد. در مقابل، استان‌های بوشهر، زنجان، قزوین، کرمان و لرستان از جمله استان‌هایی بودند که مصرف سیگار در آنها بالای میانگین کشوری است. جدول شماره ۳ عوامل مؤثر بر شیوع مصرف دخانیات را در مدل رگرسیون لجستیک ارایه داده است. نتایج نشان داد که بین سن، تحصیلات، جنسیت، شغل و وضعیت تأهل با سیگار کشیدن، ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد:

- به ازای هر واحد افزایش سن، سیگار کشیدن ۲ درصد افزایش می‌یابد (P<۰/۰۰۰۱).
- به ازای هر واحد افزایش تحصیلات، سیگار کشیدن ۵ درصد کاهش می‌یابد (P<۰/۰۰۰۱).
- مردان نسبت به زنان حدود ۵ برابر بیشتر سیگار می‌کشند (P<۰/۰۰۰۱).
- افراد شاغل در مقایسه با بازنشستگان ۱/۴ برابر و افراد بی‌کار نسبت به افراد شاغل ۲ برابر بیشتر سیگار می‌کشند (بترتیب P=۰/۰۰۷ و P<۰/۰۰۰۱).
- به لحاظ تأهل نیز احتمال کشیدن سیگار در افراد مطلقه از همه بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه ۲۷۸۸۳ نفر از افراد بالغ سنین ۶۵-۱۸ سال را در سطح کشور ایران از نظر «شیوع مصرف دخانیات» مورد بررسی قرار داد که بر اساس یافته‌ها مشخص گردید ۷۴/۶ درصد از جمعیت ۶۵-۱۸ ساله ایرانی، غیرسیگاری هستند و از افراد سیگاری، ۱۰/۴ درصد روزانه ۵-۱ نخ، ۸/۵ درصد روزانه ۱۰-۶ نخ، ۴/۶ درصد روزانه ۲۰-۱۱ نخ و ۱/۵ درصد بیش از ۲۰ نخ سیگار می‌کشند. این نتایج با یافته‌های مطالعه محرابی و همکاران [۱۶] که معتقد است ۷۹/۹ درصد از جمعیت ۶۴-۱۵ ساله ایرانی غیرسیگاری هستند همخوانی دارد.

از نظر عوامل مؤثر بر شیوع مصرف سیگار، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش هر واحد سن، سیگار کشیدن ۲ درصد افزایش می‌یابد و بین این دو رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد. این یافته با یافته‌های مطالعه میثمی و همکاران که در جمعیت بزرگسال ایرانی به انجام رسیده است [۱۹] همخوانی دارد، ولی با یافته‌های مطالعه نوری و همکاران در جمعیت تحت پوشش پایگاه تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران [۲۰] و نیز مطالعه میثمی و همکاران در جمعیت مربوط به یک منطقه روستایی ایران [۲۱] در تناقض است که شاید علت این تناقض در تفاوت جمعیت تحت بررسی و محدودیت نمونه باشد. از دیگر عواملی که رابطه معنی‌دار آن با سیگار کشیدن در مطالعه حاضر به اثبات رسید، جنسیت بود که بر اساس آن مشخص شد مردان بیش از زنان سیگار می‌کشند. این یافته با یافته‌های مطالعه محرابی و همکاران [۱۶]، میثمی و همکاران [۱۹، ۲۱]، مقیم بیگی و همکاران [۲۲] و خامی و همکاران [۲۳] مطابقت دارد. از نظر وضعیت تأهل، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که افراد مجرد، متأهل و مطلقه در قیاس با افراد بیوه بیشتر سیگار می‌کشند که این بر خلاف یافته‌های مطالعه حبیب امامی و همکاران [۱۷] است که عقیده دارند افراد متأهل، مطلقه و بیوه بیشتر از افراد مجرد سیگار می‌کشند. همچنین در زمینه رابطه سطح تحصیلات با سیگار کشیدن، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که با هر واحد افزایش در تحصیلات، سیگار کشیدن ۵ درصد کاهش می‌یابد که این یافته با یافته‌های سایر مطالعات در ایران و سایر کشورها مطابقت دارد [۲۴، ۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۶].

با توجه به نتایج این مطالعه، تداوم برنامه‌های نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر در کشور، جهت فراهم سازی امکان انجام مطالعات ارزشمند طولی در روند زمان، تغییر الگوهای مصرف، سنجش تأثیر مداخلات مختلف و نیز در اختیار نهادن داده‌های وسیع‌تر و بیشتر به منظور طراحی برنامه‌های پیشگیری مؤثرتر، مؤکداً توصیه می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که مطالعات متمرکزتری خصوصاً در ارتباط با فرهنگ خاص هر منطقه و دلایل گرایش بیشتر در استان‌های با شیوع بالای مصرف سیگار در مقایسه با سایر استان‌های کشور، انجام گردد تا بتواند داده‌های لازم را در زمینه مقابله مؤثرتر در این ارتباط فراهم آورد [۱۶].

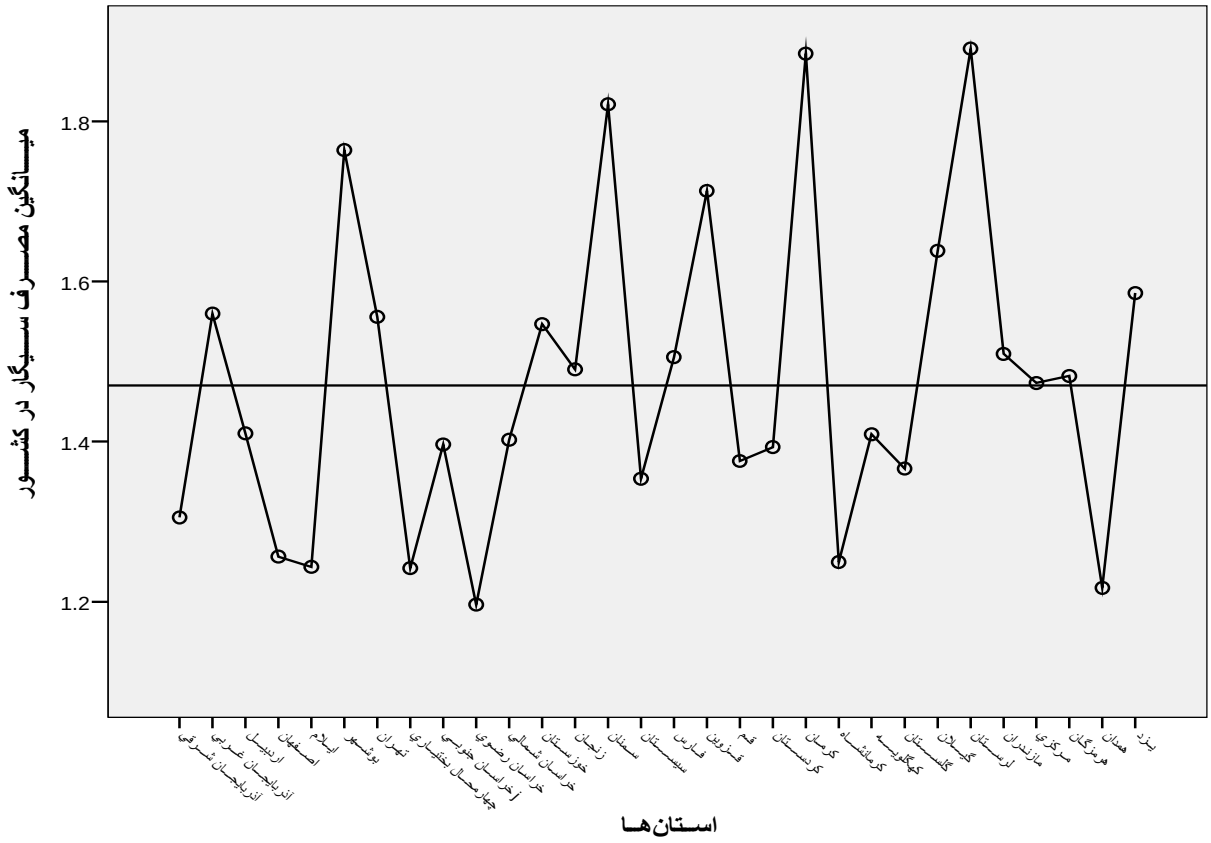
[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-05-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.7.6]

جدول شماره ۲- میزان مصرف دخانیات (سیگار، قلیان و پیپ) گزارش‌شده توسط فرد به تفکیک استان و کل کشور

	بسیار زیاد *	زیاد ¥	نه زیاد نه کم ¢	کم/بسیار کم †	اصلاً ‡	عدم پاسخ
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
آذربایجان شرقی	۱۳ (۱/۴)	۲۸ (۲/۹)	۵۵ (۵/۷)	۴۵ (۴/۷)	۸۱۲ (۸۴/۵)	۸ (۰/۸)
آذربایجان غربی	۱۲ (۱/۲)	۶۷ (۶/۹)	۹۹ (۱۰/۲)	۹۱ (۹/۴)	۶۹۲ (۷۱/۶)	۵ (۰/۵)
اردبیل	۱۵ (۱/۳)	۴۷ (۴/۲)	۹۰ (۸/۰)	۷۸ (۷/۰)	۸۸۹ (۷۹/۴)	۰ (۰)
اصفهان	۴ (۰/۴)	۱۸ (۱/۸)	۴۳ (۴/۴)	۹۵ (۹/۷)	۸۱۹ (۸۳/۴)	۳ (۰/۳)
ایلام	۶ (۰/۷)	۱۴ (۱/۷)	۳۴ (۴/۱)	۶۴ (۷/۸)	۶۹۵ (۸۴/۴)	۱۰ (۱/۲)
بوشهر	۱۲ (۱/۲)	۱۱۴ (۱۱/۷)	۱۱۵ (۱۱/۸)	۱۲۵ (۱۲/۸)	۶۰۹ (۶۲/۴)	۱ (۰/۱)
تهران	۲۵ (۲/۱)	۶۸ (۵/۸)	۹۶ (۸/۲)	۱۵۷ (۱۳/۳)	۸۲۹ (۷۰/۴)	۲ (۰/۲)
چهارمحال و بختیاری	۶ (۰/۶)	۱۳ (۱/۴)	۵۷ (۶/۰)	۵۱ (۵/۴)	۸۱۶ (۸۵/۷)	۹ (۰/۹)
خراسان جنوبی	۴ (۰/۴)	۲۸ (۲/۹)	۸۱ (۸/۴)	۱۲۱ (۱۲/۵)	۷۳۲ (۷۵/۵)	۴ (۰/۴)
خراسان رضوی	۲ (۰/۲)	۱۲ (۱/۳)	۴۰ (۴/۲)	۶۲ (۶/۵)	۸۳۱ (۸۷/۶)	۲ (۰/۲)
خراسان شمالی	۹ (۱/۰)	۳۶ (۴/۲)	۷۵ (۸/۷)	۵۲ (۶/۰)	۶۸۸ (۷۹/۷)	۳ (۰/۳)
خوزستان	۱۹ (۱/۹)	۴۹ (۴/۸)	۹۰ (۸/۹)	۱۴۷ (۱۴/۵)	۷۰۱ (۶۹/۲)	۷ (۰/۷)
زنجان	۱۴ (۱/۴)	۴۳ (۴/۴)	۷۸ (۸/۰)	۱۳۵ (۱۳/۹)	۷۰۱ (۷۲/۰)	۲ (۰/۲)
سمنان	۲۵ (۲/۹)	۷۵ (۸/۷)	۱۳۲ (۱۵/۳)	۱۱۴ (۱۳/۲)	۵۱۰ (۵۹/۲)	۶ (۰/۷)
سیستان و بلوچستان	۴ (۰/۵)	۱۸ (۲/۱)	۷۴ (۸/۵)	۸۹ (۱۰/۲)	۶۸۳ (۷۸/۲)	۵ (۰/۶)
فارس	۱۲ (۱/۵)	۵۱ (۶/۲)	۶۰ (۷/۳)	۹۱ (۱۱/۱)	۶۰۱ (۷۳/۴)	۴ (۰/۵)
قزوین	۲۰ (۲/۱)	۶۷ (۶/۹)	۱۵۳ (۱۵/۸)	۱۰۲ (۱۰/۵)	۶۲۴ (۶۴/۳)	۴ (۰/۴)
قم	۸ (۱/۳)	۱۷ (۲/۷)	۳۶ (۵/۷)	۸۱ (۱۲/۸)	۴۸۶ (۷۶/۹)	۴ (۰/۶)
کردستان	۱۳ (۱/۴)	۴۹ (۵/۲)	۵۳ (۵/۶)	۶۵ (۶/۹)	۷۶۱ (۸۰/۷)	۲ (۰/۲)
کرمان	۴۲ (۵/۴)	۶۴ (۸/۳)	۱۱۵ (۱۴/۹)	۸۵ (۱۱/۰)	۴۵۷ (۸۹/۲)	۹ (۱/۲)
کرمانشاه	۸ (۰/۸)	۳۱ (۳/۲)	۲۷ (۲/۸)	۶۱ (۶/۳)	۸۳۵ (۸۶/۸)	۰ (۰)
کهگیلویه و بویراحمد	۱۴ (۱/۷)	۳۹ (۴/۷)	۴۷ (۵/۶)	۷۱ (۸/۵)	۶۵۵ (۷۸/۳)	۱۰ (۱/۲)
گلستان	۱۵ (۱/۵)	۲۲ (۲/۳)	۵۴ (۵/۵)	۱۲۲ (۱۲/۵)	۷۵۹ (۷۷/۸)	۴ (۰/۴)
گیلان	۳۷ (۴/۰)	۴۸ (۵/۲)	۸۴ (۹/۰)	۱۲۶ (۱۳/۵)	۶۲۳ (۶۷/۰)	۱۲ (۱/۳)
لرستان	۲۸ (۲/۸)	۷۷ (۷/۸)	۱۹۴ (۱۹/۶)	۱۵۰ (۱۵/۱)	۵۴۰ (۵۴/۵)	۲ (۰/۲)
مازندران	۲۵ (۳/۴)	۳۲ (۴/۳)	۵۵ (۷/۵)	۶۶ (۹/۰)	۵۵۲ (۷۵/۰)	۶ (۰/۸)
مرکزی	۸ (۰/۹)	۳۸ (۴/۱)	۹۰ (۹/۸)	۱۰۶ (۱۱/۵)	۶۷۱ (۷۲/۹)	۸ (۰/۹)
هرمزگان	۵ (۰/۵)	۳۳ (۳/۴)	۸۲ (۸/۴)	۱۸۴ (۱۸/۹)	۶۶۵ (۶۸/۴)	۳ (۰/۳)
همدان	۳ (۰/۳)	۲۵ (۲/۴)	۳۵ (۳/۴)	۶۵ (۶/۴)	۸۹۳ (۸۷/۴)	۱ (۰/۱)
یزد	۱۲ (۱/۳)	۶۲ (۶/۶)	۱۰۰ (۱۰/۶)	۱۱۷ (۱۲/۴)	۶۵۰ (۶۹/۰)	۱ (۰/۱)
جمعیت کل	۴۲۰ (۱/۵)	۱۲۸۵ (۴/۶)	۲۳۴۴ (۸/۵)	۲۹۱۸ (۱۰/۴)	۲۰۷۷۹ (۷۴/۶)	۱۳۷ (۰/۴)

* روزانه ۲۰ < نخ، ¥ روزانه ۲۰-۱۱ نخ، ¢ روزانه ۱۰-۶ نخ، † روزانه ۵-۱ نخ، ‡ روزانه ۰ نخ

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-05-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.7.6]



نمودار شماره ۱- مقایسه میانگین درصد افراد سیگاری به تفکیک استان با میانگین کشوری

جدول شماره ۳- بررسی عوامل مؤثر بر سیگار کشیدن در مدل رگرسیون لجستیک +

	میزان بخت (فاصله اطمینان ۹۵٪)	P
سن	۱/۰۲ (۱/۰۱-۱/۰۳)	<۰/۰۰۰۱
جنسیت		
زن	۱(ref.)	
مرد	۴/۸۵ (۴/۰۰۷-۵/۰۹)	۰/۷۴
تحصیلات	۰/۹۵ (۰/۹۴-۰/۹۶)	<۰/۰۰۰۱
وضعیت تأهل		
بیوه	۱(ref.)	
مجرد	۰/۶ (۰/۴-۰/۹)	۰/۰۰۸
متأهل	۰/۵ (۰/۴-۰/۷)	<۰/۰۰۰۱
مطلقه	۱/۹ (۱/۲-۳/۱)	۰/۰۰۷
وضعیت اشتغال		
بازنشسته	۱(ref.)	
شاغل	۱/۳۸ (۱/۰۹-۱/۷۵)	۰/۰۰۷
خانه دار	۰/۹۳ (۰/۷-۱/۳)	۰/۶۷
دانش‌آموز/ دانشجو	۱/۱۲ (۰/۸-۱/۵)	۰/۴۴
بی‌کار	۱/۹۵ (۱/۴۸-۲/۶)	<۰/۰۰۰۱

+ برای انجام تحلیل رگرسیون، امتیاز متغیر سیگار کشیدن که از ۱ تا ۵ تعیین شده بود، به دو گروه صفر و یک تبدیل شد؛ به این ترتیب که گروه صفر، امتیازات ۱ تا ۳ و گروه یک امتیازات ۴ و ۵ را شامل گردید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-05-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.7.6]

سهم نویسندگان

مهدی عبادی: نویسنده اصلی این مقاله و مسئول تجزیه و تحلیل داده‌های این بخش از مطالعه بوده‌اند. سایر نویسندگان در طراحی مطالعه، طراحی ابزار، اجرای طرح، تفسیر و تحلیل یافته‌ها و مرور پیش نویس مقاله مشارکت داشته‌اند. یادآوری می‌نماید این مقاله بخشی از یافته‌های مطالعه «سلامت از دیدگاه مردم ایران» است که توسط علی منتظری به عنوان طراح و مجری انجام شده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله تمایل دارد از کلیه افرادی که در جمع آوری داده‌های این مطالعه همکاری کرده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمائیم.

جمع‌آوری داده‌های این مطالعه مرهون همکاری بی شائبه رؤسای واحدهای استانی جهاد دانشگاهی، معاونان فرهنگی جهاد دانشگاهی و همکاران سخت کوش ما در مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران (ایسپا) و شعب آن در سراسر کشور است.

از معاونت محترم پژوهش و فناوری جهاد دانشگاهی در تأمین بخشی از هزینه‌های این مطالعه سپاسگزاری می‌شود. در پایان لازم است از خانم‌ها راحله رستمی، آرزو اسدی، طاهره رستمی، فریبا رسولی، فاطمه ریاضی، سمیه فتحیان و سمیه مددی که در ورود اطلاعات این مطالعه همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی نماید.

منابع

1. Haenle MM, Brockmann OS, Kron M, Bertling U, Mason AR, Steinbach G & et al. Overweight, physical activity, tobacco and alcohol consumption in a cross-sectional random sample of German adults. BMC Public Health 2006; 6: 233

2. Hughes K, Choo M, Kuperan P, Ong C N, Aw T C. Cardiovascular risk factors in relation to cigarette smoking: a population-based survey among Asians in Singapore. Atherosclerosis 1998; 137: 253-58

3. Immaura H, Tanaka A, Hirae C, Futagami T, Yushimura Y, Uchida K, et al. Relationship of cigarette smoking to blood pressure & serum lipid & lipoprotein in men. Clinical and Experimental Pharmacology & Physiology 1996; 23: 397-402

4. Slama K. Current challenges in tobacco control. The International Journal of Tubercolosis and Lung Disease 2004; 8: 1160-72

5. World Health Organization: Process for a Global Strategy on Diet Physical Activity and Health Geneva: World Health Organization: Geneva, 2003

6. Smith CS, Greenland P, Grundy MS. Prevention Conference V: Beyond Secondary Prevention: Identifying the High-Risk Patient for Primary Prevention: Executive Summary. Circulation 2000; 101: 111-16

7. Dunn A, Zeine L. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento, CA, USA, California Environmental Protection Agency, 1997

8. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking- 10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. Thorax 1999; 54: 357-66

9. Jamrozik K. Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: database analysis. British Medical Journal 2005; 330: 812-15

10. Austoni E. Smoking as a risk factor for erectile dysfunction: data from the andrology prevention weeks 2001–2002. A study of the Italian Society of Andrology. European Urology 2005; 48: 810-18

11. Fonseca V, Jawa A. Endothelial and erectile dysfunction, diabetes mellitus, and the metabolic syndrome: common pathways and treatments? American Journal of Cardiology 2005; 96 (Suppl.): 13M–8M

12. World Health Organization: Process for a Global Strategy on Diet Physical Activity and Health Geneva: World Health organization; 2003

13. Smith CS, Jr, Greenland P, Grundy M S. Prevention Conference V: Beyond Secondary Prevention: Identifying the High-Risk Patient for Primary Prevention. Circulation 2000; 101: 111-16

14. CDC. Cigarette smoking among adults- United States, 2004. MMWR 2005; 54: 1121- 24

15. Naurath N, Jones JM. Smoking rates around the World. How Do Americans Compare? http://www.gallup.com/poll/28432/smoking-rates-around-world-how-americans-compare.aspx

16. Mehrabi S, Delavari AR, Moradi Gh, Esmailnasab N, Pooladi A, Alikhani, et al. Smoking among 15-to 64-Year-Old Iranian People in 2005. Iranian Journal of Epidemiology 2007; 3: 1-9 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-05-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.7.6]

17. Emami H, Habibian S, Salehi P, Azizi F. Pattern and smoking habit in an urban area in Tehran, 2001. Journal of the Faculty of Medicine (Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Healrh Services) 2003; 27: 47-52 [Persian]

18. Montazeri A, Omidvari S, Azin A, Aeenparast A, Jahangiri K, Sadighi J, et al. Iranian health perception survey: the study protocol. Payesh 2011; 10: 315-322 [Persian]

19. Meysamie A, Ghaletaki R, Haghazali M. Pattern of tobacco use among the Iranian adult population: results of the national survey of risk factors of non-communicable diseases (SURFNCD-2007). Tobacco Control 2010; 19: 125-8

20. Nouri M, Adili F, Pouebrahim R, Heshmat R, Fakhrzadeh H. Smoking status and trends in risk factors for cardiovascular disease in inhabitants of Tehran university of medical sciences population lab region. Iranian Journal of diabetes and lipid disorders 2004; 3: 91-97 [Persian]

21. Meysamie A, Ghodsi SM, Eftekhar B. Pattern of Cigarette Smoking in an Iranian Village. Tanaffos 2004; 3: 53-61 [Persian]

22- Moghimbeigi A, Eshraghian MR, Mohammad K, Nourijelyani K, Husseini M. Determinant's number of cigarette smoked with Iranian adolescents: a multilevel zero inflated Poisson regression model. Iranian Journal of Public Health 2009; 38: 91-96 [Persian]

23- Khami MR, Murtomma H, Razeghi S, Virtanen JL. Smoking and its determinants among Iranian dental students. Medical Principles and Practice 2010; 19: 390-4

24. Babanov SA. (Abstract) The epidemiological characteristics of tobacco smoking. Vestnik Rossiskoi Akademii Meditsinsikh Nauk [Russian] 2006; 8: 27-29

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-05-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.3.7.6]