

بررسی الگوی مصرف دخانیات در مشاغل مختلف در شهر بندرعباس

دکتر حسین فرشییدی^۱ دکتر شهرام زارع^۲ دکتر ابراهیم خواجه^۳ دکتر علی دریانورد^۳ دکتر محمد زارع‌نژاد^۳ مریم دهقان خلیلی^۴
^۱ استادیار گروه داخلی، ^۲ دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، ^۳ پزشک عمومی، ^۴ دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان سال یازدهم شماره چهارم زمستان ۸۶ صفحات ۲۷۸-۲۷۳

چکیده

مقدمه: بیماریهای قلبی و عروقی در صدر بیماریهای منجر به مرگ و میر قرن و بیست و یکم می‌باشند. از میان عوامل خطرآفرین قابل پیشگیری این بیماریها، می‌توان از کنترل مصرف دخانیات نام برد و در این میان، برآورد میزان مصرف دخانیات و مواد مخدر اқشار مختلف جهت اجرای برنامه‌های آموزشی مداخله‌ای، از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. هدف مطالعه حاضر، بررسی وضعیت مصرف دخانیات و مواد مخدر در مشاغل مختلف بندرعباس می‌باشد.

روش کار: در یک مطالعه مقطعی توصیفی، بر روی ۲۱۱۴ نفر رانندگان کامیونها، ترلیرها و اتوبوس‌های بین شهری و همچنین ۶۰۰ صیاد، ۶۱۲ نفر از کشاورزان، ۵۰۲ دانشجو و نیز ۵۰۰ نفر از کارمندان بندرعباس در سالهای ۸۵ و ۸۶ بصورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردیدند. پرسشنامه شامل خصوصیات دموگرافیک و عادات مصرف مواد دخانی بصورت حضوری برای تک تک واحدهای نمونه تکمیل گردید. در پایان داده‌ها با بکارگیری نرم‌افزار آماری SPSS 14 و استفاده از روشهای آماری توصیفی و آزمونهای آماری Chi-square و t-test تجزیه و تحلیل گردیدند.

نتایج: در جمعیت مورد مطالعه، ۷۲/۶ درصد رانندگان، ۴۴ درصد صیادان، ۱۸/۸ درصد کارمندان، ۲۸/۷ درصد کشاورزان و ۴۲/۴ درصد دانشجویان یکی از مواد دخانی نظیر سیگار، قلیان و یا پیپ به صورت روزانه مصرف می‌کردند. میانگین مصرف سیگار در رانندگان حدود ۱۴ نخ در روز و میانگین مصرف قلیان در این قشر حدود ۱/۲ سر در روز محاسبه گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده، به نظر می‌رسد اعمال اقدامات آموزشی مداخله‌ای جهت بالاتر بردن سطح آگاهی اқشار مختلف از اهمیت بالایی برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: دخانیات - مشاغل - بندرعباس

نویسنده مسئول:
دکتر شهرام زارع
بخش پزشکی اجتماعی دانشکده
پزشکی بندرعباس
بندرعباس - ایران
تلفن: ۰۹۸ ۷۶۱ ۳۳۳۷۱۹۰
پست الکترونیکی:
shzare@hums.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۶/۷/۴ اصلاح نهایی: ۸۶/۱۰/۸ پذیرش مقاله: ۸۶/۱۱/۲۵

مقدمه:

۶۵۰۰۰۰ نفر سالیانه اولین سگته قلبی خود را تجربه می‌نمایند. مطالعات مختلف نشان داده است که درمان به موقع و تغییر شیوه زندگی، کاهش حوادث عروق کرونر را در پی داشته است (۲). پس با شناخت صحیح از عوامل مؤثر بر تشدید این بیماری، می‌توان برنامه‌های درازمدت در جهت کاهش عوامل خطرآفرین آن ارائه نمود. بطور کلی عوامل خطرآفرین قلبی که وجود آنها با بیماری عروق کرونر همراه می‌باشد، پیشگوکننده بیماری در آینده می‌باشند (۳). برخی از این عوامل، عواملی می‌باشند که با تغییر در نحوه زندگی یا درمان قادر به

بیماریهای قلبی و عروقی در صدر بیماریهای قرن بیست و یکم در کشورهای پیشرفته و در رده‌های بالای بیماریها در کشورهای در حال توسعه قرار دارد علیرغم پیشرفت‌هایی که در تشخیص و درمان این بیماریها در طی ۵۰ سال اخیر بوجود آمده، نزدیک به یک میلیون مرگ در میان زنان و مردان ناشی از بیماریهای قلب و عروق در سال ۱۹۹۸ رخ داده است (۱). تخمین زده می‌شود که در حال حاضر بیش از ۱۲ میلیون نفر در ایالات متحده بیماری عروق کرونر مبتلا بوده و بیش از

بندرعباس، ۵۰۲ دانشجوی دانشگاههای مستقر در بندرعباس و نیز ۵۰۰ نفر از کارمندان ادارات و سازمانهای موجود در شهر بندرعباس (در مجموع ۴۳۲۸ نفر) در طی سالهای ۸۶ و ۱۳۸۵ با استفاده از روش جمع‌آوری داده‌ها بصورت مصاحبه حضوری و تکمیل پرسشنامه و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، انتخاب گردیدند. برای مصاحبه و تکمیل پرسشنامه جهت صیادان به تک تک افراد در لنج‌های صیادی، رانندگان به پایانه‌های مسافری و کامیونهای شهر بندرعباس، کارکنان در منزل یا محل کار، کشاورزان در منزل یا محل کار در ۳۱ خانه بهداشت شهرستان بندرعباس اقدام گردید. در این پژوهش متغیرها شامل سن فرد، نوع شغل، سن شروع مصرف، میزان مصرف، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، مصرف یا عدم مصرف سیگار، مصرف یا عدم مصرف قلیان، مصرف یا عدم مصرف پیپ، طول مدت اشتغال به کار و با توجه به مصرف پایین دخانیات و مواد مخدر در زنان و جهت مقایسه بهتر تمام نمونه‌ها از میان مردان انتخاب گردید. در پایان داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS14 ثبت و در نهایت جهت بیان نتایج از آمار توصیفی و برای تحلیل یافته‌ها از آزمونهای آماری t -test، χ^2 -Square استفاده گردید. مقدار P. Value کمتر از ۰/۰۵ بعنوان معنی‌دار بودن در نظر گرفته شد.

نتایج:

بررسی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌های انتخاب شده، رانندگان 36.3 ± 8.6 ، صیادان 36.2 ± 6.2 ، کارمندان 41.5 ± 5.9 ، کشاورزان 44.1 ± 7.4 و دانشجویان 23.5 ± 5.9 سال محاسبه گردید (جدول شماره ۱).

کنترل آن می‌باشیم از جمله این عوامل می‌توان به قندخون بالا، چربی خون بالا، فشار خون بالا و مصرف سیگار اشاره کرد. میزان درآمد، محیط زندگی، شغل و عوامل مرتبط با آن می‌باشد. آنچه امروزه روی آن تأکید می‌گردد، اثرات اقتصادی و اجتماعی کنترل عوامل خطر آفرین بر جامعه می‌باشد. تغییر شیوه یا اصلاح شیوه زندگی منجر به کاهش عوامل خطر آفرین، منجر به کاهش ۵۰٪ در بروز بیماریهای عروق کرونری قلب و سکتة مغزی بدون در نظر گرفتن سن شده است. در واقع با تغییر در شیوه زندگی بیش از ۷۵٪ عوامل خطر بیماریهای کرونری قلبی کاهش می‌یابد. در این میان مصرف دخانیات عامل خطر سکتة در مردان تا سه برابر و در زنان را تا ۶ برابر افزایش می‌دهد. از طرف دیگر مهمترین عامل خطر زای قابل پیشگیری مصرف دخانیات می‌باشد. در واقع قطع مصرف سیگار و دخانیات نه فقط بیماریهای قلب و عروق را کاهش می‌دهد بلکه تعداد بسیار زیادی از بیماریهای اعضا دیگر مانند عروق مغز، ریه و سرطانها کاهش می‌یابد. تقریباً حدود ۳۰٪ از مرگ و میرهای ناشی از سکتة قلبی به مصرف دخانیات ارتباط داده می‌شود. بیماریهای قلب و عروق (خصوصاً تنگی عروق کرونری) در هر دو گروه سیگاریهای فعال یا پاسیو (۶-۴) شایع می‌باشد (۷،۸). حوادثی مانند پارگی پلاک آترواسکلروز و رشد پلاک منجر به سکتة قلبی به فراوانی در این دو گروه دیده می‌شود. برای نمونه مصرف سیگار در بین راننده‌های تاکسی، اتوبوس و کامیون نسبتاً بالا گزارش شده است (۹،۱۰). این مطالعه با هدف بررسی الگوی مصرف دخانیات در بین مشاغل مختلف شهر بندرعباس انجام گرفته است.

روش کار:

در یک مطالعه مقطعی توصیفی، ۲۱۱۴ نفر راننده کامیون، تریلر و اتوبوس‌های بین شهری از میان رانندگان مراجعه‌کننده به پایانه مسافری و پایانه کامیونهای شهر بندرعباس، ۶۰۰ صیاد از صیادان ثبت‌نام شده در مرکز شیلات استان هرمزگان، ۶۱۲ نفر کشاورز شهرستان

جدول شماره ۱- مشخصات دموگرافیک گروههای مختلف شغلی

میانگین سن	رانندگان	صیادان	کشاورزان	کارمندان	دانشجویان
۳۶/۳	۳۶/۳	۳۶/۳	۴۴/۱	۴۱/۵	۲۳/۵۴
انحراف معیار سن	۸/۶	۶/۲	۷/۴	۱۲/۴	۵/۹
پیشینه سن	۷۴	۶۶	۷۳	۶۲	۴۴
کمینه سن	۲۳	۲۱	۱۶	۵/۲	۱۷
درصد متأهلین	۷۹/۴	۸۸/۴	۸۹/۳	۵۲/۷	۹/۸
میانگین مدت اشتغال	۱۲/۷	۱۰	۱۵	۱۳/۲	۱/۳
انحراف معیار مدت اشتغال	۲/۸	۵/۷	۳/۳	۲/۳	۰/۸

در گروه رانندگان در جمعیت مورد مطالعه، ۷۹/۴٪ متأهل و میانگین تعداد فرزندان در میان متأهلین و رانندگان مطلقه ۳/۸ فرزند محاسبه گردید و تنها ۱۰٪ جمعیت بی‌سواد بودند (جدول شماره ۲). در این مطالعه، ۷۲/۶٪ رانندگان یکی از مواد دخانی نظیر سیگار، قلیان و یا پیپ را به صورت روزانه و ۲۰/۴٪ روزانه یکی از مواد مخدر نظیر تریاک، هروئین و یا دیگر مواد مخدر و ۱۳/۹٪ به صورت روزانه الکل مصرف می‌کردند. میانگین مصرف سیگار حدود ۱۴ نخ در روز و میانگین مصرف تریاک حدود ۱/۴ گرم در روز و میانگین مصرف قلیان حدود ۱/۲ سر در روز بود گردید. در این گروه بیشترین فراوانی مصرف سیگار در رده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و بیشترین فراوانی مصرف مواد مخدر در رده سنی ۴۱ تا ۵۰ سال مشاهده گردید (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲- فراوانی نسبی سطح تحصیلات در

گروههای مختلف شغلی

سطح تحصیلات	رانندگان	صیادان	کشاورزان	کارمندان	دانشجویان
بیسواد	۱۰٪	۱۹٪	۲۳٪	۰٪	۰٪
دبستان	۴۰٪	۳۴٪	۴۶٪	۴٪	۰٪
راهنمایی	۴۱٪	۲۷٪	۱۸٪	۷٪	۰٪
دبیرستان	۸۶٪	۱۹٪	۱۱٪	۵۲٪	۰٪
دانشگاهی	۰/۴٪	۱٪	۲٪	۳۷٪	۰٪
مجموع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

در گروه صیادان، ۸۸/۴٪ متأهل و میانگین تعداد فرزندان در میان متأهلین و مطلقه ۳/۸ فرزند محاسبه گردید و تنها ۱۹٪ بی‌سواد بودند. در این گروه ۴۴٪ صیادان یکی از مواد دخانی نظیر سیگار، قلیان و یا پیپ را به صورت روزانه مصرف می‌کردند که به تفکیک ۶۸/۴٪ تنها سیگار و ۲۲/۳٪ به صورت توأم سیگار و قلیان مصرف می‌کردند. میانگین مصرف سیگار حدود ۱۸ نخ در روز محاسبه گردید. در این گروه بیشترین فراوانی مصرف در رده سنی ۵۱ تا ۶۰ سال مشاهده گردید (جدول شماره ۳). در گروه کارمندان، همگی باسواد و ۵۲/۶٪ متأهل و میانگین تعداد فرزندان در میان متأهلین و مطلقه ۲/۸ فرزند محاسبه گردید. در این گروه ۲۲/۵٪ کارمندان یکی از مواد دخانی نظیر سیگار، قلیان و یا پیپ را به صورت روزانه مصرف می‌کردند. میانگین مصرف سیگار ۱۹/۵ نخ در روز محاسبه گردید. در این گروه بیشترین فراوانی مصرف در رده سنی ۴۱ تا ۵۰ سال مشاهده گردید (جدول شماره ۳).

در گروه کشاورزان، ۸۹/۳٪ متأهل و میانگین تعداد فرزندان در میان متأهلین و مطلقه ۴/۳ فرزند محاسبه گردید و ۲۳٪ جمعیت بی‌سواد بودند (جدول شماره ۲). در این گروه ۲۸/۷٪ یکی از مواد دخانی نظیر سیگار، قلیان و یا پیپ را به صورت روزانه مصرف می‌کردند. میانگین مصرف سیگار ۹/۵ نخ در روز محاسبه گردید. در این گروه بیشترین فراوانی مصرف در رده سنی ۵۱ تا ۶۰ سال مشاهده گردید (جدول شماره ۳).

در گروه دانشجویان ۹/۸٪ متأهل و میانگین تعداد فرزندان در میان متأهلین و مطلقه کمتر از یک فرزند محاسبه گردید. در این گروه ۴۲/۴٪ دانشجویان یکی از مواد دخانی نظیر سیگار، قلیان و یا پیپ را به صورت روزانه مصرف می‌کردند. میانگین مصرف سیگار ۸/۷ نخ در روز محاسبه گردید. در این گروه بیشترین فراوانی مصرف در رده سنی ۲۱ تا ۳۰ سال مشاهده گردید (جدول شماره ۳).

بر اساس یافته‌های این مطالعه در گروههای مختلف، مصرف دخانیات با سن ارتباط دارد به عبارتی ارتباط معنی‌دار آماری میان افزایش سن و افزایش میزان مصرف ($P < 0/05$) مشاهده گردید اما ارتباط معنی‌دار آماری میان سطح سواد با میزان مصرف مواد دخانی و

بوده، همخوانی نسبی دارد. همچنین در مطالعه حاضر در گروه‌های مختلف، مصرف دخانیات با سن ارتباط داشته و به عبارتی ارتباط معنی‌دار آماری میان افزایش سن و افزایش میزان مصرف ($P < 0/05$) مشاهده گردید که این مطلب با نتایج بسیاری از مطالعات همخوانی دارد (۱۳،۱۴،۱۶،۱۷).

در این مطالعه بالاترین میزان مصرف در گروه‌های رانندگان، صیادان و دانشجویان مشاهده گردید که در خصوص میزان مصرف رانندگان، نتایج حاصل از نتایج مطالعات مشابه بر روی این قشر نظیر مطالعه Rosengren و همکاران که در سال ۱۹۹۱ به انجام رسیده و نیز مطالعه Kavanagh که در سال ۱۹۹۸ به انجام رسیده و همکاران و مطالعه Hartvique و همکاران که در سال ۱۹۸۳ به انجام رسیده، بالاتر می‌باشد (۲۱-۱۸). نکته قابل توجه میزان مصرف دخانیات در دانشجویان می‌باشد. مطالعه حاضر بر روی دانشجویان گروه علوم پزشکی انجام شده است. کسانی که در آینده نزدیک پیام‌آوران سلامتی خواهند بود. نتایج مشابهی در مطالعات انجام شده در کشور ترکیه (۲۲،۲۳) را شاهد باشیم. اگرچه در یکی از این مطالعات مصرف دخانیات در گروه دانشجویان غیرپزشکی شایع‌تر بوده است. مطالعات جدیدتری در کشورهای غربی میزان مصرف دخانیات را در دانشجویان را نصف مطالعه ما گزارش کرده‌اند (۲۴).

در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان امریکایی خصوصاً در پسران آماری مشابه مطالعه ما ارائه شده است (۲۵). از طرفی مطالعات فراوان دیگری از کشورهای غربی را شاهد می‌باشیم که این آمار بسیار بالاتر گزارش شده است (تا ۵۴٪) (۲۶،۲۷). اما نتایج حاصل از مطالعه حاضر با برخی از مطالعات انجام شده بر روی صیادان و دانشجویان همخوانی نسبی دارد. در واقع شیوع بالای مصرف دخانیات در دانشجویان اگرچه با بسیاری از آماری ارائه شده از کشورهای مختلف همخوانی دارد ولی عواقب آن بدلائل بسیاری بیش از مصرف دخانیات در گروه‌های شغلی

همچنین میان وضعیت تأهل و مصرف مواد دخانی و نیز میان نوع شغل و مصرف مواد دخانی مشاهده نگردید.

جدول شماره ۳- درصد فراوانی رده سنی گروه‌های

مختلف شغلی

شغل / رده سنی	رانندگان	صیادان	کشاورزان	کارمندان	دانشجویان
> ۲۰	٪۰	٪۱۰/۸۳	٪۸۱/۶	٪۰	٪۱۴/۹۴
۲۱-۳۰	٪۱۴/۶۶	٪۱۵/۸۳	٪۱۲/۲۵	٪۱۵	٪۷۳/۷
۳۱-۴۰	٪۲۸/۵	٪۱۳/۳۳	٪۱۳/۸۸	٪۲۸/۶	٪۹/۹۶
۴۱-۵۰	٪۱۹/۸۶	٪۱۲/۵	٪۸/۱۶	٪۴۴	٪۰/۹
۵۰-۶۰	٪۱۷/۹۷	٪۴/۶۶	٪۴۷/۳۸	٪۱۱	٪۰
< ۶۰	٪۸/۹۸	٪۵/۸۳	٪۱۰/۱۳	٪۱/۴	٪۰
مجموع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری:

بر اساس نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر، ۷۲/۶٪ رانندگان، ۴۴٪ صیادان، ۱۸/۸٪ کارمندان، ۲۸/۷٪ کشاورزان و ۴۲/۴٪ دانشجویان یکی از مواد دخانی نظیر سیگار، قلیان و یا پیپ به صورت روزانه مصرف می‌کردند. در این مطالعه بیشترین فراوانی مصرف متعلق به مصرف سیگار و در رتبه بعد به ترتیب قلیان و پیپ قرار داشتند که نتایج حاصل با مطالعه Maziak که در سال ۲۰۰۲ در سوریه به انجام رسانید (۱۱) و نیز Nisar و همکاران که در پاکستان و در سال ۲۰۰۵ به انجام رسیده (۱۲) و در آنها شیوع مصرف قلیان نسبت به سیگار بالاتر بوده همخوانی ندارد اما با نتایج مطالعه دکتر Narian و همکاران که در سال ۱۹۹۶ در دهلی به انجام رسیده (۱۳) و نیز مطالعه Memon و همکاران که در سال ۲۰۰۰ در کویت به انجام رسیده (۱۴) و شیوع سیگار را بالاتر از قلیان گزارش نموده‌اند، همخوانی دارد. در خصوص شایع‌ترین رده سنی مصرف دخانیات، در مطالعه حاضر که در گروه صیادان و کشاورزان در رده سنی ۶۰-۵۱ سال مشاهده گردید، با نتایج مطالعه دکتر احمدی و همکاران که در سال ۲۰۰۱ در ایران به انجام رسیده (۱۵) همخوانی نداشته اما نتایج مطالعه زکر شده با نتایج حاصل از مطالعه حاضر که بیشترین فراوانی در گروه رانندگان و کارمندان در رده سنی ۵۰-۴۱ سال

آمارهای جهانی و کشوری همگی بیانگر رشد مصرف دخانیات است. بر اساس این اطلاعات هم اکنون بیش از ۸/۵ میلیارد نفر از دخانیات بویژه سیگار مصرف می‌کنند. تنها در سال ۲۰۰۷ بیش از ۶۰ میلیون سال از عمر مفید انسانها در اثر این عادت تباه گردیده است. عوامل و مؤلفه‌های متعددی در افزایش شیوع مصرف نقش دارند که در آن میان بهای نسبتاً ارزان فرآورده‌های دخانی و عرضه آزادانه و فارغ از نظارت و کنترل این مواد از سوی دیگر نقش عمده‌ای را بر عهده دارند. اما ساده‌اندیشی است اگر معضل مصرف دخانیات را تنها مشکل ملتها می‌دانیم، زیرا دولتها نیز از عوارض این پدیده شوم مبرا نیستند. اگر سراب درآمدها و عوارض مالیاتی حاصل از دخانیات از مقابل چشم سیاست‌گذاران کنار رود، بی‌شک عظمت و گستردگی هزینه‌های عوارض گوناگون درمانی، بهداشتی و زیست محیطی دخانیات به خوبی آشکار و نمایان است.

سیاسگزاری:

این طرح با حمایت مالی معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان انجام گردیده است. لازم است از مردم خوب بندرعباس که در این طرح ما را یاری کردند، سپاسگزاری نمائیم.

دیگر می‌باشد. جوان بودن سواد بالا میزان تأثیر در جامعه و آینده‌سازی از جمله این عوامل می‌باشد. آنچه بیش از پیش با توجه به شیوع بالای مصرف دخانیات در مشاغل ذکر شده ما را نگران می‌سازد، ارتباط میان استعمال دخانیات و حوادث قلبی و عروقی می‌باشد که سالانه بار مالی و جانی بالایی بر جوامع مختلف تحمیل می‌گردد (۲۹، ۲۸). متأسفانه باور غلط و نادرست در مورد کم خطر بودن مصرف قلیان نسبت به سیگار خصوصاً در مردان حتی پس از حوادث قلبی و عروقی باعث افزایش حوادث قلبی و عروقی و بستری مجدد در این افراد می‌گردد (۳۱، ۳۰). بدیهی است به منظور کنترل و مبارزه با دخانیات در سطح جامعه تنها یک راه حل مؤثر نبوده و نیاز به برنامه‌ریزیهای همه‌جانبه در خصوص بررسی و شناخت وضع موجود، شناخت دقیق علتها و عوامل تأثیرگذار در مشاغل مختلف گام اول بوده و پس از آن ارائه برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی، ایجاد مانع در راه توزیع و مصرف دخانیات با همکاری سازمانها و نهادهای مربوطه در کنار همکاری وسایل ارتباط جمعی نظیر صدا و سیما و روزنامه‌های سراسری و محلی در سطح جامعه، گامهای بعدی خواهند بود. در نهایت ارزیابی مستمر این برنامه‌ها بر تداوم موفقیت‌های حاصل کمک نموده و تداوم ارتقاء بهداشت و سطح سلامت جامعه را در پی خواهد داشت.

References

منابع

- Centers for Diseases Control. Surveillance for selected tobacco-use behaviors. United States--1990-1994. *Morb Mort Wkly Rep.* 1994;43:1-43.
- Centers for Diseases Control. State specific prevalence of current cigarette smoking among adult, United States., 2003. *Morb Mort Wkly Rep.* 2004;53:1035-1037.
- World Health Organization. The world health report: making a difference; 1999; Geneva Switzerland.
- Murray CGL, Lopez AD. Alternative projection of mortality and disease by cause, 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet.* 1997;349:1498-1504.
- US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people; A report of the surgeon general. 1994, Nov 3: Atlanta, USA.
- Mackay J, Crofton J. Tobacco and developing world. *Br Med Bull.* 1996;52:206-221.
- Mackay J, Amos A. Women and Tobacco. *Respiriology.* 2003;8:123-130.
- Pitsavos C, Panagiotakos DB, Chrysoshoou C. Association between passive cigarette smoking and the risk of developing acute coronary syndromes: the CARDIO 2000 study. *Heart Vessels.* 2002;16:127-130.

9. Belkic K, Emdad R, Theorell T. Occupational profile and cardiac risk possible mechanisms and implications for professional drivers. *Int J Occup Med Environ Health*. 1998;11:37-57.
10. Bigert C, Gustavsson P, Hallqvist J, Hosgysytedf C, Lewne M, Plato N, et al. Myocardial infarction among professional drivers. *Epidemiology*. 2003; 14:333-339.
11. Maziak W. Smoking in Syria: profile of a developing Arab country. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2002;6(3):183-191.
12. Nisar N, Billoo, Gadit AA. Pattern of tobacco consumption among adult women of low socioeconomic community Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2005;55:111-114.
13. Narayan KM, Chadha SL, Hanson RL, Tandon R, Shekhawat S, Fernandes RJ, et al. Prevalence and patterns of smoking in Delhi; Cross sectional study. *BMJ*. 1996;312:1576-1579.
14. Memon A, Moody PM, Sugathan TN. Epidemiology of smoking among Kuwaiti adults: prevalence, characteristics and attitudes. *Bull World Health Organ*. 2000;78:1306-1315.
15. Ahmadi J, Khalil H, Jooybar R. Prevalence of cigarette smoking in Iran. *Psychol Rep J*. 2001;89:339-341.
16. Fakhfakh R, Hasairi M, Maalej M. Tobacco use in Tunisia: Behavior and Awareness. *Bulletin World Health Organ*. 2002;80:350-356.
17. Tessier JF, Nejari C, Bennani-Othmani M. Smoking in Mediterranean countries: Europe, North Africa and The Middle East: Result from a cooperative study. *Int J Tuberc Lung Dis*. 1999;3:927-937.
18. Rosengren A, Anderson K, Wilhelmsen L. Risk of coronary heart disease in middle-aged male bus and tram drivers compared to men in other occupations: a prospective study. *Int J Epidemiol*. 1991;20:82-87.
19. Kavanagh T, Matosevic V, Thacker L, Belliard R, Shephard RJ. On-site evaluation of bus drivers with coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil*. 1998;18:209-215.
20. Hartvique P, Middtun O. Coronary heart disease risk factors in bus and truck drivers. A controlled cohort study. *Int Arch Occup Environ Health*. 1983;524:353-360.
21. Lam TH, Jiang CQ, Ho SY, Zhang WS, Liu WW, He GM. Smoking and mortality in 81344 drivers in Guangzhou, China. *Occup Environ Med*. 2002;59:135-138.
22. Akpina E, Yoldascan E, Saatci E. The smoking prevalence and the determinants of smoking behavior among students in Cukurova university, Southern Turkey. *West Indian Med J*. 2006;55:419-429.
23. Metintas S, Sariboyaci MA, Nuboglu S, Metintas M, Kalyoncu C, Etiz S, et al. A smoking pattern of university students in Eskisehir. *Public Health*. 1998;112:261-264.
24. Thopson B, Coronado G, Chen L, Thompson LA, Helperin A, Jaffe R, et al. Prevalence and characteristics of smokers at 30 pacific Northwest college and university. *Nicotine Tob Res*. 2007;9:429-438.
25. Pigotti NA, Lee JE, Wechsler H. Us college students use of tobacco products; Results of a national survey. *JAMA*. 2000;284:699-705.
26. Heilkkinen R, Kivastik J, Kingisepp PH, Hirvonen L, Nayha S. Smoking difference between university faculties in Tartu, Estonia and Oulu, Finland after disruption of communism. *Soz Praventiv Med*. 2006;51:381-391.
27. Sotomayor H, Behn V, Cruz M, Naveas R, Sotomayor C, Fernandez P, et al. [Smoking among academics, nonacademics and students of the universities]. *Rev Med Chil*. 2000;128:977-984.
28. Malinauskiene V. Truck driving and risk of myocardial infarction. *Przegl Lek*. 2003;60:6:89-90.
29. Malinauskiene V, Grazuleviciene R, Nieuwenhuijsen MJ, Azarauliene A. Myocardial infarction Risk and occupational categories in Kaunas 25-64 years old men. *Occup Environment*. 2002;59:745-750.
30. Sezavar SH, Abedi A, Sadeghi Bazargani H. A comparative study of plasma fibrinogen among hookah smokers, cigarette smokers and non-smokers. *Iranian Heart J*. 2004;5:48-54.

۳۱. فرشیدی، حسین. بررسی شایع‌ترین علل بستریهای مکرر بیماران ایسکمیک قلبی. مجله پزشکی هرمزگان. تابستان ۱۳۸۳. شماره ۲. ص ۶۷-۷۱.