

الگوی مصرف دخانیات در بیماران قلبی بستری در بیمارستان شهید محمدی بندرعباس در سال ۱۳۹۰

آرزو ایمانی^۱، الهام ایمانی^۲

تاریخ دریافت ۹۲/۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۲۰

خلاصه

زمینه و هدف: مصرف دخانیات از جمله عوامل خطر شناخته شده بیماری‌های قلبی عروقی است که با وجود تاکید بسیار زیادی که بر عوارض آن شده، هنوز هم مصرف آن در بسیاری از جوامع مشاهده می‌شود. هدف از این پژوهش تعیین الگوی مصرف دخانیات در بیماران قلبی بستری در بیمارستان شهید محمدی بندرعباس در سال ۱۳۹۰ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است. نمونه‌گیری با روش سرشماری انجام شد و ۲۰۰ نفر از بیماران قلبی بستری در ۳ ماهه اول سال ۱۳۹۰ با استفاده پرسشنامه محقق ساخته از نظر مصرف دخانیات مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS13 و آزمون‌های آماری کای دو و t استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که ۵۴ درصد بیماران مذکور بوده و ۳۲ درصد دخانیات مصرف می‌نمودند که از این تعداد ۴۱/۲ درصد سیگار، ۵۲/۹ درصد قلیان و ۵/۹ درصد هر دو مورد را مصرف می‌کردند. ۵۷/۱ درصد از افراد سیگاری بیشتر از یک بسته سیگار در روز مصرف می‌نمودند و ۷۵ درصد از افراد قلیانی بیشتر از دو بار در روز قلیان می‌کشیدند. علت مصرف دخانیات در اکثر موارد (۱۶٪) جهت سرگرمی ذکر شده است.

نتیجه‌گیری: تعداد زیادی از بیماران قلبی از دخانیات استفاده می‌کنند که متأسفانه میزان مصرف اکثر آنها بسیار زیاد می‌باشد. این امر نشان می‌دهد که هنوز عوارض فراوان ناشی از مصرف دخانیات، کاملاً شناسانده نشده و نیاز به آموزش‌های بیشتر و تلاش جهت تغییر فرهنگ استفاده از دخانیات در جامعه وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: بندرعباس، بیماری قلبی، الگوی مصرف، عوامل خطر، مصرف دخانیات.

۱- دانشجوی پزشکی هسته‌ای، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲- مربی گروه آموزشی داخلی و جراحی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران. نویسنده مسئول،
تلفن: ۰۷۶۱۶۶۶۶۳۶۷ دورنگار: ۰۷۶۱۶۶۷۰۷۲۴. Email: eimani@hums.ac.ir

مقدمه

در حال حاضر بیماری‌های قلبی عروقی ۴۰ - ۲۵ درصد مرگ و میر در جهان را به خود اختصاص داده و از عمده ترین مشکلات بهداشتی کشورها محسوب می شود [۲ و ۱]. در ایران نیز بر اساس گزارشات سازمان بهداشت جهانی ۴۱/۳ درصد از کل مرگ های سال ۲۰۰۵ را شامل می شوند [۳]. شواهد نشان می دهد افزایش بروز بیماری‌های قلبی عروقی در کشورهای در حال توسعه تحت تأثیر ویژگی‌های زندگی شهر نشینی و سبک زندگی نادرست است [۴]. بیماری‌های قلبی عروقی تحت تأثیر گروهی از عوامل خطرزای قابل تعدیل و غیر قابل تعدیل از جمله سن بالا، فشارخون بالا، سابقه خانوادگی، دیابت، عدم تحرک کافی، استعمال دخانیات، رژیم غذایی، استرس و غیره قرار دارد [۵ و ۶]. تحقیقات نشان داده که استعمال دخانیات یکی از مهمترین عوامل ابتلا به بیماری‌های قلبی بوده و بین این دو، رابطه خطی مستقیم وجود دارد [۱]. برآورد شده که مرگ و میر مرتبط با دخانیات در قرن بیستم حدود صد میلیون نفر بوده و تا پایان قرن بیست و یکم به یک میلیارد نفر برسد [۷]. مصرف دخانیات به عنوان یک عامل خطر مهم برای انفارکتوس میوکارد و مرگ ناگهانی قلبی شناخته شده [۸] و زیاد یا کم شدن میزان مصرف آن با افزایش یا کاهش بروز بیماری‌های قلبی در ارتباط مستقیم است [۹]، اما نقش آن در پاتوژنز این رخدادها کاملاً شناخته شده نیست. دود سیگار ترکیب پیچیده ای از چندین جزء است که می تواند اثرات مضر بر سیستم قلبی عروقی داشته باشد. به ویژه محصولات نیکوتین افزایش مشخصی در غلظت کاتکول آمین‌های سرم ایجاد کرده که به خصوص در افراد مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلب، می تواند به طور بالقوه ایجاد کننده آریتمی باشد [۱۰].

مطالعات مختلف نشان می دهد افرادی که در معرض مستقیم دود دخانیات هستند و آن را استنشاق می کنند، در معرض خطر مشکلات قلبی عروقی و انواع سرطان‌ها می باشند و با افزایش خطر مرگ روبرو هستند [۱۱ و ۱۲ و ۱۳]. در پژوهشی که محقق و همکاران در هرمزگان انجام دادند مشخص گردید بروز دیس ریتمی های قلبی با مصرف و عدم مصرف سیگار ارتباط آماری

معنی داری دارد و برادیکاردی سینوسی در ۶۰ درصد سیگاری ها و بلوک شاخه ای چپ در ۴۲/۵ درصد مصرف کنندگان قلیان مشاهده می شود. فراوانی انفارکتوس میوکارد سطح قدامی در افراد مصرف کننده قلیان و تنباکو و فراوانی انفارکتوس سطح تحتانی در افراد سیگاری و مصرف کننده قلیان و تنباکو بیشتر از افرادی است که دخانیات مصرف نمی کنند [۱۴].

عدم شناخت عوامل مستعد کننده بیماری سبب پیشرفت بیماری‌های قلبی عروقی گردیده [۱۵] و نتایج تحقیقات نشان می دهد سطح آگاهی مردم در زمینه اجتناب از عوامل مستعد کننده بیماری قلبی پایین است [۱۶]. مطالعه جلالی و همکاران در بابل نشان داد که ۶۵/۳ درصد افراد آگاهی اندکی در مورد عوامل خطرزای بیماری های قلبی عروقی داشتند [۱۷] و این در حالی است که بزرگترین موفقیت جوامع پیشرفته در مهار بیماری‌های قلبی، با شناخت و کنترل عوامل خطرزا حاصل شده است [۱۶].

در همین راستا افزایش آگاهی عمومی از ارکان اساسی برنامه های پیشگیری به شمار می آید [۱۸] و برنامه ریزی آموزشی برای افزایش آگاهی افراد باید منطبق بر الگوهای زندگی آنها و ویژگی های گروه‌های مختلف اجتماعی باشد [۱۹] و لازم است در این زمینه مطالعات الگوشناسی مناسبی صورت پذیرد. این مطالعات ما را قادر می سازد که ابعاد مشکل را بررسی نموده و برنامه های پیشگیرانه را در سطح جامعه به اجرا در آوریم [۲۰ و ۲۱]. با توجه به این که استعمال دخانیات یکی از مهمترین عوامل خطرزا در بروز بیماری‌های قلبی عروقی است و بررسی الگوهای مصرف آن جهت تهیه برنامه های آموزشی و فرهنگ سازی در جامعه ضرورت دارد این پژوهش با هدف تعیین الگوی مصرف دخانیات در بیماران قلبی بستری در بیمارستان شهید محمدی بندر عباس در سال ۱۳۹۰ انجام گردید.

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است. نمونه گیری به صورت سرشماری انجام شد و کلیه بیماران بستری در بخش قلب بیمارستان شهید محمدی بندرعباس در سه ماهه اول سال ۱۳۹۰ وارد مطالعه شدند. شرایط مددجو در زمان تکمیل پرسشنامه شامل تمایل به همکاری و نداشتن درد و ناراحتی بود. ۱۲ نفر به علت نداشتن وضعیت جسمانی مناسب و عدم تمایل به همکاری از مطالعه خارج گردیدند و در نهایت ۲۰۰ نفر پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. این بیماران با تشخیص هایی از قبیل آنژین صدری ناپایدار، سندرم حاد کرونری و نارسایی قلبی بستری شده بودند. جمع آوری اطلاعات با استفاده از یک پرسشنامه نیازسنجی محقق ساخته که با بررسی متون و پژوهش های مرتبط با موضوع [۴ و ۷ و ۸] طراحی گردیده بود و با روش مصاحبه با بیماران، انجام شد و نمونه ها از نظر عادات مصرف مواد دخانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. اعتبار پرسشنامه با روش اعتبار محتوا و پس از نظرسنجی از ۷ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و ۳ پرستار شاغل در بخش قلب و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ تأیید گردید. پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده بود. بخش اول اطلاعات دموگرافیک در زمینه سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه بستری در

بیمارستان و بیماری های زمینه ای غیر از بیماری قلبی و بخش دوم سوالات مربوط به بررسی الگوی مصرف دخانیات بود که بیماران از نظر مصرف دخانیات، نوع، میزان مصرف، سابقه مصرف دخانیات در خانواده و علت مصرف دخانیات مورد ارزیابی قرار می گرفتند. اطلاعات به دست آمده با نرم افزار SPSS13 و پس از تعیین نرمال بودن داده ها با آزمون کولموگروف اسمیرنوف، با استفاده از تست های آمار توصیفی، آزمون های کای اسکور و t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

۲۰۰ نفر از بیماران بستری در بخش قلب شرایط شرکت در مطالعه را داشتند. همان طور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می شود ۵۴ درصد این بیماران مرد و ۷۰ درصد آنها متأهل بودند. اکثر آنها تحصیلات زیر دیپلم داشتند (۶۶٪) و ۷۸ درصد سابقه بستری شدن در بیمارستان را ذکر کرده بودند. از نظر ابتلا به مشکلات زمینه ای غیر از بیماری قلبی، ۲۵/۵ درصد دیابت، ۵۱/۵ درصد فشار خون بالا، ۸/۵ درصد سردرد میگرنی، ۳ درصد بیماری کلیوی و ۱۱/۵ درصد سایر موارد را ذکر نموده بودند. ۵۶ درصد افراد سابقه مصرف دخانیات را در خانواده داشتند که ۱۸ درصد پدر، ۸ درصد برادر، ۴ درصد مادر، ۲ درصد خواهر و ۲۴ درصد سایر اعضای خانواده را ذکر نموده بودند.

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک و زمینه‌ای بیماران قلبی و ارتباط آنها با مصرف دخانیات

ارتباط با مصرف دخانیات		درصد	فراوانی	طبقه	ویژگی‌های دموگرافیک و زمینه‌ای
مقدار P	مقدار آماره آزمون				
P = ۰/۸۲	$\chi^2 = ۰/۰۴۸$	٪۵۴	۱۰۸	مرد	جنس
		٪۴۶	۹۲	زن	
P = ۰/۴۵	$\chi^2 = ۲۰۶۲۲$	٪۴	۸	مجرد	وضعیت تأهل
		٪۷۰	۱۴۰	متاهل	
		٪۶	۱۲	مطلقه	
		٪۲۰	۴۰	همسر فوت شده	
P = ۰/۵۳	$\chi^2 = ۱۰۲۵$	٪۶۶	۱۳۲	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
		٪۲۲	۴۴	دیپلم	
		٪۱۲	۲۴	دانشگاهی	
P = ۰/۷۰	$\chi^2 = ۰/۱۴۵$	٪۷۸	۱۵۶	بله	سابقه بستری شدن در بیمارستان
		٪۲۲	۴۴	خیر	
P = ۰/۲۲	$\chi^2 = ۵۰۷۱۸$	٪۲۵/۵	۵۱	دیابت	بیماری‌های زمینه‌ای
		٪۵۱/۵	۱۰۳	فشارخون بالا	
		٪۸/۵	۱۷	سردرد میگرنی	
		٪۳	۶	بیماری کلیوی	
		٪۱۱/۵	۲۳	سایر موارد	
P = ۰/۰۱۴	$\chi^2 = ۶/۰۸۸$	٪۵۶	۱۱۲	بله	مصرف دخانیات در خانواده
		٪۴۴	۸۸	خیر	
P = ۰/۹۷۹	t = ۰/۰۲۶	۵۶/۱۲ ± ۱۵/۵۵		میانگین سن (سال)	

همان‌طور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد در بررسی ارتباطات آماری با استفاده از آزمون‌های کای اسکور و تست t مشخص شد که مصرف دخانیات با سابقه مصرف آن در خانواده رابطه معنادار دارد (P = ۰/۰۱۴).

۳۲ درصد افراد دخانیات مصرف می‌نمودند که از این تعداد ۴۱/۲ درصد سیگار، ۵۲/۹ درصد قلیان و ۵/۹ درصد هر دو مورد را مصرف می‌کردند. ۲۸/۶ درصد سیگاری‌ها ۲ تا ۳ نخ سیگار در روز، ۱۴/۳ درصد کمتر از یک بسته و ۵۷/۱ آنها بیشتر از یک بسته سیگار در روز مصرف می‌نمودند. ۳۳ درصد بیماران نیز قبلاً سیگار می‌کشیدند و اکنون ترک کرده‌اند. از افرادی که قلیان مصرف می‌کردند ۲۵ درصد حدود ۱ تا ۲ بار در روز و بقیه بیشتر از دو بار در روز قلیان می‌کشیدند. ۳۳/۳ درصد افراد

بررسی الگوی مصرف دخانیات در بیماران قلبی.....

نیز قبلاً قلیان می کشیدند و اکنون ترک کرده اند. علت مصرف دخانیات طبق اظهارات بیماران در بیشتر موارد جهت سرگرمی (۱۶٪) و سپس عادت کردن به آن (۱۲٪) ذکر شده است (جدول شماره ۲).

جدول ۲- فراوانی علل مصرف دخانیات در بیماران قلبی

علت مصرف دخانیات	فراوانی	درصد
عادت کردن به مصرف دخانیات	۲۴	۱۲٪
جهت سرگرمی	۳۲	۱۶٪
به طور بی هدف	۴	۲٪
جهت تسکین درد جسمی	۴	۲٪
جمع کل	۶۴	۳۲٪

بحث

حدود یک سوم بیماران قلبی مورد بررسی، دخانیات مصرف می نمودند و علت گرایش به دخانیات در بیشتر موارد سرگرمی ذکر شده بود. وضعیت مصرف دخانیات نیز به عنوان یک مشکل اساسی در بهداشت عمومی جوامع، مورد توجه می باشد. سیگار یک فاکتور خطر مستقل برای نارسایی احتقانی قلب بوده و خطر ابتلا به مشکلات قلبی عروقی، انواع سرطان‌ها و مرگ را افزایش می دهد [۱۱ و ۱۲]. کاهش بار بیماری‌های قلبی یکی از اهداف مهم سازمان بهداشت جهانی و بسیاری از کشورهای جهان محسوب می شود [۲۲]. علاوه بر این استعمال دخانیات خطر بیماری‌های انسدادی مزمن ریه را در بزرگسالان زیاد کرده [۷] و در زنان باردار نیز اثرات مخربی بر جنین دارد [۲۳ و ۲۴]. از این رو لازم است قوانین و برنامه های جامعی جهت کاهش شیوع استعمال دخانیات تدوین و اجرا گردد. در این پژوهش بیش از نیمی سیگاری ها بیشتر از یک بسته سیگار در طول روز استفاده می کردند و در بین مصرف کنندگان قلیان سه چهارم افراد بیشتر از دو بار در روز قلیان می کشیدند. در پژوهشی که فرشیدی و همکاران جهت بررسی الگوی مصرف دخانیات در مشاغل مختلف شهر بندرعباس انجام دادند مشخص گردید

آرزو ایمانی و الهام ایمانی

۷۲/۶ درصد رانندگان، ۰/۴۴ درصد صیادان، ۲۲/۵ درصد کارمندان، ۲۸/۷ درصد کشاورزان و ۴۲/۴ درصد دانشجویان یکی از مواد دخانی را به طور روزانه مصرف می کردند که میانگین مصرف سیگار در این اقشار به ترتیب ۱۴، ۱۸، ۱۹/۵، ۹/۵ و ۸/۷ نخ در روز بود و ۲۲/۳ درصد صیادان سیگار و قلیان را به صورت توأم مصرف می نمودند [۲۵].

در پژوهشی که توسط میرخانی و همکاران انجام شد فراوانی مصرف توتون و تنباکو در مبتلایان به سکتة حاد قلبی به طور معنی داری بیش از گروه شاهد بود [۶]. بسیاری از مطالعات نشان داده اند که استعمال دخانیات رابطه علیتی با بیماری‌های عروق کرونر دارد [۲۶ و ۲۷ و ۲۸]. چنانچه پژوهش عشرتی و همکاران نیز نشان داد خطر نسبی جمعیتی محاسبه شده برای سیگار در مبتلایان به سکتة حاد قلبی ۳۸ درصد بوده است [۲۰]. در پژوهشی که رشیدی پور و همکاران بر روی زنان استان سمنان انجام دادند هیچ یک از نمونه ها به طور توأم سیگار و قلیان نمی کشیدند [۷]، اما در این پژوهش ۵/۹ درصد افراد هر دو مورد را مصرف می کردند. البته تأثیرات فرهنگی و منطقه ای در نگرش مردم نسبت به مصرف دخانیات مؤثر است.

طبق اظهارات بیماران اکثراً دخانیات را جهت سرگرمی و به دنبال عادت کردن به مصرف آن مورد استفاده قرار می دادند. این مسأله مشکلات اجتماعی را نمایان می سازد. ساخت مکان های تفریحی و ورزشی و فراهم کردن سرگرمی های متنوع جهت سنین مختلف می تواند در پیشگیری از روی آوردن افراد به سمت مصرف دخانیات تأثیر به سزایی داشته باشد. تحلیل داده ها نشان داد که مصرف دخانیات با سابقه مصرف آن در خانواده رابطه معنی داری دارد. مسلماً وجود یک فرد مصرف کننده دخانیات در خانواده به خصوص اگر این فرد پدر یا مادر باشد و به عنوان یک الگو برای فرزندان تلقی گردد، می تواند در ترویج استفاده از سیگار و قلیان در بین فرزندان آن خانواده مؤثر باشد. البته همان طور که مطالعات مختلف نشان داده اند هم مصرف فعال دخانیات و هم قرار گرفتن در معرض دود آنها می تواند مضر باشد و مشکلات زیادی در پی داشته باشد [۱۴]. لذا فرهنگ سازی در زمینه کاهش مصرف دخانیات باید به طور

نتیجه گیری: با وجودی که مصرف دخانیات به عنوان یکی از مهم ترین عوامل خطرزای بیماری های قلبی عروقی در جامعه مطرح شده است [۱۶و۱۷] اما متأسفانه هنوز هم حتی در بین بیمارانی که سابقه مشکلات قلبی و بستری شدن در بیمارستان را دارند، دیده می شود. این مسأله نشان می دهد که اقدامات آموزشی از طریق رسانه های عمومی و مراکز آموزشی کشور کافی نبوده و همچنان الگوهای مصرف در بین بیماران حاکی از گرایش به سمت سیگار و قلیان دارد و هنوز عوارض فراوان ناشی از مصرف این دخانیات کاملاً شناسانده نشده است. لذا باید اقدامات جدی تری جهت فرهنگ سازی و ترک مصرف دخانیات به کار گرفته شود. عوامل متعددی در افزایش شیوع مصرف دخانیات نقش دارند که در این میان، بهای نسبتاً ارزان برخی از فراورده های دخانی و عرضه آزادانه این مواد نقش عمده ای دارند. با نگاهی برگسترده‌تری هزینه های عوارض گوناگون درمانی، بهداشتی و زیست محیطی دخانیات، می توان اهمیت نیاز به کنترل مؤثر ورود این مواد به کشور را نمایان ساخت.

تشکر و قدردانی

از کلیه پرسنل بخش قلب بیمارستان شهید محمدی بندرعباس که جهت جمع آوری اطلاعات نهایت همکاری را با پژوهشگران داشته اند تشکر و قدردانی می شود.

اساسی صورت گرفته و افراد به طور کلی از تماس با دخانیات و دود آنها منع گردند. در پژوهش فرسیدی و همکاران در گروه-های مختلف، مصرف دخانیات با سن رابطه داشت و با افزایش سن، میزان مصرف نیز افزایش می یافت [۲۵]. با توجه به شیوع بالای مصرف دخانیات، آنچه باعث نگرانی است ارتباط میان استعمال دخانیات و حوادث قلبی عروقی می باشد که سالانه بار مالی و جانی زیادی بر جوامع مختلف تحمیل می نماید. بدیهی است جهت کنترل و مبارزه با دخانیات در سطح جامعه تنها یک راه حل مؤثر نبوده و نیاز به برنامه ریزی های همه جانبه در خصوص بررسی و شناخت وضع موجود، شناخت دقیق علت‌ها و عوامل تأثیر گذار در افراد مختلف وجود دارد. پس از آن ارائه برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی، ایجاد مانع در راه توزیع و مصرف دخانیات با همکاری سازمان‌ها و نهادهای مربوطه در کنار همکاری رسانه های گروهی نظیر صدا و سیما و روزنامه های سراسری و محلی در سطح جامعه مفید خواهد بود. از محدودیت های این مطالعه، اعتماد به اظهارات بیماران جهت استعمال دخانیات بود. چرا که به دلیل شرایط فرهنگی در ایران، این امکان وجود دارد که افراد مصرف دخانیات را ابراز ننمایند. مطالعه ای در اصفهان نشان داد که در یک جمعیت مشخص ۱/۳ درصد افراد اظهار نمودند که دخانیات مصرف می نمایند اما با انجام آزمایشات کنترل سطح سرمی نیکوتین مشخص گردید که ۶/۷ درصد افراد مصرف کننده دخانیات بودند [۷].

منابع

1. Canto JG, Kiefe CI, Rogers WJ, Peterson ED, Frederick PD, French WJ, et al. Number of coronary heart disease risk factors and mortality in patients with first myocardial infarction. JAMA 2011; 306(19): 2120-7.
2. Mobasser M, Fakhrzadeh H, Pourebrahim R, Nouri M, Shoushtarizadeh P, Pajouhi M. Distribution of lipid disorders in the inhabitants of Tehran University of Medical Sciences. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2004; 3(1): 53-61. [Persian]
3. WHO Global InfoBase. Stop the global epidemic of chronic disease. 20 Jan 2011 [Online] Available from: http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBase_Policy_Maker/reports/Reporter_FullView.aspx?id=5 Accessed [17 June 2013].
4. Agheli N, Assef Zadeh S, Rajabi M. The prevalence of cardiovascular risk factors among population aged over 30 years in Rasht and Qazvin. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services. 2005; 35(9): 59-65. [Persian]

5. Varo JJ, Martínez-González MA, De Irala-Estévez J, Kearney J, Gibney M, Martínez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology* 2003; 32(1):138-146.
6. Mirkhani H, Mohamad Hasani MR, Sanat Kar M, Parvizi R, Radpoor M, Zamni J. Social and behavioral risk factors and life style in patients with acute myocardial infarction in Emam Khomeini hospital. *The Journal of Tehran Faculty of Medicine* 2005; 63(3): 187-180. [Persian]
7. Rashidy-Pour A, Malek M, Eskandarian R, Ghorbani R. Epidemiology of smoking among adult women population of Semnan province, Iran. *Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences* 2010; 11(2): 75-82. [Persian]
8. Bakhru A, Erlinger TP. Smoking cessation and cardiovascular disease risk factors: results from the third national health and nutrition examination survey. *PLOS Medicine* 2005; 2(6): 528-36.e160.
9. Arnold JMO, Howlett JG, Dorian P, Ducharme A, Giannetti N, Haddad H, et al. Canadian cardiovascular society consensus conference recommendations on heart failure update 2007: prevention, management during intercurrent illness or acute decompensation, and use of biomarkers. *Can J Cardiol* 2007; 23(1):21-45.
10. Linke SE, Rutledge T, Johnson BD, Olson MB, Bittner V, Cornell CE, et al. The joint impact of smoking and exercise capacity on clinical outcomes among women with suspected myocardial ischemia: the wise study. *J Women Health* 2009; 18(4): 443-50.
11. Lopez MJ, Perez-Rios M, Schiaffino A, Nebot M, Montes A, Ariza C, et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tob Control* 2007; 16(6): 373-377.
12. Jamrozik K. Estimate of deaths attributable to passive smoking among UK adults: Database analysis. *BMJ* 2005; 330(7495): 812-815.
13. Leone A, Giannini D, Bellotto C, Balbarini A. Passive smoking and coronary heart disease. *Curr Vasc Pharmacol* 2004; 2(2): 175-182.
14. Imani E, Hajizadeh N, Khademy Z, Naghizadeh F. Myocardial infarction and tobacco smoking: Risk of heart disrhythmia and conductive disorders. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2010; 7(4): 198-202. [Persian]
15. Adili F, Fakhr Zadeh H, Nouri M, Makarem J, Larijani B. Knowledge, practice 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*. 2005; 5(2): 175-185. [Persian]
16. Imanipour M, Bassampour Sh, Haghani H. Relationship between preventive behaviors and knowledge regarding cardiovascular diseases. *The Journal of Hayat* 2008; 14(2): 41-49. [Persian]
17. Jalali F, Haji Ahmadi M, Hosseinpour M, Angari M.Z, Asadi E. Knowledge, attitude and practice (KAP) of people living in Babol about clinical symptoms and risk factors of coronary artery diseases (CAD). *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2004; 21(6): 43-49. [Persian]
18. Sadeghian S. The knowledge of hospitalized patients about major risk factors of IHD in university hospitals of Tehran. *Daneshvar, Scientific-Research Journal of Shahed University* 2001; 35(8): 55-60. [Persian]

19. Hypertension study group world health organization. Prevalence awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multi-center study. Bulletin of the World Health Organization. 2001; 79(6): 490-500.
20. Eshrati B, Fotoohi A, Madjd-zadeh SR, Sarraf-zadegan N, Rahimi A, Mohammad K. The effect of using Kalleh-Pacheh, smoking and diabetes on myocardial infarction in Arak district of Iran. Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh) 2007; 9(4): 35-45. [Persian]
21. Brownson RC, Gurney JG, Land GH. Evidence-based decision making in public health. J Public Health Manag Pract 1999; 5(5): 86-97.
22. Austin MA, Zimmern RL, Humphries SE. High population attributable fraction for coronary heart disease mortality among relatives in monogenic familial hypercholesterolemia. Genet Med 2002; 4(4): 275-8.
23. Leonardi-Bee J, Smyth A, Britton J, Coleman T. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2008; 93(5): 351-361.
24. Nijiati K, Satoh K, Otani K, Kimata Y, Ohtaki M. Regression analysis of maternal smoking effect on birth weight. Hiroshima J Med Sci 2008; 57(2): 61-67.
25. Farshidi H, Zare Sh, Khajeh E, Daryanavard A, Dehghan Khalili M. Assessment tobacco consumption model in different jobs in Bandar Abbas. Journal of Hormozgan University of Medical Sciences 2008; 11(4): 273-278. [Persian]
26. De S, Searles G, Haddad H. The prevalence of cardiac risk factors in women 45 years of age or younger undergoing angiography for evaluation of undiagnosed chest pain. Can J Cardiol 2002; 18(9): 945-8.
27. Mattace-Raso F, van Popele NM, Schalekamp MA, van der Cammen TJ. Intima-media thickness of the common carotid arteries is related to coronary atherosclerosis and left ventricular hypertrophy in older adults. Angiology 2002; 53(5): 569-74.
28. Sahay BK, Sahay RK. Lifestyle modification in management of diabetes mellitus. J Indian Med Assos 2002; 100(3): 178-80.

Evaluation of smoking patterns in cardiac patients in the Shahid Mohamadi hospital of Bandar Abbas in 2011

Imani A¹, Imani E^{2*}

1 - Student of nuclear medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

2* - Msc, Nursing Department, Nursing & Midwifery Faculty. Hormozgan University of Medical Sciences. Bandar Abbas, Iran.
Telephone: 07616666367, Email: eimani@hums.ac.ir

Background and Objective: Tobacco smoking is one of the risk factors for cardiovascular diseases, which has many complications, but despite the risk factors many people in the community use it. The purpose of this study was to determine the smoking patterns in cardiac patients in the Shahid Mohamadi hospital of Bandar Abbas in 2011.

Material and Methods: In this descriptive and cross-sectional study, 200 patients admitted to the hospital in the first 3 months of 2011 were studied. The data gathering tool was a questionnaire. Data were analyzed using software SPSS13 and statistical tests.

Results: The results showed that 54% of patients were male and 32% used tobacco; out of these 41.2% were cigarette smokers. Fifty two point nine percent used hookah and 5.9% used both hookah and cigarettes. Overall, 57.1% of cigarette smokers used more than a pack of cigarettes in a day and 75% of people used hookah more than two times a day. Sixteen percent of the participants indicated using tobacco for fun.

Conclusion: Many cardiac patients use tobacco in the form of cigarette smoking and hookah. Although many complications of tobacco smoking is not yet determined, educational programs should be implemented in order to the culture and attitude about tobacco use in the community.

Keywords: Bandar Abbas, Cardiac disease, Consumption, Risk factors, Tobacco use.