

بررسی شیوع مصرف سیگار در افراد بالای ۱۵ سال

بخش اول

تقریباً ۶ میلیون مورد مرگ سالیانه در سراسر جهان در نتیجه مصرف سیگار یا مواجهه با آن می باشد. از این تعداد حدود ۶۰۰۰۰۰ مورد در نتیجه مواجهه دست دوم "second-hand smoke" و بیش از ۵ میلیون مرگ به مصرف مستقیم سیگار قابل انتساب است.^۱

نتایج مطالعات کشوری:

در مطالعه "الگوی کشوری استفاده از توتون و تنباکو در بالغین ایرانی"، مصرف روزانه سیگار **بطور کلی ۱۴,۸٪** و در جمعیت ۱۵-۶۴ ساله **۱۳,۷٪** گزارش شد. شیوع مصرف در سیگاری های فعلی و روزانه - "current and daily cigarette smoking" **۱۲,۵٪ (۲۳,۵٪ در مردان و ۱,۴٪ در زنان)** و **۱۱,۳٪ (۲۳,۴٪ مردان و ۱,۴٪ زنان)** و شیوع مصرف در سیگاری های سابق **۳,۴٪ (۶,۲٪ در مردان و ۰,۶٪ در زنان)** برآورد شد. متوسط سن شروع مصرف سیگار **۲۰,۵** بود (**۲۴,۲ در مردان و ۲۰,۴ در زنان**). همچنین در این مطالعه میزان شیوع مصرف قلیان **۲,۷٪ (۳,۵٪ در مردان و ۱,۹٪ در زنان)** برآورد شد.^۲ بر اساس گزارش مرکز مدیریت بیماری های غیر واگیر "نظام مراقبت عوامل خطر"، روند مصرف سیگار از سال ۲۰۰۶ تا سال ۲۰۱۱، بین **۱۰,۹۶٪ و ۱۰,۵۶٪** در هر دو جنس متغیر بوده است. (نمودار شماره ۱) در این مطالعه شیوع مصرف روزانه سیگار در جنس مرد **۲۰,۲۶٪** و در جنس زن **۰,۶۳٪** میانگین سن شروع مصرف **۱۹,۳۲** در مردان و **۲۰,۹۵** در زنان برآورد شده است.^۳

مطالعات دیگری نیز شیوع مصرف سیگار را در سطح کشور بررسی نموده اند. یک مطالعه، روند شیوع مصرف سیگار را در سال ۱۹۹۱ ۱۴,۶٪ و در سال ۱۹۹۹، **۱۱,۷٪** برآورد نمود.^۴ مطالعه دیگری شیوع مصرف روزانه سیگار را **۱۵,۳٪** و مطالعه سوم شیوع مصرف سیگار را **۱۱,۳٪** بر آورد نموده است. در متا آنالیز مطالعات اولیه و نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر، به ترتیب، شیوع مصرف سیگار در مردان **۲۱,۷٪** و **۱۹,۸٪** و در زنان **۳,۶٪** و **۰,۹۴٪** و بطور کلی **۱۳,۹٪** تخمین زده شد.^۷ یافته های یک مطالعه دیگر حاکی از آن است که **۷۴,۶٪** از جمعیت ۶۵-۱۸ ساله ایرانی غیر سیگاری هستند و **۱۰,۴٪** از افراد سیگاری روزانه ۵-۱ نخ سیگار و **۱۵٪** دیگر بیش از ۵ نخ در روز سیگار مصرف می کنند.^۸

در بررسی آمارهای مربوطه ذکر این نکته ضروری است که اگرچه طبق آخرین آمار کشوری، میزان مصرف در خانم های بالای ۱۵ سال حدود **۱٪** در کل کشور است، اما چند واقعیت مهم و قابل توجه در این خصوص وجود دارد:

-نسبت زنان سیگاری نسبت به مردان در حال افزایش است.

-براساس نتایج برخی مطالعات، مصرف روزانه مواد دخانی و بخصوص قلیان در بین زنان و دختران جوان در بعضی جوامع به خصوص شهرهای بزرگ در حال افزایش است. ذکر این نکته ضروری است که همه گیری در میان زنان هنوز به اوج خود نرسیده است. سازمان بهداشت جهانی پیش بینی می کند تا سال ۲۰۲۵ درصد

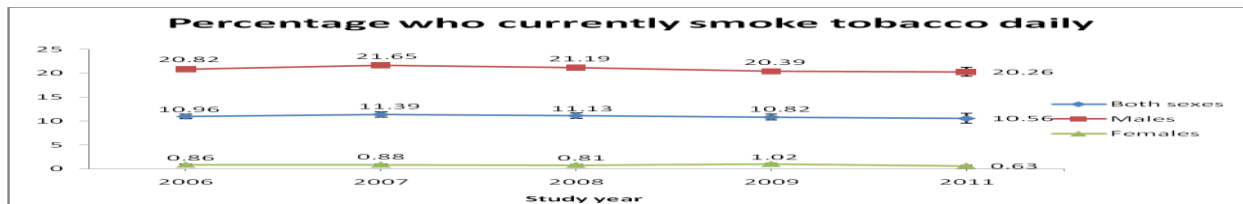
زنان سیگاری به ۲۰ درصد برسد. این در حالیست که حتی اگر میزان مصرف سیگار به همین اندازه باقی بماند بازهم تعداد زنان سیگاری افزایش نشان خواهد داد چرا که تعداد زنان کشورهای در حال توسعه از حدود یک میلیارد کنونی به حدود ۲/۵ تا ۳/۵ میلیارد نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید. و نهایتاً اینکه اگرچه میزان مصرف سیگار در گروه سنی ۱۵-۶۴ به نظر کاهش یافته است اما بررسی مطالعات مختلف بیانگر این واقعیت است که در گروه سنی نوجوانان شاهد **کاهش سن مصرف به زیر سن ۱۵** سال و **افزایش میزان مصرف دخانیات و علی الخصوص قلیان** هستیم و این امر توجه فوری و ویژه ای را می طلبد.

نتایج مقایسه استانها:

طبق آخرین آمار منتشر شده توسط نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر سال ۱۳۸۹، بیشترین میزان مصرف در **جنس مرد** را **استانهای اردبیل** با ۲۸.۴۲٪ و **آذربایجان غربی** با ۲۷.۳۶٪ و کمترین میزان مصرف را **استانهای ایلام** با ۱۰.۷۸٪ و **سیستان و بلوچستان** ۱۱.۹٪ لحاظ نمودند. همچنین بیشترین میزان مصرف در **جنس زن** **استان تهران** ۲۰.۸۹٪، **استان فارس** ۱۰.۲۸٪ و **استان اردبیل** ۱۱.۱۸٪ می باشد. یک مطالعه بررسی شیوع مصرف روزانه سیگار در بالغین را، با کمترین میزان در **گناباد** با رقم ۵.۹٪ و بیشترین میزان در **ساوجبلاغ** تهران با رقم ۵۰٪، گزارش نموده است^۹. مطالعه دیگری نشان داده است که مصرف سیگار در **استانهای اصفهان، ایلام، خراسان رضوی، کرمانشاه و همدان کمتر از میانگین کشوری** و در استان های **بوشهر، زنجان، قزوین، کرمان و لرستان بیشتر از میانگین کشوری** است^۸.

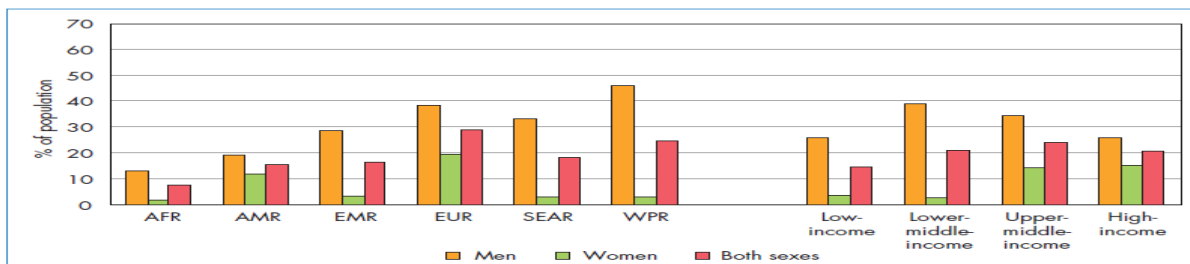
نتایج مقایسه بین کشورها:

بر اساس گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان بهداشت جهانی، در کشورهایی که از نظر درآمد در سطح متوسط "middle-income" هستند میزان مصرف سیگار بیش از کشورهای با درآمد بالا یا پایین "low- or high-income" است. کشور ایران از نظر income category در طبقه Lower middle قرار دارد. نمودار شماره ۲ مبنای مقایسه مصرف سیگار در "مناطق شش گانه سازمان بهداشت جهانی" و همچنین "طبقات مختلف کشورها بر اساس دسته بندی بانک جهانی" می باشد در این گزارش شیوع مصرف سیگار در جامعه ایرانی ۱۹.۴٪ در جنس مرد، ۱.۱٪ در جنس زن و ۱۰.۴٪ در هر دو جنس گزارش شده است. همچنین جدول شماره ۱ کشورهای اسلامی و غیر اسلامی منطقه EMRO و کشورهای اسلامی و غیر اسلامی کشورهای توسعه یافته را مورد مقایسه قرار داده است.



نمودار شماره ۱: روند مصرف سیگار در ایران از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۱

Figure 9. Age-standardized prevalence of daily tobacco smoking in adults aged 15+ years, by WHO Region and World Bank income group, comparable estimates, 2008



نمودار شماره ۲

*منطقه آفریقایی AFR، منطقه آمریکایی AMR، منطقه مدیترانه شرقی EMR، منطقه اروپایی EUR، منطقه آسیای جنوب شرقی SEAR، منطقه غرب اقیانوس کبر WPR

country	Islamic countries of EMRO region				Islamic country in developing Non EMRO region	Developing country non islamic non EMRO	Developed countries with western culture
	Egypt	Pakistan	Oman	Kuwait	Malaysia	China	Singapore Australia Italy America
Male	48.5%	25.4%	13.4%	34.4%	41%	66.9%	26.9% 29.9% 30% 23.1%
Female	1.5% 0.9%	3.5%	0.5%	1.9%	4%	4.2%	3.1% 24.2% 22.5% 18.1%
Total	27.2% 11.6%	19.4%	7%	17%	-	-	- - - 26.2% 20.6%

جدول شماره ۱: بررسی میزان مصرف روزانه سیگار در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی (اسلامی و غیر اسلامی) و کشورهای توسعه یافته (اسلامی و غیر اسلامی)

بخش دوم

دلایل مصرف سیگار

اعتیاد رفتاری است که ۴ ویژگی داشته باشد: ۱- تداوم مصرف ۲- اجبار به مصرف ۳- پاداش پس از مصرف ۴- علائم بعد از قطع مصرف^{(۱)۳} با دقت در مصرف سیگار متوجه اعتیادگونه بودن آن می‌شویم. این وضعیت معمولاً در سه ماه اول و یا بهتر است بگوییم بعد از مصرف ۱۰۰ نخ سیگار حاصل می‌شود و این تعریفی است که سازمان بهداشت جهانی از فرد سیگاری دارد. اما برای مشخص شدن اعتیاد ابزارهای مختلفی در دست است تا چگونگی آن مشخص شود. می‌توان میزان وابستگی به نیکوتین را در افراد سیگاری با آزمون فاگرتروم اندازه‌گیری کرد که یک تست ۶ سوالی با حداکثر ۱۰ امتیاز می‌باشد و افراد با نمره ۷ به بالا دارای وابستگی بالا به مصرف سیگار تعریف می‌شوند.^(۳)

مصرف دخانیات رفتاری است که در سنین نوجوانی و جوانی آغاز می‌شود. در بسیاری از مطالعات آمده است بیش از ۶۰٪ افراد سیگاری زیر سن ۱۶ سالگی اولین تجربه سیگار کشیدن را داشته‌اند.^(۴) دلایل شروع مصرف سیگار در این دوره شامل چند کلیشه همیشگی است که در تمامی جوامع و زمان‌ها یکسان می‌باشد. این دلایل عبارت است از کنجکاوی، تقلید، تفنن، فشار هم‌سالان، تجربه یک رفتار جدید و بی‌دلیل. هر کدام از این عوامل و یا ترکیبی از آنها کافی است تا فرد چند سیگار اولیه را مصرف نماید و همین باعث می‌شود پدیده اعتیاد در بدن او شکل بگیرد.

حسن زاده پنج عامل مهم در بررسی انگیزه‌های مصرف سیگار را صمیمیت با افراد سیگاری، کنجکاوی و تفریح، مشکلات ذهنی، استرس‌های روحی و آزادانه لذت بردن نام برده است.^(۵) در مطالعه رضوی و همکاران کسب آرامش، نارضایتی از زندگی، رفع خستگی، اصرار دوستان و خویشان، وقت‌گذرانی و سرگرمی، دوری از خانواده، علاقه شخصی و کسب لذت، خودنمایی، اعلام استقلال و تقلید از عوامل گرایش به مصرف سیگار ذکر شده است، در این میان نقش دوستان به عنوان یک محرک قوی تشخیص داده شده است.^(۶)

خانواده، جزء مهم‌ترین عوامل در تداوم اعتیاد نوجوانان و جوانان سیگاری است. هرگونه برخورد لفظی، تنبیه، لجاجت و مخالفت بی‌دلیل و بی‌منطق با نوجوان، تحریک‌کننده بوده و او را بیش‌تر به این سمت می‌کشاند.

مطالعه دکتر مجدزاده و همکاران تایید این مطلب است که داشتن پدر سیگاری نقش بسیار مهمی در تداوم مصرف سیگار دارد، همچنانکه سرمایه اجتماعی (social capital) نقش محافظتی و ترک خانواده، قطع کمک هزینه ماهانه و بیش فعالی با خطر بالاتری برای تبدیل شدن به یک فرد سیگاری همراه است^(۷).
مطالعه عبادی نشان داد که بین سن، تحصیلات، جنسیت، شغل و وضعیت تأهل با سیگار کشیدن، ارتباط معنی دار آماری به شکل زیر وجود دارد^(۸):

-به ازای هر واحد افزایش سن، سیگار کشیدن ۲ درصد افزایش می یابد. -به ازای هر واحد افزایش تحصیلات، سیگار کشیدن ۵ درصد کاهش می یابد -مردان نسبت به زنان حدود ۵ برابر بیش تر سیگار می کشند- افراد شاغل ۱,۴ برابر بیش از افراد بازنشسته و افراد بیکار ۲ برابر افراد شاغل سیگار می کشند. این نتایج با یافته های سایر مطالعات در ایران و سایر کشورها مطابقت دارد^(۹-۱۴). اما مورد وضعیت تأهل یافته های این مطالعه نشان داد که افراد مجرد، متأهل و مطلقه در قیاس با افراد بیوه بیشتر سیگار می کشند که این بر خلاف یافته های مطالعه حبیب امامی^(۱۵) است که عقیده دارند افراد متأهل، مطلقه و بیوه بیشتر از افراد مجرد سیگار می کشند. از سوی دیگر عرضه روزافزون و شایع مواد دخانی مانند قلیان در اماکن تفریحی و رستوران ها و قهوه خانه ها، تبلیغات فریبنده در مورد قلیان و تنباکوهای میوه ای و معطر، تغییر مصرف قلیان از فرم سنتی به فرم مدرن میوه ای و ... و استفاده از آن بعنوان وسیله تفریحی و در دسترس بودن و یا قیمت پایین انواع مواد دخانی از عوامل محیطی تاثیر گذار در کاهش سن شروع مصرف مواد دخانی و بویژه تغییر الگوی مصرف مواد دخانی در جوانان از سیگار به قلیان است. افزایش شیوع مصرف قلیان در جامعه در سال های اخیر نشان از کم اهمیت و بی اهمیت دانستن قلیان به عنوان یک ماده دخانی و اعتیاد آور است. به طوری که حتی منجر به استعمال آن توسط خانواده به صورت دسته جمعی در محافل خصوصی و یا در اماکن عمومی شده و حتی به عنوان وسیله ای برای ایجاد صمیمیت بیشتر از طرف والدین و یا سالخوردگان خانواده به نوجوانان و جوانان خانواده معرفی و تعارف می شود و مصرف آن ناآگاهانه مورد ترغیب از طرف والدین قرار می گیرد. باید توجه داشت که دود ناشی

از قلیان به عنوان دود دست دوم در محیط پراکنده شده و سایر افرادی را که در آن محل مصرف کننده قلیان نیستند، در معرض عوارض آن قرار دهد.

بنابراین دلایل شروع مصرف همان چند کلیشه اصلی بود که گفته شد ولی بعد از مدتی این دلایل دیگر اهمیتی برای مصرف سیگار نخواهد داشت و پدیده اعتیاد است که دلیل اصلی مصرف سیگار می‌شود. زیرا فردی که چند سال است سیگار می‌کشد دیگر به خاطر تقلید رفتار افراد بزرگسال این کار را انجام نمی‌دهد و یا دیگر دوستان به او سیگار تعارف نمی‌کنند بلکه او به علت معتاد شدن به سیگار این رفتار را انجام می‌دهد.^(۱۶-۱۷)

پس برای انگیزه‌ها و دلایل مصرف سیگار در افراد بایستی این تفاوت را قائل شد که شروع مصرف و تداوم مصرف دلایل متفاوتی دارد که برای شروع آن عمدتاً در نوجوانی چند کلیشه مشخص وجود دارد که همه آنها بعد از گذشت زمان تبدیل به نوعی از اعتیاد در فرد سیگاری می‌شود بنابراین در راه کارهای مقابله با آن نیز بایستی دو روش مشخص شامل پیشگیری از شروع مصرف در سنین نوجوانی و ارتقا سطح آگاهی و آموزش نه گفتن به این گروه عمل کرد و برنامه‌های ترک سیگار و مشاوره‌های مربوطه در افراد سیگاری را با سن بالاتر اجرا نمود.^(۱۸-۱۹)

نتیجه گیری

با توجه به داده های قابل استناد موجود، شیوع مصرف سیگار در ایران در حد متوسط جهانی و در مقایسه با کشورهای منطقه در حد مناسب و قابل قبولی است. بطور کلی میتوان گفت روند مصرف در سالهای گذشته ثابت مانده است و لیکن به نظر می رسد سن شروع مصرف در خلال دو دهه قبل کاهش یافته است. همچنین به نظر می رسد علیرغم کاهش شیوع تعداد افراد سیگاری در میانسالی، در سالهای آینده با یک افزایش شیوع مواجه باشیم. نکته قابل توجه دیگر افزایش شیوع مصرف قلیان در دو قشر زنان و جوانان می باشد که در بسیاری از موارد بررسی شیوع در نظر گرفته نمی شود و این در حالی است که طبق تعریق سازمان بهداشت جهانی بایستی مد نظر قرار بگیرد زیرا این امر باعث دخانیات شده و در سالهای آتی تبدیل به اعتیاد به مصرف سیگار می گردد.

ارائه راهکارهای پیشنهادی بر اساس نظر خبرگان و شواهد

اولین گام در مبارزه جهانی بر علیه دخانیات، اجلاس WHO بود. این اجلاس یک معاهده چند جانبه با بیش از ۱۵۰ شرکت کننده بود که شرکت کنندگان در این اجلاس متعهد شدند با الحاق به مبارزه بر علیه همه گیری دخانیات از سلامت جمعیت خود محافظت نمایند. جهت عملی نمودن نتایج اجلاس، WHO بسته MPOWER را پیشنهاد داد که از حروف اول شش سیاست مهم و موثر مبارزه با دخانیات تشکیل شده بود.

۱- کنترل سیاستهای مصرف دخانیات و پیشگیری (MONITOR): با هدف ارزیابی مصرف دخانیات و آثار و عوارض آن

۲- مصون داشتن مردم از مصرف دخانیات (PROTECT): شامل وضع قوانین مکانهای عاری از دود و تشویق افراد سیگاری به ترک سیگار

۳- کمک به افراد سیگاری برای ترک سیگار (OFFER HELP TO QUIT): تبیین برنامه هایی با هزینه کم و مداخلات موثر برای سیگاری هایی که مایل به ترک سیگار هستند

۴- هشدار به مردم در مورد دخانیات (WARN): با هدف تغییر نگرش بخصوص جوانان و نوجوانان نسبت به خطرات سیگار

۵- ممنوعیت تبلیغات دخانیات (ENFORCE): با تاکید بر ممنوعیت کامل تبلیغات

۶- افزایش مالیات بر دخانیات (RAISE TAX): بعنوان یکی از موثرترین روش های کاهش مصرف دخانیات

اجرائی شدن بسته فوق چند هدف اصلی را تحت پوشش قرار می دهد

۱- جوانان مصرف دخانیات را آغاز نکنند

۲- مصرف کنندگان فعلی آن را ترک کنند

۳- سیگاری های دست دوم از مواجهه دود در امان بمانند

۴- کشورها و مردم از مضرات دخانیات در امان بمانند.

در کشور جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۵ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات از سوی مجلس شورای اسلامی تصویب و جهت اجراء ابلاغ شد. قانون فوق مشتمل بر بیست ماده و هفت تبصره می باشد که سیاستهای پیشنهادی MPOWER و راهکارهای اجرایی آن را تحت پوشش قرار می دهد.

متأسفانه علیرغم شواهد متقن از موثر بودن برنامه، در مورد اجرایی شدن مواد این قانون باید گفت که تنها جزء محدودی از این قوانین مثل "الصاق عکس‌های هشداردهنده" روی پاکت سیگارها و "ممنوعیت مصرف سیگار در اماکن عمومی" آن هم تا اندازه‌ای به اجرا درآمده است و هنوز در موارد مهمی مانند ممنوعیت فروش سیگار به افراد زیر ۱۸ سال مشکلات بسیار زیادی داریم. چالش بسیار مهم دیگر در عملیاتی نمودن این برنامه ضعف همکاری‌های بین بخشی در دولت می‌باشد. این امر شاید به این دلیل باشد که علیرغم مفصل بودن برنامه ضمانت‌های اجرایی آن بخوبی دیده نشده است. لازم به ذکر است از نقاط قوت اجرای این برنامه تأثیر ممنوعیت تبلیغات صنایع دخانیات است که کشور ایران در مقایسه با سایر کشورهای در حال توسعه در وضعیت مطلوبتری قرار دارد.

بنابر مطالب ذکر شده فوق و با عنایت به اینکه کشور ما دارای قانون کامل و جامعی در زمینه کنترل دخانیات می‌باشد می‌باشد، برای تسریع عملیاتی شدن سیاست‌های فوق راهکارهای زیر پیشنهاد می‌شود:

۱- حمایت همه جانبه دولت از سیاست جامع کنترل تنباکو با شفاف نمودن ضمانت‌های اجرایی این قانون

۲- افزایش هماهنگی‌های بین بخشی

۳- برخورد شدید با جرائم از سوی ارگانهای قضایی

۴- تخصیص کامل مالیات‌های سیگار به وزارت بهداشت با هدف تامین منابع مالی برای مبارزه با مصرف دخانیات

۵- بر طرف کردن باور عمومی مبنی بر تولید دخانیات و نقش آن در کارآفرینی و کسب درآمد از طریق ارائه شواهد مستدل

۶- گسترش مراکز ترک سیگار و ادغام این مراکز در سیستم ارائه خدمات بهداشتی و بیمارستانها جهت تسهیل دسترسی همگانی

۷- کاهش هزینه‌های درمانی ترک سیگار و داروهای مصرفی در کلینیک‌های مربوطه با تحت پوشش قرار دادن خدمات توسط بیمه‌ها

- ۸- استفاده هرچه بیشتر از رسانه ها جهت آموزش و تشویق مردم برای فرهنگ سازی در جهت زندگی عاری از دخانیات و آشنایی با خطرات و مضرات مصرف سیگار و قلیان
- ۹- تلاش هر چه بیشتر در آشنا نمودن مردم از مفاد قانون کنترل دخانیات "علی الخصوص با استفاده از رسانه های جمعی" و آشنایی افراد با حقوق خود در این زمینه
- ۱۰- ترویج ترک سیگار با استفاده از افراد داوطلب مانند کارمندان دولت، سربازان و یا افراد بازنشسته
- ۱۱- انجام تحقیقات وسیع کشوری در زمینه میزان و الگوی مصرف دخانیات
- ۱۲- تدوین گاید لاینهای ملی و بومی و تعیین مداخلات موثر در ترک سیگار
- ۱۳- تاکید ویژه و قانون مدار بر عدم مصرف دخانیات مانند **"سیگار و همچنین قلیان" در اماکن عمومی با عنایت به این مسئله که قلیان وسیله تفریحی و جاذب گردشگری نیست.**
- ۱۴- حمایت ویژه از گروههای هدف شرکتهای دخانیات شامل زنان، دختران و نوجوانان در برابر تبلیغات فریبنده و جذاب
- ۱۵- نظارت مستمر بر محدودیت عرضه دخانیات به مراکز مجاز فروش و برخورد قانونی با دکه های روزنامه فروشی (رعایت قانون بصورت جدی و قابل پیگیری و دعوی قضایی مبنی بر ممنوعیت فروش مواد دخانی به افراد زیر هجده سال ، ممنوعیت فروش مواد دخانی به صورت فله ای و باز)
- ۱۶- افزایش جرایم و برخوردهای قانونی در موارد قاچاق و جمع آوری محصولات قاچاق توسط ارگانهای نظارتی و مسوول (در حال حاضر طبق قانون جامع کنترل دخانیات کلیه محصولات داخلی و وارداتی که با نظارت بر کیفیت استاندارد در بازار توزیع می شوند دارای برچسب شرکت دخانیات و هشدارهای بهداشتی هستند و محصولاتی که بدون نظارت بر استاندارد و از طریق قاچاق وارد بازار می شوند؛ فاقد این تصاویر هستند که بدلیل عدم نظارت بر کیفیت آنها اغلب تقلبی و حاوی مواد مضر دیگری علاوه بر مضرات معمول دخانیات هستند.)

نمونه هایی از مداخلات موفق

○ در سال ۲۰۱۳ سازمان بهداشت جهانی از ترکیه به عنوان کشوری که ملت آن نسبت به سالهای قبل بسیار آسانتر نفس می کشند نام برد. در سال ۲۰۰۰ علت بستری حدود ۲۰٪ از افراد در بیمارستانهای ترکیه ، بیماری های مرتبط با سیگار و بیش از نیمی مردان "سیگاری روزانه یا daily smoker) بودند. در سال ۲۰۰۸ با اعمال قوانینی نظیر مکانهای ۱۰۰٪ عاری از دود دخانیات توانستند شیوع مصرف را تا ۲۷٪ و میزان بستری های ناشی از مصرف دخانیات را تا ۲۰٪ کاهش دهند. دکتر چان در این گزارش عنوان کرد از آنجایی که مصرف سیگار قدمت بسیار زیادی دارد و به زمان امپراطوری عثمانی بر می گردد، و حدود ۴۰۰ سال تنباکو بخش مهمی از هویت سیاسی و فرهنگی و اقتصادی ترکیه بوده است این دستاورد بسیار درخشان است. لازم به ذکر است ترکیه تنها کشوری در جهان است که تا کنون سه جایزه کنترل دخانیات را از سازمان بهداشت جهانی دریافت نموده است.

○ دهه ۷۰ کشور فنلاند دارای بالاترین میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی بود. علت این مسئله میزان مصرف بالای سیگار، رژیم غذایی پر چرب و مصرف کم سبزیجات بود . با توجه به این مشکلات طیف وسیعی از اقدامات جامعه محور در بر گیرنده مدارس، خدمات اجتماعی و خدمات سلامت سازمان دهی شدند. این اقدامات عبارت بودند از : اقدامات قانونی برای منع تبلیغ دخانیات، عمومی سازی رژیم غذایی کم چرب، و حاوی سبزیجات، تغییر در مدل پرداخت به کشاورزان (پرداخت برای شیر بر پایه محتوی پروتئین به جای محتوی چربی) و تشویق جوامعی که به اهداف بهتری از کاهش کلسترول دست پیدا کرده بودند. نتیجه این اقدامات، کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی از ۸۵۰ به ۴۰۰ در صد هزار از سال ۱۹۷۰ تا سال ۲۰۰۲ بوده است.

○ در سال ۲۰۰۴، کشور ایرلند، به عنوان اولین کشور، استعمال دخانیات در اماکن عمومی سرپوشیده مانند رستوران ها را ممنوع اعلام کرد و با این کار نام خود را در تاریخ ثبت نمود.

برخلاف پیش بینی های ترسناک، ثابت گردید که سیاست ایرلند نه تنها از طرف مردم به راحتی مورد پذیرش قرار گرفت، بلکه هیچ افتی در تجارت ایجاد نکرده و سطح سلامت جامعه را نیز بهبود بخشید. حمایت مردمی نسبت به ممنوعیت استعمال دخانیات، هم از طرف غیرسیگاری ها و هم از طرف غیر سیگاری ها صورت پذیرفت. برطرف کردن این باور عمومی که رستوران ها و سایر اماکن عمومی، محل تجمع افراد سیگاری است موجب شد تا این اعمال قانون به یک هنجار عمومی تبدیل گردد. برای کشوری که به صورت سنتی مراکزی مملو از دود ناشی از استعمال دخانیات داشت، این حرکت جدید اجتماعی نمایانگر یک انقلاب بزرگ بود. مورخین قادر بودند. در ایرلند موفقیت این ممنوعیت سیگار، مرهون حمایت های دولت و گروه های مخالف استعمال دخانیات و ارگان های مرتبط با سلامت و حامیان بهداشتی بود.

○ در نیوزیلند فشار دانشمندان، حامیان سلامت و مراکز آموزشی موجب همگرایی در تصویب قانونی پیشرفته گشت.

○ در اروگوئه، ممنوعیت استعمال دخانیات بطور قاطعانه توسط رئیس جمهور که خود یک انکولوژیست است مورد حمایت قرار گرفت.

○ مثال های موفق در مورد مالیات سیگار استرالیا و تایلند هستند. افزایش ۱۰ درصد در قیمت سیگار باعث کاهش ۳ تا ۵ درصدی تقاضا در کشورهای با درآمد بالا و کاهش ۸ درصدی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط شده است. جوانان و قشر فقیر بیشترین پاسخ را به افزایش قیمت می دهند.

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3:e442,2006.
2. Alipasha Meysamie, Reza Ghaletaki. Pattern of tobacco use among the Iranian adult population: results of the national Survey of Risk Factors of Non-Communicable Disease . SuRFNCD-2007. *Tobacco Control*;19:125e128,2010.
- 3 . Results of the national Survey of Risk Factors of Non- Communicable Diseases (SuRFNCD)-2010-2011.
4. Mohammad K, Noorbala AA, Majdzadeh 2. SR, Karimloo M. Trend of smoking prevalence in Iran from 1991 to 1999. (Persian) .based on two national health surveys. *Hakim Res J*, 3(4):290-297,2000.
- 5 .Mehrabi S, Delavari A, Moradi G, Esmailnasab N, Pooladi A, Alikhani S, et al). Cigarette smoking among Iranian population between 15-64 years 2005. *Iran j epid*, 3(1, 2): 2006.

6.. Tavakkoli Zadeh J, Ghahramani M, MoghimanM. The survey of stressfulevents on smoked and non-smoked early adults of Gonabad city. *Ofogh-e-danesh Gonabad Uni Med J*, 1(10): 52-60, 2004.

7 Moosazadeh M, ZiaaddiniH. Meta-analysis of Smoking Prevalence in Iran. *Addict Health*; 5(3-4). 2013.

۸- عبادی مهدی. شیوع مصرف دخانیات: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران، فصلنامه پایش پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی .

9. Meysamie A. Ghaletaki1 R, N Zhand1, Abbasi. M. *Cigarette Smoking in Iran. Tanaffos*; 3(10): 53-61, 2004.

منابع بخش دوم:

- ۱- آیا دلیل مصرف سیگار با نتیجه درمان ترک سیگار رابطه دارد، پایش، شماره ۴، پاییز ۱۳۸۹
- ۲- شیوع مصرف سیگار در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران، مجله بهداشت مدیترانه شرقی، شماره ۱۳، تابستان ۱۳۸۶
- ۳- روشی آسان برای تشخیص وابستگی شدید به نیکوتین در افراد سیگاری، حکیم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۸
- ۴- بررسی عادت مصرف دخانیات در دانشجویان، پژوهش در پزشکی، جلد ۳۴ شماره ۲، پاییز ۱۳۸۹
- ۵- حسن زاده مهدی، ذبیحی فرشید. عوامل موثر در مصرف سیگار در دانشجویان علوم پزشکی، مجله راز. بهزیستن، شماره 19، صفحات 7 تا 10، سال 1380.
- ۶- رضوی سید منصور. اولین سن، اولین محل، اولین توصیه کننده و مهمترین انگیزه مصرف سیگار در شهر یزد، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، سال هشتم، شماره اول، صفحات 12 تا 17، بهار 1379.
7. Rezaei F, Nedja S, Majdzadeh R. Reasons for Smoking among Male Teenagers in Tehran, Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, Vol 2, No 4, October 2011.
- ۸- عبادی مهدی. شیوع مصرف دخانیات: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران، فصلنامه پایش پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی .
- 9- Meysamie A, Ghaletaki R, Haghazali M. Pattern of tobacco use among the Iranian adult population: results of the national survey of risk factors of noncommunicable diseases (SURFNCD-2007). *Tobacco Control* 2010; 19: 125-8
- ۱۰ - نوری معصومه، عدیلی فاطمه، پوراابراهیم رسول، حشمت رامین، فخرزاده حسین. بررسی الگوی مصرف سیگار و ارتباط آن با سایر عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی در ساکنین تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله ۹۱-۹۷: ۳؛ دیابت و لیپید ایران ۱۳۸۳.
- ۱۱ - میثمی علی پاشا، قدسی سیدمحمد، افتخار بهزاد. الگوی: ۳؛ مصرف سیگار در یک منطقه روستایی ایران. تنفس ۶۱-۵۳. ۱۳۸۳.
- 12- Moghimbeigi A, Eshraghian MR, Mohammad K, Nourijelyani K, Hussein 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
- 13- Khami MR, Murtomma H, Razeghi S, Virtanen JL. Smoking and its determinants among Iranian dental students. *Medical Principles and Practice* 19: 390-4, 2010
- 14- Babanov SA. (Abstract) The epidemiological characteristics of tobacco smoking. *Vestnik Rossiskoi Akademii Meditsinskikh Nauk [Russian]*; 8- 272006.
- ۱۵- امامی حبیب، حبیبیان سونیا، صالحی پیام، عزیزی فریدون. الگوی مصرف سیگار در یک منطقه شهری تهران، سال ۱۳۸۰؛ مطالعه قند و لیپید تهران. پژوهش در پزشکی ۴۷-۵۲: ۲۷، ۱۳۸۲.

- ۱۶- تاثیر خانواده در گرایش به سیگار در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران، مجله نظام پزشکی، شماره ۱، بهار ۱۳۸۵
- ۱۷- شیوع استعمال دخانیات در اعضای سازمان نظام پزشکی ایران سال ۱۳۸۲، مجله نظام پزشکی، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۴
- ۱۸- بررسی وضعیت سیگار در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران، پژوهنده، سال ۹، شماره ۴۱، آذر و دی ۱۳۸۳
- ۱۹- وضعیت استعمال دخانیات در دانشجویان پزشکی شهر تهران، مجله نظام پزشکی، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۱