

ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN
ISLAMIC CONSULTATIVE ASSEMBLY

No.: 15.107686
Date: 3.Oct.2006

COMPREHENSIVE ACT ON NATIONAL CONTROL AND CAMPAIGN
AGAINST TOBACCO

Official Gazette No. 17962 Date: 29. Oct.2005

ARTICLE 1:

To plan for campaign against consumption of tobacco products and for maintaining public health, the National Head Quarters of Controlling and Campaigning against tobacco products (hereinafter referred to as The HQ) shall be established in which following members participate:

- Minister of Health and Medical Education as the Head of the HQ
- Minister of Culture and Islamic Guidance
- Minister of Education
- Minister of Commerce
- Commander of Police
- Two members of Health and Treatment Commission of Islamic Consultative Assembly as observer
- Head of Islamic Republic of Iran Broadcasting (I.R.I.B) as the observer.
- Representative of one of non-governmental organizations related to tobacco products elected by the Ministry of Health and Medical Education

NOTE 1:

The Secretariat of HQ shall be settled in the Ministry of Health and Medical Education.

NOTE 2:

Six-month performance report of the HQ shall be submitted to the Minister's Cabinet and Health and Remedy Commission of Islamic Consultative Assembly.



NOTE 3: The representatives of governmental bodies related to the subject are invited to HQ session at discretion of the HQ's head without any right of voting.

ARTICLE 2:

The duties of the HQ are as follows:

- A- Providing of executive procedure concerning definitions, scope and features of advertisement.
 - B- Providing and ratification of educational programs and researches with cooperation of related bodies.
 - C Determination of kind of messages, warnings, pictures and plans concerning the Adverse social, economic, health and sanitary effects of tobacco products and time periods of them , subject of Article 5 of this Act.
- Decisions of this HQ shall be effective of approved by the president.

ARTICLE 3:

Any support, promotion, direct and indirect encouragement or provocation of people to smoke tobacco products shall be seriously forbidden.

ARTICLE 4:

Policy-making, supervision, and issuance of permission for importing tobacco products shall be solely done by the government.

ARTICLE 5:

Health warning and smoking Hazards related to the damages incurred by tobacco products shall be pictorial and cover at least 50% of the area of each side of the package of cigarettes (both locally manufactured or imported ones).

NOTE:

Using of misleading words such as mild, light, low tar , etc shall be banned.

ARTICLE 6:

All tobacco products shall be supplied in packages holding special label and batch of Iranian Tobacco Company (I.T.C). The insertion of the phrase "**specific for sale in Iran**" shall be legally necessary on the package of imported tobacco products.

ARTICLE 7:

The sale Permission for tobacco products shall be issued by the Ministry of Commerce and according to the HQ - ratified procedure.

NOTE:

The distribution of tobacco products for people not having the sale permission shall be banned

ARTICLE 8:



The annual price of tobacco products shall increase 10% through increasing tax. Up to 2% of the whole amount of tax obtained from the tobacco products deposited to the treasury account shall be allocated to the annual budgets of related public associations and organizations, NGO' S to support and boost them to develop educational, research and cultural programs for the Purpose of preventing and fighting against tobacco consumption,

ARTICLE 9:

The Ministry of Health and Medial Education shall be obliged to preventive, curative and rehabilitative measures for smokers and consultative services for cessation integrated in frame of primary health care services; and to provide development contexts and support from nongovernmental consultative and cessation clinics being active in quitting smoking of tobacco products.

ARTICLE 10:

Making any advertisement contrary to this act and its executive by-law shall be considered crime and lead to sentencing from (Rials) 500000/- to (Rials) 50000000/- as pecuniary punishment.

In addition to punishment, the court shall be obliged to order to confiscate the products being object of the advertisement. The level of this punishment shall be subject to increase on basis of inflation rate (once in 3 years) declared by the Central Bank of I.R. Iran and by approval of the Minister's Cabinet.

ARTICLE 11:

Selling and supplying tobacco products excepts in the places stipulated in Article 7 of the Act., supplying products lacking batch No and approved marks, repetition of non-payment of tax, shall result in sentencing from Rials 500000/- to (Rials) 30000000/- as pecuniary punishment. The determined punishments shall be possible to increase based on inflation rate (once in 3 years) declared by the Central Bank of I.R. Iran and by approved to the minister's cabinet.

ARTICLE 12:

Selling and supplying tobacco products to under-18-year-old persons or through such persons shall result in pecuniary punishment of (Rials) 100000/- to (Rials) 500000/- plus the confiscation of those tobacco products in hands of the offender. The repetition or multiplicity of the wrong doing shall be subject to (Rials) 10000000/- as pecuniary punishment.

ARTICLE 13:

Smoking tobacco products in the places stipulated in Article 18 of the Probing Administrative Offences Act, shall be prohibited and shall result in punishments as follows:

A- Where the offender is an employee of those organizations , he or she shall be sentenced to one of punishments stipulated in notes of A and B of Article 9 of the Administrative Offending Proceedings Act, which the related judgment shall be issued by the Probing Board of Administrative Offences In case of repetition of the offending for the third time, the punishment stipulated in note C of the mentioned article shall be applied.

B- Other offenders shall be sentenced to (Rials) 70000/- up to (Rials) 100000/-



NOTE 1:

Smoking tobacco products in public places or public transportation vehicles shall be penalized by law subject to pecuniary punishment of (Rials) 50000/-up to (Rials) 100000/- .

NOTE 2:

The Cabinet shall be allowed to revise the minimum and maximum levels of pecuniary punishment once in each 3 years on basis of the official inflation rate.

ARTICLE 14:

Selling, supplying, carrying and keeping the smuggled tobacco products by legal or real persons shall be prohibited and shall be subject to the regulations concerning the Smuggling of Goods.

ARTICLE 15- Registering any trademarks or special names used for tobacco products shall not be used for non tobacco products or vice-versa.

ARTICLE 16:

Sellers shall be obliged to supply the tobacco products in packages mentioned in Article 6, and selling and supplying opened packages of the tobacco products shall be prohibited.

The persons violating this prohibition shall be sentenced to pecuniary punishment of (Rials) 50000/- up to (Rials) 200000/-.

ARTICLE 17:

Financial burden resulting from the execution of this Act shall be covered by the existing facilities and the related financial shortage in 2006 shall be compensated from the Item of Saving. In the next years, the incomes resulting from Article 8 of the Act and other incomes in Article 9 shall be allocated to compensate that shortage.

ARTICLE 18:

The executive by-law of this Act shall be prepared by the Ministry of Health and Medical Education with cooperation of Iranian Tobacco Company, and shall be approved by the Minister's Cabinet.

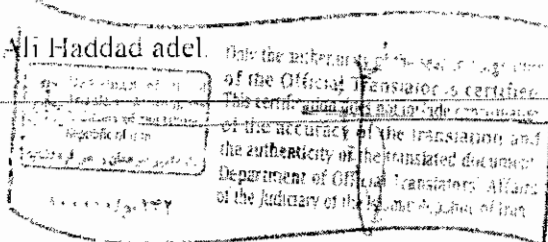
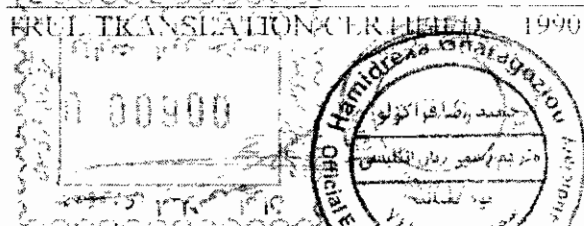
ARTICLE 19:

Penal decrees and punishments provided by this Act shall be enforced after 6 months following the approval.

ARTICLE 20:

Annual incomes resulting from producing and importing cigarettes and tobacco products leading to damage to health shall be notified to the expert commission of Islamic Consultative Assembly the above-said Act includes 20 articles and 7 notes enacted in the open session of Islamic Consultative Assembly dated on Wednesday Sept. 06, 2006 and approved by the Guardian Council on Sept. 27, 2006.

Speaker of Islamic Consultative Assembly-Golam Ali Haddad adel.
Signed and Sealed.





Ministry Of Health and Medical Education

Deputy of Health

***Tobacco Control National
Plan of Action***

Occupational and Environmental Health Management Center

Secretariat of the National Tobacco Control Committee

April 2003

Subject : Tobacco Control National Plan of Action

Main goal :

To increase and maintain present & future generation health to protect them from social, economical and environmental harmful effects of tobacco consumption and second hand exposure.

Specific Objectives :

1 - To increase public awareness on harmful effects of tobacco consumption and passive smoking with special focus on children and youth

1 - A - To conduct training programs for school children in assistance with ministry of education & training

1 - B - Public training on tobacco consumption harmful effects in collaboration with public media (IRIB , ...)

1 - C - To conduct world no - tobacco day seminar and tobacco free week (25 - 31 may) commemoration

1 - D - To conduct training courses for health workers on tobacco consumption adverse effects and make them familiar with control measures.

1 - H - To hold special training workshops for other governmental & non - governmental on tobacco consumption adverse effects.

2 - Epidemiological study on tobacco consumption status and other relevant issues.

2 - A - Epidemiological study on tobacco consumption prevalence among different sex and age groups.

2 - B - To launch an economic study on tobacco consumption

2 - C - To launch a social study on tobacco consumption effects.

2 - D - To conduct an environmental study on tobacco consumption adverse effects.

2 - E - Study on economic & health effects of second - hand smoking on non - smokers

2 - F - To conduct Epidemiologic monitoring for above - mentioned subjects (for 2 - A every two years and for other subjects every 5 years)

3 - To reduce tobacco consumption among currently active smokers.

3 - A Strengthening & Developing cessation clinics in PHC system.

3 - B - To assist for developing cessation clinics in private sector

3 - C - To facilitate and make more available replacement therapy products to help tobacco cessation process across the country

4 - Developing rules & policies on tobacco control Topic

- 4 - A - To obtain policymakers and social group leaders, participation in supportive tobacco control activities
- 4 - B - To make known FCTC to policymakers and social political leaders.
- 4 - C - To compile comprehensive law of tobacco control in accordance with FCTC.
- 4 - D - To Form national tobacco control committee according to FCTC recommendation to compile general policies and principals of tobacco control.
- 4 - E - To compile tobacco control related by - laws , standards and executive guidelines.
- 4 - F - To get involved university professors and experts in tobacco control programs.
- 4 - G - To participate individuals and developing active NGOs on tobacco control issue

Activities :

- To prepare training materials for school children
- To hold training & consultative workshops for IRIB managers to produce Radio & T.V. programs on relevant tobacco issues
- To hold training workshops for health workers to improve their ability for tobacco control
- To conduct explanatory sessions for media managers to mass media campaign

- To establish epidemiological monitoring center
- To hold training - consultative workshops to develop cessation clinics
- To launch equipped laboratories to determine and identify tobacco smoke components.
- To provide necessary replacement therapies (nicotine gum , labels , ...) and equip cessation clinics
- Public mobilization to fulfil tobacco control programs
- Design tools , guidelines and standards .
- Monitoring and evaluation

Evaluation indicators

- Increase in number of aware persons on tobacco harmful effects
- Increase in number of smokers who are volunteer to give up smoking
- Increase in number of smokers who succeed in tobacco quitting
- Increase in number of aware persons on second - hand smoking harmful effects.
- Reduce / elimination of tobacco supplying in food stores
- Increasing level of intersectional and community participation in WNTD world - No tobacco day and tobacco free week ceremonies.
- Daily records of tobacco consumption rates.

- Having other sectors supports on tobacco control programs
- Increase in universities participation in tobacco free week
- Increase in number of national studies
- Increase in number of cessation clinics
- Increase in number of provincial tobacco control committees
- Increase in number of produced & distributed training materials among targeted groups.

روند تغییرات شیوع استعمال دخانیات در ایران (۱۳۷۰-۱۳۷۸) " بر اساس دو طرح ملی سلامت و بیماری "

دکتر کاظم محمد^۱، دکتر احمد علی نوربالا^۲، دکتر سیدرضا مجدزاده^۳، مسعود کریملو^۴

Title: Trend of smoking prevalence in Iran from 1991 to 1999 based on two National Health Survey"

Authors: Mohammad K, (PhD); Noorbala AA, (MD); Madjdzadeh R, (DVM, PhD); Karimloo, (MSc).

Abstract: In order to predicting changes in the prevalence of smoking in Iran from 1991 to 1999, $\frac{1}{1000}$ households of the country had been chosen from each of the two national health surveys by cluster sampling. Related data to smoking were obtained from 15-69 years old participants in 1991 (n=27346) and from 15-99 years old ones in 1999 (n=36966), respectively. Cigarette smoking prevalence have been decreased overall from 14.6 to 11.7 percent in 15-69 years old age group. Although use of hookah and traditional pipe (Chopough) have been reduced from 3.8 to 3.5 percent overall, but increased from 0.8 to 1.4 percent in 15-24 years old age group.

Coincident with health educational programs, absence of massive promotional campaigns by tobacco companies and increasing tobacco taxes in Iran have led to a decrease in smoking prevalence.

Keywords: Smoking- Epidemiology- IRAN.

۱- استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- استادیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- عضو هیئت علمی گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

چکیده:

بمنظور تعیین روند تغییرات شیوع استعمال دخانیات در ایران از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۸ در هر یک از طرحهای ملی سلامت و بیماری از ۱/۱۰۰۰ خانوارهای کشور به روش خوشه‌ای نمونه‌گیری شد. داده‌های مرتبط با سیگار کشیدن به ترتیب در سال ۱۳۷۰ از افراد ۶۹-۱۵ ساله (۲۷۳۴۶ نفر) و در سال ۱۳۷۸ از افراد ۹۹-۱۵ (۳۶۹۶۶ نفر) اخذ شدند. شیوع استعمال سیگار بصورت کلی کاهش یافته است (در گروه سنی ۶۹-۱۵ سال از ۱۴/۶ به ۱۱/۷ درصد). مصرف قلیان و چپق نیز در کل جمعیت از الگوی مشابه‌ای پیروی می‌کند و از ۳/۸ به ۳/۵ درصد تنزل پیدا کرده، ولی در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال از ۰/۸ به ۱/۴ درصد افزایش یافته است. همزمان با اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت، عدم وجود تبلیغات توسط کارخانه‌های دخانیات و اعمال مالیات بر سیگار و تنباکو در ایران طی این مدت موجب کاهش شیوع مصرف دخانیات شده است.

گل‌واژگان: استعمال دخانیات، اپیدمیولوژی، ایران.

مقدمه:

طی چند دهه اخیر میزان سیگار کشیدن در کشورهای پیشرفته (بواسطه اعمال محدودیت‌های قانونی و فعالیتهای آموزش بهداشت) کاهش چشمگیری یافته است (۲۱). ولی به علت تجارت پر سود دخانیات، کمپانیهای سیگار بازارهای خود را تغییر داده و میزان مصرف کشورهای در حال توسعه به شدت بالا رفته، بطوریکه طی دو دهه در هندوستان ۴۰۰ درصد و در گینه نو ۳۰۰ درصد افزایش مصرف سیگار وجود داشته است (۳). تنها بین سالهای ۱۹۹۵ الی ۱۹۹۹ میلادی نسبت سیگار کشیدن در نوجوانان دبیرستانی بوداپست مجارستان از ۳۶ به ۴۶ درصد رسیده است (۴). از بین ۱/۱ میلیارد نفر سیگاری در دنیا، هشتاد درصد از آنها در کشورهایی که درآمد کم و یا متوسط دارند زندگی می‌کنند. در نتیجه بررسی روند تغییرات مصرف دخانیات در کشورهای در حال توسعه به عنوان یک اولویت بهداشتی اهمیت زیادی دارد و بایستی مورد توجه سیاستگذاران امور سلامت جامعه باشد (۵).

طرح ملی سلامت و بیماری در ایران با هدف گردآوری داده‌های لازم برای برنامه ریزی در حیطه‌های مختلف مرتبط با سلامتی برای نخستین بار از سال ۱۳۶۹ طراحی و اجرا شده است. در این طرح بیشتر داده‌هایی مد نظر قرار داشته‌اند که نظام مراقبت ویژه‌ای برای آنها طراحی و اجرا نشده و یا نظام اطلاعاتی جاری آنها از پوشش قابل قبولی برخوردار نمی‌باشند. یکی از داده‌های مهم طرح وضعیت استعمال دخانیات می‌باشد که نتایج حاصل از مطالعه نوبت اول سلامت و بیماری در مورد سیگار قبلاً منتشر شده است (۶). در سال ۱۳۷۸ (حدوداً پس از ۸ سال) این طرح برای بار دوم اجرا شد تا بدینوسیله بتوان تصویری از شرایط موجود بدست آورد و مهمتر اینکه بتوان روند تغییرات طی دو نوبت طرح را تعیین نمود. هدف از مقاله حاضر بررسی وضعیت استعمال دخانیات و بخصوص تغییراتی است که در این دو نوبت اجرای طرح ملی سلامت و

مجله پژوهشی حکیم

بیماری در کشور رخ داده است.

روش کار:

جمع‌آوری اطلاعات به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بود که هر خوشه را در نوبت اول طرح هفت و در نوبت دوم هشت خانوار تشکیل می‌داد. چهارچوب آماری مورد استفاده (به استثنای برخی شهرهای بزرگ همچون تهران) فهرست خانوارهای موجود در معاونت امور بهداشتی هر استان بوده که معمولاً سالانه به‌نگام می‌شوند. نسبت اندازه نمونه به جامعه ۱/۱۰۰۰ بوده است. انتخاب خوشه‌ها در مناطقی که فهرست خانوار از قبل وجود داشته، بصورت سیستماتیک و در شهرهایی که این فهرست از قبل موجود نبود به صورت تصادفی، بر اساس برآورد جمعیت شهر و با استفاده از آدرس تولدها انجام شده است. متغیرهایی که در این بررسی منظور شده‌اند عبارت بودند از: سن، جنس، منطقه جغرافیایی (شامل نام استان، شهر یا روستا) مقدار مصرف سیگار و بالا خره استفاده از چپق و یا قلیان.

در مورد شیوه تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده با توجه به حجم نمونه و بواسطه قانون اعداد بزرگ عملاً اشتباه تصادفی داده‌ها قابل اغماض بوده و از انحراف استاندارد کمی برخوردارند، در نتیجه نیازی به انجام آزمون و یا ارائه فاصله اطمینان نمی‌باشد. لیکن با توجه به امکان وجود اشتباه غیر تصادفی (منظم) و مخدوش شدن نتایج، برای کاهش سهمی از این خطا تجزیه و تحلیل‌ها بر حسب زیر گروههای سنی، جنسی و محل سکونت ارائه خواهند شد. ورود کلیه داده‌های طرح طی دو نوبت در برنامه Epi Info (Ver.6.0) صورت گرفته و پس از تصحیح آنها در نرم‌افزار SPSS for Windows (Ver.10) تجزیه و تحلیل شدند.

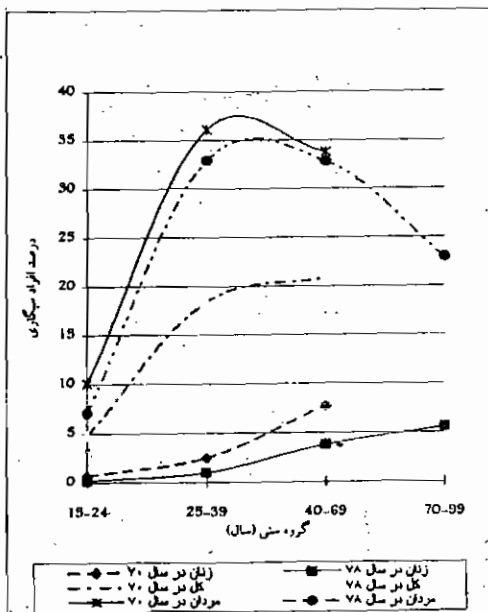
جدول ۱- خصوصیات افراد تحت مطالعه در دونوبت طرح سلامت و بیماری در سالهای ۱۳۷۸ و ۱۳۷۰ (درصد) تعداد

سلامت و بیماری ۱۳۷۸ $n=36966$ (۱)	سلامت و بیماری ۱۳۷۰ $n=27346$ (۱)	
		موارد پاسخ‌دهی به سننوال در خصوص مصرف:
سیگار ۳۶۴۷۵ (۹۸/۷)	سیگار ۲۶۶۱۸ (۹۷/۳)	
قلیان یا چپق ۳۶۳۹۱ (۹۸/۴)	قلیان یا چپق ۲۶۴۶۰ (۹۶/۸)	
		گروه سنی (سال):
۱۲۰۵۷ (۳۳/۰)	۸۹۸۴ (۳۳/۷)	۱۵-۲۴
۱۱۹۷۸ (۳۲/۸)	۹۳۵۴ (۳۵/۱)	۲۵-۳۹
۱۰۵۶۵ (۲۹/۰)	۸۲۸۰ (۳۱/۱)	۴۰-۶۹
۱۸۷۵ (۵/۱)	-(-)	۷۰-۹۹
		جنس:
مؤنث ۱۹۷۷۷ (۵۴/۲)	مؤنث ۱۴۰۹۷ (۵۳/۰)	
مذکر ۱۶۶۹۸ (۴۵/۸)	مذکر ۱۲۵۲۱ (۴۷/۰)	
		محل سکونت:
شهر ۲۳۵۱۰ (۶۴/۵)	شهر ۱۶۳۳۱ (۶۱/۳)	
روستا ۱۲۹۶۵ (۳۵/۵)	روستا ۱۰۲۸۷ (۳۸/۶)	

(۱) حجم نمونه افراد ۱۵ سال و بالاتر شرکت کننده در طرح ملی سلامت و بیماری

سال ۷۰، به ۱۱/۷ درصد در سال ۷۸ کاهش پیدا کرده است. در شهرها نسبت افراد سیگاری در سال ۷۰، ۱۵/۳ بوده که در مطالعه بعدی به ۱۱/۸ درصد رسیده است و روستاها نیز کاهشی از ۱۳/۵ به ۱۱/۷ درصد (به ترتیب سالهای ۷۰ و ۷۸) را نشان می‌دهند.

شکل ۱- سیگار کشیدن در ایران بر حسب سن و جنس



زمستان ۷۹، دوره سوم، شماره چهارم

نتایج:

از افراد واجد شرایط مطالعه (۱۵ سال به بالا) در سال ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸ به ترتیب ۹۷/۳ و ۹۸/۷ درصد به سننوال در خصوص استعمال سیگار پاسخ گفته‌اند. خصوصیات افراد تحت مطالعه در دونوبت طرح طی جدول ۱ آمده است. همانطور که این جدول نشان می‌دهد محدوده سنی مورد مطالعه در سال ۱۳۷۰، ۱۵ الی ۶۹ سال بوده در حالیکه در سال ۱۳۷۸ تا ۹۹ سالگی می‌باشد (به همین جهت در ارائه نتایج مربوط به طرح در سال ۱۳۷۰، ردیف مربوط به سنین بالای ۶۹ سال خالی است).

به علت تفاوت نسبت سیگار کشیدن در گروههای سنی مختلف، شکل ۱ و جدول ۲ توزیع استعمال سیگار در سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸ را بر حسب گروههای سنی نشان می‌دهند. علاوه بر مقایسه نسبت سیگار کشیدن بین دو سال مطالعه در زیر گروههای مختلف سنی، مقایسه کلی آن‌ها در ۱۵-۶۹ سالگی نیز امکانپذیر است. جدول ۲ نشان دهنده استعمال سیگار بر حسب جنس و محل سکونت در زیر گروههای سنی نیز می‌باشد. مقایسه تفاوت‌های بین سالهای ۷۰ و ۷۸ توسط شکل ۱ مشخص تر است. همانطور که شکل ۱ نشان می‌دهد در کلیه گروههای سنی و در هر دو جنس کاهش نسبت استعمال سیگار از سال ۷۰ تا ۷۸ وجود داشته و بر اساس جدول ۲ در گروه سنی ۱۵-۶۹ سال این نسبت از ۱۴/۶ در

جدول ۲- استعمال سیگار بر حسب جنس و محل سکونت در زیرگروه‌های سنی تحت مطالعه در کل کشور، سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸

سن (سال)	سال مطالعه	جنس		محل سکونت		مصرف کننده در کل گروه سنی
		مرد	زن	شهر	روستا	
۱۵-۲۴	۱۳۷۰	۴۰۰ (۱۰/۱)	۳۲ (۰/۷)	۲۷۱ (۵/۱)	۱۶۲ (۴/۴)	۴۳۴ (۴/۸)
	۱۳۷۸	۳۷۶ (۷/۱)	۱۳ (۰/۲)	۲۱۴ (۲/۸)	۱۷۵ (۳/۹)	۳۸۹ (۳/۲)
۲۵-۳۹	۱۳۷۰	۱۵۹۸ (۳۶/۱)	۱۲۵ (۲/۵)	۱۱۷۹ (۱۹/۴)	۵۲۶ (۱۶/۶)	۱۷۲۳ (۱۸/۴)
	۱۳۷۸	۱۷۸۸ (۳۲/۹)	۶۳ (۱/۰)	۱۲۰۵ (۱۵/۳)	۶۴۴ (۱۵/۷)	۱۸۵۱ (۱۵/۵)
۴۰-۶۹	۱۳۷۰	۱۴۰۹ (۳۲/۸)	۳۱۵ (۷/۷)	۶۰۲۴ (۲۱/۰)	۷۰۰ (۲۰/۵)	۱۷۲۴ (۲۰/۸)
	۱۳۷۸	۱۶۰۶ (۳۲/۳)	۲۱۲ (۳/۸)	۱۲۲۲ (۱۷/۵)	۵۹۶ (۱۶/۶)	۱۸۱۸ (۱۷/۲)
۷۰-۹۹	۱۳۷۰ ^(۱)	-	-	-	-	-
	۱۳۷۸	۲۲۵ (۲۳/۰)	۵۰ (۵/۶)	۱۵۱ (۱۴/۲)	۱۲۴ (۱۵/۲)	۲۷۵ (۱۴/۷)
۱۵-۶۹	۱۳۷۰	۳۴۰۷ (۲۷/۲)	۴۷۴ (۳/۴)	۲۴۹۲ (۱۵/۳)	۱۳۸۹ (۱۳/۵)	۴۸۸۱ (۱۴/۶)
	۱۳۷۸	۳۷۷۰ (۲۴/۰)	۲۸۸ (۱/۵)	۲۶۴۱ (۱۱/۸)	۱۴۱۷ (۱۱/۷)	۴۰۸۵ (۱۱/۷)
۱۵-۹۹	۱۳۷۰ ^(۱)	-	-	-	-	-
	۱۳۷۸	۳۹۹۵ (۲۳/۹)	۳۳۸ (۱/۷)	۲۷۹۲ (۱۱/۹)	۱۵۴۱ (۱۱/۹)	۴۳۳۳ (۱۱/۹)

(۱) محدوده سنی مطالعه سلامت و بیماری ۱۳۷۰، ۶۹-۱۵ سالگی بوده در نتیجه داده‌های مربوط به داده‌های این ردیف‌ها موجود نمی‌باشد.

بحث:

مقایسه شیوع استعمال دخانیات بین سالهای ۱۳۷۸ و ۱۳۷۰ نشان می‌دهد که مصرف بطور کلی کاهش یافته است. این کاهش برای سیگار در کلیه زیرگروه‌های سنی، جنسی و در شهر و روستا رخ داده ولیکن مصرف قلیان و یا چپق با زیرگروه‌های سنی تقابل (Interaction) داشته که این موضوع در شکل‌های ۲ الف، ب و پ کاملاً مشخص می‌باشد^۱.

در خصوص قوت و ضعف این مطالعه ابتدا باید توجه کرد که سئوالات مربوط به استعمال دخانیات همراه با مجموعه کاملی از مصاحبه، معاینه و بررسی‌های آزمایشگاهی صورت گرفته است. در نتیجه انتظار می‌رود صحت پاسخ دهی به سئوالات در این مطالعه بیش از مطالعات اختصاص بر روی دخانیات باشد. عملاً بر اساس جدول ۱ پاسخ دهی قابل قبولی از افراد تحت مطالعه مشاهده می‌شود (بالا تر از ۹۶ درصد در هر یک از سالها و در خصوص هر یک از سئوالات). تنها این امکان وجود دارد که سوءگرایی در اطلاعات جمع‌آوری شده از گروه‌های سنی پائین تر وجود داشته باشد که چون این بررسی به روند تغییرات پرداخته، انتظار می‌رود این سوءگرایی بصورت

این احتمال وجود داشته که کاهش مشاهده شده در نسبت افراد سیگاری ناشی از تغییر گرایش به انواع دیگر مصرف دخانیات در افراد جامعه باشد. در نتیجه داده‌های مربوط به مصرف قلیان و چپق بر حسب جنس و محل سکونت در زیرگروه‌های مختلف سنی در جدول ۳ و شکل ۲ (الف تا پ) تحت بررسی قرار گرفته‌اند.

بر اساس این جدول مصرف کلی استعمال قلیان و یا چپق در گروه‌های سنی ۱۵-۶۹ سال طی این مدت از ۳/۸ به ۳/۵ درصد کاهش یافته است. مجدداً الگوی کاهش مصرف در بیشتر زیرگروه‌های سنی، جنسی و بر حسب محل سکونت محسوس می‌باشد ولیکن در مورد گروه سنی ۱۵-۲۴ سال در کلیه زیرگروهها افزایش مصرف مشاهده می‌گردد، بنحویکه این نسبت (مصرف قلیان و یا چپق) از ۰/۸ به ۱/۴ درصد رسیده است.

نکته دیگری که از جمله نتایج طرح ملی سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸ می‌باشد این است که ۱۸/۳ درصد مصرف کنندگان قلیان و یا چپق همزمان سیگار نیز می‌کشند. به عبارت دیگر ۰/۷ درصد (۰/۳۶×۰/۳۸۱=۰/۷) افراد حداقل از دو نوع دخانیات استفاده می‌نمایند. شکل ۳ توزیع استعمال دخانیات در استانهای کشور در گروه سنی ۱۵-۶۹ سال را نشان می‌دهد. همانطور که مشخص است بیشترین فراوانی مصرف سیگار در هر دو بررسی مربوط به شمال غرب کشور بوده در حالیکه مصرف قلیان و یا چپق در استانهای جنوبی، بخصوص در حاشیه خلیج فارس و دریای عمان مشکل ساز می‌باشد.

مجله پژوهشی حکیم

۱ - به نظر نگارندگان از میان قلیان و چپق سهم اولی عمده می‌باشد و بخصوص تمايل جوانان به استفاده از قلیان‌های با اسانس میوه قابل ملاحظه می‌باشد.

اقتصادی، عملاً قوانین و یا مداخلات جدی برای کنترل آن صورت نمی‌گیرد. در حالیکه برقراری مالیات مؤثر بر روی قیمت انواع تنباکو کاهش ۸ درصدی مصرف را در کشورهای با درآمد پائین تر به همراه دارد ولی این مالیات نصف قیمت تنباکو در این کشورها را نیز شامل نمی‌شود. در حالیکه در کشورهای با درآمد بالاتر علیرغم اثر نسبتاً کمتر برقراری مالیات، دو سوم قیمت دخانیات را مالیات تشکیل می‌دهد (۱۰).

فعالتهایی که در سالهای اخیر در ایران صورت گرفته عملاً بیشتر معطوف به برنامه‌های آموزش بهداشت بر علیه سیگار بوده است (عملاً بر روی سایر انواع دخانیات اطلاع رسانی صورت نمی‌گیرد که شاید به واسطه استفاده از منابع غربی است که مشکلی همچون قلیان را ندارند). در نتیجه اجرای قوانین در زمینه محدودیت استعمال دخانیات کاملاً عملی نشده است. لذا علیرغم کاهش نسبی شیوع استعمال دخانیات در طی ۸ سال گذشته در ایران، با توجه به زیادی بار کنونی آن، تغییر هرم سنی و نیز مخاطرات بهداشتی و اقتصادی بسیار مهم آن لازم است در سالهای بعد تدابیر جدی برای کنترل آن اعمال شود.

یکنواختی در دو طرح سلامت و بیماری وجود داشته باشد و در تفاضل نتایج (روند) حذف گردد. همچنین برای اینکه نتایج حاصل مخدوش نشده باشند مقایسه در زیر گروههای سنی، جنسی و بر اساس محل سکونت نیز صورت گرفته است.

متأسفانه و علیرغم کاهش نسبی در شیوع استعمال دخانیات بصورت کلی در کشور، مصرف قلیان در گروههای سنی ۲۴-۱۵ ساله افزایش یافته که قابل توجه می‌باشد. بخصوص اینکه مطالعات نشان داده‌اند دخانیات دروازه مصرف مواد مخدر بوده (۷) و در صورت شروع استعمال دخانیات در سنین پائین تر امکان اینکه فرد مصرف کننده قهار (Heavy) گردد بیشتر است و عواقب وخیمی خواهد داشت (۸). حتی مقاله بسیار مهمی که به مرور مطالعات مختلف در خصوص اثرات دخانیات بر مرگ و میر پراخته اذعان دارد که اهمیت سن شروع دخانیات از مقدار مصرف بیشتر است (۹).

اخیراً در مطالعه جامعی که توسط بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت با کمک بیش از ۴۰ نفر اقتصاد دان، اپیدمیولوژیست و... انجام گرفته و در آن به بررسی وضعیت استعمال دخانیات در کشورهای مختلف دنیا پرداخته‌اند، نشان داده شده که علیرغم آگاهی مسئولین این کشورها از دخانیات به علت اثرات کوتاه مدت

جدول ۳- استعمال قلیان یا جبق بر حسب جنس و محل سکونت در زیرگروههای سنی تحت مطالعه در کل کشور، سالهای ۱۳۷۸ و ۱۳۷۰

(درصد تعداد)

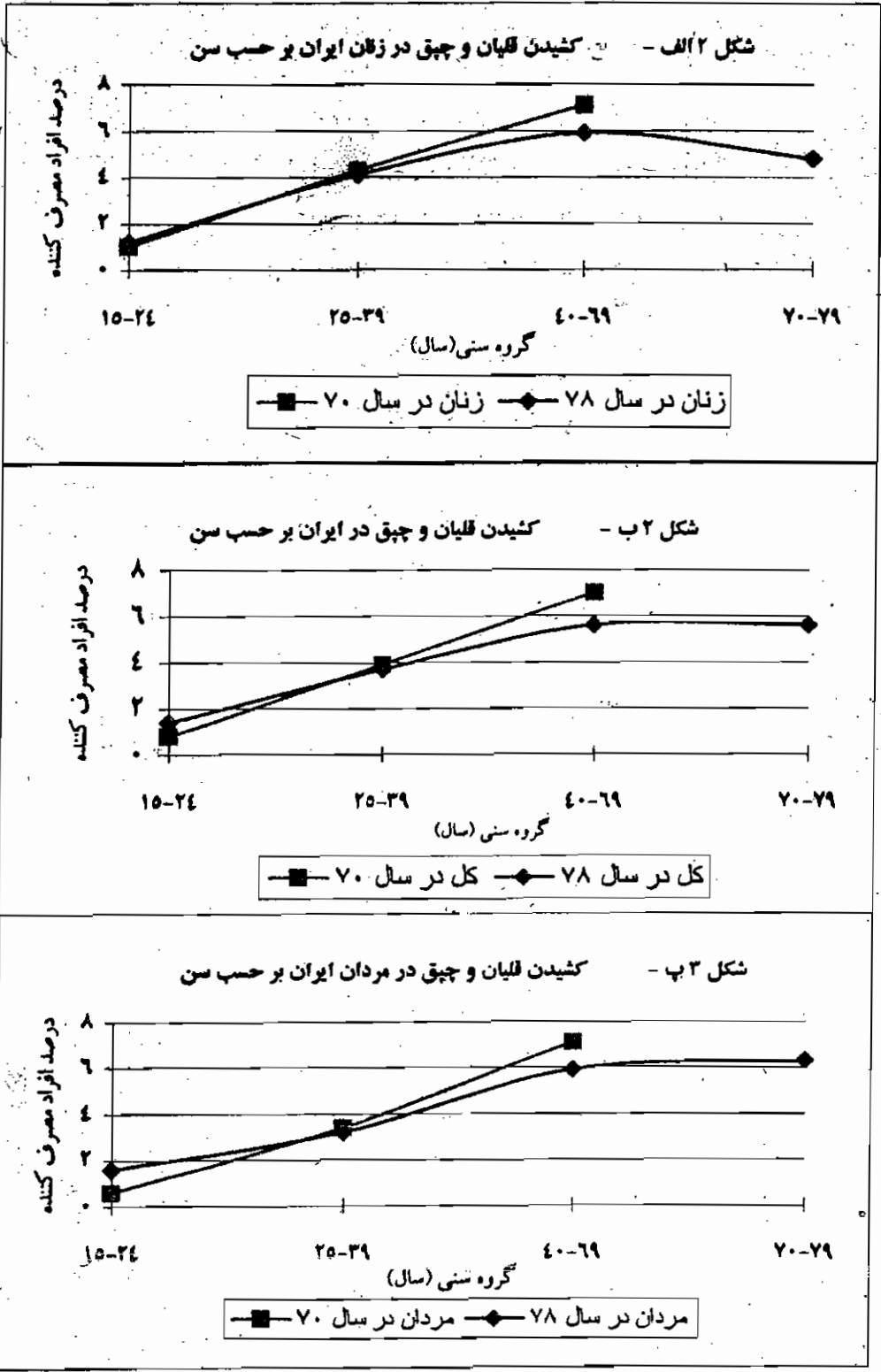
مصرف کننده در کل گروه سنی	محل سکونت		جنس		سال مطالعه	سن (سال)
	روستا	شهر	زن	مرد		
۷۱(۰/۸)	۳۸(۰/۱)	۳۳(۰/۶)	۴۹(۱/۰)	۲۲(۰/۶)	۱۳۷۰	۱۵-۲۴
۱۷۰(۱/۴)	۸۶(۱/۹)	۸۴(۱/۱)	۸۳(۱/۲)	۸۷(۱/۶)	۱۳۷۸	
۳۶۱(۳/۹)	۱۷۵(۵/۶)	۱۸۶(۳/۰)	۲۱۱(۴/۳)	۱۵۰(۳/۲)	۱۳۷۰	۲۵-۳۹
۴۴۳(۳/۷)	۲۰۶(۵/۰)	۲۳۷(۳/۰)	۲۶۷(۴/۱)	۱۷۶(۲/۳)	۱۳۷۸	
۵۷۳(۷/۰)	۲۸۲(۸/۵)	۲۹۱(۶/۰)	۲۱۳(۷/۱)	۲۸۰(۶/۸)	۱۳۷۰	۴۰-۶۹
۵۹۳(۵/۶)	۲۹۳(۸/۲)	۳۰۰(۴/۳)	۳۳۰(۵/۹)	۲۶۳(۵/۳)	۱۳۷۸	
-	-	-	-	-	(۱) ۱۳۷۰	۷۰-۹۹
۱۰۴(۵/۶)	۶۷(۸/۲)	۳۷(۳/۵)	۴۳(۴/۸)	۶۱(۶/۳)	۱۳۷۸	
۱۰۰۵(۳/۸)	۴۹۵(۴/۹)	۵۱۰(۳/۱)	۵۵۳(۳/۹)	۴۵۲(۳/۶)	۱۳۷۰	۱۵-۶۹
۱۲۰۶(۳/۵)	۵۸۵(۴/۸)	۶۲۱(۲/۸)	۶۸۰(۳/۶)	۵۲۶(۳/۴)	۱۳۷۸	
-	-	-	-	-	(۱) ۱۳۷۰	۱۵-۹۹
۱۳۱۰(۳/۶)	۶۵۲(۵/۰)	۶۵۸(۲/۸)	۷۲۳(۳/۷)	۵۸۷(۳/۵)	۱۳۷۸	

(۱) پانویس مشابه با جدول ۲

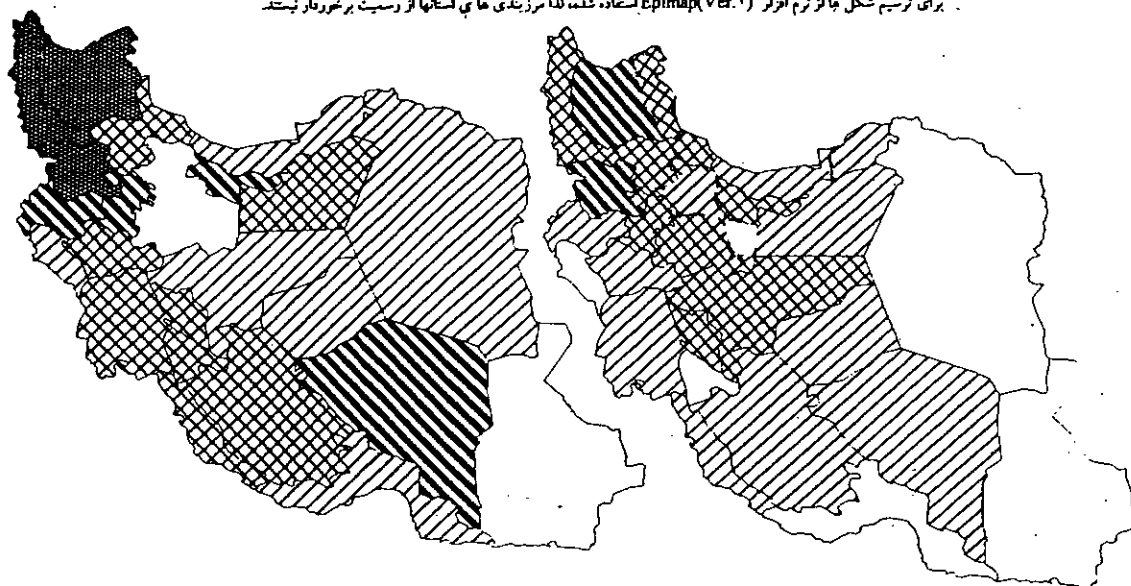
تشکر و قدردانی:

پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، سازمان انتقال خون، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکر می‌شود.

این بررسی با استفاده از بودجه طرح‌های ملی و توسط مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور صورت گرفته که در این راه از همکاری معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش



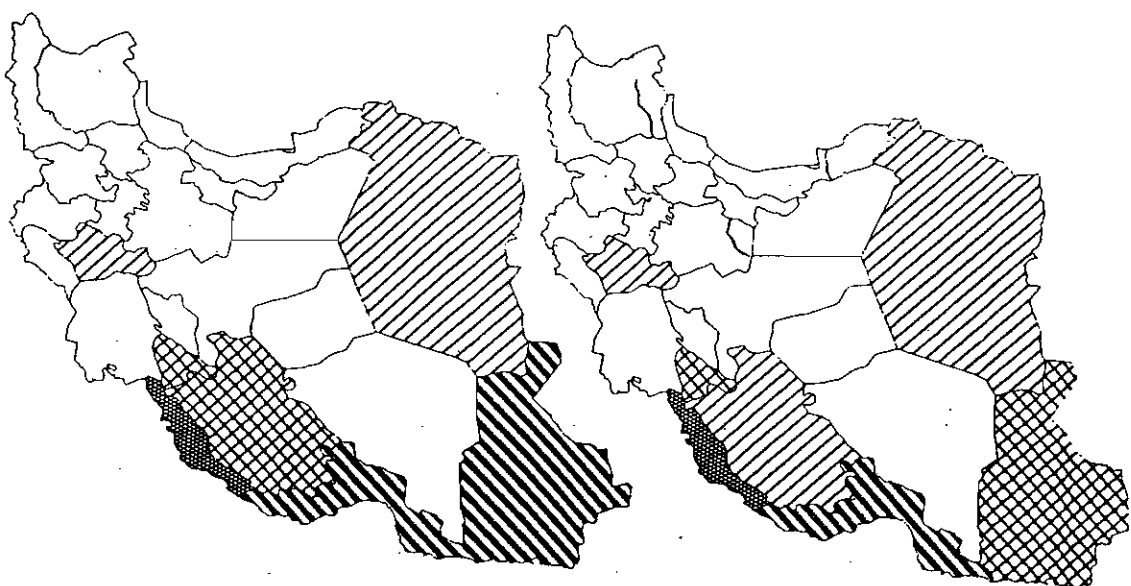
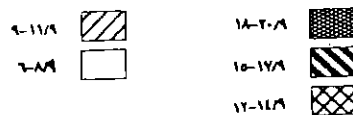
شکل ۳- پراکنش استعمال دخايات در استانهای کشور در گروههای سنی ۱۵-۶۹ سال، طرح های سلامت و بیماری در سالهای ۱۳۷۸ و ۱۳۷۰. برای ترسیم شکل جا از نرم افزار (Vcr. ۲) Epimap استفاده شده، لذا مرزبندی های استانها از رسمیت برخوردار نیستند.



الف - پراکنش استعمال سیگار در سال ۱۳۷۰

ب - پراکنش استعمال سیگار در کبیل ۱۳۷۸

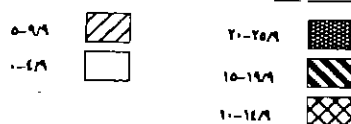
شیوع استعمال سیگار درصدا:



ب - پراکنش استعمال گلبن و با چوب در سال ۱۳۷۰

ت - پراکنش استعمال گلبن و با چوب در سال ۱۳۷۸

شیوع استعمال گلبن و با چوبه درصدا:



منابع : References

- 1- Garfinkel L: Trends in cigarette smoking in the United States. Preventive Medicine. 1997, 26:447-50.
- 2- Hill DJ, White VM, Scollo MM: Smoking behaviors of Australian adults in 1995: trends and concerns. The Medical Journal of Australia. 1998, 168:209-13.
- 3- Barry M: The influence of the use tobacco industry on the health, economy and environment of developing countries, New England Journal of Medicine. 1991, 324:917.
- 4- ...s E, Ferenczi F, Vegh E, et al: Prevalence of cigarette smoking among secondary school students- Budapest, Hungary, 1995 and 1999, MMWR., 2000, 49(20); 438-441.
- 5- Cox HS, Joanne WW, Maximilian PC, et al: Decreasing prevalence of cigarette smoking in the middle income country of Mauritius: questionnaire survey, British Medical Journal, 2000, 321: 345-9.
- 6- محمد کاظم، زالی محمدرضا، مسجدی محمدرضا، مجدزاده سیدرضا، وضعیت استعمال سیگار در ایران بر اساس نتایج طرح ملی سلامت و بیماری. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره شانزدهم (۱۳۷۷). صفحات ۳۳ الی ۱
- Lai S, Lai H, Page JB, et al: The association between cigarette smoking and drug abuse in the United States. Journal of Addictive Disease. 2000, 19:11-24.
- Walders MJ, et al: The report of surgeon general: Preventing tobacco use among young people. American Journal of public Health. 1994, 184: 43.
- Weto R: Smoking and death: the past 40 years and the next 40. British Medical Journal. 1994, 109: 937-939.
- 10- Jha P, Chaloupka FJ: The economics of global tobacco. British Medical Journal. 2000, 321: 359-61.