



مجموعه گزارشات رصد شاخص های کلان سلامت جمهوری اسلامی ایران

شماره ۶

دخانیات



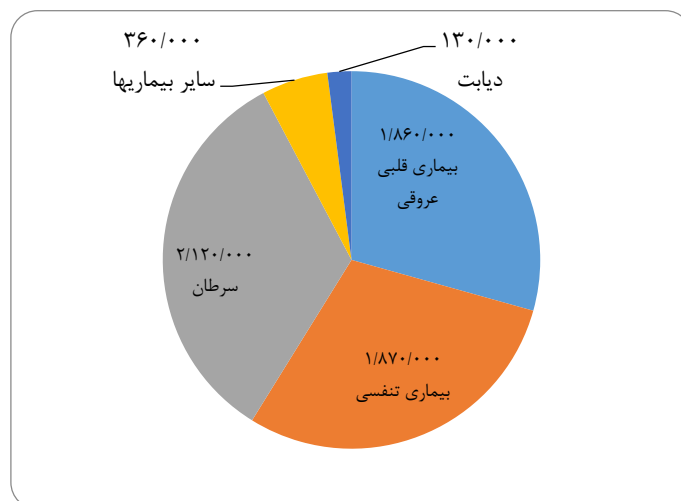
ACADEMY OF MEDICAL
SCIENCES ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN

مقدمه و تعاریف

مواد دخانی به چه موادی گفته می شود؟

هر فرآورده مورد استفاده توسط انسان که تمام یا قسمتی از ماده اولیه تشکیل دهنده آن تنباکو یا توتون باشد، جزء دخانیات محسوب می شود. بنابراین سیگار، سیگار برگ، پیپ، قلیان و تنباکوی جویدنی جزء مواد دخانی هستند (۱،۲). استعمال دخانیات اصلی ترین علت مرگ قابل پیشگیری در دنیا است، به طوری که تقریباً هر ۶ ثانیه ۱ نفر به علت مصرف دخانیات جان خود را از دست می دهد. از هر ۱۰ فرد بزرگسالی که می میرند، علت مرگ یک نفر از آنها مصرف مواد دخانی است. در قرن بیستم مصرف دخانیات منجر به ۱۰۰ میلیون مورد مرگ در دنیا شده است، که اگر روند مصرف همچنان ادامه پیدا کند، در قرن ۲۱ حدود ۱ میلیارد نفر به دلیل مصرف تنباکو جان خود را از دست خواهند داد. حدود ۸۰٪ مرگ های منتسب به دخانیات در کشورهای با درآمد متوسط یا پایین (که ایران هم جزء همین کشورها است) رخ می دهد. سالانه نزدیک به ۶ میلیون نفر در جهان به علت بیماری های مرتبط با مصرف دخانیات می میرند و حدود ۶۰۰ هزار نفر از آنها افراد غیر سیگاری هستند، که با دود دست دوم یا دود تحمیلی ناشی از مصرف مواد دخانی توسط دیگران مواجهه دارند که ۷۵٪ این قربانیان را کودکان و زنان تشکیل می دهند (۳).

مصرف دخانیات تقریباً بر روی تمامی ارگان های بدن می تواند تأثیر گذار باشد و با بیماری هایی از قبیل سکته قلبی، سکته مغزی، انواع سرطان مانند سرطان ریه، دهان، حلق، حنجره، مری، مثانه، کلیه، پانکراس و کبد، بیماری های مزمن تنفسی، بیماری سل و دیابت همراه است (۴). تخمین زده می شود، در سال ۲۰۱۵ حدود ۶/۴ میلیون مرگ در سال به دلیل مصرف مواد دخانی رخ دهد که سهم هر یک از بیماری ها در شکل (۱)، مشخص شده است (۵).



شکل ۱: تعداد موارد مرگ و میر به دلیل بیماری های مختلف ناشی از مصرف دخانیات در سال ۲۰۱۵ در دنیا

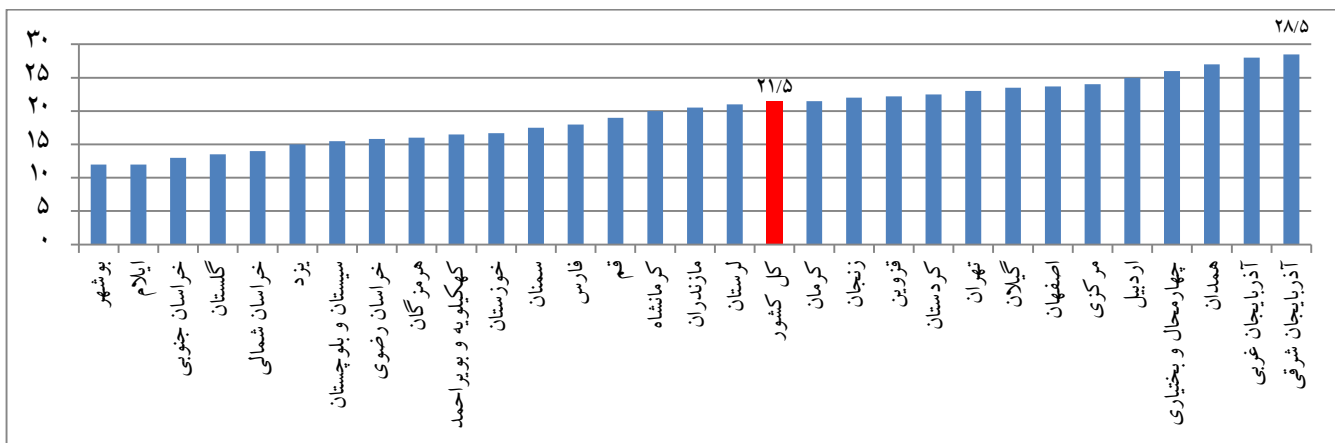
موارد مرگ ناشی از مصرف تنباکو در کشورهای با درآمد بالا در حال کم شدن است ولی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط در حال افزایش است (۵). در ایران نیز در سال های اخیر روند مرگ و میر بیماری های غیر واگیر از جمله بیماری های قلبی عروقی و سرطان ها سیر صعودی داشته و مصرف دخانیات یکی از مهم ترین علل مرگ و میر ناشی از این بیماری ها می باشد (۶،۷).

استعمال دخانیات اصلی ترین علت مرگ قابل پیشگیری در دنیا است، همچنین از مهم ترین عوامل خطر بیماری های مزمن از جمله بیماری های قلبی - عروقی، مزمن تنفسی و انواع سرطان می باشد.

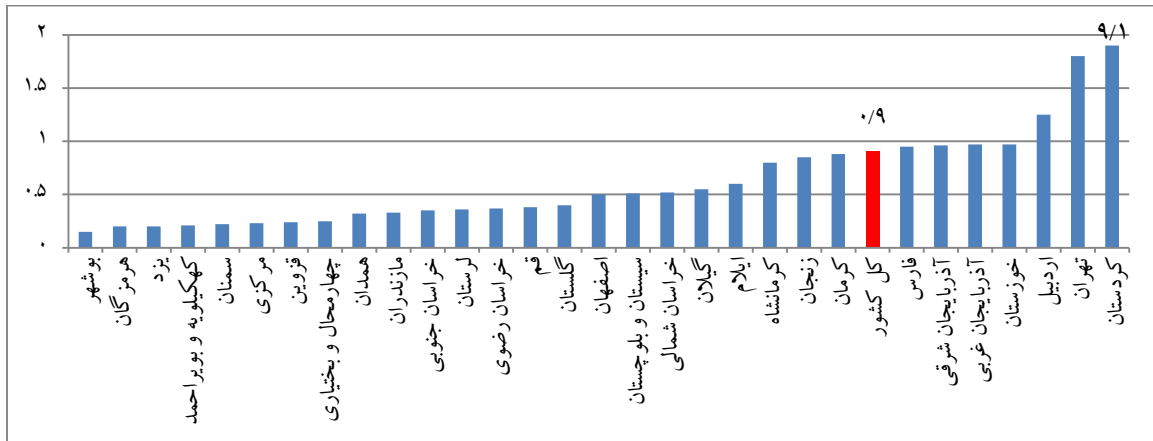
نیمرخ مصرف دخانیات در ایران

سالانه حدود ۵۰ هزار مرگ در ایران به علت مصرف دخانیات رخ می دهد و پیش بینی می شود که مرگ و میر دخانیات در طی ۲۰ سال آینده به ۲۰۰ هزار نفر در سال افزایش یابد (۸).

بر اساس داده های چهار پیمایش ملی انجام گرفته بین سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ در ایران، بیشترین شیوع مصرف روزانه سیگار در مردان در استان های آذربایجان شرقی و آذربایجان غربی و در زنان در استان های کردستان و تهران می باشد. نمودارهای (۱ و ۲)، مقایسه استانی شیوع مصرف روزانه سیگار در مردان و زنان ایرانی را نشان می دهد (۹).

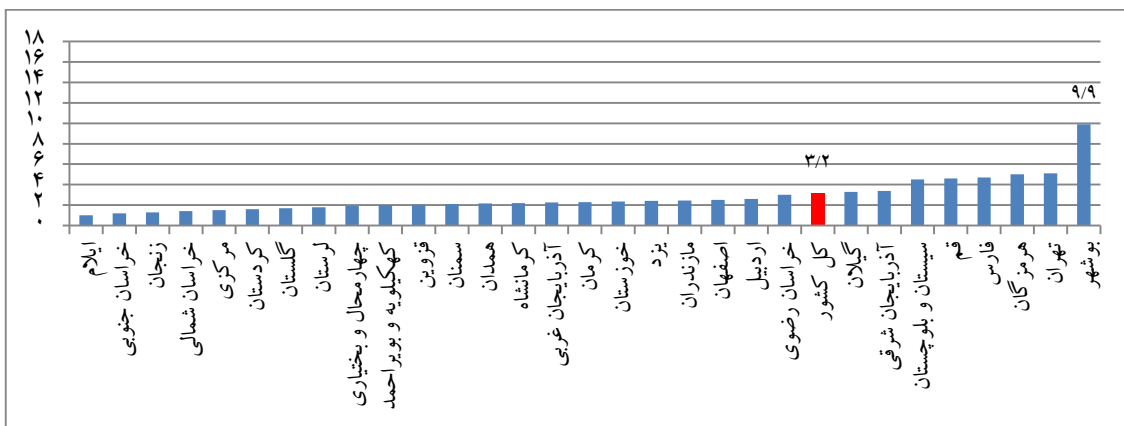


نمودار ۱: مقایسه استانی شیوع مصرف روزانه سیگار در مردان ایرانی، سال های ۱۳۸۵ - ۱۳۸۸

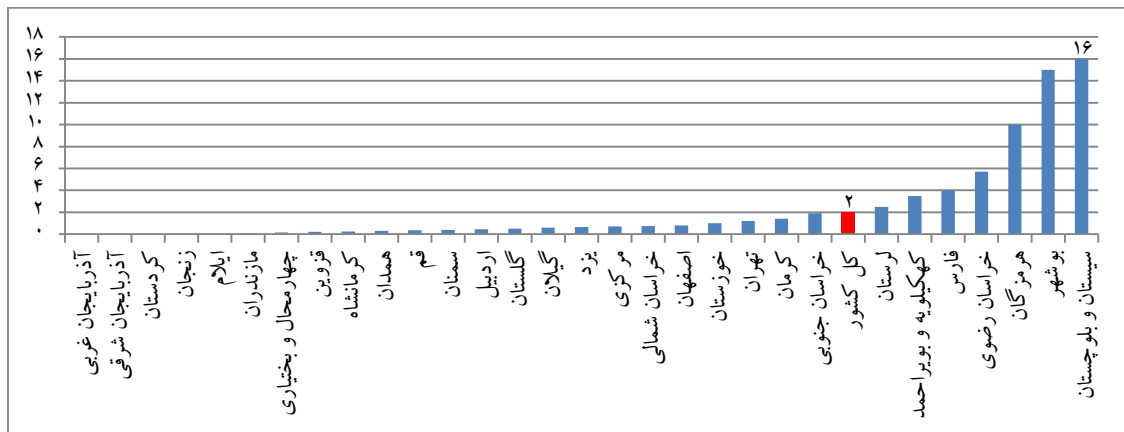


نمودار ۲: مقایسه استانی شیوع مصرف روزانه سیگار در زنان ایرانی، سال های ۱۳۸۸-۱۳۹۰

بر اساس این آمارها مشخص گردید، بیشترین شیوع مصرف روزانه قلیان در مردان در استان بوشهر و در زنان در استان سیستان و بلوچستان می باشد. نمودارهای (۳ و ۴)، وضعیت مصرف روزانه قلیان در مردان و زنان ایرانی را به تصویر کشیده است (۹).

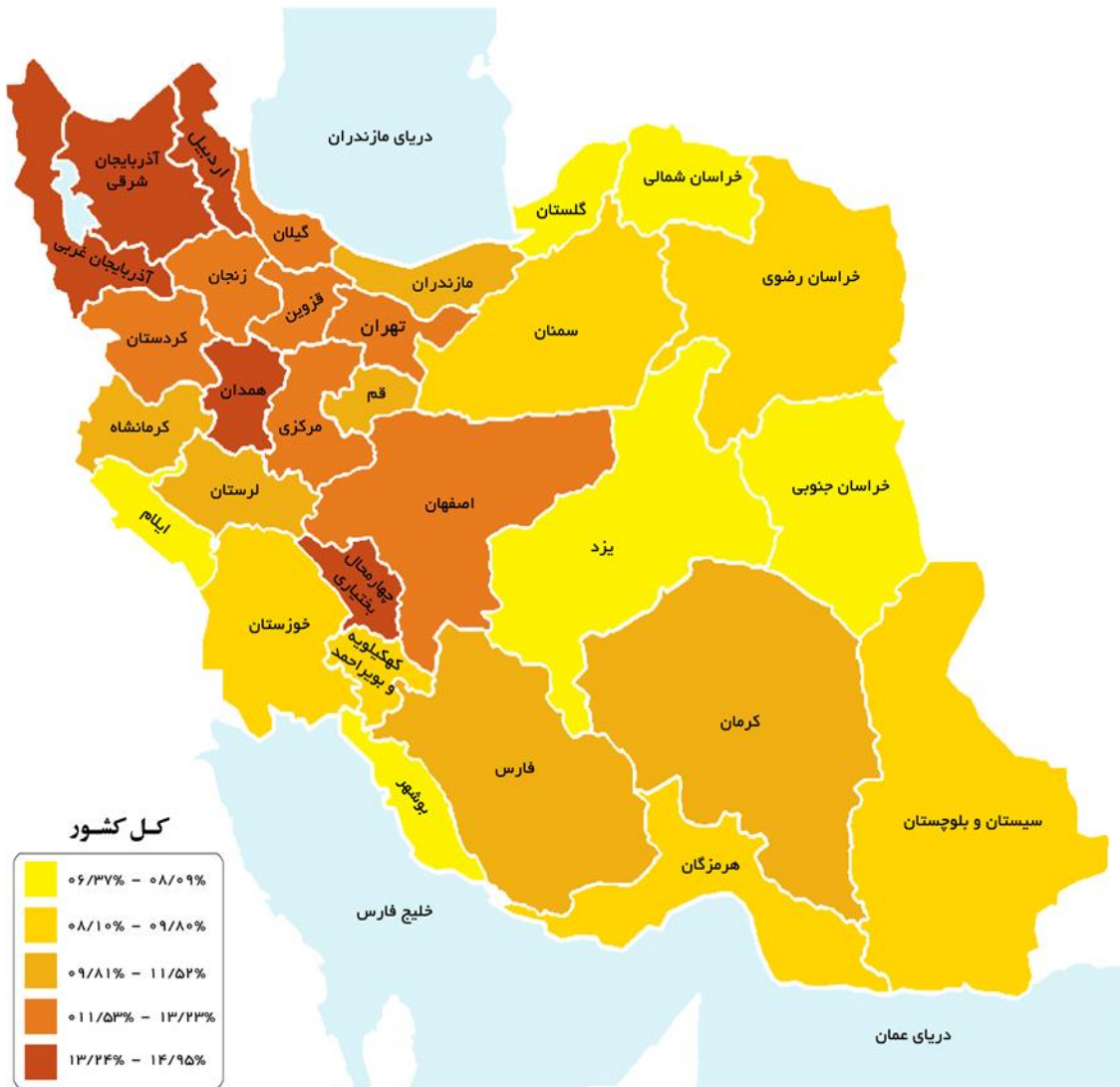


نمودار ۳: مقایسه استانی شیوع مصرف روزانه قلیان در مردان ایرانی، سال های ۱۳۸۸-۱۳۹۰



نمودار ۴: مقایسه استانی شیوع مصرف روزانه قلیان در زنان ایرانی، سال های ۱۳۸۸-۱۳۹۰

الگوی پراکندگی شیوع مصرف روزانه سیگار در هر دو جنس در ایران که در شکل (۴)، نمایش داده شده است، نشان می دهد که استان های آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، همدان، اردبیل و چهارمحال و بختیاری دارای بیشترین شیوع مصرف سیگار هستند (۹). استان بوشهر و پس از آن استان سیستان و بلوچستان نیز دارای بیشترین شیوع مصرف روزانه قلیان در هر دو جنس در ایران می باشند (۹).



شکل ۴: الگوی پراکندگی شیوع مصرف روزانه سیگار کشور، سال های ۱۳۸۵-۱۳۸۸



شکل ۵: الگوی پراکندگی شیوع مصرف روزانه قلیان کشور، سال های ۱۳۸۸-۱۳۸۵

با وجود اینکه نتایج مطالعات نشان می دهد، شیوع مصرف دخانیات در دو دهه اخیر در ایران افزایش نیافته است و شیوع مصرف این مواد در کشورمان از میانگین جهانی پایین تر است، اما چند موضوع نگران کننده در ارتباط با مصرف مواد دخانی در ایران وجود دارد (۱۰). یکی از این موضوعات کاهش سن شروع مصرف این مواد به خصوص مصرف قلیان در دو دهه گذشته در کشورمان می باشد (۱۱). مطالعات نشان می دهند که در دنیا حدود ۲۰٪ از نوجوانان که آسیب پذیرترین گروه مصرف کننده مواد دخانی محسوب می شوند، دخانیات مصرف می نمایند و روزانه ۱۰۰-۸۰ هزار نوجوان نیز مصرف این مواد را شروع می کنند (۱۲). در ایران نیز مقایسه آمارهای سال های ۱۳۷۰ با ۱۳۷۸ شاهد کاهش شیوع مصرف دخانیات در گروه سنی ۶۹-۱۵ سال و افزایش مصرف این مواد، به خصوص مصرف قلیان در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال می باشد (۱۰).

موضوع با اهمیت دیگر در مورد مصرف مواد دخانی در ایران و سایر کشورها، افزایش شیوع مصرف این مواد به خصوص مصرف قلیان در زنان می باشد. علی رغم این که شیوع مصرف دخانیات در مردان ۵ برابر زنان تخمین زده می شود، اما مصرف این مواد در مردان رو به کاهش و در زنان رو به افزایش است. اهمیت این موضوع این است که زنان در مقایسه با مردان در سطوح تماس پایین تری با دود سیگار به بیماری های ریوی مانند سرطان ریه مبتلا می شوند. همچنین زنان در سنین پایین تر و سریع تر به بیماری های تنفسی دچار می شوند. این نکته را هم باید مد نظر قرار داد که مصرف مواد دخانی در هنگام بارداری و پس از آن اثرات مخاطره آمیزی بر سلامت مادر، جنین و نوزاد از قبیل وزن کم هنگام تولد و مرگ ناگهانی نوزاد دارد (۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵).

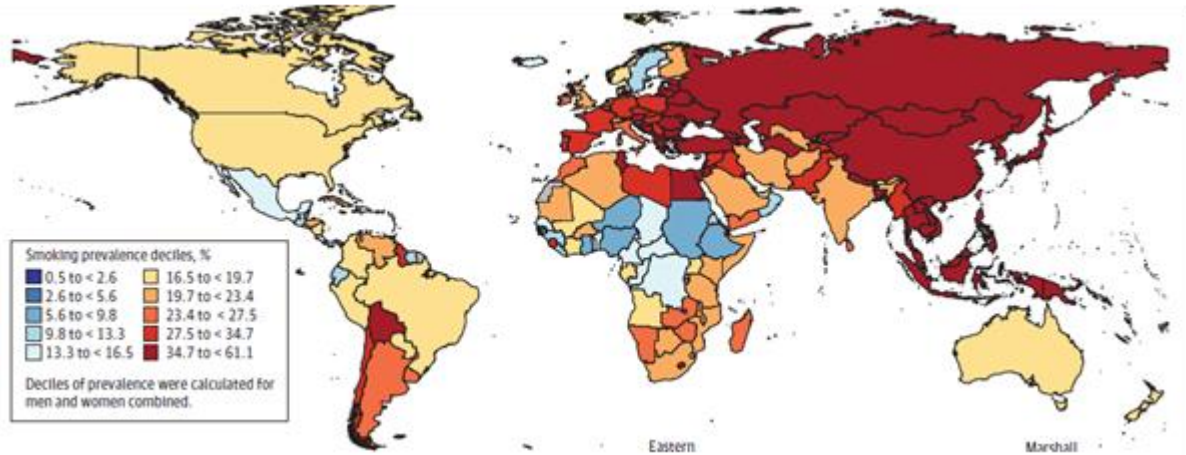
امروزه علاوه بر مصرف سیگار، معضلی به نام قلیان جامعه ایرانی را تهدید می کند. نکته نگران کننده در زمینه مصرف قلیان این است که یک وعده مصرف قلیان تقریباً معادل کشیدن ۴۰ تا ۸۰ و گاهی حتی ۱۰۰ نخ سیگار می باشد (۱۴). آمارهای ملی حاکی از آن است که حدود ۳/۵٪ مردان و ۱/۹٪ زنان قلیان مصرف می کنند (۱۶).

شیوع مصرف قلیان در بین نوجوانان و جوانان ایرانی در طی سال های ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۸ از ۰/۸ به ۱/۴ درصد افزایش یافته است و این موضوع نشان دهنده این است که این پدیده شوم به عنوان یک فرهنگ در جامعه در حال پذیرش است، خصوصاً در میان قشر جوان و زنان جامعه که آینده سازان و مادران این مرز و بوم خواهند بود (۱۰).

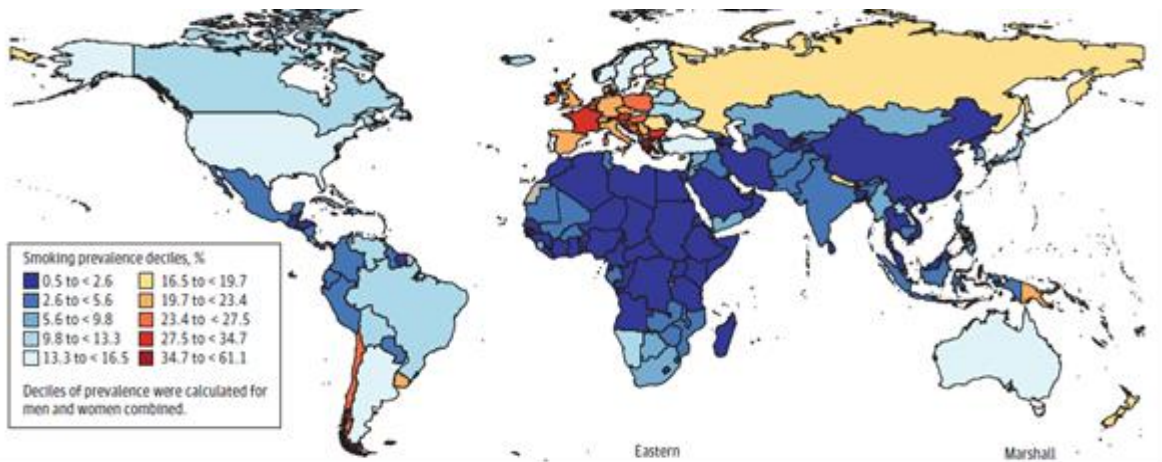
استان های آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، همدان، اردبیل و چهارمحال و بختیاری دارای بیشترین شیوع مصرف سیگار و استان بوشهر و پس از آن استان سیستان و بلوچستان نیز دارای بیشترین شیوع مصرف روزانه قلیان در هر دو جنس در ایران می باشند. با وجود این که شیوع مصرف دخانیات در دو دهه اخیر در کشورمان افزایش نیافته است اما موضوعاتی همچون کاهش سن شروع مصرف این مواد در ایران، افزایش شیوع مصرف این مواد در زنان ایرانی و افزایش شیوع مصرف قلیان به خصوص در بین نوجوانان و جوانان ایرانی به شدت نگران کننده می باشد.

نیمرخ مصرف دخانیات در منطقه و دنیا

حدود ۲۰٪ جمعیت جهان سیگاری هستند و ۸۰٪ افراد سیگاری در کشورهای دارای درآمد متوسط و پایین زندگی می کنند (۱۷). تخمین زده می شود که شیوع مصرف مواد دخانی در کشورهای با درآمد متوسط و پایین در مردان ۴۹٪ و در زنان ۸٪ باشد (۱۸). علی رغم اینکه شیوع مصرف مواد دخانی در کشورهای با درآمد بالا رو به کاهش می باشد اما در کشورهای با درآمد متوسط و پایین این فراوانی رو به افزایش است (۱۲، ۱۹). در کشورهای مدیترانه شرقی به طور میانگین حدود ۵۰٪ مردان و ۵٪ زنان دخانیات مصرف می کنند (۲۰). در کشور ما نیز مطالعات نشان می دهند که حدود ۲۱/۷٪ مردان و ۳/۶٪ زنان از مواد دخانی استفاده می نمایند (۲۱).



شکل ۲: مقایسه شیوع مصرف دخانیات در مردان ایرانی با سایر کشورها در سال ۲۰۱۲ (۲۲)



شکل ۳: مقایسه شیوع مصرف دخانیات در زنان ایرانی با سایر کشورها در سال ۲۰۱۲ (۲۲)

شیوع مصرف مواد دخانی در کشورهای با درآمد بالا رو به کاهش می باشد اما در کشورهای با درآمد متوسط و پایین این فراوانی رو به افزایش است. حدود ۸۰ درصد افراد سیگاری در کشورهای دارای درآمد متوسط و پایین زندگی می کنند.

هزینه های اقتصادی دخانیات در دنیا

مطابق نتایج مطالعات انجام گرفته، از هر دو فردی که مواد دخانی مصرف می کنند، یک نفر، ۱۵ تا ۲۵ سال زودتر از موعد مقرر می میرد و این مرگ زودرس منجر به افزایش هزینه های سلامت، سوق دادن خانواده قربانیان به سوی فقر و در نهایت جلوگیری از توسعه اقتصادی کشورها می شود (۸،۲۳). هزینه های تحمیلی ناشی از بیماری های مرتبط با تنباکو در کل دنیا و خصوصاً در کشورهای با درآمد متوسط و پایین چشمگیر است (۲۴،۲۵).

در کشور ما سالانه حدود ۵۰ میلیارد نخ سیگار مصرف می شود، تقریباً هزار میلیارد تومان صرف خرید این محصول و ۲ تا ۳ برابر این مقدار صرف درمان بیماری های مرتبط با آن می شود (۸). از زیان های اجتماعی مصرف مواد دخانی از قبیل اعتیاد آور بودن این مواد، مساعد نمودن زمینه اعتیاد به مواد مخدر و الکل، سوق دادن فرد به سمت بزهکاری و فقر نیز نباید غافل شد. علی رغم این که مصرف این مواد نوعی اعتیاد محسوب می گردد ولی متأسفانه این مسئله به مرور در اجتماع جا افتاده و قابل قبول ترین عمل خلاف عرف محسوب می شود (۸).

احتمال سیگار کشیدن در افراد بیکار، افراد مطلقه و همسر مرده و افرادی که در زیر خط فقر زندگی می کنند، بیشتر است و بسیاری از افراد سیگاری، سیگار کشیدن را از سنین قبل از ۱۸ سالگی آغاز می کنند. همچنین در سال های اخیر آمار سیگار کشیدن در زنان، خصوصاً زنان جوان افزایش یافته است. از سوی دیگر استنشاق تحمیلی دود سیگار و خطرات ناشی از آن کودکان و زنان را تهدید می کند، بنابراین گروه های آسیب پذیر جامعه بیشتر در معرض این مشکل قرار می گیرند (۲۳).

مرگ زودرس ناشی از مصرف مواد دخانی منجر به افزایش هزینه های سلامت، سوق دادن خانواده قربانیان به سوی فقر و در نهایت جلوگیری از توسعه اقتصادی کشورها می شود.

در کشور ما سالانه حدود ۵۰ میلیارد نخ سیگار مصرف می شود که تقریباً هزار میلیارد تومان صرف خرید این محصول و ۲ تا ۳ برابر این مقدار صرف درمان بیماری های مرتبط با آن می شود.

نتیجه گیری و توصیه ها

۱. استعمال دخانیات یکی از تهدیدکننده های اصلی سلامت در دنیا و از مهم ترین عوامل خطر بیماری های مزمن از جمله بیماری های قلبی-عروقی، مزمن تنفسی و انواع سرطان می باشد.
۲. با وجود این که شیوع مصرف دخانیات در دو دهه اخیر در کشورمان افزایش نیافته، اما همان میزان هم قابل توجه و موضوعاتی همچون کاهش سن شروع مصرف این مواد در ایران، افزایش شیوع مصرف این مواد در زنان ایرانی و افزایش شیوع مصرف قلیان به خصوص در بین نوجوانان و جوانان ایرانی به شدت نگران کننده می باشد.
۳. شیوع مصرف مواد دخانی در کشورهای با درآمد بالا رو به کاهش می باشد اما در کشورهای با درآمد متوسط و پایین این فراوانی رو به افزایش است.
۴. مرگ زودرس ناشی از مصرف مواد دخانی منجر به افزایش هزینه های سلامت، سوق دادن خانواده قربانیان به سوی فقر و در نهایت جلوگیری از توسعه اقتصادی کشورها می شود.
۵. در کشور ما سالانه حدود ۵۰ میلیارد نخ سیگار مصرف می شود که تقریباً هزار میلیارد تومان صرف خرید این محصول و ۲ تا ۳ برابر این مقدار صرف درمان بیماری های مرتبط با آن می شود.
۶. با توجه به ابعاد مختلف مسئله توصیه می شود برنامه ای جامع، با در نظر گرفتن دینفعان اصلی تدوین و اجرا گردد. این برنامه می تواند برای سه گروه از دینفعان (مصرف کنندگان مواد دخانی، ارایه دهندگان خدمت و سیاستگذاران) به شرح زیر ارایه شود:

جامعه و مصرف کنندگان مواد دخانی

- ✓ تقبیح مصرف مواد دخانی در سطح جامعه
- ✓ آگاهی رسانی به افراد مصرف کننده و کمک به آنها در جهت ترک مصرف
- ✓ خواست جدی از سیاستگذاران و ارایه دهندگان جهت مدیریت مناسب موضوع
- ✓ عزم جدی جهت ترک مصرف مواد دخانی

ارایه دهندگان خدمت

- ✓ ترویج برنامه های پیشگیری مبتنی بر مدرسه در زمینه افزایش آگاهی، تغییر نگرش و ارتقای مهارت های مرتبط
- ✓ ارتقاء سطح آگاهی عمومی و پررنگ دیدن آن در برنامه ها و خدمات

- ✓ پایش وضعیت شیوع و عوارض مصرف دخانیات
- ✓ اجرای دقیق تر قانون هوای سالم در محیط در بسته و اماکن عمومی
- ✓ فراهم نمودن خدمات رایگان مشاوره ترک دخانیات

سیاستگذاران

- ✓ فراهم آوردن امکان همکاری بین بخشی در بین نهادهای تاثیرگذار با مکانیزم های مناسب
- ✓ وضع سیاست های منع مصرف مواد دخانی و محدودیت دسترسی افراد کم سن و سال
- ✓ ممنوعیت جامع تبلیغ و ترویج محصولات دخانی
- ✓ توسعه سیاست های درج تصاویر هشداردهنده روی بسته بندی محصولات دخانی
- ✓ وضع سیاست هایی جهت افزایش قیمت محصولات دخانی
- ✓ وضع سیاست هایی جهت افزایش مالیات بر محصولات دخانی
- ✓ سیاستگذاری مناسب جهت جلوگیری از قاچاق مواد دخانی و ضمانت اجرایی مربوطه
- ✓ تعریف و تسهیل ایجاد انجمن های مقابله با تنباکو
- ✓ برنامه ریزی مناسب جهت ارتقای سطح آگاهی عمومی از کانال های مختلف ارتباطی (۴،۳،۱۴، ۲۳، ۲۶، ۲۹، ۲۸).

با وجود قوانین مدون در زمینه کنترل و مبارزه با مصرف دخانیات در کشور، اما به دلیل ضعف همکاری های بین بخشی و عدم وجود ضمانت های اجرایی، تنها میزان محدودی از این قوانین به اجرا درآمده است. جهت کنترل همه جانبه استعمال دخانیات، همکاری نهادهای قانون گزار، اجرایی، قضایی و اصحاب رسانه ضروری به نظر می رسد که تحقق این امر نیازمند ایجاد هماهنگی های لازم ما بین بخش های اجرایی کشور و وجود ضمانت های

منابع

1. Chowdhury A. FDA Regulation of Tobacco Products Set to Expand: The Deeming Regulation. UPDATE[Internet]. 2013 Oct. Available from: http://www.khlaw.com/Files/18449_Chowdhury%20-%20FDLI%20Article%20on%20Tobacco%20Deeming%20Regulation.pdf
2. CDC Fact Sheets- Bidis and Kreteks . Available from: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/bidis_kreteks/index.htm obtained December 24/ 2014.
3. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic. Enforcing bans on tobacco advertising/ promotion and sponsorship/ 2013.
4. Centers for Disease Control and Prevention. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General.2014.
5. NCD Alliance Briefing Paper NCDs/ Tobacco Control and the FCTC. 2011. Available from: http://www.ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/NCD%20Alliance%20Briefing%20Paper%20NCDs%20%20Tobacco%20Control%20and%20the%20FCTC_0.pdf
6. Forouzanfar MH/ Sepanlou SG/ Shahrzaz S/ Dicker D/ Naghavi P/ Pourmalek F/ et al. Evaluating causes of death and morbidity in Iran/ global burden of diseases/ injuries/ and risk factors study 2010. Archives of Iranian medicine. 2014;17(5):304-20. 2014/05/03.
7. یوری، پروین؛ ابدی، علیرضا؛ محرابی، یداله. اپیدمیولوژی علل مرگ و میر و روند تغییرات آن در سالهای ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ در ایران. حکیم، ۱۳۸۲ پاییز؛ دوره ۶ (شماره ۳): ۷-۱۴
8. کنترل و کاهش مصرف دخانیات در جوانان و نوجوانان. وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشتی. [اینترنت]. [استناد ۱۳۹۳/۱۰/۳]. قابل دسترس در: http://mboh.umsha.ac.ir/uploads/14_141_dokhaniyat.pdf
9. گزارش مقایسه استانی شیوع عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در جمهوری اسلامی ایران. بر اساس داده های چهار پیمایش ملی، سال های ۱۳۸۸-۱۳۸۵. معاونت بهداشت، دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر، گروه مدیریت عوامل خطر.
10. Mohammad K/ Noorbala AA/ Majdzadeh R/ Karimlou/ M. 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.
11. Nakhaee N/ Divsalar K/ Bahreinifar S. Prevalence of and factors associated with cigarette smoking among university students: a study from Iran. Asia Pac J Public Health. 2011 Apr;23(2):151-6.
12. WHO/WPRO-smoking statistics. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. 2002-05-28. http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_20020528/en/.
13. کلیشادی، رویا؛ مجدزاده، سید رضا. اپیدمیولوژی بیماری های شایع ایران. تهران: گپ، ۱۳۹۳. جلد دوم، فصل ۴۳، صفحه ۴۴۳-۵۲
14. بسته اطلاعاتی نقش زنان در کنترل دخانیات، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات، دفتر آموزش و ارتقای سلامت ، مرکز سلامت محیط و کار. [اینترنت]. [استناد ۱۳۹۳/۱۰/۵]. قابل دسترس در: http://iec.behdasht.gov.ir/uploads/143_2457_94_07.pdf
15. Mirahmadzadeh A/ Nakhaee N. Prevalence of waterpipe smoking among rural pregnant women in Southern Iran. Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University/ Health Science Centre. 2008;17(6):435-9. Epub 2008/10/07.
16. Meysamie A/ Ghaletaki R/ Haghazali M/ Asgari F/ Rashidi A/ Khalilzadeh O/ et al. Pattern of tobacco use among the Iranian adult population: results of the national Survey of Risk Factors of Non-Communicable Diseases (SuRFNCD-2007). Tobacco Control. 2009;19(2):125-8.

17. International comparisons of prevalence of smoking [Internet]. [cited 2014 Dec 24]. Available from: <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-1-prevalence/1-13-international-comparisons-of-prevalence-of-sm>

18. Slama K. Current challenges in tobacco control. Int J Tuberc Lung Dis. 2004;8:1160-72.

19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation - United States/ 2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009 Nov 13;58(44):1227-32.

20. Fatimah M.S. Regional Summary for the Eastern Mediterranean Region. World Health Organization/ Tobacco Free Initiative/ Eastern Mediterranean Regional Office(EMRO).

21. Moosazadeh M/ Ziaaddini H/ Mirzazadeh A/ Ashrafi-Asgarabad A/ Haghdoost AA. Meta-analysis of Smoking Prevalence in Iran. Addict Health. 2013 Summer-Autumn;5(3-4):140-53.

22. Ng M/ Freeman MK/ Fleming TD/ Robinson M/ Dwyer-Lindgren L/ Thomson B/ et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries/ 1980-2012. Jama. 2014;311(2):183-92. Epub 2014/01/09.

23. Husten CG/ Thorne SL. Tobacco: Health effects and control. In Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine: Fifteenth Edition (Public Health and Preventive Medicine (Maxcy-Rosenau)). 15th edition. Edited by Wallace RB. The McGraw-Hill Companies/ New york; 2008:941-51.

24. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic/ 2008. The global tobacco crisis.

25. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. A report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health September 2011.

۲۶. سلامت در آیینہ قانون. [اینترنت]. [استناد ۱۳۹۳/۱۰/۵]. قابل دسترس در:

http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_98_salamat%20dar%20ayene%20ghanon.pdf

۲۷. برنامه کنترل دخانیات کشور ایران. [اینترنت]. [استناد ۱۳۹۳/۱۰/۵]. قابل دسترس در:

<http://www.zums.ac.ir/files/khodabande-behdasht/pages/dokhaniat.pdf>

۲۸. بسته اطلاعاتی سیگار؛ افزایش قیمت، کاهش مصرف. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات، دفتر آموزش و ارتقای سلامت، مرکز سلامت محیط و کار. [اینترنت]. [استناد ۱۳۹۳/۱۰/۹]. قابل دسترس در:

http://iec.behdasht.gov.ir/uploads/143_2457_50_08.pdf

۲۹. مسجدی محمد رضا و همکاران. مستند سیاستی دخانیات. گروه بالینی فرهنگستان علوم پزشکی. آبان ۱۳۹۳.