مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۷، شماره ٤، زمستان ۱۳۸۸: ٤۳۰-٤۲۳

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله: ۰۳۹

بررسی وضعیت اجرای قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی (رستوران‌ها) شهر تهران در سال ۱۳۸۸

دکتر غلامرضا حیدری ۱
دکتر علی رمضانخانی ۲*
دکتر فیروزه طلیس‌چی ۳
دکتر محمدرضا مسجدی ۴

۱- پزشک عمومی، پژوهشگر
۲- دانشیار گروه آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳- متخصص داخلی، پژوهشگر
٤- استاد گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، فوق‌تخصص ریه

* **نشانی نویسنده مسؤول:** معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، خیابان شریعتی، تقاطع مطهری، ساختمان شماره ۳

تلفن: ۸۸٤۱۹۳۹۳

نشانی الکترونیکی:
aramezankhani@sbmu.ac.ir

چکیده

زمینه: به وجود آوردن اماکن عاری از دود دخانیات به منظور حمایت از افراد غیرسیگاری ضروری است و همچنین انگیزه ترک را برای افراد سیگاری فراهم می‌کند. با توجه به قانون ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی در کشور از سال‌های قبل و در نظر گرفتن اینکه در عمل اجرای آن ضعیف است بر آن شدیم تا این وضعیت را در شهر تهران بررسی نماییم.

روش کار: این مطالعه به صورت مقطعی توصیفی در سال ۸۸ انجام گردید. بعد از تقسیم نقشه جغرافیایی تهران به ۳ منطقه شمال، مرکز و جنوب در هر منطقه ۱۰ نقطه تصادفی انتخاب گردید و پرسشگری به روش دستیابی آسان پس از مراجعه به آن آدرس به سمت راست تا حصول تعداد مورد نظر انجام گردید. شاخص‌های اندازه‌گیری شده شامل وجود هشدار ممنوعیت مصرف و زیرسیگاری و محل مصرف سیگار، نحوه برخورد با مصرف سیگار از طریق پرسشگری و مشاهده برآورد گردید.

یافته‌ها: ٤۵۸ رستوران و خوراک‌سرا مورد بررسی قرار گرفت. در ٦۰ مورد (۱۳٪) علامت ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی دیده نشد. در ۱٤۰ مورد (۳۰٪) زیرسیگاری و در ٥٤ مورد (۱۲٪) محل مخصوص استعمال دخانیات وجود داشت. در ۱۳۲ مورد (۲۹٪) متصدی هیچ واکنشی دربرابر مصرف سیگار در رستوران ندارد. تمامی موارد از قانون ممنوعیت دخانیات در اماکن عمومی آگاهی دارند. بیش از ۵۰٪ موارد آن را سودمند می‌دانند و در ۱۰٦ مورد (۲۳٪) اجرای آن را باعث افزایش مشتری خود می‌پندارند. از نظر آماری رابطه معنی‌داری بین محل و سال فعالیت با اجرای قانون فوق دیده نشد ولیکن رابطه معنی‌داری بین وضعیت علامت منع مصرف دخانیات با نحوه برخورد با فرد سیگاری و افزایش مشتری دیده شد. ($p=0.000$)

نتیجه‌گیری: با اینکه سال‌ها از وجود این قانون می‌گذرد اجرای آن را به‌طور کامل نمی‌بینیم و این لزوم و اهمیت نظارت بر حسن اجرای قانون را نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: دخانیات، منع مصرف، اماکن عمومی، قانون

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۵/۱۷ تاریخ اصلاح نهایی: ۸۸/۱۰/۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۹/۲۸

Archive of SID
www.SID.ir

مقدمه

حقیقت امر این است که در هر ۶ ثانیه، یک نفر بر اثر استعمال دخانیات جان خود را از دست می‌دهد [۱]. استعمال دخانیات باعث مرگ نیمی از مصرف‌کنندگان آن می‌شود [۲] و بطور متوسط ۱۵ سال از عمر آنها می‌کاهد [۳و۴]. در حال حاضر از هر ۱۰ فرد بزرگسال یک نفر در سراسر جهان جان خود را بر اثر استعمال دخانیات از دست می‌دهد که این آمار سالانه به بیش از ۵ میلیون نفر می‌رسد [۱]. لازم به ذکر است که اگر اقدامات لازم برای مهار این معضل صورت نگیرد، تا سال ۲۰۳۰ آمار سالانه مرگ‌ومیر ناشی از استعمال دخانیات به بیش از ۸ میلیون نفر خواهد رسید [۵و۱]. اگر روند فعلی استعمال دخانیات مهار نگردد، پیش‌بینی می‌شود که ۵۰۰ میلیون فرد زنده امروز بر اثر استعمال دخانیات جان خود را از دست بدهند [۶] و در طول قرن بیست‌ویکم، دخانیات باعث مرگ بیش از یک میلیارد نفر خواهد شد [۷].

در حقیقت مصرف‌کنندگان محصولات دخانی تنها قربانیان استعمال دخانیات نمی‌باشند، زیرا دود تحمیلی دخانیات نیز عواقب بهداشتی جدی و مرگباری بوجود می‌آورند. در ایالات متحده آمریکا دود تحمیلی دخانیات سالانه باعث ۳۴۰۰ مورد مرگ‌ومیر ناشی از سرطان ریه و ۴۶۰۰۰ مورد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی می‌شود. همچنین سالانه باعث بروز ۴۳۰ مورد سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، ۲۴۵۰۰ مورد تولد نوزادان کم وزن، ۷۱۹۰۰ زایمان زودتر از موعد و ۲۰۰۰۰۰ حملهٔ آسم در کودکان می‌گردد [۸].

مطالعات انجام شده به وضوح نشان می‌دهند که هیچ میزان بی‌خطری در مواجهه با دود تحمیلی دخانیات وجود ندارد. مجمع اعضای معاهده جهانی کنترل دخانیات (FCTC)، [۹] آژانس بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی در زمینه تحقیقات بر روی سرطان (IARC)، [۱۰] وزارت بهداشت ایالات متحده [۱۱] و کمیته علمی دخانیات و سلامت انگلستان [۱۲] به اتفاق آرا تصدیق می‌کنند که مواجهه با دود تحمیلی دخانیات باعث بروز بیماری‌های بسیاری از جمله بیماری‌های قلبی و سرطان‌های زیادی می‌گردد. به عنوان مثال، مواجهه با دود تحمیلی دخانیات احتمال بروز بیماری‌های قلبی عروقی را ۳۰-۲۵ درصد و احتمال بروز سرطان ریه را در افراد غیرسیگاری ۳۰-۲۰ درصد افزایش می‌دهد [۱۱].

ایجاد محیط‌های عاری از دخانیات همچنین به افراد سیگاری که قصد ترک سیگار را دارند، کمک می‌کند تا راحت‌تر سیگارشان را ترک نمایند. قوانین ممنوعیت استعمال دخانیات در محیط‌های کاری باعث کاهش ۴ درصدی شیوع استعمال دخانیات می‌گردد [۱۳].

موفقیت فراوان و محبوبیت قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در کشورهایی که از آن برخوردار می‌باشند، ادعای غلط صنایع دخانیات را مبنی بر اینکه اعمال این قوانین بی‌فایده بوده و هزینهٔ سنگینی را در بر دارند، نقض می‌نماید [۱۴و۱۵].

بررسی عقاید عمومی نشان می‌دهد که قوانین عاری از دخانیات در هر کشوری که اعمال گشته است بسیار مورد استقبال واقع شده است. به عنوان مثال، در سال ۲۰۰۶ کشور اوروگوئه اولین کشور آمریکایی شد که قوانین عاری از دخانیات را به طور صددرصد اعمال نمود، به طوری که مطابق این قانون استعمال دخانیات در تمامی اماکن عمومی و محیط‌های کاری از جمله بارها، رستوران‌ها و ممنوع گردیده است. از هر ده نفر اوروگوئی، هشت نفر از این قانون حمایت کردند که در حدود دو سوم افراد سیگاری کشور نیز شامل این افراد می‌شدند [۱۶و۱۷و۱۸].

از آنجایی که کشور ایران جز کشورهای عضو معاهدهٔ جهانی کنترل دخانیات می‌باشد و با توجه به تصویب قانون جامع ملی مبارزه با دخانیت توسط مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۵ و نیز در راستای اجرای مصوبات و دستورالعمل‌های ستاد کشوری کنترل دخانیات یکی از ضروری‌ترین موارد جهت نهایی شدن دستورات فوق ارزیابی و اطلاع‌داشتن از شرایط هر یک از موارد قانونی مرتبط در سطح جامعه می‌باشد.

با توجه به این مطلب که قبل از بحث معاهدهٔ جهانی کنترل دخانیات دولت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۴ مصوبهٔ ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی را ابلاغ نموده و بعد از آن در سال ۱۳۸۰ به اجرای آن تأکید نموده است و متعاقب اجرایی شدن قانون جامع ملی مبارزه با دخانیات بر اساس ماده ۱۳ جرائم ویژه‌ای برای تخلف از این قانون پیش‌بینی نموده است بر آن شدیم برای اولین بار با بررسی وضعیت رستوران‌ها و خوراک‌سراها در شهر تهران از چگونگی اجرای این ماده قانونی مطلع گردیم تا شاید افق جدیدی در اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات حاصل شود و مسؤولین ذی‌ربط از نتایج آن در سیاست‌گزاری‌های بعدی استفاده نمایند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی توصیفی در تعدادی از رستوران‌های شهر تهران در نیمه اول سال ۸۸ انجام گردید. با استفاده از فرمول

Archive of SID
www.SID.ir

حجم نمونه $n=z2\ p2\ /d2$ و P=۰/۵ و خطای (۰/۰۵) و دقت ۹۵٪، ۴۰۰ نمونه لازم بود که به روش دستیابی آسان و بعد از تقسیم نقشه جغرافیایی تهران به ۳ منطقه شمال، مرکز و جنوب در هر منطقه ۱۰ نقطه تصادفی انتخاب گردید و پرسشگری پس از مراجعه به آن آدرس به سمت راست تا حصول تعداد مورد نظر انجام گردید. شاخص‌های اندازه‌گیری شده شامل محل و سابقه فعالیت، ظرفیت سالن، وجود هشدار ممنوعیت مصرف سیگار به صورت معمولی (با نوشتن جمله ساده)، فوق‌العاده (با خط یا طراحی و یا اندازه ویژه)، زیرسیگاری، محل مصرف سیگار، وجود پرسنل و مشتری سیگاری، نحوه برخورد با مصرف سیگار و نگرش متصدی محل به اثر قانون ممنوعیت استعمال دخانیات از طریق پرسشگری و مشاهده برآورد گردید. مواردی مانند کافی‌شاپ‌ها و سفره‌خانه‌های سنتی مورد بررسی قرار نگرفت. اطلاعات از طریق نرم‌افزار spss 11 و با استفاده از فراوانی و آزمون‌های مربع کای و تی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بررسی شد. موارد اخلاقی شامل عدم آسیب روحی و جسمی، محرمانه بودن اطلاعات کسب رضایت‌مندی جهت شرکت در مطالعه رعایت گردید.

یافته‌ها

۴۵۸ رستوران و خوراک‌سرا در شهر تهران سال ۸۸ مورد بررسی قرار گرفت که تقریباً به طور مساوی (حدود ۳۰٪) در هر منطقه شمال، جنوب و مرکز شهر تهران قرار داشتند و ۲۰۶ مورد (۴۵٪) سابقه کار حدود ۱۰ تا ۲۰ سال را ذکر کرده‌اند. قابل توجه اینکه در ۶۰ مورد (۱۳٪) علامت ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی دیده نشد و در ۸۸ (۱۹/۲٪) مورد این علامت به صورت فوق‌العاده با خط و طراحی ویژه وجود داشت. در ۱۴۰ مورد (۳۰٪) زیرسیگاری و در ۵۴ مورد (۱۲٪) محل مخصوص استعمال دخانیات وجود داشت. در ۱۳۲ مورد (۲۹٪) متصدی هیچ واکنشی دربرابر مصرف سیگار در رستوران ندارد. از این تعداد در ۳۴ مورد (۷/۵٪) مصرف سیگار ثبت شد (۲۱ مورد (۴/۶٪) استشمام دود سیگار و ۱۳ مورد (۲/۸٪) مشاهده استعمال سیگار). تمامی موارد از قانون ممنوعیت دخانیات در اماکن عمومی آگاهی دارند. بیش از ۵۰٪ موارد آن را سودمند می‌دانند و در ۱۰۶ مورد (۲۳٪) اجرای آن را باعث افزایش مشتری خود می‌پندارند. در ۲۲۸ مورد (۴۹/۸٪) کارمند سیگاری نداشتند و در ۳۵۴ مورد (۷۷/۳٪) مشتریان رستوران‌ها افراد سیگاری و غیرسیگاری بودند.

رستوران‌های واقع شده در بخش‌های مختلف شهر تهران در نوع علائم منع مصرفی، داشتن یا نداشتن زیر سیگاری، داشتن یا نداشتن محلی برای استعمال دخانیات و داشتن کارمند یا مشتری سیگاری و از جهت نحوه برخورد با افراد سیگاری، نظر در زمینه تأثیر مثبت منع سیگار و چگونگی اثر منع‌ها بر تعداد مشتریان تفاوت نداشتند. (P=۰/۱۱۸ و P=۰/۷۸۷ و P=۰/۱۵۵ و P=۰/۸۵۴ و P=۰/۳۸۵)، (P=۰/۳۵۵ و P=۰/۷۵۵ و P=۰/۱۰۹).

رستوران‌ها از نظر نحوه برخورد با مصرف دخانیات در محل و نظر مثبت در افزایش مشتری در ارتباط با نوع علائم منع انتخاب شده تفاوت قابل توجه داشتند جداول (۱ و۲) (P<۰/۰۰۱). آنهایی که از علائم فوق‌العاده استفاده کردند زیر سیگاری یا ناحیه مخصوص برای استعمال نیز در دسترس نداشتند. آنهایی که علائم منع نداشتند، با مصرف دخانیات برخورد نمی‌کنند و همچنین نظر مثبت به افزایش مشتری ندارد. (۶۳/۳٪، P=۰/۰۰۰). به صورت معنی‌داری نگرش مثبت به قانون باعث عملکرد مناسب در این رستوران‌ها می‌شود (P<۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به وجود بیش از یک میلیارد نفر سیگاری در جهان و اینکه این پدیده نیمی از مصرف‌کنندگان خویش را در سال‌هایی زودتر از انتظار به کام مرگ خواهد فرستاد، یکی از اولویت‌های اصلی فعالیت سازمان بهداشت جهانی موضوع کنترل دخانیات می‌باشد [۱۹]. صنایع دخانیاتی در تلاش هستند به جای افرادی که از مصرف دخانیات جان خود را از دست می‌دهند نفرات جدیدی (نوجوانان و زنان) را جایگزین نمایند [۲۰]. بدین منظور سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۹ میلادی ایدهٔ تهیه معاهده جهانی کنترل دخانیات (FCTC) را عنوان کرد که بعد از ۴ سال فعالیت و بحث و تبادل نظر با نمایندگان کشورهای مختلف دنیا این متن نهایی گردید و تا کنون ۱۶۴ کشور آن را لازم الاجرا دانسته‌اند [۲۱]. جهت اجرا کردن این معاهده راهنمای ساده‌ای به نام MPOWER پیشنهاد شده است که شامل دستورالعمل اجرایی برای ۶ ماده از معاهده فوق شامل: جمع‌آوری اطلاعات پایه‌ای از مصرف دخانیات، محافظت افراد در برابر دود سیگار، ارائهٔ خدمات ترک سیگار، آگاه ساختن عموم از مضرات دخانیات، ممنوعیت تبلیغات و حمایت از دخانیات و افزایش مالیات بر سیگار می‌باشد [۲۲].

بر این اساس برنامه‌های مختلفی در دنیا اجرا شده است که اثرات دستورالعمل‌های فوق را ارزیابی نموده‌اند [۲۵و۲۴و۲۳]. یکی از این راهکارها اجرای ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی می‌باشد که در ماده ۸ معاهده جهانی کنترل دخانیات تأکید شده است [۲۱]. از آنجایی که سیگار کشیدن افراد می‌تواند الگویی برای

Archive of SID

www.SID.ir

نوجوانان گردد [۲۶] و نیز تنفس هوای آلوده به دود سیگار می‌تواند درصد ابتلا به بیماری‌های مرتبط با دخانیات را افزایش دهد [۲۸و۲۷] و هرچه این تماس در ساعات بیشتری صورت گیرد احتمال به وجود آمدن عوارض بیشتر خواهد بود [۳۰و۲۹] اهمیت حفاظت از افراد غیرسیگاری در برابر دود سیگار بیشتر به چشم می‌آید. مطالعات متعددی بروز سرطان ریه در افراد سیگاری غیرفعال و مرگ‌ومیرهای بیماری‌های ناشی از سیگار در افراد مواجهه با دود سیگار را نشان داده است [۳۰و۲۷]. مطالعه‌ای در ایران نشان می‌دهد که ۱۵٪ مردان و ۸۶٪ زنان مبتلا به سرطان، غیرسیگاری بوده ولی سابقهٔ مواجهه با دود سیگار را داشته‌اند [۳۱].

کشور ایران پس از پیوستن به معاهده جهانی کنترل دخانیات در سال ۱۳۸۴ به اجرای آن مکلف شده است و در این راستا در سال ۱۳۸۵ قانون جامع ملی مبارزه با دخانیات را به تصویب مجلس رسانده و از طریق دولت به ارگان‌ها ابلاغ نموده است. یکی از مفاد این قانون که در معاهده فوق هم تأکید شده است اجرای ممنوعیت ۱۰۰٪ مصرف دخانیات در اماکن عمومی نظیر رستوران‌ها بوده است. قبل از این تاریخ این مهم به صورت اختصاصی و تحت عنوان طرح کاهش تدریجی مصرف دخانیات به صورت مصوبه هیأت دولت دو بار در سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۸۰ جداگانه ابلاغ شده بود. در خلال این سال‌ها اجرای آن ضمانت کافی (جرائم ویژه) نداشته است و به صورت ضعیف عمل می‌شده است. حتی بعد از تصویب قانون جامع ملی مبارزه با دخانیات که در ماده ۱۳ آن جریمه نقدی برای استعمال دخانیات در اماکن عمومی لحاظ شده است نیز عملاً در اجرا آن با دشواری مواجه هستیم به طوری که به تجربه مشاهده می‌شد که در بسیاری از موارد این ممنوعیت رعایت نمی‌گردید.

این مطالعه به منظور بررسی وضعیت اجرایی ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی (رستوران‌های) شهر تهران صورت گرفته است تا به وسیله نتایج آن راه‌کارهای مؤثر در تقویت برنامه‌های کنترل دخانیات در سطح کشور به دست آید.

همان طوری که در نتایج مشاهده گردید پراکندگی جغرافیایی و نوع رستوران‌ها از نظر گنجایش و سال‌های فعالیت متنوع و قابل قبول و به عنوان یک نمونه قابل تعمیم بوده است.

عدم وجود علامت ممنوعیت مصرف دخانیات در ۱۳٪ از رستوران‌ها، وجود زیرسیگاری در حدود ۳۰٪ و اختصاص محل سیگار کشیدن در حدود ۱۲٪ از این اماکن بسیار قابل توجه می‌باشد و می‌بایستی مسؤولین ذی‌ربط جهت اصلاح این موارد تکلیف نمایند.

وجود پرسنل و مشتری‌های غیرسیگاری و سیگاری در این اماکن به نظر از پراکندگی طبیعی و قابل قبولی برخوردار است و نیاز به دقت بیشتر احساس نمی‌شود. ولیکن مصرف دخانیات به صورت قطعی و مشاهده‌ای در ۷/۵٪ از این اماکن می‌تواند یک هشدار جدی برای عدم اجرای قانون ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی باشد گواینکه رقم بیش از ۹۰ ٪ عدم مشاهده دود سیگار در این اماکن یک پیشرفت نسبی در اجرای قانون محسوب می‌شود.

آگاهی کلیه مدیران اماکن از قانون ممنوعیت مصرف دخانیات (۱۰۰٪) از نکات جالب و قابل توجه می‌باشد که علی‌رغم این آگاهی درصدی از موارد به اجرای آن عمل نمی‌نمودند و اینکه اکثریت آنان معتقد بودند اجرای این قانون تغییری در میزان درآمد و مشتری آنان به وجود نخواهد آورد که این نکته برخلاف نتایج مطالعات مشابه در سراسر دنیا می‌باشد که به طور واضح به افزایش درآمد و رضایت‌مندی افراد در رستوران‌ها به دفعات بعد از اجرای کامل ممنوعیت مصرف سیگار در این اماکن اشاره می‌کند [۳۴و۳۳و۳۲].

عدم تذکر و یا برخورد با عمل سیگار کشیدن در این رستوران‌ها به‌وسیله مدیران و کارکنان در حدود ۲۹٪ از موارد می‌تواند یک نقص در اجرای قانون فوق باشد که نیازمند مطالعات دقیق بعدی جهت علت و علل آن و مداخلات سازمان یافته و حمایت‌های قانونی از آن می‌باشد. این موارد در بسیاری از مطالعات خارجی بررسی شده و عمدتاً به جدی نگرفتن قانون و اجرای آن اشاره شده است [۳۶و۳۵].

در نتایج این مطالعه مشخص گردید ارتباط معنی‌داری از نظر آماری بین محل رستوران و وجود علامت ممنوعیت، زیرسیگاری، فضای سیگار کشیدن، پرسنل و مشتری سیگاری، نحوه برخورد و نگرش مدیران رستوران به قانون فوق وجود ندارد. از طرف دیگر در نتایج این مطالعه مشخص گردید که ارتباط معنی‌داری از نظر آماری بین وجود علامت ممنوعیت مصرف دخانیات و عدم وجود زیرسیگاری، فضای مصرف سیگار و چگونگی تذکر و برخورد با سیگار کشیدن در رستوران وجود دارد. بطوری که مشاهده شد در اماکنی که علامت ممنوعیت وجود دارد و یا چشمگیرتر است زیر سیگاری و فضای سیگار کشیدن کمتر دیده می‌شود و یا اصلاً دیده نمی‌شود و نیز برخورد مدیر و کارکنان این رستوران‌ها با سیگار کشیدن بسیار جدی می‌باشد. این مطلب می‌تواند نشان‌دهندهٔ نگرش و کردار کامل و مثبت به قانون و عمل به آن باشد همان طوریکه در مطالعات مشابه خارجی به آن اشاره شده است [۳۸و۳۷].

با توجه به تجارب بدست آمده در این مطالعه که مشابه نتایج مطالعات بین‌المللی دیگر می‌باشد [۴۰و۳۹] وجود قانون فوق به صورت فضای بدون دخانیات و حساس بودن مسؤولین به اجرای کامل آن و اعمال جرایم و نیز پیگیری جهت آگاه‌سازی عمومی درباره حق افراد غیرسیگاری به تنفس هوای پاک از دود سیگار می‌تواند در رسیدن به هدف نهایی برنامه کنترل دخانیات کمک کننده باشد.

Archive of SID
www.SID.ir

مراجع

1- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 2006, 3(11): e442.

2- Peto R et al. Mortality from smoking worldwide. British Medical Bulletin, 1996, 52(1): 12–21.

3- U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004 (http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/ chapters.htm, accessed 5 December 2007).

4- Peto R et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet, 1992, 339(8804):1268–1278.

5- Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet, 1997, 349 (9064): 1498-1504.

6- Levine R, Kinder M. Millions saved: proven success in global health. Washington, DC, Center for Global Development, 2004.

7- Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. Critical issues in global health. San Francisco, Wiley (Jossey-Bass), 2001: 154–161.

8- California Environmental Protection Agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary. Sacramento, California Environmental Protection Agency, June 2005 (ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3exe.pdf, accessed 5 December 2007).

9- World Health Organization. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf,accessed 5 December 2007).

10- World Health Organization/International Agency for Research on Cancer IARC. Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation. Geneva, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83, 2004 (http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf, accessed 5 December 2007).

11- U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf, accessed 5 December 2007).

12- Scientific Committee on Tobacco and Health. Update of evidence on health effects of secondhand smoke. London, Scientific Committee on Tobacco and Health, 2004 (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=13632&Rendition=Web,accessed 5 December 2007).

Archive of SID

www.SID.ir

13- Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. British Medical Journal, 2002, 325(7357):188.

14- Howell F. Smoke-free bars in Ireland: a runaway success. Tobacco Control, 2005, 14(2):73–74.

15- Fong GT et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the International Tobacco Control (ITC) Ireland/UK Survey. Tobacco Control, 2006, 15 (Suppl. 3): iii51–iii58.

16- Organizaci´n Panamericana de la Salud (Pan American Health Organization). Estudio de "Conocimiento yactitudes hacia el decreto 288/005". (Regulaci´n de consumo de tabaco en lugares p˜blicos y privados). October 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, accessed 5 December 2007).

17- Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 (http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport. pdf, accessed 5 December 2007).

18- California bar patrons field research corporation polls, March 1998 and September 2002. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, November 2002.

19- Maters CD; Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of disease from 2002 to 2003, PLoS Medicine 2006; 3 (11): e442.

20- World Health Organization Gender and Tobacco control: A Policy Brief. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy/_breif.pdf.accessed 21march 2008).

21- World Health Organization. WHO Framework Convection on Tobacco Control. Geneva, World Heath Organization 2003 (update reprints 2004,2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf,accessed 21 March 2008).

22- World Health Organization. WHO Framework Convection on Tobacco Control, Article 4.Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004,2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf,accessed 21 March 2008).

23- Mulcahy M; et al. Second hand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentration in hotel workers and air nicotine levels in bars. Tobacco Control 2005; 14:384-388.

24- Hammond D; Fong GT; McNeill A; et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings From the International Tobacco Control (ITC) Four Country survey. Tobacco Control 2006; 15 (supplement3); iii19-iii25

25- Polly RW; Siddarth S; Siegel M; et al. The Last Straw? Cigarette Advertising and realized market shares among youths and adults, 1979-1993.J Marketing 1996;60(2): 1-16

26- King III C; Siegel M; celebucki C; et al. Adolescent Exposure to Cigarette Advertising in Magazines. JAMA 1998; 279: 516-520.

27- Ekerbicer HC; Celik M; Guler E; et al. Evaluating environnemental tobacco smoke exposure in a group of Turkish primary school student and developing

Archive of SID
www.SID.ir

interventional methods for prevention. BMC public Health 2007; 7: 202.

28- "The health consequences of environmental exposure to tobacco smoke: A report of the surgeon General". June 27, 2006. (http://www.surgeongeneralgov/lirary/secondhandsmoke).

29- Hilton S; Semple S; Miller BG; et al. expectations and changing attitudes for bar workers before and after the implementation of smoke-free legislation in Scotland. BMC public Health 2007;7:206.

30- Wiesenthal A. Children and secondhand smoke. CMAJ 2003; 169(9); 904.

31- Hosseini M, Adimi P, Karimi S, et al, "Environmental risk factor for lung cancer in Iran": a case control study, International Journal of Epidemiology 2009 38(4):989-996.

32- Office of Tobacco Control. Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review. Dublin, Department of Health and Children, 2005 (http://www.otc.ie/uploads/1_Year_Report_FA.pdf, accessed 21 March 2008).

33- Organizaci´n Panamericana de la Salud (Pan-American Health Organization). Estudio de "Conocimiento yactitudes hacia el decreto 288/005". (Regulaci´n de consumo de tabaco en lugares p˜blicos y privados.) October 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, accessed 21 March 2008).

34- Ministry of Health, China tobacco control report. Beijing, Government of the People's Republic of China, May 2007.

35- Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. Tobacco Control, 2003, 12:13–20.

36- Binkin N. et al. Effects of a generalised ban on smoking in bars and restaurants, Italy. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2007, 11:522–527.

37- World Health Organization and International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks tohumans. Volume 83. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf, accessed 21 March 2008).

38- California Environmental Agency. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997 (http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html, accessed 21 March 2008).

39- World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf, accessed 21 March 2008).

40- WHO Tobacco Free Initiative. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf, accessed 21 March 2008).

Archive of SID

www.SID.ir

جدول ۱: پراکندگی نحوه برخورد با مشتریان سیگاری بر اساس نوع علائم منع انتخاب شده				
علامت منع	نحوه برخورد با افراد سیگاری			مجموع
	ندارد	تذکر	برخورد	
ندارد	۳۸ (٪۶۳/۳)	۱۸ (٪۳۰)	۴ (٪۶/۷)	۶۰ (٪۱۰۰)
معمولی	۹۴ (٪۳۰/۳)	۲۰۶ (٪۶۶/۵)	۱۰ (٪۳/۲)	۳۱۰ (٪۱۰۰)
فوق‌العاده	۰	۰	۸۸ (٪۱۰۰)	۸۸ (٪۱۰۰)
مجموع	۱۳۲ (٪۲۸/۸)	۲۲۴ (٪۴۸/۹)	۱۰۲ (٪۲۲/۳)	۴۵۸ (٪۱۰۰)

P-value <0.001

جدول ۲: پراکندگی نظر صاحبین رستوران‌ها در مورد افزایش مشتری بر اساس نوع علائم منع انتخاب شده				
علامت منع	اثر بر تعداد مشتریان			مجموع
	افزایش	ثابت	کاهش	
ندارد	۴ (٪۶/۷)	۱۲ (٪۲۰)	۴۴ (٪۷۳/۳)	۶۰ (٪۱۰۰)
معمولی	۵۸ (٪۱۸/۷)	۲۳۰ (٪۷۴/۲)	۲۲ (٪۷/۱)	۳۱۰ (٪۱۰۰)
فوق‌العاده	۴۴ (٪۲۳/۱)	۳۸ (٪۴۳/۲)	۶ (٪۶/۸)	۸۸ (٪۱۰۰)
مجموع	۱۰۶ (٪۲۳/۱)	۲۸۰ (٪۶۱/۱)	۷۲ (٪۱۵/۷)	۴۵۸ (٪۱۰۰)

P-value <0.001

www.SID.ir