

Elżbieta Puścińska, Dorota Górecka

II Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. D. Górecka

Palenie tytoniu i walka z nałogiem palenia — spojrzenie na Iran i inne państwa rejonu Zatoki Perskiej

**Tobacco smoking and struggle against the smoking addiction
— a look at Iran and other countries in the Persian Gulf region**

Pneumonol. Alergol. Pol. 2011; 79, 1: 1–2

Palenie tytoniu zabija każdego roku ponad 5 milionów osób na całym świecie i jest jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów [1]. Choroby odtytoniowe dotyczą ludzi w ich najbardziej produktywnych latach życia, uszczuplają domowe finanse, powodują wzrost kosztów opieki medycznej, ograniczają rozwój ekonomiczny.

Dym tytoniowy jest szkodliwy dla osób palących i niepalących. Spośród 4000 substancji chemicznych zawartych w dymie tytoniowym co najmniej 250 jest uznawanych za szkodliwe, z czego ponad 50 to substancje rakotwórcze [2]. Wśród chorób o udowodnionym związku z paleniem tytoniu znajdują się nowotwory, takie jak: rak płuca, przełyku, krtani, żołądka, nerki, pęcherza moczowego, szyjki macicy czy ostra białaczka szpikowa, a także POChP i choroby układu sercowo-naczyniowego [1]. Pierwsze działania podjęte przed laty przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) dotyczyły oceny zagrożenia wynikającego z epidemii palenia. Obecnie celem działania jest ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających z epidemii palenia. Szczególną uwagę zwraca się na realizację polityki „środowisk wolnych od dymu tytoniowego”.

Ramowa Konwencja Kontroli Rynku WYROBÓW Tytoniowych (FCTC, *Framework Convention on Tobacco Control*) to pierwszy na świecie międzynarodowy traktat, który powstał, aby chronić obecne

i przyszłe pokolenia przed konsekwencjami palenia tytoniu i wdychania dymu tytoniowego [3]. W artykule 8. traktatu znajduje się deklaracja, że wszystkie strony układu są z mocy prawa zobowiązane do ochrony każdej osoby przed oddziaływaniem dymu tytoniowego oraz że nie ma bezpiecznego poziomu ekspozycji na dym tytoniowy. Środowisko całkowicie (w 100%) wolne od dymu tytoniowego jest jedyną metodą ochrony przed szkodliwością biernego palenia. Jednak aby prowadzone działania przynosiły spodziewane efekty, konieczna jest aktualizacja wiedzy na temat rozpowszechnienia nałogu palenia tytoniu, z uwzględnieniem charakterystycznych warunkowań dla danej społeczności.

W „Pneumonologii i Alergologii Polskiej” zagadnienia związane z paleniem tytoniu i ograniczaniem nałogu były często poruszane. Zazwyczaj dotyczyły one sytuacji w Polsce. W bieżącym numerze została opublikowana praca oryginalna M.H. Boskabady i wsp. dotycząca częstości i konsekwencji nałogu palenia tytoniu na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród 1435 mieszkańców miasta Mashhad, zlokalizowanego w północno-wschodniej części Iranu [4]. Autorzy wykazali, że osoby palące tytoń stanowiły 12,7% badanej populacji, z czego 172 osoby (17,2%) to mężczyźni, a 11 osób to kobiety (2,5%). Ankiety przeprowadzono w 2008 roku, a jej wyniki są zbliżone do wyników badań populacyjnych.

Adres do korespondencji: Dr n. med. Elżbieta Puścińska, II Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, ul. Płocka 26, 01–138 Warszawa,

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.11.2010 r.
Copyright © 2011 Via Medica
ISSN 0867–7077

W 2009 roku został opublikowany raport (SuRFNCD-2007) przygotowany na podstawie wytycznych WHO, a przedstawiający wyniki badań dotyczących palenia tytoniu w Iranie [5]. Raport dotyczył losowo dobranej grupy 5287 osób w wieku 15–64 lat. W czasie przeprowadzonego badania liczba dorosłych mieszkańców Iranu wynosiła około 49 milionów. Autorzy wykazali, że 13,7% (6,7 milionów) Irańczyków pali codziennie. Liczby palących mężczyzn i kobiet wynosiły odpowiednio: 6 milionów (24,3%) i 0,7 miliona (2,9%). Średnia wieku w chwili rozpoczęcia palenia była dość wysoka i wynosiła nieco ponad 20 lat wśród mężczyzn i 24,2 roku wśród kobiet. Nie było istotnej różnicy między miastami a obszarami wiejskimi. Średnia liczba osób palących była najwyższa w grupie między 35. a 44. rokiem życia i wynosiła 22,4%. Interesujące jest, że pierwsze próby porzucenia nałogu były znacznie wcześniej podejmowane przez mężczyzn (34,1 rż.) niż przez kobiety (42. rż.). Wyniki badania Boskabady i wyżej omówionego raportu są bardzo podobne.

Częstość rozpowszechnienia nałogu palenia wśród mężczyzn w populacji irańskiej jest podobna do opisywanej w innych krajach rejonu Zatoki Perskiej. Jedynie w Pakistanie i Turcji wskaźniki te są istotnie wyższe i wynoszą odpowiednio: 24,3% i 45,1%. Rozpowszechnienie nałogu palenia wśród kobiet w Iranie jest niższe niż w Turcji (14,8%), ale wyższe niż w Iraku (1,6%) czy Zjednoczonych Emiratach Arabskich (1,2%) [6].

Jedną z form palenia, dość powszechną w krajach rejonu Zatoki Perskiej, jest palenie fajki wodnej. Ten sposób palenia jest bardziej popularny wśród kobiet niż wśród mężczyzn [5]. Wiedza na

temat szkód zdrowotnych wynikających z palenia fajki wodnej przez długi okres była niewielka. Nadal brakuje publikacji, w których byłyby przedstawione wyniki długoterminowych badań epidemiologicznych. Zwolennicy tej formy palenia podkreślali niewielką ilość używanego tytoniu, powoływali się na tradycję. Jednak coraz więcej doniesień naukowych potwierdza szkodliwość palenia w tej formie [7].

Iran podpisał konwencję FTCT w 2003 roku, a ratyfikował ją w listopadzie 2005 roku. Wprowadzenie zakazu reklam i promocji, zakazu sprzedaży papierosów osobom poniżej 18. roku życia, zakazu palenia w budynkach publicznych (państwowych, ale także hotelach, restauracjach, kinach, centrach sportowych) i świątyniach, miejscach pracy i środkach transportu ma ogromne znaczenie w ograniczeniu nałogu palenia, ale także w uświadamianiu szkodliwości tego nałogu.

Piśmiennictwo

1. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA 2004.
2. National Toxicology Program. Report on carcinogens. Eleventh Edition. U.S. department of Health and Human Services 2005. www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf.
3. www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf.
4. Boskabady M.H., Mahmoudinia M., Eslamizade M.J. i wsp. Prevalence of smoking among population in the city of Mashhad (north east of Iran) and pulmonary function tests among smokers. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2011; 1: 21–25
5. Meysamie A., Ghaletaki R., Haghazali M. i wsp. Pattern of tobacco use among the Iranian adult population: Results of the national Survey of Risk factors of Non-Communicable Diseases (SuRFNCD-2007). *Tob. Control.* 2010; 19: 125–128.
6. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package. World Health Organization, Geneva 2008.
7. Ghasemi A., Syedmoradi L., Momenan A.A. i wsp. The influence of cigarette and galyan (hookah) smoking on serum nitric oxide metabolite concentration. *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* 2010; 70: 116–121.