



اثرات دخانیات بر سلامت انسان و راهکارهای پیشگیری و کنترل آن

ترجمه و تالیف:

دکتر محمد رضا مجدی: متخصص اطفال، استادیار گروه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر احسان رفیعی منش: متخصص طب کار، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

« بهار ۸۸ »



فهرست مندرجات :

۱. اثرات استعمال دخانیات بر بدن انسان.....صفحه ۵

- مقدمه
- اثرات روانی و اعتیاد
- اثرات ریوی
- اثرات قلبی
- اثرات عروقی
- عروق محیطی
- سیستم عصبی
- اختلالات اسکلتی و استئوپوروز
- دستگاه تناسلی مردانه
- گوارشی
- سرطان
- دهان و دندان
- پوست و مو
- حواس
- زنان و سیگار
- سیگار و تکامل دوران نوزادی و کودکی
- سیگار و سلامت عمومی
- دود سیگار در محیط
- ترک سیگار و پیشگیری از استعمال آن

۲. شش سیاست برای کنترل اپیدمی مصرف دخانیات.....صفحه ۲۹

- مقدمه
- پایش مصرف دخانیات و سیاستهای پیشگیرانه
- محافظت مردم در برابر دود سیگار
- کمک به افراد سیگاری بمنظور ترک مصرف دخانیات
- اطلاع رسانی در مورد خطرات مصرف دخانیات
- ممنوع کردن تبلیغات و آگهی های مصرف دخانیات
- افزایش مالیات دخانیات

۳. قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات صفحه ۴۹
- قانون جامع کنترل
 - آئین نامه اجرایی
۴. برنامه کشوری کنترل دخانیات و وضعیت استعمال دخانیات صفحه ۵۹
- برنامه کشوری
 - وضعیت استعمال دخانیات در کشور در سال ۸۴
۵. مواد مخدر و دخانیات از دیدگاه فقه مذاهب اسلامی صفحه ۷۳
۶. منابع صفحه ۸۱
۷. پیوستها صفحه ۸۲

اثرات استعمال دخانیات بر بدن
انسان

مقدمه:

با افزایش آگاهی از تأثیرات مخربی که استفاده از دخانیات دارد و صدمه جبران ناپذیری که به سلامت افراد، جوانان، خانواده ها و جوامع اقتصاد کشورها وارد می کند، نیاز به تدوین کتب و جزوات جامعی که طیف وسیعی از اثرات منفی دخانیات بر سلامت انسان را در بر گیرد آشکار شد. این کتاب جواب سؤالاتی که افراد جامعه و اشخاص و گروههای خاص دارند خلاصه و آسان می کند و بخش وسیعی از عوارض استعمال دخانیات بر سلامت انسان که تاکنون به آن پرداخته نشده را نیز شامل میشود. بنابراین انتظار می رود که این کتاب مورد توجه همه گروههای جامعه منجمله دانش آموزان، دانشجویان، پزشکان، پرستاران و همچنین افراد عادی قرار گیرد.

سیگار و دود سیگار شامل هزاران ماده شیمیایی می شود. تعدادی از این مواد شیمیایی به عنوان مواد سمی، سرطان زا و اعتیادآور شناخته شده اند و تعدادی از این مواد شیمیایی سطح مجاز مشخصی ندارند. مواد شیمیایی که در سیگار و دود آن یافت می شود شامل نیکوتین، قیر، مونوکسیدکربن، استالدئید، سیانید هیدروژن، آرسنیک، کروم، ددت، فرمالدئید، بنزن، نیتروزآمین، کادمیوم، نیکل، برلیوم، وینیل کلراید و... می باشد.

هر ۶/۵ ثانیه یک نفر جان خود را در اثر مصرف دخانیات در دنیا از دست می دهد. دخانیات هر سال حدود ۵ میلیون سیگاری را می کشد، که این رقم برابر ۱۳۶۹۹ نفر در روز می باشد. این علاوه بر بیماریهای مرتبط با دخانیات و بار بیماری کلی بر روی افراد، خانواده ها و جامعه می باشد. مطالعات نشان داده افرادی که در دوران نوجوانی سیگار کشیدن را آغاز می کنند (بیشتر از ۷۰ درصد افراد سیگاری از این سن شروع میکنند) و به آن حدود ۲۰ سال یا بیشتر ادامه می دهند، ۲۰ تا ۲۵ سال زودتر از افرادی که هرگز سیگار نکشیده اند خواهند مرد. بنابراین آنان مفیدترین و موثرترین زمان زندگی خود را از دست می دهند. سرطان ریه و بیماری قلبی شایعترین بیماریهایی هستند که افراد سیگاری با آن مواجه می شوند، اما مردم عادی اکثرا از طیف وسیعی از دیگر اثرات سوء ناشی از مصرف دخانیات بی خبرند. این مکتوب مجموعه ای از بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات را ذکر می کند و نشان می دهد که چطور اثرات زیان بخش دخانیات می تواند تقریباً به هر عضو و دستگاهی در بدن انسان آسیب برساند .

استعمال دخانیات در زنان بدلیل اثرات جدی و منفی آن بر سلامت زنان و فرزند آنها موضوع قابل توجهی است. علاوه بر این، امروزه نگرانیهایی در زمینه استفاده از داروهای ضد بارداری و مواجهات ناخواسته محیطی با دود سیگار در زنان ایجاد شده است.

بچه ها که در واقع به منزله عناصر سازنده نسلهای آینده می باشند، بخش مهم و وسیعی از افرادی هستند که به طور ناخواسته در معرض زیانهای ناشی از دخانیات قرار می گیرند. لازم است که افراد جامعه به آسبایی که به سلامتی بچه ها در اثر مواجهه با دود سیگار وارد می شود توجه ویژه ای داشته باشند و تلاشهایی را برای جلوگیری از مواجهه آنان اعمال کنند. اهمیت توقف و کاهش مواجهه با دود سیگار نمیتواند بیش از این مورد تاکید قرار گیرد. بزرگسالان باید از مصرف دخانیات نه فقط برای حفاظت خودشان بلکه برای حفاظت جوانان و نسلهای آینده از قربانی شدن بوسیله بیماریهای کشنده مرتبط با دخانیات پرهیز کنند. همچنین اطلاع رسانی به افراد جامعه در مورد این حقیقت که ایجاد تغییر در شکل، فرم ظاهری، قدرت و طعم مواد دخانی یک روش تجاری برای مخفی نمودن اثرات کشنده مصرف دخانیات است، ضروری میباشد. از آنجائیکه دود سیگار موجود در محیط میتواند افراد غیر سیگاری را همچون افراد سیگاری مورد تاثیر قرار دهد این موضوع از موارد مورد بحث بین متخصصین سلامت و صنایع تولید کننده مواد دخانی میباشد چراکه این مسئله میتواند اثرات مواجهه با دود سیگار را بهتر مشخص نماید. این موضوع بیشترین تاثیر را برای شکل دهی تلاشهایی در جهت کنترل دخانیات دارد. نکته مهم: به خاطر سهولت در مطالعه، مراجع و مدارک صدمات ناشی از مصرف دخانیات از نسخه چاپی این مقاله حذف شده است. دانشجویان، پزشکان و افرادی که می خواهند بیشتر در مورد این موضوع مطالعه کنند می توانند به نسخه آن لاین و فهرست آن در سایت www.emro.who.int/tfi/Inprint.htm مراجعه کنند.

اثرات سیگار بر بدن انسان

۱- اثرات روانی و اعتیاد:

سیگار و سایر انواع تنباکو اعتیاد آور هستند. نیکوتین به عنوان یک عامل دارویی علاوه بر ایجاد اعتیاد میتواند منجر به تغییرات خلق (Psychoactive) نیز گردد. نیکوتین یک عامل ایجاد سرخوشی است و علائم محرومیت آن شامل تحریک پذیری، کاهش تمرکز، اختلالات شناختی، اضطراب و افزایش وزن می باشد. فرایند فارماکولوژیک و رفتاری اعتیاد به سیگار مانند سایر مواد اعتیاد آور همچون هروئین و کوکائین می باشد. عوامل محیطی و فشارهای اجتماعی در شروع استعمال دخانیات، الگوی مصرف، ترک و مصرف مجدد آن نقش مهمی دارند. مشکل اعتیاد به سیگار و نیکوتین کاملاً جدی است چرا که علائم وابستگی میتواند سرعت و حتی در بعضی موارد در عرض چند روز یا چند هفته و حتی با حداقل مصرف ایجاد شود. ایجاد حتی یک علامت وابستگی قویاً پیش بینی کننده مصرف سیگار در آینده خواهد بود.

قدرت اعتیاد آوری نیکوتین از سایر داروها بیشتر است. در یک مطالعه تجربی، افراد سیگاری داوطلب که نیکوتین وریدی دریافت کرده بودند علائم مصرف سایر مواد همچون مورفین و کوکائین را گزارش نمودند. افراد با وابستگی به نیکوتین در مقایسه با افراد وابسته به سایر مواد میزان بیشتری از اختلالات افسردگی و اضطراب را نشان دادند. این عقیده که سیگار یا نیکوتین میتواند منجر به کاهش استرس شود یک باور غلط است چرا که نیکوتین بعنوان یک عامل اعتیادآور، سیگارها را در یک شرایط نیاز دائمی به نیکوتین قرار داده و به محض محرومیت از آن فرد دچار علائم تحریک پذیری، فشار و اضطراب میگردد. این وابستگی شیمایی میتواند منجر به اثرات جدی دیگری علاوه بر اعتیاد واقعی به نیکوتین و تنباکو گردد. بعنوان مثال برخی از انواع سیگار دارای میزان نیکوتین کم هستند که این در برخی افراد سیگاری به منظور جبران سطح پایین نیکوتین منجر به افزایش حجم دود استنشاقی و در نتیجه افزایش مواجهه ریه ها با عوامل سرطان زا به میزان ۲-۴ برابر میگردد. بنابراین مواجهه با این مواد در اثر مصرف سیگارهای با نیکوتین پایین خیلی بالاست. در یک مطالعه پژوهشی سیگارهایی

که از سیگارهای با نیکوتین پایین استفاده میکردند، تعداد کل مصرف سیگار بالایی داشتند. در سایر مطالعات، سیگارهایی که از سیگارهای فیلتر دار استفاده می کردند، افزایش جذب بیشتری از هر سیگار داشتند. نتایج این مطالعات، این باور غلط که سیگارهای با نیکوتین پایین کمتر مضر و اعتیاد آور هستند را نقض میکند. این مسئله همچنین گواهی است به این موضوع که چرا بروز مرگها و سرطانهای ریوی ناشی از سرطان ریه علیرغم استفاده از سیگارهای با نیکوتین و تار پایین کاهش نیافته است.

بسیاری از افرادی که وابستگی به نیکوتین دارند قادرند بدون هر گونه برنامه درمانی آنرا ترک کنند. سایر افراد نیاز به یک برنامه کمکی تعریف شده دارند که بر اساس مداخلات دارویی و رفتاری بتواند زمان قطع مصرف را طولانی کند.

۲- اثرات ریوی

بطور مشخص سیگارها امکان بیشتری جهت ابتلا به سرطان ریه دارند، بطوریکه ۹۰-۸۵ درصد تمام موارد سرطان ریه بعلت سیگار هستند. احتمال ابتلا سیگارها به سرطان ریه در مقایسه با افراد غیر سیگاری ۳۰-۲۰ برابر بیشتر است. سیگار منجر به یک طیف وسیعی از اختلالات ریوی شامل آمفیزم و برونشیت مزمن که با التهاب، انسداد و تخریب مجاری هوایی همراه است، میگردد. حداقل ۸۰٪ این بیماریها بدلیل سیگار کشیدن است که منجر به تنگی نفس، بیماریهای مکرر، بستری، ناتوانی ریوی و اقدامات درمانی پر هزینه با اثربخشی ضعیف می گردد.

دخانیات حداقل به میزان ۲۰ برابر خطر مرگ ناشی از بیماریهای انسدادی مزمن ریوی را افزایش میدهد. متوسط وضعیت عملکرد و ظرفیتهای ریوی در سیگارها به نسبت افراد غیر سیگاری بدتر است که این میزان کاهش عملکرد حتی در افراد بدون علائم آمفیزم و برونشیت مزمن در هر سال تا دو برابر می شود. افرادی که از سنین پایینتر در معرض دود سیگار قرار میگیرند، شانس بیشتری جهت ابتلا به آسم دارند. در افراد آسماتیک، دود سیگار میزان افت عملکرد و ظرفیتهای ریوی را افزایش داده که با گذشت زمان و بدتر شدن شرایط امکان کنترل ضعیف تر میگردد. این مسئله منجر به افزایش مراجعه به بخشهای اورژانس و دفعات بستری فرد میگردد. افراد سیگاری

احتمال بیشتری جهت استفاده از دستگاههای تنفس مصنوعی در هنگام بستری در بیمارستان دارند. خطر عوارض ریوی همچون عفونتها در افراد سیگاری به نسبت افراد غیر سیگاری بوضوح بالاتر است افرادی که قبلاً مبتلا به یک بیماری انسدادی مزمن ریوی (همچون برونشیت مزمن یا آمفیزم) شده اند و مصرف سیگار را ترک نموده اند، یک کاهش واضح در دفعات بستری در بیمارستان را نشان میدهند، میزان افت عملکرد ریوی این گروه با گذشت زمان به افراد غیر سیگاری نزدیک می شود. این موضوع به وضوح منجر به بهبود علایم تنگی نفس آنها می شود. سیگارهایی که از عوارض ریوی و غیر ریوی مصرف سیگار رنج میبرند، به نسبت افراد غیر سیگاری احتمال بیشتری جهت بستری در بخش مراقبت ویژه (ICU) بدنال جراحی دارند. سیگار یک عامل سببی اصلی در ایجاد ضایعات تخریبی بافت ریه محسوب میگردد که اغلب آنها درمان مشخصی ندارند.

سیگارها همچنین در معرض ابتلا به تعدادی از بیماریهای ریوی خاص همچون هیستوسیتوز سلولهای لانگرهانس هستند. این بیماری فقط در افراد سیگاری بروز کرده و درمان مشخصی به جز پیوند ریه ندارد. دیگر بیماری غیر معمول و جدی ریوی که با سیگار در ارتباط است، سندرم گودپاسچر (بیماری خونریزی دهنده ریوی) می باشد.

۳- اثرات قلبی

استعمال دخانیات به طور واضحی منجر به ایجاد بیماری عروق قلب (انسداد و تنگی عروق تغذیه کننده قلب) می گردد که این مسئله منجر به علایم قلبی همچون درد قفسه سینه، تنگی نفس، حمله قلبی، بستری، ناتوانی و مرگ می شود. خطر ایجاد بیماریهای عروقی قلب در اثر استفاده از سیگار در مردان تا ۳ برابر و در زنان تا ۶ برابر افزایش می یابد. خطر ایجاد این بیماریها اغلب بوسیله افراد سیگاری مورد توجه قرار نمی گیرد. ترک دخانیات در افراد مبتلا به بیماریهای قلبی، خطر حمله قلبی مجدد و مرگ را فقط به میزان ۵۰٪ کاهش می دهد بنابراین این مسئله نباید در افراد سیگاری بزرگ نمایی شود. استعمال دخانیات همچنین یک فاکتور خطر مستقل برای ایجاد نارسایی احتقانی قلب که در آن قلب توانایی خود برای تامین جریان خون مورد نیاز بدن را از دست می دهد،

محسوب می گردد. این بیماری منجر به ضعف، خستگی، تنگی نفس شدید، بستریهای مکرر و کاهش طول عمر فرد مبتلا می گردد.

۴- اثرات عروقی

آنورت: دخانیات به طور مشخص یک عامل خطر شناخته شده در ایجاد آنوریسم آنورت شکمی و آنورت قفسه صدری می باشد. آنوریسم آنورت شکمی یک گشادی معمولاً پیشرونده در یک سگمان رگ آنورت می باشد که در صورت پارگی این آنوریسم خونریزی داخلی، شوک، کلاپس قلبی و مرگ می شود. بیش از ۷۵٪ افراد مبتلا به این بیماری سیگاری هستند. بعد از تشخیص این بیماری افرادی که به استعمال دخانیات ادامه می دهند بیشتر در معرض خطر پارگی آنوریسم بوده و به طور مشخصی طول عمر کوتاهتری دارد. همچنین در افراد دارای سابقه استفاده از سیگار سرعت اتساع آنوریسم آنورت قفسه صدری افزایش می یابد. سیگار همچنین خطر فلج پاها بعد از جراحی ترمیمی آنوریسم آنورت قفسه صدری را افزایش میدهد.

عروق کاروتید: همچون دیگر عروق بدن، سیگار منجر به تنگی عروق کاروتید و کاهش خورسانی به مغز می گردد. این شرایط به عنوان یک عامل مستعد کننده برای ایجاد سکته مغزی محسوب می گردد. عوارض یک سکته مغزی شامل فلج، اختلال تکلم، اختلال حس، کوری، ناتوانی، فراموشی و حتی مرگ می باشد. بعد از جراحی اصلاحی در صورت استفاده از دخانیات شانس عود تنگی عروق کاروتید وجود خواهد داشت.

۵- عروق محیطی:

سیگار یک فاکتور اصلی مستعد کننده در ایجاد بیماریهای آترواسکلروتیک عروق محیطی (تصلب شرایین) می باشد. در این بیماریها، عروق تغذیه کننده جریان خون اندامها دچار سفتی و تنگی می شوند. این اختلال بیشتر عروق اندام تحتانی را تحت تاثیر قرار می دهد که نتیجه آن محدودیت حرکتی در راه رفتن، درد در اندام مبتلا، امکان ایجاد گانگرن و حتی قطع اندام می باشد. بیماران مبتلا به بیماریهای عروقی محیطی بشدت در معرض بیماریهای کشنده ای همچون حملات قلبی و سکته های مغزی می باشند. اولین اقدام درمانی در این بیماری

ترک دخانیات می باشد. دیگر بیماری جدی عروق محیطی که سیگار در ایجاد و یا پیشرفت آن نقش موثری دارد، ترومبوآنژییت ابلترانت یا بیماری بورگر می باشد. این بیماری ارتباط قوی با سیگار کشیدن دارد که اغلب در سنین جوانی (حدود ۳۴ سالگی) آغاز می شود. این بیماری منجر به درد شدید و پیشرونده در اندام مبتلا، زخم، گانگرن، قطع عضو، بستری مکرر و در بسیاری از موارد اختلال در راه رفتن می گردد. تنها اقدام درمانی موثر در جلوگیری از پیشرفت بیماری و قطع اندام، ترک کامل سیگار و دیگر انواع دخانیات می باشد. پس از تشخیص بیماری میزان قطع عضو در بیمارانی که همچنان به استفاده از سیگار ادامه می دهند بیش از افرادی است که سیگار را ترک می کند.

۶- سیستم عصبی:

سیگار خطر ابتلا به انواع فراموشی و اختلالات شناختی را افزایش می دهد و ترک سیگار اقدام اصلی در درمان فراموشی ناشی از بیماریهای عروقی محسوب می گردد. اختلالات شناختی همراه با سیگار اغلب در میانسالی (بین ۴۳ و ۵۳ سالگی) آغاز می گردد. سیگار همچنین احتمال ابتلا به بیماری آلزایمر را افزایش میدهد بطوریکه با قطع سیگار خطر ابتلا به بیماری کاهش می یابد.

۷- اختلالات اسکلتی و پوکی استخوانی:

استئوپوروز (پوکی استخوان) یک اختلال جدی استخوانی است که بطور آشکاری منجر به افزایش میزان شکستگیهای استخوانی بخصوص استخوانهای هیپ (لگن) و ستون فقرات، دردهای مزمن، کاهش عملکرد، اختلالات روانشناختی و مرگ زودرس می گردد. یک عامل مخدوش کننده در این میان جراحی و عوارض بعد از جراحی ناشی از درمان این شکستگی ها می باشد. سیگار قویا یک عامل خطر شناخته شده در ایجاد و تسریع پوکی استخوانی در مردان و زنان و با احتمال بیشتر در زنان می باشد. اغلب شکستگیهای ناشی از پوکی استخوانی در زنان مسن ایجاد میگردد. این شکستگیها شامل شکستگیهای فشاری مهره ها، شکستگی مچ دست، شکستگی هیپ و شکستگیهای خفیف در دیگر مناطق می باشد. سیگار همچنین بطور مشخصی با شکستگیهای تکراری

استخوانی در زنان سن یائسگی همراه می باشد. بر اساس مدارک و مستندات علمی استفاده از مواد دخانی بدون دود نیز می تواند باعث پوکی استخوانی گردد. اجتناب از بوی سیگار به عنوان اولین اقدام پیشگیرانه در برابر پیشرفت پوکی استخوان و کاهش توده استخوانی می باشد. سیگار منجر به بیماریهای تحلیل برنده ستون فقرات و افزایش استعداد شکستگی در مهره ها می شود. جراحیهای اختصاصی ستون فقرات در افراد سیگاری به نسبت افراد غیر سیگاری کمتر موفقیت آمیز است. سیگار همچنین منجر به اختلال در روند ترمیم استخوانها بعد از عمل جراحی و در نتیجه افزایش عوارض بعد از درمان شکستگیها می شود.

۸- اثرات بر دستگاه تناسلی مردانه:

باروری: بر اساس مدارک علمی قوی سیگار میتواند در افراد استفاده کننده منجر به کاهش تعداد اسپرم، افزایش تعداد اسپرمهای با ظاهر غیرنرمال و کیفیت پایین اسپرم شود. مردان سیگاری با تاخیر صاحب فرزند میگردند باروری و میزان باروری کاهش یافته دارند.

عقیمی: مدارک علمی قوی وجود دارد که سیگار یک عامل خطر موثر در ایجاد عقیمی مردان میباشد. سیگاریها در مقایسه با افراد غیر سیگاری ۱/۵ برابر بیشتر به اختلالات نعوظ مبتلاء میشوند. نتایج یک مطالعه تحقیقاتی نشان داد که حدود ۸۱٪ بیماران مبتلاء به عقیمی سیگاری هستند و یا سابقه مصرف سیگار را قبلاً داشته اند.

۹- اثرات گوارشی:

سیگار علاوه بر اینکه یک عامل کمکی در ایجاد بسیاری از سرطانهای دستگاه گوارش می باشد یک فاکتور کمکی اصلی در سایر بیماریهای دستگاه گوارش نیز محسوب می گردد.

زخمهای گوارشی: سیگار کشیدن عامل اصلی ایجاد زخمهای گوارشی هم در معده و هم در دوازدهه می باشد. علایم این بیماری علاوه بر درد، خونریزی شدید و سوراخ شدن معده یا دوازدهه نیز می باشد. تداوم سیگار کشیدن منجر به تاخیر در ترمیم این زخمها و افزایش احتمال غدد می گردد.

رفلاکس معده به مری: مطالعات اخیر نشان داده است که سیگار منجر به افزایش برگشت اسید معده بداخل مری شده که این اختلال یک عامل خطر ایجاد بیماری رفلاکس معده به مری محسوب می گردد. رفلاکس معده به مری بعنوان یک عامل خطر ایجاد سرطان حنجره و حلق شناخته می شود که سیگار در بروز این سرطانها دارای اثر غیر وابسته و مستقل می باشد.

۱۰- سرطان:

ارتباط بین استعمال دخانیات و سرطان بهیچ وجه اغراق نیست، چراکه سیگار یک علت مستقیم در بروز تعداد زیادی از سرطانها و یک عامل کمکی در بروز تعداد دیگری از سرطانها می باشد. هیچ ماده ای تاکنون با این ویژگی خاصی شناخته نشده است.

سرطان ریه: سرطان ریه بعلت مرگ و میر بالایی که در دنیا ایجاد می کند مورد توجه خاصی می باشد. تقریباً ۸۵-۹۰٪ تمام موارد سرطان ریه بدلیل سیگار می باشد. برخی مطالعات نشان داده اند که زنان بیشتر در خطر ابتلا به سرطان ریه بعلت سیگار هستند. مطالعات همه گیرشناسی نشان داده اند که سیگارهای دارای تار و نیکوتین پایین فقط به میزان مختصری منجر به کاهش خطر مرگ ناشی از سرطان ریه شده اند.

بطور مشابه، افرادی که تمام عمر از سیگارهای فیلتردار استفاده می کنند در مقابل افرادی که سیگارهای بدون فیلتر استفاده می کنند و یا سیگاریهایی که پس از مدتی استفاده از سیگارهای بدون فیلتر به سیگارهای فیلتردار متمایل می شوند تفاوت بسیار ناچیزی در میزان مرگ و میر نشان داده اند. در افرادی که سیگار را ترک می کنند خطر ابتلا به سرطان ریه بعد از ۱۰ سال کاهش می یابد و به میزان ۳۰-۵۰٪ افرادی که سیگار کشیدن را ادامه میدهند، می رسد.

سایر سرطانها: استعمال دخانیات بطور مشخصی خطر سرطانهای حنجره، مری، مثانه، پانکراس، کلیه، حفره دهان، حلق و معده را افزایش میدهد. سرطان حفره دهان و معده علاوه بر ارتباط با سیگار، با مصرف دهانی مواد دخانی (استعمال بدون دود) نیز ارتباط دارد. استعمال دخانیات با بروز سرطان روده بزرگ، کبد، دهانه رحم، سینوسهای بینی و لوکمی مرتبط است. سیگار همچنین به عنوان یک عامل خطر مستقل در سرطان سلولهای

شاخی پوست (SCC) شناخته می شود. استفاده از سیگار بصورت کوتاه مدت و بلند مدت خطر ابتلا به سرطان تخمدان را به دو برابر افزایش میدهد و همچنین یک عامل خطر اصلی در ایجاد سرطان گردن رحم محسوب میگردد. نتایج مطالعات متعدد نشان میدهد مواجهه با دود سیگار بصورت مستقیم یا غیر مستقیم خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش میدهد. همراهی بین گسترش سرطان پستان به ریه ها (متاستاز ریوی) و استعمال سیگار در زنان مشخص گردیده است. این مسئله میتواند دلیل بالاتر بودن میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در میان زنان سیگاری باشد. افراد استفاده کننده از سیگار و حتی افراد با مصرف کم، در معرض گسترش سایر انواع سرطانها نیز هستند. ترک سیگار منجر به کاهش خطر بسیاری از سرطانهای بدخیم مرتبط با سیگار منجمله سرطان حنجره، سرطان مری، سرطان پانکراس و مثانه میگردد.

۱۱- سلامت دهان و دندان:

سرطان دهان و حلق در هر دو جنس زن و مرد در دنیا دارای رتبه ششم می باشد. هر چند که در بسیاری کشورها در میان مردان سومین سرطان شایع محسوب می گردد. استفاده از توتون از راه تدخين و یا از طریق مصرف دهانی (بدون دود) یک ریسک فاکتور اصلی سرطان دهان و همچنین بیماریهای پیش سرطانی (پره کانسرو) می باشد. سیگار همچنین عامل ایجاد یکسری از ضایعات و بیماریهای دهان و دندان شامل ضایعات مخاطی همچون **Smoker's melanosis** (پیگماتتاسیون سیاه غیر عادی در مخاط دهان)، پچهای کراتوتیک، التهاب دهان، لکوپلاکی، ضایعات کام و زبان مودار سیاه می باشد. استعمال دخانیات اغلب با لکه دار شدن دندانها، پوسیدگی، خوردگی و تخریب دندانها همراه است. این مسئله منجر به افزایش شیوع اختلالات لثه و اطراف دندان همچون التهاب لثه ها، نکروز و تضعیف قدرت دفاع و ترمیم لثه ها می گردد. علاوه بر این سیگار می تواند توده استخوانی اطراف دندان را کاهش داده، عمق پاکتهای دندانی و احتمال پس زدن ایمپلنت را افزایش دهد.

۱۲- پوست و مو:

یک ارتباط قوی بین سیگار و سرطان سلولهای شاخی پوست (SCC) وجود دارد، سیگار در ایجاد سرطان پوست یک نقش مستقل دارد و میزان ابتلا تحت تاثیر تعداد سیگار مصرفی می باشد. از دیگر اثرات مصرف سیگار و سایر دخانیات بر پوست و مو پیری و چروکیدگی زودرس پوست بخصوص پوست صورت در زنان و مردان میتوان نام برد. این اثر با افزایش تعداد سیگار مصرفی، محتمل تر می شود. یک ارتباط قوی بین سیگار و تغییر رنگ خاکستری مو، کاهش مو و تاسی سر وجود دارد. از لحاظ بالینی سیگار میتواند منجر به بروز و افزایش شدت آکنه گردد. همچنین سیگار و توتون با یکسری از بیماریهای پوستی همچون پسوریازیس، اگزما و تاولهای کف دست و پا همراهی دارد. **Palmo-Plantar Pustulosis** یک بیماری مزمن پوستی شایع است که در آن ضایعات تاولی خیلی مقاوم به درمان روی کف دستها و پاها ایجاد می شود. سیگارها بیشتر در معرض عوارض محل جراحی بخصوص بدنال جراحیهای صورت هستند.

۱۳- سیگار و حواس:

بینایی: در برخی مناطق جهان، سیگار عامل اصلی اختلالات بینایی غیر قابل درمان محسوب میگردد که میتواند منجر به آب مروارید، گلوکوم، تحلیل وابسته به سن ماکولا و ضایعات چشمی مربوط به بیماری گریوز شود. سیگار تنها عامل قابل پیشگیری شناخته شده در ایجاد تمام انواع تحلیلهای وابسته به سن ماکولا می باشد. تداوم سیگار کشیدن ممکن است منجر به آسیبهای چشمی دائمی و نهایتا کوری دائم شود.

شنوایی: سیگار یکی از عوامل خطر اصلی ایجاد کاهش شنوایی و کری می باشد. در افراد سیگاری در مقایسه با افراد غیر سیگاری احتمال ابتلا به کاهش شنوایی بالاتر است که این تقریبا مشابه افراد است که در مواجهه با سروصدای بالای محیط قرار دارند .

بویایی: در افراد سیگاری میزان بروز اختلالات بویایی درازمدت در مقایسه با افراد غیر سیگاری دو برابر می باشد. این اختلال در افرادی که سیگار را ترک می کنند بهبودی قابل توجهی دارد.

زنان و استعمال دخانیات

سلامت عمومی:

اثرات استعمال سیگار در زنان مورد توجه خاصی است چرا که زنان علاوه بر اینکه تقریباً به تمام عوامل زیان آور موجود در سیگار همچون مردان حساس هستند، در معرض ابتلا به برخی بیماریها و تومورهای خاصی که ویژه جنس زن است، نیز می باشند. نتایج برخی مطالعات نشان داده اند که زنان حتی بیشتر از مردان خطر ابتلا به برخی بیماریهای ناشی از سیگار را دارا می باشند. بر اساس یک مطالعه وسیع در زمینه سلامت زنان، میزان مرگ و میر بهر دلیل در زنان سیگاری حدود ۲ برابر بالاتر بود که بخصوص در سنین ۳۵-۴۴ سال این مسئله مشخص تر بود. زنان در معرض تهدید طیف وسیعی از بیماریهای مرتبط با سیگار همچون سرطان، بیماریهای قلبی عروقی، ریوی و همچنین افزایش خطر انواع مختلف فراموشی، پوکی استخوان و مشکلات بارداری می باشند. اجتناب از سیگار نقش مهمی در سلامت حال و آینده زنان دارد. از آنجائیکه اغلب زنان از طریق محیطی در معرض دود سیگار هستند نه از طریق سیگار کشیدن واقعی، کنترل این مواجهات ناخواسته در سلامت زنان نقش موثری دارد.

سلامت دستگاه تناسلی در زنان:

بر اساس مدارک علمی موجود یک همراهی بین استعمال دخانیات و کاهش قدرت باروری زنان وجود دارد. دخانیات همچنین میزان سقط خودبخودی در جنین های با وضعیت کروموزومی نرمال، میزان بروز پارگی جفت، جفت سر راهی، خونریزی در طی بارداری، پارگی زودرس غشاءها و مرده زایی را افزایش میدهد که این موارد بطور کلی منجر به کاهش قدرت تولید مثل زنان می گردد. زنان سیگاری به نسبت زنان غیر سیگاری ۱-۲ سال زودتر دچار یائسگی می شوند. تمامی خطرات و عوارض مربوط به باروری و بارداری مربوط به سیگار در افرادی که سیگار را قبلاً ترک نموده اند کاهش می یابد.

دخانیات و داروهای ضد بارداری خوراکی (OCP):

در خانمهایی که از قرصهای ضد بارداری مرسوم استفاده می کنند، خطر بیماریهای قلبی عروقی و حملات قلبی در افراد سیگاری بالاتر می باشد، که از این میان سیگاریهای شدید بیشتر در معرض حملات قلبی قرار دارند. لذا همه تلاشهای ممکن برای تشویق استفاده کنندگان از داروهای ضد بارداری بمنظور ترک سیگار باید انجام گیرد. افراد استفاده کننده از OCP که سیگار مصرف نمی کنند و دارای فشار خون نرمال هستند (Normotensive)، کمتر در معرض خطر حمله قلبی می باشند. با توجه به تاثیر همزمان سیگار و OCP در ایجاد لخته های عروق مغزی، زنان سیگاری استفاده کننده از OCP بیشتر در معرض سکنه های مغزی قرار دارند. خطر لخته های وریدی و آمبولی ریوی در زنان سیگاری مصرف کننده OCP افزایش دارد.

دخانیات و بارداری:

امروزه آگاهی در خصوص اثرات مضر سیگار در طی بارداری افزایش یافته است. استعمال دخانیات بدلیل مواجهه با موادی همچون نیکوتین و گاز منوکسیدکربن با عوارض متعددی در طی بارداری همچون افزایش خطر سقط خودبخودی، زایمان زودرس و تولد نوزاد با وزن کم همراه است. مصرف سیگار در طی بارداری منجر به تاخیر رشد داخل رحمی (IUGR) می گردد. مواجهه با مقادیر کم دود سیگار و یا استفاده از سیگارهای با میزان تار و نیکوتین کم در کاهش احتمال تولد نوزاد با وزن کم تاثیری ندارد. بچه های مادران غیر سیگاری که در معرض مواجهه محیطی با دود سیگار (ETS) بوده اند، در هنگام تولد وزن کمتری دارند. در صورتیکه این مادران خود نیز سیگار مصرف نمایند احتمال بروز این اختلال افزایش می یابد. استفاده از سیگار در طی دوران بارداری احتمال مرگ نوزاد در حوالی زمان تولد (Perinatal Mortality) را تا حدود ۱/۵ برابر افزایش میدهد. سندرم مرگ ناگهانی نوزاد در مادران سیگاری شایعتر است.

سیگار نه تنها منجر به افزایش خطر سرطان رحم و گردن رحم در زنان می گردد، بلکه احتمال ایجاد مشکلات باروری، عوارض حین بارداری و مرگ نوزاد را افزایش میدهد. بهر صورت از اثرات شوم سیگار بر دوره بارداری و پس از وضع حمل نباید غفلت کرد. نتیجه مطالعات علمی نشان میدهد که سیگار ضمن ایجاد مشکلات در دوره بارداری منجر به تهدید زندگی مادر و کودک، افزایش احتمال بروز عوارض دراز مدت و کوتاه مدت در نوزاد و

حتی مرگ نوزاد می گردد. بدلیل بالا بودن میزان متابولیسم نیکوتین در زنان باردار و نیاز به دوز بالای درمان جایگزین با نیکوتین در دوران بارداری، استفاده از درمان با نیکوتین در زنان سیگاری باردار موثر به نظر نمی رسد. هر چند که استفاده از روشهای درمان جایگزین با نیکوتین در دوران بارداری هنوز دارای ابهاماتی می باشد، اما استفاده از این روش در زنانی که قصد ترک سیگار را دارند، هم بدلیل سلامت خودشان و هم بدلیل سلامت فرزندانشان بسیار حیاتی است.

دخانیات و شیردهی:

محتویات سیگار و توتون بداخل شیر پستانها ترشح شده منجر به کاهش میزان شیر می شوند. سیگار همچنین منجر به کاهش برخی ویتامینهای موجود در شیر همچون ویتامین E و ویتامین C میشود. میزان مواجهه شیرخوار با نیکوتین ارتباط مستقیم با تعداد سیگار مصرفی توسط مادر دارد. مادران سیگاری در مقایسه با مادران غیر سیگاری، طول شیردهی و احتمال شروع شیردهی کمتری دارند، ضمن اینکه احتمال قطع شیردهی در آنها بیشتر است. نتایج مطالعات متعدد مشخص کرده است که یک ارتباط معکوس قوی بین تعداد سیگار مصرفی در روز و میزان شیردهی با پستان، شروع و طول مدت شیردهی با پستان وجود دارد که علیرغم وجود فاکتورهای موثر دیگر، اثر آن همواره پا برجاست. این مسئله منجر به محروم شدن تعداد زیادی از نوزادان از مزایای شناخته شده تغذیه با شیر مادر می گردد. البته این نوزادان در معرض سایر عواقب سیگار کشیدن مادر یعنی مواجهه محیطی با دود سیگار (مواجهه غیر مستقیم) و یا عوارض مربوط به مواجهه در دوران بارداری نیز می باشند.

دخانیات و تکامل دوران نوزادی و کودکی

اثرات سوء دخانیات در دوران قبل از تولد:

نوزادانیکه قبل از تولد در معرض مواجهه با دود سیگار قرار داشته اند بیشتر در خطر کاهش وزن و مرگ هنگام تولد قرار دارند، بر اساس مطالعات تجربی و اپیدمیولوژیک، نوزادان با وزن کم تولد (LBW) ممکن است در آینده دچار یکسری عوارض جدی و یا بیماریهایی شوند که فقط به دوران نوزادی محدود نمی شود. تعدادی از اختلالات و نقص عضوهای مادرزادی همچون شکاف کام و لب، پاچنبری و نقص اندامها با سیگار کشیدن در دوران بارداری مرتبط است. مطالعات پژوهشی ثابت کرده اند که مواجهه جنین با دود سیگار محیط (ETS) در دوران بارداری منجر به اختلالات عملکرد ریوی در دوران نوزادی، زمینه سازی آسم و افزایش تحریک پذیری برونش در دوران کودکی می گردد. بچه های مادران سیگاری که در طی بارداری و شیردهی در معرض مواجهه با دود سیگار بوده اند بیشتر احتمال ابتلاء به اگزمای دوران کودکی را دارند. مواجهه محیطی با دود سیگار منجر به کاهش دامنه توجه کودک شده که این خود زمینه ساز اختلال در تکامل هوشی کودک و حتی تواناییهای هوشی کودک در آینده و افتی به میزان ۱۵ درجه در ضریب هوشی می گردد. مطالعات همه گیر شناسی مشخص کرده اند مواجهه با دود سیگار در دوران قبل از تولد میتواند اختلالات رفتاری، رفتارهای پر خطر و افت تحصیلی را به همراه داشته باشد. دود سیگار بطور واضحی با اختلالات یادگیری و حافظه همراه است. مواجهه قبل از تولد با دود سیگار با نقص در یادگیری گفتاری، اختلال حافظه و کاهش پاسخ در تست هماهنگی چشم-دست (Eye-Hand Coordination Test) همراه است. بعلاوه کودکان مواجهه یافته با سیگار توان انعطاف پذیری در حل مشکلات را کمتر و حرکات تهاجمی بیشتری دارند.

دخانیات و سلامت کودکان:

تهدیدهایی که سیگار بر سلامت نوزادان و کودکان ایجاد میکند اغلب از دوران بارداری آغاز می شوند. این تهدیدها عبارتند از:

۱. افزایش خطر سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار (SIDS)
 ۲. عفونتهای دوران کودکی
 ۳. عفونتهای گوش میانی
 ۴. نقص تکاملی ریه، برونشیت و کاهش کلی وضعیت سلامت ریه ها
 ۵. کاهش عملکرد و ظرفیتهای ریوی
 ۶. کاهش کلی در تکامل شناختی و فیزیکی
 ۷. تغییر وضعیت رفتاری و هوش کودکان
 ۸. افزایش میزان بستری در بیمارستان
- نوزادانی که مادرانشان سیگاری نیستند ولی پدرانشان سیگار استفاده می کنند بیشتر در خطر کاهش وزن حین تولد هستند. مواجهه محیطی با دود سیگار (ETS) همچنین منجر به افزایش خطر ابتلاء به آسم در دوران کودکی و نیز افزایش تعداد حملات آسم می گردد.
- مواد جانبی موجود در تنباکو و دود سیگار بداخل شیر مادر ترشح شده منجر به کاهش تولید شیر می شوند. بچه هایی که از شیر مادران سیگاری تغذیه می کنند بیشتر در معرض ابتلاء به سرطان ریه هستند. همچنین خطر ایجاد سایر سرطانها منجمله سرطانهای سینوسها و بینی، تومورهای مغزی، لوکمی و لنفوم نیز در آنان افزایش می یابد. دیگر اثرات سوء مصرف سیگار توسط والدین عبارتند از افزایش احتمال سیگاری شدن در فرزندان و در نتیجه افزایش احتمال ابتلاء به عوارض ناشی از مصرف سیگار و همچنین اختلالات رفتاری مربوط به سیگار کشیدن در بالغین افرادی که زودتر سیگار کشیدن را آغاز می کنند اغلب وابستگی بیشتری به سیگار دارند، کمتر قابلیت و توانمندی ترک را دارند، از رژیمهای غذایی نامناسب استفاده می کنند، کمتر از کمر بند ایمنی استفاده می کنند و بیشتر امکان بیماری و بستری شدن در بیمارستان را دارند. در بسیاری از کشورها سیگار شایعترین عامل

خطر قابل کنترل در ایجاد عوارض بارداری محسوب می گردد. مادرانیکه بصورت اختیاری سیگار می کشند در واقع بصورت خودآگاهانه نسلهای آینده را در معرض بیماریهای ناتوان کننده و تهدید کننده حیات بشر قرار می دهند. علاوه بر اثرات سوء مستقیم بر سلامت، سیگار میتواند بصورت غیر مستقیم و با کاهش منابع و توان مالی خانواده منجر به بروز سوء تغذیه ، گرسنگی و دسترسی کمتر به خدمات بهداشتی، پزشکی و آموزشی در کودکانی شود که بصورت ناخودآگاه و غیر داوطلبانه با دود سیگار والدین مواجهه دارند. این مواجهات میتواند رفتارهای آینده کودکان در زمینه سیگار کشیدن را تحت تاثیر قرار داده کودکان را قبل از اینکه بخواهند و متوجه شوند دچار اعتیاد به نیکوتین میکنند.

دخانیات و سلامت عمومی

دخانیات و پیامدهای جراحی:

این موضوع مشخص شده که مشکلات مربوط به التیام زخمهای جراحی در افراد سیگاری بیشتر از افراد غیر سیگاری می باشد. علاوه بر این به طور کلی عفونت زخمهای جراحی در افراد سیگاری بیشتر بر آورده شده است. بطور کلی عوارض بعد از عمل جراحی همچون فوت در بیمارستان، انتقال به بخش مراقبت های ویژه و عفونتهای دستگاه تنفسی به طور قابل ملاحظه ای در افراد سیگاری به نسبت افراد غیر سیگاری بیشتر میباشد.

سیگار و سیستم ایمنی

دود سیگار و نیکوتین منجر به تضعیف سیستم ایمنی و در نتیجه افزایش عفونتهای دستگاه تنفسی و همینطور عفونتهای زخم بعد از عمل جراحی در افراد سیگاری می گردد.

سیگار و دیابت

افراد سیگاری در معرض خطر جدی ابتلا به دیابت نوع دو (غیر وابسته به انسولین) می باشند و بیماران دیابتی که سیگاری هستند در معرض خطر جدی نارسایی کلیه، ضایعات شبکیه، ضایعات اعصاب محیطی، بیماری عروق قلبی، سکته، بیماریهای عروق محیطی و احتمال بیشتر قطع عضو می باشند.

سیگار و سل

افراد سیگاری در معرض ابتلا به سل ریوی فعال می باشند و آنها همچنین بیشتر در معرض ابتلا به سل خارج ریوی قرار دارند. این خطر با افزایش تعداد سیگار مصرفی افزایش می یابد. مواجهه با دود سیگار در محیط، خطر سل اکتسابی در بچه ها را افزایش می دهد.

سیگار و بیماریهای خود ایمن

آرتریت روماتوئید: دود سیگار، عامل خطر ساز مهمی در ابتلا و تشدید بیماری روماتیسم مفصلی می باشد.

غده تیروئید: سیگار به طور قابل ملاحظه ای خطر ابتلا به بیماری گریوز (یک بیماری تیروئیدی است که غده تیروئید بیش از حد فعال است)، افتالموپاتی گریوز (بیماری چشمی که با بیماری گریوز همراه است) گواتر سمی، تیروئیدیت هاشیموتو (بیماری خود ایمن تیروئید) را افزایش می دهد.

لوپوس ار تیماتوی سیستمیک (SLE)

دود سیگار به طور چشمگیر خطر ایجاد لوپوس را افزایش می دهد، این بیماری یک بیماری خود ایمنی است که می تواند تقریباً بر روی هر عضو یا دستگاهی در بدن تاثیر بگذارد و باعث عوارض زیادی منجمله نارسایی کلیه ها، بیماریهای قلبی و دریچه قلبی، التهاب و تورم مفاصل، بیماریهای مغزی، بیماریهای پوستی و ریوی شامل فیبروز و نارسایی تنفسی شود.

سیگار و لخته شدن خون در وریدها

سیگار عامل خطر ساز مهم و مستقل در گسترش ترومبوآمبولیهای وریدی و گیر کردن بعضی از این لخته ها در رگهای خونی ریه ها می باشد. این بیماری کشنده با پیامدهای دراز مدت جدی در بسیاری از بیماران منجمله تنگی نفس ناتوان کننده همراه می باشد.

سیگار و خواب

مشخص شده است که افراد سیگاری به طور چشمگیر بیشتر از افراد غیر سیگاری از مشکلات خواب (خواب آلودگی در طی روز، مشکل در بیدار ماندن و حوادث خفیف) رنج می برند. همچنین سیگار کشیدن با کابوس در خواب، خوابهای آشفته و مشکل در بیدار شدن همراه است.

دود سیگار در محیط (ETS)

در سالهای اخیر دانش و آگاهی از تأثیرات جدی، خطرناک و نامطلوب دود سیگار در محیط بر روی سلامتی افزایش یافته است. دود سیگار در محیط تقریباً هر عضو و دستگاهی از بدن را تحت تأثیر قرار میدهد و دود سیگار به طور واضح به عنوان علت مرگ در تعداد زیادی از افرادی که در معرض دود سیگار هستند محسوب می شود. قرار گیری در معرض دود سیگار در محیط بدلیل تأثیر منفی بر روی سلامتی بچه ها از اهمیت خاصی برخوردار است. دود سیگار در محیط به طور قابل ملاحظه ای علت تعداد زیادی از سرطانها از جمله سرطان ریه، سرطانهای بینی و سینوس به حساب می آید. شورای کارهای علمی و انجمن پزشکی آمریکا (AMA) موافق هستند که دود سیگار محیطی باید به عنوان عامل سرطان زای انسانی طبقه بندی شود. سازمان حفاظت محیط زیست (EPA) دود سیگار را به عنوان عامل سرطان زای کلاس A (سرطانزاهای شناخته شده انسان) طبقه بندی کرده است. به طور آشکار مشخص شده است که قرار گرفتن در معرض دود سیگار در محیط باعث افزایش خطر ابتلا به بیماری عروق قلب و مرگ و میر مربوط به آن می شود. علائم این بیماری شامل دردهای سینه، کوتاهی تنفس و حمله یا سکته قلبی کشنده میباشد. شواهدی وجود دارد که دود سیگار در محیط ممکن است باعث تنگ شدن سرخرگهای کاروتید که خون را به مغز می رساند شود. این بیماری زمینه ساز سکته های مغزی در آینده می باشد. تعداد زیادی از بیماریهای ریوی نتیجه قرار گرفتن در معرض دود سیگار محیطی می باشد، منجمله سرطان ریه. آسم، تشدید آسم و افت عملکرد ریه. کارگران صنایع سیگار حتی افرادی که سیگار نمی کشند در معرض ابتلا به بیماریهای ریوی مثل بیماری تنفسی حاد، آسم شغلی، افت عملکرد ریه و حتی فیروز ریه می باشند. طراحی تهویه، جداسازی یا پاکسازی هوا اقدامات موثری جهت کاهش عوارض مواجهه با دود در محیط داخل نمی باشند چراکه برای به حداقل رساندن این اثرات نیاز به تهویه ای با قدرت ۵۰/۰۰۰ لیتر در ثانیه به ازای هر نفر می باشد که عملاً امکان پذیر نمی باشد. مدارک علمی قوی دال بر عوارض مواجهه با دود سیگار در فضای بیرون وجود دارد. این مسئله به دلیل اقدامات و مواد افزاینده ای که صنایع تولید کننده سیگار برای تغییر در بو یا ظاهر سیگار

بکار می‌برند پیچیده تر می‌شود. چرا که هنوز مدارک و مستندات معتبری در خصوص میزان این مواد افزوده شده و اثرات سمی آن بر سلامت انسان در دست نیست. بعلاوه احتمال افزایش غلظت برخی مواد سمی یا سرطان‌زا بدلیل این تغییرات در سیگار وجود دارد. صنایع تولید کننده سیگار بمنظور تاثیر بر افکار عمومی و تکذیب شواهد علمی مربوط به عوارض مواجهه با ETS و مقابله با این موضوع زمان زیادی را صرف نموده‌اند. صنایع تولید کننده سیگار از طریق برنامه‌های هدفمند و جهت‌دار علمی و عمومی که سعی شده در آنها نقش صنایع سیگار بی‌طرف نشان داده شود اقدام به این کار نموده‌اند.

ترک دخانیات و پیشگیری از استعمال آن

این باور غلط که استفاده از سیگار فقط برای کسانی مضر است که آن را انتخاب می کنند، کاملاً نادرست است. با توجه به طیف وسیع اثرات سوء استعمال سیگار بر سلامت انسان، مزایای ترک سیگار کاملاً مشخص و آشکار است. نتایج اصلی ترک سیگار در گزارشی توسط انجمن متخصصین جراحی عمومی آمریکا تهیه شده، که بشرح ذیل می باشد:

۱. ترک سیگار فواید مهم و فوری در سلامت مردان و زنان در تمامی سنین دارد. این مزایا هم در مورد اشخاصی که بیماریهای مرتبط با سیگار کشیدن را دارند و هم در مورد اشخاصی که بیماریهای مربوط به سیگار کشیدن را ندارند صدق می کند.
 ۲. افراد دارای سابقه مصرف سیگار که سیگار کشیدن را قبلاً ترک نموده اند در مقایسه با افرادی که به سیگار کشیدن ادامه می دهند زندگی طولانی تری دارند. به طور مثال افرادی که قبل از سن ۵۰ سالگی سیگار را ترک می کنند در مقایسه با افرادی که به سیگار کشیدن ادامه می دهند خطر مرگشان در طی ۱۵ سال بعد نصف می باشد.
 ۳. ترک سیگار خطر ابتلا به سرطان ریه و دیگر سرطانها، حمله قلبی، سکتة مغزی و بیماریهای ریوی مزمن را کاهش می دهد.
 ۴. زنانی که قبل از بارداری یا در طی ۴-۳ ماه اول بارداری مصرف سیگار را قطع می کنند خطر تولد نوزاد با وزن کم در آنها با زنان غیر سیگاری برابر می شود.
 ۵. اثرات مطلوب و طولانی مدت ناشی از ترک سیگار خیلی بیشتر از عوارض احتمالی ناشی از ترک آن همچون ۲/۳ کیلوگرم اضافه وزن یا هر گونه اثرات روانشناختی ناشی از محرومیت می باشد.
- به دلیل اثرات دراز مدت استعمال سیگار، طبیعت اعتیادآور نیکوتین، آسیب پذیری جوانان و عواقب اجتماعی آن کلیه اقداماتی که بمنظور جلوگیری از شروع سیگار کشیدن انجام شود مورد تاکید ویژه میباشد.

شش سیاست برای کنترل اپیدمی
مصرف دخانیات
(MPOWER)

مقدمه :

اپیدمی مصرف دخانیات قابل پیشگیری و کنترل می باشد. اگر رهبران دولتها و سیاستمداران هم اکنون عملکرد فوری برای جلوگیری از مصرف دخانیات به کار نگیرند صدها میلیون نفر در اثر بیماریهای مربوط به مصرف دخانیات جان خود را از دست خواهند داد. سازمان جهانی بهداشت به کشورها کمک می کند با مصرف دخانیات و بازار تولید انبوه دخانیات مبارزه کنند. **WHO** در ماه می سال ۲۰۰۳ به اتفاق آراء چارچوب قرارداد این سازمان را به منظور جلوگیری از مصرف دخانیات در سطح ملی و بین المللی تصویب کرد. این قرارداد یکی از مهمترین قراردادهای بین المللی تصویب شده در مبارزه با مصرف دخانیات می باشد. این قرارداد روشهای مداخله ای موثری برای از بین بردن قاتلی که همه ساله جان میلیونها نفر را می گیرد ایجاد می کند. رهبران کشورها در سراسر دنیا دریافته اند که مصرف دخانیات، اپیدمی است که بایستی با آن مقابله و جلوی آن گرفته شود. برخی کشورها فعالیتهایی را برای حفاظت از شهروندان و اوضاع اقتصادی آغاز نموده اند. برای نمونه، مالزی با افزایش مالیات دخانیات قیمت سیگار را حدود ۴۰ درصد افزایش داد. مصر مکانهای عمومی که سیگار کشیدن در آنجا ممنوع بود ایجاد کرد و هشدارهای بهداشتی تصویری را بر روی پاکتهای سیگار چاپ کرد. تایلند تبلیغ مصرف دخانیات را از طریق آگهی در رادیو و تلویزیون ممنوع کرد و دستفروشان سیگار را توقیف کرد. کشور اردن مبارزه رسانه ای را برای از بین بردن مصرف دخانیات اعمال کرد. اروگوئه سیگار کشیدن را در مکانهای عمومی مثل رستورانها، تالارها و مراکز تفریحی ممنوع کرد. در واقع اروگوئه اولین کشور در قاره آمریکاست که صددرصد از سیگار رهایی پیدا کرده است. با این وجود اقدامات زیاد دیگری باید توسط تمام کشور به انجام برسد.

برای افزایش مبارزه بر علیه اپیدمی مصرف دخانیات، سازمان بهداشت جهانی مجموعه **MPOWER** که از شش سیاست مشخص برای کنترل مصرف دخانیات تشکیل شده معرفی کرده است. مجموعه سیاست **MPOWER** می تواند اپیدمی مصرف دخانیات را کنترل و از میلیونها مرگ در اثر بیماریهای مربوط به مصرف دخانیات جلوگیری کند.

این ۶ سیاست عبارتند از :

۱. پایش مصرف دخانیات و سیاستهای پیشگیرانه
Monitor tobacco use and prevention policies
۲. محافظت مردم در برابر دود سیگار
Protect people from tobacco smoke
۳. کمک به افراد سیگاری بمنظور ترک مصرف دخانیات
Offer help to quit tobacco use
۴. اطلاع رسانی در مورد خطرات مصرف دخانیات
Warn about the dangers of tobacco
۵. ممنوع کردن تبلیغات و آگهی های مصرف دخانیات
Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship
۶. افزایش مالیات دخانیات
Raise taxes on tobacco

۱- پایش مصرف دخانیات و سیاستهای پیشگیرانه

– اهمیت داده های حاصل از سیستم پایش

پایش ملی و بین المللی قوی برای موفقیت در مبارزه بر علیه اپیدمی مصرف دخانیات ضروری می باشد. اطلاعاتی که از پایش مصرف دخانیات بدست می آید برای اطمینان از موفقیت پنج سیاست دیگر در مجموعه MPOWER لازم است. تنها از طریق برآورد دقیق می توان مشکلاتی را که مصرف دخانیات ایجاد می نماید درک کرد و مداخله ها را به طور موثر کنترل و بهبود بخشید. پایشهای جامع، رهبران دولتها و جوامع را از زیانهای اپیدمی مصرف دخانیات بر کشورشان آگاه می کند، و به آنها کمک می کند که منابع کنترل مصرف دخانیات را شناسایی نموده و مکانهایی که میتوان مفیدترین و موثرترین اقدامات را انجام داد تعیین نمایند. پایش مصرف دخانیات را شناسایی نموده و مکانهایی که میتوان موثر است و چگونه این سیاستها بایستی با نیازهای کشورهای مختلف و با گروههای مختلف یک کشور هماهنگ شود.

ویژگیهای سیستمهای پایش موثر

سیستمهای پایش موثر بایستی چندین شاخص را پی گیری کنند، منجمله (i) شیوع مصرف دخانیات، (ii) تاثیر مداخلات سیاسی و (iii) خرید و فروش، تبلیغ و آگهی مصرف دخانیات. یافته ها باید به طور موثر منتشر شوند بطوریکه دولتها،

رهبران و سیاستگذاران بتوانند از این سیستم برای توسعه سیاستهای کنترل دخانیات و اجرایی کردن اهداف استفاده نمایند. اطلاعات بدست آمده از طریق پایش مهمترین مدرک برای حمایت از سیاست گذارهای قوی تر می باشد. برنامه های کنترلی نیاز به اطلاعات کامل در زمینه اپیدمی مصرف دخانیات دارد. این اطلاعات شامل ارزیابی شیوع مصرف دخانیات و همچنین ویژگیهای افراد مصرف کننده از لحاظ سن، جنس، درآمد و... هم در سطح ملی و هم در سطح منطقه ای می باشد. تاثیر برنامه های ملی و منطقه ای جلوگیری از مصرف دخانیات هم بایستی دقیقاً ارزیابی شود. همکاری بین تمام متولیان سلامت، اقتصاددانها، همه گیر شناسان، مدیران اطلاعاتی، کارمندان دولت و غیره برای حفظ سیستم پایش موثر لازم می باشد. مدیریت و سازمان دهی خوب نیز مورد نیاز است که خود نیاز به سرمایه گذاری پویا و مستمر دارد. سازمان بهداشت جهانی با کشورها برای ساخت و توسعه سیستمهای پایش در سطح ملی و جهانی همکاری می کند.

۲- محافظت مردم در برابر دود سیگار

-ایجاد محیطهای عاری از دود سیگار

پژوهش ها بطور واضح نشان میدهد که هیچ سطح مجازی برای مواجهه غیر مستقیم با دود سیگار (مواجهه دست دوم) وجود ندارد. در کنفرانس مشترک سازمان بهداشت جهانی، آژانس بین المللی تحقیق بر روی سرطان، انجمن جراحان عمومی امریکا و کمیته علمی دخانیات و سلامت این عقیده وجود داشت افرادی که به طور غیر مستقیم در معرض دود سیگار هستند به بیماریهای زیادی از جمله بیماریهای قلبی و بیشتر سرطانها ممکن است دچار شوند. برای نمونه، در افرادی که به طور غیر مستقیم در معرض دود سیگار هستند خطر بیماریهای قلبی عروقی ۲۵ تا ۳۰ درصد و خطر سرطان ریه ۲۰ تا ۳۰ درصد افزایش می یابد. ایرلند مدارک محکمی از تاثیرات مثبت محیطهای فاقد دود سیگار ارائه داده است. بعد از تصویب قانون محیطهای عاری از دود سیگار در سال ۲۰۰۴، نیکوتین هوای محیط تا ۸۳ درصد کاهش پیدا کرد و کارگرانی که هر هفته سی ساعت در معرض دود سیگار بودند زمان مواجهه آنان به صفر رسید. محیطهایی که سیگار کشیدن در آنها ممنوع می باشد به افراد سیگاری نیز به منظور ترک کمک می کند. قوانین ایجاد محیط فاقد دود در محل کار می تواند شیوع مصرف سیگار را تا ۴ درصد کاهش دهد. سیاستهای محیط فاقد دود در محل کار در چندین کشور صنعتی به طور کلی مصرف دخانیات را در بین کارگران بمیزان ۲۹ درصد کاهش داده است. قانون منع استعمال دخانیات در مکانهای عمومی خانواده ها را نیز تشویق می کند که در منازلشان نیز سیگار کشیدن را ممنوع سازند تا بچه ها و دیگر

اعضای خانواده از خطرات مواجهه غیر مستقیم. دود سیگار در امان باشند. حتی برخی افراد سیگاری بطور داوطلبانه قانون منع استعمال دخانیات را در منازلشان نیز اجرا می نمایند. زمانیکه سیگار کشیدن در مناطق یا مکانهای خاصی آزاد شود تاثیر قوانین منع مصرف دخانیات کاهش می یابد. صنعت دخانیات خود تاثیر محیطهای فاقد دود را بر روی مصرف دخانیات اذعان می نماید و اینکه مستثنی کردن بعضی موارد یا مکانها می تواند این تاثیر گذاری را کم نماید تصدیق می کند. یک گزارش داخلی در سال ۱۹۹۲ توسط فیلیپ موریس اظهار کرد که: منع کامل سیگار در محل کار به شدت بر روی صنعت دخانیات تاثیر می گذارد در حالیکه محدودیتهای کمتر از قبیل سیگار کشیدن تنها در مناطق مشخص، تاثیر کمتری در ترک سیگار و کاهش میزان مصرف دارد.

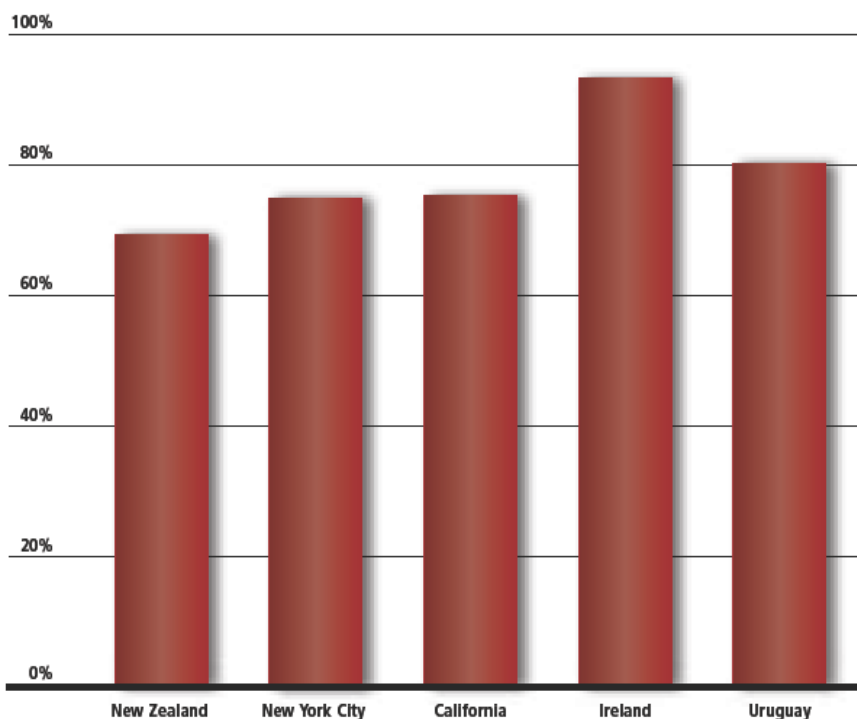
محیطهای بدون سیگار فراگیر شده اند

موفقیت قاطع و محبوبیت قانون حمایت از مکانهای بدون سیگار در کشورهایی که این مسئله را پذیرفته اند ادعاهای غلط صنایع دخانیات را در مورد غیر قابل اجرا و پر هزینه بودن این قوانین تکذیب می نمایند. در حدود نیمی از مردم آمریکا و نود درصد از مردم کانادا در مناطقی زندگی می کنند که مکانهای عمومی و محل کار آنها عاری از سیگار می باشد. یک بررسی گذرا روی مقالات علمی مربوط به اثرات اقتصادی محیطهای بدون سیگار در جهان نشان میدهد که هیچیک از این اقدامات تاثیر اقتصادی منفی در بر ندارد، بلکه به جای تاثیر منفی، تاثیر مثبت یا خنثی در فعالیتهای تجاری دارد. زمانیکه قانون منع مصرف سیگار در کشور ایرلند پیشنهاد شد، صنعت دخانیات به شدت این مسئله را مورد بحث قرار داد که سیگار بخش جدایی ناپذیری از فرهنگ رستورانهای کشور بوده، منع سیگار غیر قابل اجرا می باشد و صدمات اقتصادی جبران ناپذیری به مالکان رستورانها و مراکز تفریحی می زند. اما همین کشور بیشتر از دو سال است که قانون منع مصرف سیگار را اجرا می نماید و هیچ تاثیر منفی بر فعالیتهای تجاری خود گزارش نکرده است

بررسی های عمومی نشان می دهد که قانون منع سیگار به طور گسترده رواج پیدا کرده و بطور فراگیر اجرا شده است. در سال ۲۰۰۶ کشور اروگوئه اولین کشور قاره آمریکا بود که با اجرای قانون منع سیگار در تمام مکانهای عمومی و محل کار، از قبیل رستورانها، کازینوها و مراکز تفریحی، صددرصد عاری از سیگار شد. این ممنوعیت در هشت شهر از ده شهر اروگوئه اجرا شد که این تعداد شامل تقریباً دو سوم افراد سیگاری در این کشور می شود. نیوزیلند هم قوانین منع سیگار را در سال ۲۰۰۴ قبول کرد. ۶۹ درصد از شهروندان این کشور گفته اند که این قانون از حقوق مردم برای کار در محیطهای

بدون سیگار حمایت می کند. در کالیفرنیا، ۷۵ درصد از مردم قانون منع سیگار در محل کار که شامل رستورانها و مراکز تفریحی می شود و توسط ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۹۸ را اجرا شده تایید می کنند. گر چه کشور چین مکانهای عمومی کمی دارد که در آن سیگار منع شده، اما ۹۰ درصد از مردم ساکن در شهرهای بزرگ (هم افراد سیگاری و هم افراد غیر سیگاری) از منع سیگار در مکانهای عمومی همچون وسایل حمل و نقل عمومی، مدارس و بیمارستانها حمایت می کنند. بیشتر از هشتاد درصد آنها از منع سیگار در محل کار، و حدود نیمی از آنها از منع سیگار در رستورانها و کازینوها حمایت می کنند.

میزان حمایت از برنامه منع مصرف دخانیات در کافه ها و رستورانها



ویژگیهای سیاستهای منع مصرف سیگار:

منع کامل سیگار در تمام محیطهای خارجی تنها مداخله ای است که به طور موثر مردم را از صدمات احتمالی مواجهه غیر مستقیم با دود سیگار حفاظت می کند. اجرای کامل و سریع قوانین منع سیگار در باور اجتماعی مردم نقش مهمی دارد. ممنوعیت استعمال سیگار در مکانهایی که منع شده است بایستی با جدیت و بطور یکنواخت اجرایی شود. جریمه برای مالکان مکانهایی که در آنجا سیگار می کشند بیشترین تاثیر را در اجرای قانون منع سیگار دارد البته افرادی که در این مکانها سیگار می کشند هم می توانند جریمه شوند. هدف اصلی از ایجاد محل های کار بدون سیگار حمایت از سلامتی کارگران می باشد. کلیه کارفرمایان ملزم به ایجاد محیط کاری سالم و ایمن برای کارکنان خود می باشند. بنابراین مسئولیت سنگینی جهت ایجاد مکانهای بدون سیگار بر عهده آنها می باشد.

بحث و تبادل نظر در مورد محل های کار بدون سیگار به عنوان یک جنبه مهم از سلامتی کارگر چارچوب قوانین و نحوه حمایت از آنها را به طور دقیق تعیین خواهد نمود. سازمان جهانی بهداشت جهانی **فرایند گام به گام** را به عنوان موثرترین روش برای ایجاد محیطهای بدون سیگار توصیه می کند. برای شروع، دولتها بایستی برنامه های جامع فعالیتهای آموزشی را برای مراکز تجاری و عمومی در مورد خطرات دود سیگار اجراء نمایند. بعد از حمایت گسترده از مکانهای بدون سیگار این قانون بایستی برای همگان توضیح داده شود. زمانیکه این قانون اجرایی شد، لازم است که دولتها حمایت سیاسی و عمومی شدیدی را در مکانهای منع سیگار حفظ کرده و برای افرادی که قانون شکنی می کنند، جریمه های مشخصی را در نظر بگیرند و همچنین تفرندهای اجرایی موثر را برنامه ریزی کنند. زمانیکه این کار انجام شد، دولتها بایستی با اجرای فعال و یکنواخت این قانون حمایت از آن را برای دولتمردان بعدی نیز حفظ نمایند.

مقابله با کارشکنیهای صنعت دخانیات

تجربیات گذشته نشان می دهد که مخالفت با قانون منع مصرف سیگار به طور اجتناب ناپذیری رو به افزایش است. صنعت دخانیات ادعا می کند که قوانین منع سیگار برای اجرا خیلی مشکل هستند و مشتریان بخصوص صاحبان رستورانها و کازینوها را از کار باز می دارد. صنعت دخانیات مناطق خاص برای سیگار کشیدن یا نصب دستگاههای تهویه را به عنوان روشهای معقول برای محیطهای کاری پیشنهاد می کند. اما این روشها از قرارگیری در معرض دود سیگار به طور غیر مستقیم جلوگیری نمی کند. تجربه نشان می دهد که در هر کشوری که قانون منع مصرف سیگار به طور کامل

اجرا شده است، محیط‌های بدون سیگار بسرعت افزایش یافته و میتواند حتی تأثیری مثبت بر فعالیتهای تجاری داشته باشد.

تیم زاگات، بنیان گذار بررسیهای زاگات، اخیراً یکی از قویترین دلایل را برای مزایای فعالیت تجاری بدون سیگار ارائه کرده است " مخالفان قوانین منع سیگار عنوان کردند که این قوانین به فعالیتهای تجاری کوچک صدمه می زنند. مخالف درست می گوید... بعد از اینکه این قانون تأثیر خود را گذاشت، با بررسی شهر نیویورک در سال ۲۰۰۴، متوجه شدیم که ۹۶ درصد از مردم نیویورک بیشتر از قبل غذا را بیرون از منزل می خورند" زاگات دریافت که رستورانها و کازینوها در شهر، نهایتاً تمام آنهایی که از این قانون شکایت داشتند، همگی افزایش درآمد داشته اند.

دلایان سیاسی و نمایندگان صنعت دخانیات همچنین عنوان می کنند که محیط‌های بدون سیگار با حقوق افراد سیگاری در تضاد می باشد، چرا که افراد سیگاری و غیر سیگاری هر دو به تأثیرات مضر دود سیگار در محیط حساس هستند، و دولتها ملزم هستند از آزادی و حق انتخاب تمام افراد به عنوان حق مسلم و طبیعی آنها حمایت کنند. کلیه آحاد جامعه حق دارند زندگی سالمی همانطور که در قوانین بین المللی مشخص شده داشته باشند. این وظیفه بطور رسمی در قوانین بیشتر از صد کشور به تصویب رسیده است. قرارگیری در معرض دود سیگار بطور مشخص به این حقوق تجاوز می کند. مقابله با بحثهای غلط و اشتباهی که توسط صنعت دخانیات، نمایندگان آنها و دلایان اقتصادی مطرح شده برای حمایت از قانون منع سیگار به عنوان یک حق انسانی، بسیار مهم است. قانون محیط‌های بدون سیگار کمک می کند به اینکه حق افراد غیر سیگاری برای تنفس در هوای پاک و تمیز ضایع نشود، همچنین انگیزه ای باشد برای افراد سیگاری که مصرف سیگار را ترک کنند، و به دولتها اجازه می دهد که جلوی مصرف دخانیات را گرفته و سلامتی را برای همه به ارمغان آورند.

۳- کمک به افراد سیگاری بمنظور ترک مصرف دخانیات

افرادی که معتاد به نیکوتین هستند قربانیان اپیدمی مصرف دخانیات می باشند. از هر ۴ نفر سیگاری ۳ نفر تمایل به ترک سیگار دارند. ترک سیگار برای افراد سیگاری مشکل می باشد. مسئولیت اصلی سیستمهای مراقبت از سلامتی در کشورها درمان اعتیاد به مصرف دخانیات می باشد. درمان شامل روشهای مختلفی از توصیه های پزشکی ساده تا دارو درمانی و مشاوره های تلفنی و حضوری می باشد. این روشهای درمانی هزینه های متفاوتی دارد و تأثیر یکسانی بر روی

افراد سیگاری ندارد. درمان بایستی با شرایط فرهنگی، بومی و منطقه ای منطبق و با خواسته ها و نیازهای شخصی سازگار باشد. در بیشتر موارد، مداخله های درمانی پایه می تواند به ترک مصرف دخانیات منجر شود؛ سه اصل اساسی در برنامه های درمانی باید مد نظر باشد:

۱ - برنامه های ترک سیگار جزء خدمات اولیه بهداشتی باشد

۲ - امکان دسترسی برای همه وجود داشته باشد

۳ - دسترسی به درمان دارویی با هزینه پایین امکان پذیر باشد

ترک سیگار ادغام یافته در نظام سلامت:

ادغام برنامه های ترک سیگار در مراقبتهای اولیه بهداشتی و برنامه های پزشکی رایج فرصتی را ایجاد می کند که مصرف کنندگان به یاد آورند که دخانیات به سلامتی خود و اطرافیان آنان صدمه میزند. تکرار هشدارها و گفتن مضرات دخانیات در هر نوبت ویزیت پزشکی نیاز به ترک دخانیات را تقویت می کند. توصیه های کارکنان بهداشتی می تواند به طور گسترده میزان اجتناب از دخانیات را افزایش دهد. این مداخله نسبتاً ارزان است زیرا این کار بخشی از خدمات موجود می باشد که بیشتر مردم حداقل گهگاهی از آن استفاده می کنند. این مداخله می تواند بسیار موثر باشد چراکه توسط یک شخص حرفه ای مورد احترام انجام می گیرد که ممکن است با مصرف کنندگان دخانیات ارتباط مناسب و موثری داشته باشد (بخصوص در کشورهایی که دارای نظام مراقبت سلامتی اولیه هستند). اما این ادغام می تواند در هر سطحی از نظام سلامت انجام شود. بعد از آموزش و توجیه کارکنان بهداشتی سرمایه گذاری دیگری نیاز نیست و خطرات سیاسی خاصی هم در این روش وجود ندارد. این روش درمانی همچنین کارکنان بهداشتی و بیماران را برای حمایت از سایر اقدامات کنترل دخانیات نیز آماده می کند. خطوط تلفنی ترک دخانیات با کارمندان مجرب بایستی برای تمام مردم کشور بصورت رایگان در دسترس باشد. خطوط تلفنی ترک ارزان، در دسترس و قابل استفاده در تمام شبانه روز می باشند چرا که بیشتر مصرف کنندگان دخانیات شاید قادر نباشند یا نخواهند در ساعتهای کار تماس بگیرند. این خطوط همچنین می تواند به مصرف کنندگان با معرفی دیگر مراکز درمان اعتیاد (مراکز مشاوره و درمان جایگزین نیکوتین) کمک کند. علاوه بر این، خطوط تلفنی می توانند افراد را از راههای دور با هم مرتبط سازد و به بخش وسیعی از جمعیت عمومی دسترسی دارد. برای نمونه خطوط تلفنی در انگلیس، بیست هزار تلفن را در سال دریافت می کند و به ۱۰ درصد از جمعیت مصرف

کننده دخانیات که آسیایی می باشند، دسترسی دارد. گر چه خطوط تلفنی بطور سنتی فقط به تماسها پاسخ می دهند، اما با این وجود می توانند نتایج مهمی را در بر داشته باشند. خطوط تلفنی که با مراکز مشاوره ای در ارتباط هستند در کمک به مردم برای ترک اعتیاد نیکوتین موثرند. بهترین و موثرترین خطوط تلفنی، خطوطی هستند که کارمندان خود را موظف می کنند با بیماران تماس گرفته، بصورت فعال پیشرفت آنها را جویا شده و تاثیر خدمات مشاوره ای را ارزیابی کنند. بعضی از خطوط تلفنی به اینترنت هم اتصال داشته و اقدامات حمایتی مستمر و همچنین ارتباط با سایر خدمات را ایجاد کرده اند.

درمان دارویی

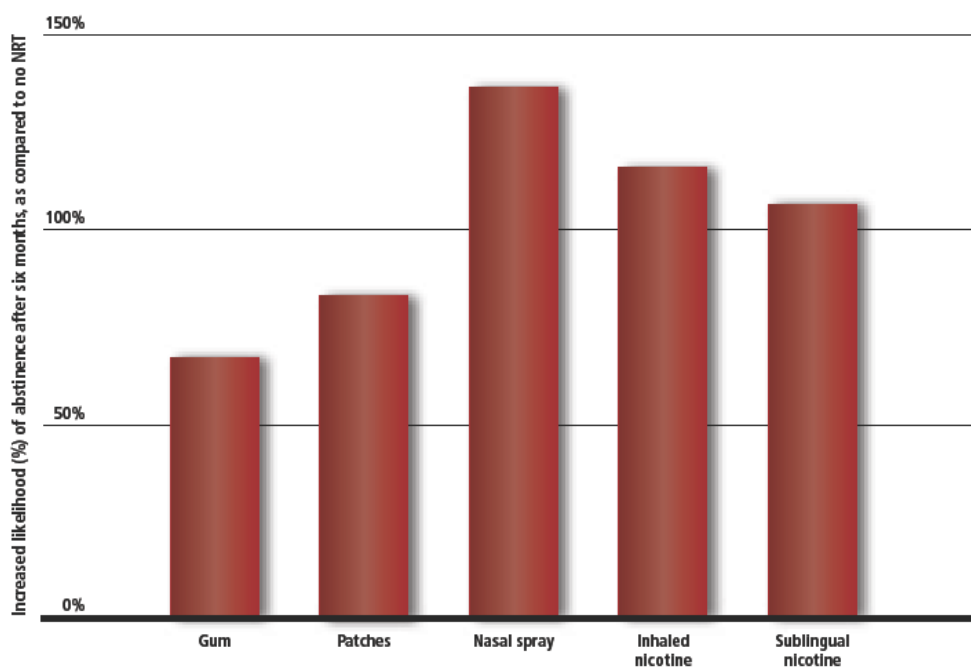
علاوه بر توصیه های پزشکی و خطوط تلفنی برای ترک سیگار، درمانهای دارویی موثر از قبیل درمان جایگزین نیکوتین به شکل چسبها، آبنباتهای مکیدنی، آدامس، اسپری و داروهای نسخه ای مثل بوپروپیون و وارنیکلین نیز وجود دارند. جایگزینهای نیکوتین معمولاً بدون نسخه هم در دسترس می باشند، در حالیکه داروهای دیگر نیاز به نسخه پزشک دارند. درمان جایگزین نیکوتین نشانه های ترک را بوسیله برخی ترکیبات جایگزین کاهش می دهد. بوپروپیون داروی ضد افسردگی است که میل به سیگار و نشانه های ناشی از ترک سیگار را کاهش می دهد. مکانیسم اثر وارنیکلین به این صورت است که به گیرنده های نیکوتینی در مغز برای جلوگیری از رهایی دوپامین متصل می شود و احساسات خوشایندی را که افراد سیگاری هنگام مصرف سیگار تجربه می کنند جایگزین می کند. درمان دارویی معمولاً گرانتر است و هزینه-اثر بخشی آن نسبت به سایر روشهای ترک دخانیات کمتر است، اما میزان موفقیت آن دو یا سه برابر میباشد. هزینه درمان دارویی کمتر از هزینه ای است که فرد صرف سیگار کشیدن می کند. بمنظور کاهش هزینه های ترک، درمان با جایگزینهای نیکوتین و داروهای دیگر می تواند به وسیله نظام سلامت زیر پوشش قرار گیرد یا باز پرداخت شود.

حمایت دولت برای درمان اعتیاد به دخانیات

با توسعه سیاست منع مصرف دخانیات، دولتها گامی مهم در ایجاد جامعه فاقد دخانیات برداشته و منافع بزرگی را کسب خواهند نمود. دولتها می توانند مقداری از درآمدهای مالیاتی دخانیات را برای کمک به کسانی که می خواهند دخانیات را ترک کنند استفاده کنند.

نیوزیلند نمونه خوبی از عملکرد دولت می باشد. به دنبال یک مبارزه تبلیغی بر علیه مصرف دخانیات در عرض ۵ سال، یک کشور فاقد برنامه درمانی ترک دخانیات به یکی از پیشرفته ترین کشورها در زمینه ترک دخانیات تبدیل شد، بطوریکه هزینه های دولت برای ترک سیگار از عدد صفر به ده میلیون دلار در سال رسید. این ابتکارها عبارتند از یک خط تلفنی ملی که اکنون یکی از شلوغترین خطوط در جهان می باشد، یارانه داده شده برای درمان جایگزین نیکوتین و خدمات ارائه شده به افراد مائوری. با این وجود، دولتها بایستی به دقت تاثیر حمایت خود را به نسبت هزینه های مالی انجام شده ارزیابی کنند. فضایی که از حمایت دولت ایجاد می شود در ترک دخانیات بسیار مهم می باشد. *درمان/اعتیاد به دخانیات بدون انگیزه قوی مصرف کنندگان دخانیات جهت ترک کارآمد نمی باشد، به همین دلیل برنامه های ترک سیگار زمانی منجر به کاهش شیوع مصرف می شود که همراه با سایر برنامه های پیشگیرانه از جمله با افزایش قیمت و مالیات، ممنوعیت تبلیغ و آگهی، تبلیغات بر ضد دخانیات و ایجاد مکانهای بدون سیگار باشد.*

انواع درمانهای جایگزین نیکوتین



۴- اطلاع رسانی در مورد خطرات مصرف دخانیات

بیشتر مصرف کنندگان دخانیات از خطرات مصرف آن آگاه نیستند. علیرغم مدارک موجود مبنی بر مضرات دخانیات، تعداد کمی از مصرف کنندگان دخانیات خطرات آن را بطور کامل درک می کنند. مردم معمولاً می دانند که مصرف دخانیات مضر است، اما صرفاً به عنوان یک عادت بد آن را انتخاب می کنند و در مصرف آن زیاده روی می کنند. اعتیاد به دخانیات و خطرات گسترده آن بر روی سلامتی کاملاً برای همگان توضیح داده نشده است. بهمین دلیل برخی افراد معتقدند که می توانند مصرف دخانیات را قبل از اینکه مشکلاتی برای سلامتی به وجود آورد کم یا قطع کنند. واقعیت این است که بیشتر مصرف کنندگان دخانیات قادر به ترک نمی باشند، و بیش از نیمی از آنها در اثر بیماریهای مربوط به مصرف دخانیات جان خود را از دست می دهند. اغلب مردم نمی دانند که حتی مصرف خیلی کم دخانیات هم خطرناک است. بیشتر مصرف کنندگان نام بیماریهای خاصی که در اثر سیگار کشیدن به وجود می آید مثل سرطان ریه را نمی دانند، و نسبت به سایر عوارض استعمال دخانیات همچون بیماریهای قلبی، سکته و دیگر بیماریها بی اطلاعند.

تغییر تصویر دخانیات

هشدار دادن در مورد خطرات مصرف دخانیات برای تغییر تصویر آن مخصوصاً در بین نوجوانان و جوانان بسیار ضروری است. لازم است مردم با عاقبت اعتیاد به دخانیات و خطرات و پیامدهایی که بر روی سلامتی دارد آشنا شوند و دخانیات را از نظر اجتماعی نامطلوب و منفی ببینند. تمام این کارها می تواند توسط دولتها و نهادهای اجتماعی اجرایی شود. دولتها بایستی با کمک و حمایت سازمانهای غیر دولتی به تبلیغات بر ضد مصرف دخانیات از طریق تمام رسانه ها بپردازند. این مبارزات می تواند تصور غلط مردم از دخانیات را از بین ببرد، تاثیرات مضر که بر سلامتی افراد دارد نشان دهد، اثرات منفی آن بر اقتصاد خانواده و کشور را روشن سازد، و مزایای جامعه بدون دخانیات را توضیح دهد. استفاده از تصاویر زنده و نمونه های عینی از زیانهای مصرف دخانیات مخصوصاً در متقاعد کردن مصرف کنندگان برای ترک موثر و مفید می باشد. در مقابل، مشخص شده که آگهی های ضد مصرف دخانیات که توسط صنعت دخانیات تبلیغ شده نه تنها موثر نیست بلکه دقیقاً مصرف دخانیات را افزایش می دهد. تبلیغات ضد مصرف دخانیات بایستی همچنین در مورد حفاظت خانواده ها مخصوصاً بچه ها از مواجهه غیر مستقیم با دود سیگار اطلاع رسانی کند. پیامها بایستی تاثیرات اقتصادی مصرف دخانیات بر روی خانواده ها، و عاقبت مرگ زود هنگام یکی از والدین را توضیح دهد. پیامها بایستی همچنین

موارد موفق ترک دخانیات را بخصوص در بین جوانان به نمایش گذارد. تبلیغات ضد دخانیات همچون آگهی های تجاری باید بصورت حرفه ای تولید شوند و برای نمایش در بین گروههای مورد نظر هدفمند شده، اطمینان حاصل شود که پیامها در بین مخاطبان موثر واقع می گردد. این آگهی ها شاید گران باشند. مرکز کنترل و مراقبت بیماریها (CDC) پیشنهاد می کند که دولتها باید سالانه ۲-۴ دلار برای هر شخص جهت تبلیغات بر ضد دخانیات و آگهی خرج کنند، که این بایستی حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد کل هزینه های برنامه های کنترل دخانیات را تشکیل دهد. در بعضی موارد، دولتها یا سازمانهای غیر دولتی می توانند به هزینه های تولید و انتشار این آگهی ها یارانه بدهند، یا بصورت مشارکتی با سایر شرکتهای (نه شرکتهای تولید کننده دخانیات) اقدام نمایند.

تاثیر هشدارهای بهداشتی بر روی بسته های سیگار

هشدارهای بهداشتی روی محصولات دخانیات به اطلاع تمامی مصرف کنندگان می رسند. تولید کنندگان دخانیات همیشه از بسته بندی به عنوان وسیله ای برای نشان دادن صداقت خود و القاء این حس به مصرف کنندگان بخصوص افراد جوان استفاده کرده اند. هشدارهای روی بسته بندی این اثر تبلیغاتی را کاهش می دهند. صنعت دخانیات با به کار بردن واژه های فریبنده همچون سبک، ملایم، خفیف و... سعی در افزایش مصرف دارد، هر چند که هیچ کدام از این شعارها حاکی از کاهش خطرات آن نمی باشد.

هشدارهای بهداشتی روی بسته های دخانیات برای آگاهی از اثرات سوء مصرف دخانیات موثر است. به کار بردن عکسها یا تصاویری از بیماریها و عواقب منفی استعمال دخانیات تاثیر بیشتری دارد تا اینکه تنها از واژه ها استفاده شود. این کار همچنین برای تعداد زیادی از مردم که خواندن نمی دانند مهم است. تجارب کشورهایی نظیر استرالیا، بلژیک، برزیل، کانادا، تایلند و نشان می دهد که هشدارهای بهداشتی قوی و محکم بر روی بسته های سیگار، مخصوصا هشدارهای تصویری، یک منبع اطلاعاتی مهم برای جوانان سیگاری و نیز برای مردم کم سواد می باشد. عکسها همچنین در ارائه پیامها به بچه ها بویژه بچه های مصرف کنندگان سیگار که بیشتر احتمال سیگاری شدن آنها می رود مفید و موثر هستند. گرچه برخی کشورها هشدارهای روی بسته های سیگار را اجباری کرده اند اما این الزامات بسیار متنوع هستند. بیشتر کشورها اصلا الزامی برای این هشدارها ندارند. برای اینکه هشدارها موثر واقع شود، بایستی بزرگ، واضح و خوانا باشد، حاوی عکس و نوشته باشد و حداقل نیمی از بسته را بپوشاند و تاثیرات مضر که دخانیات بر روی

سلامتی دارد و نیز بیماریهایی که در اثر مصرف دخانیات بوجود می آید را توضیح دهد. هشدارهای نوشته شده باید به زبان اصلی کشورها باشند و از رنگها، زمینه ها و خطوطی استفاده شود که حداکثر جلب توجه را داشته باشد. هشدارها بایستی بر روی تمام بسته ها و روی قسمت خارجی آن حک شوند و هر چند وقت یکبار تغییر کنند تا مردم نسبت به آنها بی تفاوت نشوند. در سال ۲۰۰۵، کمیسیون اروپایی ۴۲ عکس و تصویر رنگی را برای اعضای اتحادیه اروپا تصویب کرد تا به عنوان هشدارهای سلامتی استفاده نمایند. دولتها برای هشدارهای سلامتی روی پاکتهای سیگار هیچ هزینه ای پرداخت نمی کنند. بخش وسیعی از هشدارهای تصویری توسط جمعیت عمومی حمایت شده و معمولاً بجز صنعت دخانیات مخالف دیگری در این خصوص وجود ندارد. این هشدارهای گسترده، مصرف کنندگان دخانیات را برای ترک و جوانان را برای عدم شروع مصرف تشویق می کند و پذیرش عموم را نسبت به دیگر روشهای ترک سیگار از قبیل ایجاد محیطهای بدون سیگار آماده می کند.

۵- ممنوع کردن تبلیغات و آگهی های مصرف دخانیات

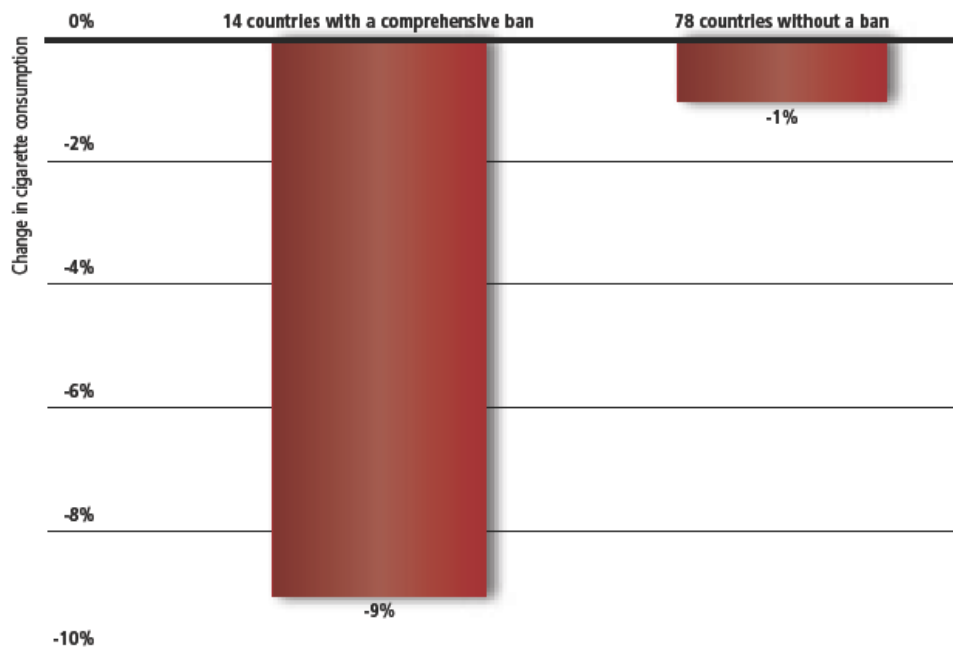
برای فروش محصولی که نیمی از مصرف کننده ها را به کام مرگ فرو می برد به زیرکی خاصی در بازار نیاز می باشد. تولید کنندگان دخانیات بعضی از بهترین فروشندگان در جهان می باشند و بطور گسترده با فریب و نیرنگ آگهی ها و تبلیغاتی را که برای مهار مصرف دخانیات طراحی شده بی اثر می کنند. صنعت دخانیات ادعا می کند که آگهی ها و تبلیغات او تاثیری در افزایش فروش یا جذب مصرف کنندگان جدید ندارد، بلکه فقط در بین مصرف کنندگان موجود توزیع می شود در حالیکه این ادعا درست نیست. تبلیغ در بازار، فروش دخانیات را افزایش می دهد و بنابراین در مرگ افراد سیگاری بوسیله تشویق آنها به سیگار کشیدن بیشتر و کاهش انگیزه برای ترک سهیم می باشد. بازار تجاری همچنین بر روی مصرف کنندگان جوان تاثیر می گذارد چرا که تمایل دارد آنها مشتری درازمدت دخانیات شوند. تبلیغات دخانیات مخصوصاً در بین جوانان بسیار موثر است. بازار تجارت دخانیات موانع دیگری هم بوجود می آورد که باعث می شود تلاشها در جهت کنترل دخانیات کم شود. آگهی های دخانیات به طور گسترده مصرف دخانیات را همچون سایر مواد مصرفی برای مصرف کنندگان عادی جلوه می دهد. این آگهی ها باعث می شود مردم خطرات مصرف دخانیات را کمتر درک کنند. بازار تجاری به طور غلط دخانیات را با ویژگیهای مطلوبی مثل جوانی، انرژی زایی، زیبایی و جذابیت جنسی

همراه می کند. همچنین با صرف میلیاردها دلار تبلیغات و آگهی، صنعت دخانیات را در رسانه ها همچون یک فعالیت ورزشی یا تفریحی جلوه میدهد.

یک وسیله قدرتمند برای حفاظت از شهروندان

صنعت دخانیات به شدت با ممنوعیتهای موجود مخالف است زیرا آنها در کاهش مصرف دخانیات تاثیر بسزایی دارند، این صنعت حتی بر علیه کوچکترین محدودیتهای فعالیت و تبلیغ خواهد کرد. مطالعات در سطح ملی قبل و بعد از ممنوعیتهای تبلیغاتی کاهش مصرف دخانیات را تا ۱۶ درصد نشان می دهد. منع تبلیغات، مصرف دخانیات را در بین تمام اقشار مردم با هر درآمد و تحصیلاتی کاهش می دهد. دولتها در سیاستهای منع تبلیغات بایستی توجه کنند که سایر فعالیتهای تجاری هم از آگهی و تبلیغ دخانیات سود می برند. رسانه ها، وارد کننده ها، خرده فروشان، ورزش و فعالیتهای تجاری سرگرم کننده به عنوان مدافعان صنعت دخانیات برای مبارزه با سیاستهای کنترلی عمل خواهند کرد زیرا آنها نگران از دست دادن مشتریان یا درآمدهای تبلیغاتی خود هستند.

متوسط تغییر در مصرف سیگار ۱۰ سال بعد از توقف تبلیغات در دو گروه از کشورها



ممنوعیتهای جامع و اجرای کامل قانون ضروریست

اعمال محدودیت در بازار دخانیات و بویژه تبلیغات آن سلاح قدرتمندی بر علیه اپیدمی مصرف دخانیات می باشد. تولید کنندگان دخانیات می دانند که اغلب مردم مصرف دخانیات را بعد از اینکه به بزرگسالی رسیدند و قدرت تصمیم گیری داشتند شروع نمی کنند. صنعت فعالیتهای تبلیغاتی را بگونه ای طراحی می کند که جوانان از زندگی با دخانیات لذت ببرند، و بطور دراز مدت مصرف کننده دخانیات می شوند. برای اینکه کنترل دخانیات موثر واقع شود، بایستی کامل باشد و در تمام بازار و تبلیغات اعمال شود. اگر فقط آگهی های تلویزیونی و رادیویی ممنوع شود، صنعت دخانیات بودجه خود را از طریق آگهی های دیگر مثل روزنامه، مجله ها، بیل بوردها و اینترنت هزینه می کند. اگر جلوی تمام آگهی های رایج و معمول گرفته شود، صنعت دخانیات هزینه آگهی ها را با اسپانسر شدن در فعالیتهای جذاب در بین جوانان مثل مسابقات اتوموبیلرانی و جشنواره های موسیقی می پردازد. روشهای دیگر بازاریابی که توسط صنعت دخانیات به کار گرفته می شود شامل تخفیف در مغازه های خرده فروشی، توزیع آزاد دخانیات با قیمت کم در مسابقات یا ارسال از طریق پست می باشد. فعالیتهای تبلیغی دیگر شامل شعارهای تبلیغاتی روی لباسها و دیگر وسایل مصرفی، تولید دخانیات با سایر مواد مصرفی، تبلیغ در تلویزیون و فیلمهای سینمایی می باشد. ممنوعیت کامل و فراگیر بایستی تمام این فعالیتها را شامل شود. ممنوعیتهای نسبی معمولاً تبلیغات غیرمستقیم بازار منجمله تبلیغات از طریق اسپانسری مسابقات جذاب برای جوانان را در بر نمی گیرد. این ممنوعیتهای نسبی منجر به کنترل مصرف دخانیات در افرادی که هنوز شروع به مصرف نکرده اند و همچنین بالغینی که تصمیم به ترک گرفته اند را نیز حمایت نمی کند و لذا کمتر تاثیر گذار است.

اجرای ممنوعیتهای موثر

سیاستگذاران بایستی قبل از اجرای ممنوعیتهای تبلیغاتی اطلاع رسانی لازم را انجام دهند. این کار زمان کافی را به رسانه ها و دیگر فعالیتهای تجاری می دهد تا آگهی دهندگان و اسپانسرهای جدید پیدا کنند. برای کاهش مصرف دخانیات ممنوعیتهای بایستی کامل باشد. ممنوعیتهای کامل در بازار باید مرتباً بر اساس نوآوریها و ترفندهای صنعتی و رسانه ای اصلاح شوند. با حذف بخشودگیهای مالیاتی صنعت سیگار، تبلیغات این صنعت کاهش پیدا می کند. گر چه رسانه های بین المللی اغلب به ممنوعیتهای تبلیغاتی توجه نمی کنند، اما اکثر کشورها روزنامه ها و مجله های بین المللی را که با قانون آن کشورها هماهنگی دارد در کشور خود منتشر می کنند. شبکه های محلی می توانند از آگهی های

اینترنتی که از طریق وب سایتها در کشورهای دیگر پخش می شوند، جلوگیری کنند. برنامه های ماهواره ای بین المللی قبل از اینکه به کشوری منتقل شوند می توانند بر اساس قوانین داخلی آن کشور اصلاح شوند. ممنوعیتهای بین المللی زمانی می توانند موفق شوند که کشورهایی که از لحاظ فرهنگی به یکدیگر نزدیک هستند بطور همزمان بازار مصرف دخانیات را منع کنند. صنایع دخانیات معتقدند که ممنوعیتهای تبلیغاتی لازم نیست و قوانین اختیاری و خود مراقبتی کافی می باشد. صنایع دخانیات همچنین ادعا می کنند که تبلیغات حق قانونی و مسلم آنها می باشد و ممنوعیتهای حق آزادی بیان آنها را محدود می کند (مثل حق تبلیغ یک تولید قانونی). آنها ادعا می کنند که همچون صنایع تولید اسباب بازی و سرگرمی مطلقاً هیچ ضرری برای سلامتی و اقتصاد ندارند و تاکید دارند که حق مردم برای زندگی آزاد مهمتر از علایق مالی صنعت دخانیات می باشد.

۶- افزایش مالیات دخانیات

مالیات- بهترین روش برای ترک مصرف دخانیات

افزایش قیمت و مالیات دخانیات موثرترین روش برای کاهش مصرف و تشویق مصرف کنندگان به ترک سیگار می باشد. یک افزایش هفتاد درصدی در قیمت دخانیات بیش از یک چهارم مرگ و میر مربوط به سیگار کشیدن را کاهش می دهد. همچنین افزایش مالیات مستقیماً برای دولتها سودمند می باشد. چرا که می توانند از این وجوه دریافتی برای کنترل مصرف دخانیات و برنامه های سلامت اجتماعی استفاده کنند. این مالیاتها به خوبی توسط رهبران سیاسی و عمومی پذیرفته شده است، زیرا مصرف دخانیات پسندیده نیست و مالیات برای آن اقدامی جایز محسوب میگردد. هم افراد سیگاری و هم افراد غیر سیگاری از این قانون حمایت می کنند. در واقع مالیاتهای دخانیات در بین اکثریت مردم حتی افراد فقیر مقبولیت دارد، زیرا اغلب مردم به مضرات مصرف دخانیات آگاهند. اختصاص درآمدهای مالیاتی برای کنترل دخانیات و دیگر برنامه های سلامت اجتماعی جذابیت این اقدامات را افزایش می دهد.

مالیاتیهای بیشتر، درآمدهای دولت را افزایش می دهد

بر خلاف تبلیغات صنعت دخانیات، افزایش مالیات دخانیات درآمدهای مالیاتی دولت را کاهش نمی دهد. افزایش مالیاتیهای دخانیات بمیزان ده درصد معمولاً مصرف دخانیات را تا میزان ۴ درصد در کشورهای پر درآمد و تا حدود ۸ درصد در کشورهای کم درآمد و یا با درآمد متوسط کاهش داده و درآمدهای مالیاتی دخانیات را به حدود هفت درصد افزایش می دهد. تاثیر این مالیاتها در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط کمی بیشتر است. بعنوان مثال در آفریقای جنوبی هر ده درصد افزایش در مالیات غیر مستقیم سیگار تقریباً افزایش شش درصدی درآمدهای مالیاتی غیر مستقیم را به همراه داشته است به طوریکه از سال ۱۹۹۴ تا سال ۲۰۰۱ درآمدهای مالیاتی غیر مستقیم بیش از دو برابر شده است.

افزایش مالیاتها به جوانان و فقرا بیشتر کمک می کند

افزایش مالیاتها برای از بین بردن مصرف دخانیات بویژه در بین جوانان و فقرا اهمیت دارد چراکه بیشترین سود از کاهش مصرف دخانیات را این گروه می برند. این گروه بلحاظ اقتصادی اجتماعی نسبت به قیمتها حساس تر هستند. افزایش قیمت آنها را متقاعد می کند که مصرف دخانیات را ترک کنند یا اصلاً شروع نکنند. برای نمونه در آفریقای جنوبی میزان مالیات دخانیات در دهه ۱۹۹۰ به ۲۵۰ درصد افزایش یافت که این رقم کمتر از ۵۰ درصد قیمت خرده فروشی بود. مصرف سیگار به ازای هر ده درصد افزایش در قیمت سیگار ۵ تا ۷ درصد کاهش پیدا کرد و نتیجه آن کاهش سریع مصرف بویژه در بین جوانان و فقرا بود. مدیران صنعت دخانیات استدلال می کنند که افزایش مالیات دخانیات به فقرا صدمه می زند، درحالیکه افزایش مالیات در دخانیات درآمدهای دولت را افزایش می دهد که این درآمدها می تواند صرف تامین بودجه برنامه های اجتماعی شود. بخشی از دریافتهای مالیاتی جدید را می توان صرف تبلیغات برضد دخانیات و همچنین گسترش مراکز ترک دخانیات کرد. علاوه بر این، افزایش مالیاتها به افراد فقیر کمک می کند که مصرف دخانیات را ترک کنند و درآمد خود را به مواد و وسایل ضروری مثل غذا، مسکن، آموزش و مراقبتهای بهداشتی اختصاص دهند. مالیاتیهای بیشتر به خانواده های فقیر کمک می کند که از فقر خلاص شوند و با کاهش مصرف دخانیات میزان بهره وری، تولید و دستمزدها افزایش یابد.

مالیتهای بیشتر منجر به افزایش قاچاق نمی شود

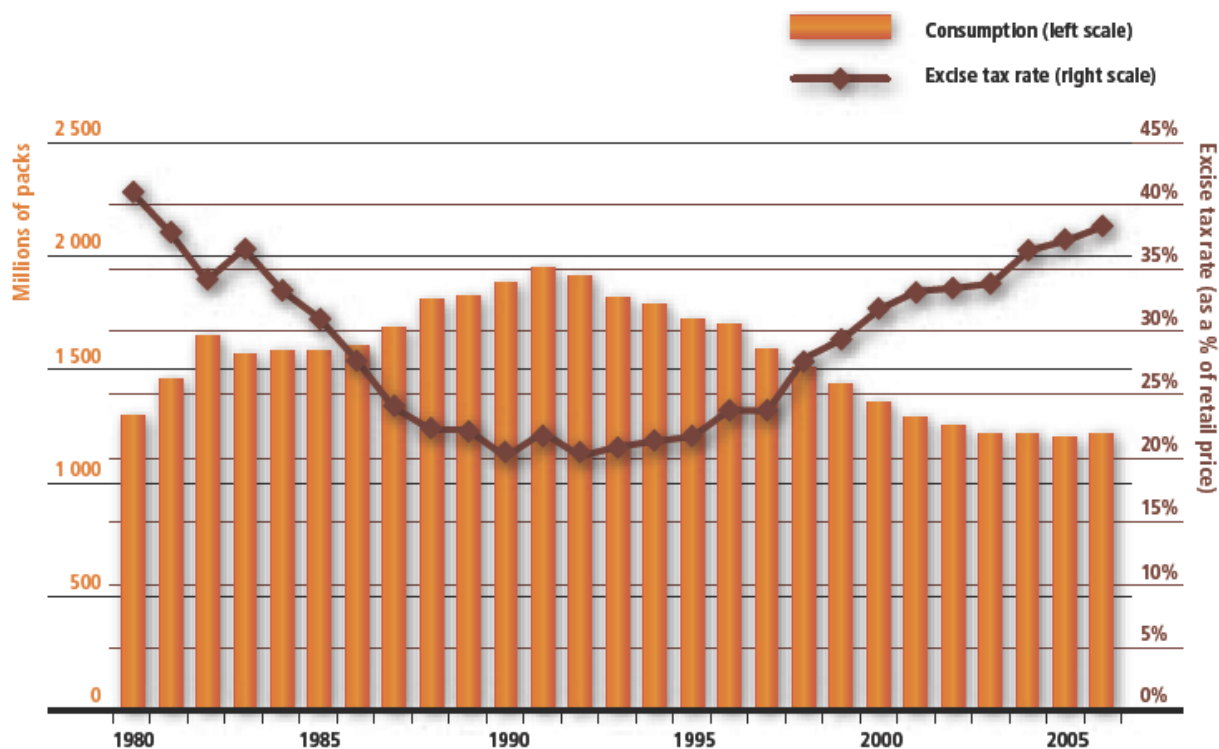
بر خلاف ادعاهای صنعت دخانیات افزایش قاچاق در اثر بالارفتن میزان مالیاتها نمی باشد. بعنوان مثال در اسپانیا برای مدتها مالیتهای دخانیات پایین و قاچاق دخانیات بیشتر از دیگر کشورهای اروپایی بود، چراکه قوانین مالیاتی به درستی اعمال نمی شد و میزان جرم و جنایات بیشتر بود. زمانی که در اسپانیا مالیات دخانیات بالا رفت و در دهه ۱۹۹۰ اجرای قوانین تقویت شد، قاچاق مواد کاهش پیدا کرد و درآمدهای مالیاتی دولت ۲۵ درصد افزایش یافت.

با الصاق مهرهای مالیاتی بر هر پاکت سیگار، قاچاق بطور چشمگیری کاهش می یابد. بهبود امنیت مرزها و جلوگیری از پول شویی و رشوه گیری و اجرای قاطع قانون توسط دولت به مبارزه با قاچاق کمک می کند. هزینه های اجرای قوانین شدید فقط بخش کوچکی از درآمد اضافی بدست آمده از مالیتهای دخانیات را بخود اختصاص می دهد. امروزه تلاشهای جهانی بر علیه قاچاق دخانیات در حال گسترش می باشد. اعضای برخی تشکلهای بین المللی در حال مذاکره و تصویب قوانین جدیدی بر علیه تجارت غیر قانونی دخانیات می باشند که این اقدام نقش مهمی در مغلوب کردن اپیدمی مصرف دخانیات دارد. این توافق نامه ها قطعا همکاریهای بین المللی را در جهت کنترل مصرف دخانیات افزایش خواهد داد.

سیاستهای مالیاتی موثر برای کنترل دخانیات

انواع مختلفی از مالیات برای دخانیات وجود دارد، اما موثرترین نوع آن معمولا مالیات غیرمستقیم برای مقدار تعیین شده از دخانیات بعنوان مثال به ازاء هر پاکت یا کارتن سیگار می باشد. مالیتهای غیر مستقیم نباید با مالیتهای فروش یا ارزش افزوده که برای سایر وسایل گرفته می شود یا با مالیاتی که از فعالیتهای تجاری اخذ میشود، اشتباه گردد. با تعیین مقدار معینی از مالیات برای هر واحد از محصولات دخانی، دولتها می توانند سوء استفاده های مالیاتی را محدود کنند. مالیتهای غیر مستقیم بایستی براحتی قابل اجرا باشند و مرتبا با نرخ تورم و قدرت خرید مشتری بمنظور کاهش مصرف دخانیات تطبیق داده شوند. مالیتهای غیر مستقیم بهتر است در سطح تولید و با نصب یک علامت یا مهر مشخص اخذ شوند. این روش بهتر از اخذ مالیات در سطح فروش (کلی یا جزئی) میباشد، چراکه نیاز به فعالیت اجرایی کمتری داشته و امکان فرار از پرداخت مالیات را به حداقل می رساند. این سیاست برای سیگارهای وارداتی هم بایستی اجراء شود. تمام تولیدات دخانیات بایستی بطور مشابه مالیات بندی شوند. مالیات برای محصولات دخانی ارزان قیمت باید برابر با محصولات گران قیمت همچون سیگار باشد تا از جایگزین سازی مصرف جلوگیری شود.

ارتباط بین مصرف سیگار و مالیات آن در آفریقای جنوبی



خلاصه

سیاستهای **MPOWER** پیچیده نیستند. آنها در حقیقت سیاستهای رایجی هستند که بر اساس مدارک موجود اجراء میشوند و قابلیت اجراء توسط دولتها را دارند. این شش سیاست اگر در هر کشوری به عنوان یک مجموعه جامع و کامل اجرا شود منجر به ارتقاء سلامت عمومی خواهد شد. هر چند هنوز هیچ کشوری کاملاً این سیاستها را اجراء نکرده و تعداد اندکی در حال اجرایی نمودن آن بطور کامل هستند، بهر حال همه کشورها برای کنترل اپیدمی دخانیات راهی طولانی را در پیش دارند.



قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات

قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات

ماده ۱- به منظور برنامه ریزی برای مبارزه با مصرف مواد دخانی و حفظ سلامت عمومی، ستاد کشوری

کنترل و مبارزه با دخانیات که در این قانون به اختصار، ستاد نامیده می شود با ترکیب زیر تشکیل می شود:

- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان رئیس ستاد.

- وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی

- وزیر آموزش و پرورش

- وزیر بازرگانی

- فرمانده نیروی انتظامی

- دو نفر از کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر

- رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران به عنوان ناظر

- نماینده یکی از سازمانهای غیر دولتی مرتبط با دخانیات به انتخاب وزرات بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی

تبصره ۱- دبیرخانه ستاد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر خواهد بود.

تبصره ۲- گزارش عملکرد شش ماهه ستاد به هیات وزیران و کمیسیون بهداشت درمان مجلس شورای اسلامی ارائه می شود.

تبصره ۳- نمایندگان دستگاههای دولتی مرتبط با موضوع مورد بحث به تشخیص دبیر ستاد بدون حق رأی برای شرکت در جلسات دعوت می شوند.

ماده ۲- وظایف ستاد به شرح زیر است:

الف- تدوین دستورالعمل اجرایی مربوط به تعاریف، شمول و ویژگیهای تبلیغات.

ب- تدوین و تصویب برنامه های آموزش و تحقیقات با همکاری دستگاههای مرتبط.

ج- تعیین نوع پیام ها، هشدارها، تصاویر و طرحهای مرتبط با آثار سوء اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و سلامتی دخانیات و دوره های زمانی آن، موضوع ماده (۵) این قانون. مصوبات این ستاد پس از تایید رئیس جمهور قابل اجراست.

ماده ۳- هر نوع تبلیغ، حمایت، تشویق مستقیم و غیر مستقیم و یا تحریک افراد به استعمال دخانیات اکیدا ممنوع است.

ماده ۴- سیاستگذاری، نظارت، و مجوز واردات انواع دخانی صرفا توسط دولت انجام می گیرد.

ماده ۵- پیامهای سلامتی و زیانهای دخانیات باید مصور و حداقل پنجاه درصد سطح هر طرف پاکت سیگار (تولیدی- وارداتی) را پوشش دهد.

تبصره- استفاده از تعابیر همراه کننده مانند ملایم، لایت، سبک و مانند آن ممنوع گردد.

ماده ۶- کلیه فراورده های دخانی باید در بسته هایی با شماره سریال و بر چسب ویژه شرکت دخانیات عرضه شوند. درج عبارت (مخصوص فروش در ایران) بر روی کلیه بسته بندیهای فراورده های دخانی وارداتی الزامی است.

ماده ۷- پروانه فروش فراورده های دخانی توسط وزارت بازرگانی و بر اساس دستورالعمل مصوب ستاد صادر می شود.

تبصره- توزیع فراورده های دخانی از سوی افراد فاقد پروانه فروش ممنوع است.

ماده ۸- هر ساله از طریق افزایش مالیات، قیمت فراورده های دخانی به میزان ده درصد افزایش می یابد.

تا ۲٪ از سر جمع مالیات ماخوذه از فراورده های دخانی واریزی به حساب خزانه داری پس از طی مراحل قانونی در قالب بودجه های سنواتی در اختیار نهادها و تشکل های مردمی مرتبط به منظور تقویت و حمایت این نهادها جهت توسعه برنامه های آموزشی، تحقیقاتی و فرهنگی در زمینه پیشگیری و مبارزه با استعمال دخانیات قرار می گیرد.

ماده ۹- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است فعالیتهای پیشگیرانه، درمان و توانبخشی افراد مبتلا به مصرف فراورده های دخانی و خدمات مشاوره ای ترک دخانیات را در خدمات اولیه بهداشتی ادغام و

زمینه های گسترش و حمایت از مراکز مشاوره ای و درمانی غیر دولتی ترک مصرف مواد دخانی را فراهم نماید.

ماده ۱۰- انجام هر گونه تبلیغات مقادیر با این قانون و آیین نامه اجرایی آن، جرم مستوجب مجازات از پانصد هزار (۵۰۰،۰۰۰) ریال تا پنجاه میلیون (۵۰،۰۰۰،۰۰۰) ریال جزای نقدی است. دادگاه مکلف است علاوه بر مجازات دستور جمع آوری محصولات مورد تبلیغ را صادر نماید و میزان مجازاتهای یاد شده بر اساس نوع تورم (هر سه سال یکبار) بنا به اعلام بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و تایید هیات وزیران قابل افزایش است.

ماده ۱۱- فروش و عرضه دخانیات به استثنای اماکن موضوع ماده (۷) این قانون عرضه محصولات بدون شماره سریال و علامت مصوب، تکرار عدم پرداخت مالیات، مستوجب مجازات از پانصد هزار (۵۰۰،۰۰۰) ریال تا سی میلیون (۳۰،۰۰۰،۰۰۰) ریال جزای نقدی است و میزان مجازاتهای یاد شده بر اساس نرخ تورم (هر سه سال یکبار) با اعلام بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و تایید هیات وزیران قابل افزایش است.

ماده ۱۲- فروش و یا عرضه به افراد زیر هجده سال یا به واسطه این افراد، علاوه بر ضبط فراورده های دخانی کشف شده نزد متخلف، وی به جزای نقدی از یکصد هزار (۱۰۰،۰۰۰) ریال تا پانصد هزار (۵۰۰،۰۰۰) ریال محکوم می شود، تکرار و یا تعدد تخلف، مستوجب جزای ده میلیون (۱۰،۰۰۰،۰۰۰) ریال مجازات است.

ماده ۱۳- استعمال دخانیات در نهادهای موضوع ماده (۱۸) قانون رسیدگی به تخلفات اداری ممنوع و مرتکب به شرح زیر مجازات می شود:

الف- چنانچه مرتکب از کارکنان نهادهای مذکور باشد، به حکم هیات رسیدگی به تخلفات اداری به یکی از تنبیهات مقرر در بندهای (الف) و (ب) ماده (۹) قانون رسیدگی به تخلفات اداری و در صورت تکرار در مرتبه سوم به تنبیه مقرر در بند (ج) ماده مذکور محکوم می شود.

ب- سایر مرتکبین به جزای نقدی از هفتاد هزار (۷۰،۰۰۰) ریال تا یکصد هزار (۱۰۰،۰۰۰) ریال محکوم می شوند.

تبصره ۱- مصرف دخانیات در اماکن عمومی یا وسایل نقلیه عمومی موجب حکم به جزای نقدی از پنجاه هزار (۵۰,۰۰۰) ریال تا یکصد هزار (۱۰۰,۰۰۰) ریال است.

تبصره ۲- هیات دولت می تواند حداقل و حداکثر جزای نقدی مقرر در این قانون را هر سه سال یکبار بر اساس نرخ رسمی تورم تعدیل کند.

ماده ۱۴- عرضه، فروش، حمل و نگهداری فرآورده های دخانی قاچاق توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی ممنوع و مشمول مقررات راجع به قاچاق کالا است.

ماده ۱۵- ثبت هر گونه علامت تجاری و نام خاص فرآورده های دخانی برای محصولات غیر دخانی و بالعکس ممنوع است.

ماده ۱۶- فروشندگان مکلفند فرآورده های دخانی را در بسته های مذکور در ماده (۶) عرضه نمایند، عرضه و فروش بسته های باز شده فرآورده های دخانی ممنوع است. متخلفین به جزای نقدی از پنجاه هزار (۵۰,۰۰۰) ریال تا دویست هزار (۲۰۰,۰۰۰) ریال محکوم می شوند.

ماده ۱۷- بار مالی ناشی از اجرای این قانون با استفاده از امکانات موجود و کسری آن در سال ۱۳۸۵ از محل صرفه جویی ها و در سالهای بعد از محل درآمدهای حاصل از ماده (۸) همین قانون و سایر درآمدها در ماده (۹) هزینه گردد.

ماده ۱۹- احکام جزایی و تنبیهات مقرر در این قانون شش ماه پس از تصویب به اجرا گذاشته می شود.

ماده ۲۰- درآمدهای سالیانه ناشی از تولید و ورود سیگار و مواد دخانی که حاصل تخریب سلامت است به اطلاع کمیسیون تخصصی مجلس شورای اسلامی برسد.

قانون فوق مشتمل بر بیست ماده و هفت تبصره در جلسه علنی روز چهارشنبه مورخ پانزدهم شهریور ماه یکهزار و سیصد و هشتاد و پنج مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۵/۷/۵ به تایید شورای محترم نگهبان رسید.

آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت صنایع و معادن

شرکت دخانیات ایران

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۶/۷/۱ بنا به پیشنهاد شماره ۴۳۸۵۵۶ مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۳ وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی و به استناد ماده (۱۸) قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات - مصوب ۱۳۸۵

آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- در این آیین نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می رود:

۱ - قانون: قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات - مصوب ۱۳۸۵ -

۲ - ستاد: ستاد کشوری کنترل و مبارزه با دخانیات.

۳ - تبلیغ: هر گونه فعالیت یا اقدام که به شکل مستقیم یا غیر مستقیم در معرفی، تحریک و تشویق افراد به

خرید و مصرف محصولات دخانی انجام شود.

۴ - بسته بندی: محصولات دخانی عرضه شده در بسته هایی از قبیل پاکت، کارتن، قوطی و لفافه.

۵ - محصولات دخانی: هر ماده یا فراورده ای که تمام یا بخشی از ماده خام تشکیل دهنده آن گیاه توتون یا

تنباکو یا مشتقات آن (به استثنای مواد دارویی مجاز ترک دخانیات به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی) باشد.

۶ - استعمال دخانیات: هر گونه مصرف مواد دخانی از قبیل دود کردن، مکیدن، جویدن یا استنشاق از راه

بینی و دهان.

۷ - سازمانهای غیر دولتی: تشکل ها و نهادهای غیر دولتی و مردمی از قبیل انجمن، جمعیت، کانون،

مرکز، گروه، مجمع، خانه و موسسه، که توسط گروهی از اشخاص حقیقی یا حقوقی غیر دولتی با رعایت

قوانین و مقررات مربوط تاسیس شده و به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشگیری از

استعمال محصولات دخانی و یا مبارزه با تولید، استعمال و ترویج مواد دخانی هدف اصلی یا از جمله اهداف

انها می باشد.

۸- اماکن عمومی: محل هایی که مورد استفاده و مراجعه جمعی یا عموم مردم است از قبیل اماکن متبرکه دینی، بیمارستانها، درمانگاهها، سالنهای نمایش، سینماها، فضاهای عمومی، مهمانخانه ها و مهمانسراها و میهمانپذیرها، خوراک سراها (رستورانها)، قهوه خانه ها، کارخانجات، گنجینه ها (موزه ها)، پایانه های مسافری، فروشگاههای بزرگ، اماکن فرهنگی، اماکن ورزشی، کتابخانه های عمومی، مدارس، دانشگاهها و مراکز آموزشی و پژوهشی، وسایل نقلیه عمومی، موسسات و سازمانهای دولتی و عمومی، نهادهای انقلاب اسلامی، بانکها و شهرداریها و هر نوع مرکز و محل جمعی دیگر.

ماده ۲- تبلیغ محصولات دخانی به هر نحو ممنوع است.

ماده ۳- استفاده از نام و علامت تجاری شرکتهای تولید کننده انواع فراورده های دخانی بر روی دیگر کالاها که تبلیغ مصرف مواد دخانی محسوب شود، ممنوع است.

ماده ۴- فروش و عرضه محصولات دخانی توسط عاملین مجاز نباید بنحوی باشد که نمایانگر تبلیغ محصولات دخانی برای عموم باشد.

ماده ۵- اعطای هر گونه کمک، اعانه و حمایت اعم از مادی و غیر مادی توسط تولید کنندگان، وارد کنندگان و صادر کنندگان محصولات دخانی که تبلیغ محصولات دخانی محسوب می شود، ممنوع است.

ماده ۶- ورود، تولید، توزیع، خرید و فروش هر نوع وسایل و کالای تبلیغی محصولات دخانی ممنوع است. با کالاها و وسایل مکشوفه تبلیغی طبق مقررات عمل خواهد شد.

ماده ۷- به منظور حفظ سلامت عمومی به ویژه محافظت در مقابل استنشاق تحمیلی دود محصولات دخانی، استعمال این مواد در اماکن عمومی ممنوع است.

ماده ۸- مسئولیت اجرای ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و سایر اماکن مندرج در قانون با مدیران یا کارفرمایان یا متصدیان اماکن مربوط است.

ماده ۹- متصدیان، کارفرمایان و مسئولین اماکن عمومی موظفند تابلوهای هشدار دهنده مبنی بر ممنوعیت مصرف محصولات دخانی در نقاط مناسب و در معرض دید عموم نصب نمایند.

ماده ۱۰- فروش محصولات دخانی به افراد از طریق اینترنت و دستگاههای خودکار فروش ممنوع است.

ماده ۱۱- فروشنده باید در صورت مشکوک بودن سن خریدار، مدرک شناسایی مبنی بر داشتن حداقل (۱۸) سال سن را از وی تقاضا کند.

ماده ۱۲- فروش و عرضه محصولات دخانی توسط اشخاص حقیقی و حقوقی بدون پروانه فروش ممنوع است.

ماده ۱۳- وزارت بازرگانی موظف است فهرست اشخاص حقیقی و حقوقی را که طبق ماده (۷) قانون دارای پروانه فروش (فروشندهگان مجاز) محصولات دخانی می باشند، در اختیار ستاد قرار دهد.

تبصره- مجوز عاملیت بازرگانی محصولات دخانی توسط شرکت دخانیات ایران بر اساس قوانین و مقررات مربوط صادر خواهد شد.

ماده ۱۴- نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران موظف است در کلیه مراحل اجرایی عملیات بازرسی اماکن عمومی و محلهای عرضه مواد دخانی همکاری لازم را با مامورین و بازرسین وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بازرگانی بعمل آورد.

ماده ۱۵- کلیه مامورین بهداشتی و سایر مامورین ذیربط در اجرای این قانون موظفند گزارشهای خود حسب مورد جرایم موضوع این قانون برای مراجع ذی صلاح ارسال دارند.

ماده ۱۶- کلیه محصولات دخانی باید در بسته بندی و با شماره سریال و برچسب ویژه شرکت دخانیات ایران عرضه یا بفروش برسد. درج عبارت مخصوص فروش در ایران بر روی کلیه بسته بندیهای فراورده های دخانی وارداتی الزامی است.

تبصره ۱- فروش محصولات دخانی بصورت فله ای، باز و یا نخعی ممنوع است.

تبصره ۲- فروشگاه های واقع در مناطق آزاد و ویژه اقتصادی نیز ملزم به رعایت این ماده هستند.

تبصره ۳- نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران موظف است محصولات و مواد دخانی قاچاق را در هر نقطه از کشور ضبط و تحویل شرکت دخانیات ایران دهد. در صورت موافقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شرکت دخانیات ایران محصول را با مشخصات ماده (۱۶) این آیین نامه بسته بندی و مانند سایر محصولات به فروش رسانده و درآمد حاصله را به حساب درآمدهای عمومی واریز خواهد نمود.

تبصره ۴- از محل درآمد حاصله حق الکشف کارکنان نیروی انتظامی، بازرسین و هزینه مربوط به فروش شرکت دخانیات پرداخت می گردد.

ماده ۱۷- به منظور جلوگیری از ورود محصولات دخانی، وزارتخانه های کشور و بازرگانی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صنایع و معادن امور خارجه هماهنگی لازم را با کشورهای همسایه بعمل آورند و گزارش آن را به ستاد ارسال نمایند.

ماده ۱۸- شرکت دخانیات ایران موظف است استانداردهای ملی را در تولید و عرضه محصولات دخانی رعایت نماید. تولید و واردات محصولات دخانی مغایر با معیارهای تعیین شده در قوانین مربوط و این آیین و این آیین نامه و دستور العملهای مرتبط ممنوع است.

شرکت دخانیات ایران موظف است با اعمال برنامه ریزی و با هماهنگی ستاد سطح زیر کشت توتون و تنباکو را بر اساس نیاز کارخانجات داخلی تعیین نماید و از افزایش سطح زیر کشت بیشتر از نیاز کارخانجات داخلی با هماهنگی نیروی انتظامی جلوگیری بعمل آورد.

وزارتخانه های جهاد کشاورزی و صنایع و معادن موظفند در صورت کاهش میزان نیاز به توتون و تنباکو کارخانجات داخلی، جایگزین تدریجی زراعت توتون و تنباکو را با سایر محصولات کشاورزی در الگوی کشت مناطق تولید و فرآوری محصولات دخانی مورد مطالعه و اجرا قرار دهند.

تبصره- پرداخت یارانه در زمینه کاشت، داشت و برداشت توتون و تنباکو به هر شکل مجاز نمی باشد.

ماده ۱۹- تا دو درصد (۲٪) از سر جمع مالیات مذکور در ماده (۸) قانون در بودجه سنواتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منظور می گردد تا برای تحقق اهداف مبارزه و کنترل استعمال مواد دخانی در اختیار سازمانها، موسسات و جمعیتها قرار گیرد.

تبصره- ستاد ضوابط کمک به سازمانهای غیر دولتی را تعیین و تصویب خواهد کرد.

ماده ۲۰- هر سه سال یکبار، حداقل و حداکثر جزای نقدی مقرر در قانون به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس نرخ رسمی تورم سالانه که توسط بانک مرکزی اعلام می شود با تصویب هیئت وزیران افزایش می یابد.

ماده ۲۱- دستگاههای موضوع ماده (۱۶۰) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران موظفند برنامه های آموزشی و تبلیغی مصوب ستاد را برای پیشگیری از استعمال دخانیات و مبارزه با آن، اجرا نمایند.

ماده ۲۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است تسهیلات و امکانات آزمایشگاهی لازم را برای تعیین مواد و ترکیبات منتشره مواد دخانی فراهم نماید.

ماده ۲۳- دستگاههای ذی ربط به ویژه شرکت دخانیات ایران موظفند اطلاعات مورد نیاز در رابطه با مفاد این آیین نامه را در اختیار ستاد قرار دهند.

ماده ۲۴- دبیرخانه ستاد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر است و معاون سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دبیر ستاد خواهد بود.

ماده ۲۵- وظایف دبیر خانه ستاد به شرح زیر تعیین می گردد:

۱ -انجام بررسیهای لازم در خصوص پیشنهادهای قابل طرح در ستاد و تنظیم دستور جلسات آن.

۲ -پیگیری مصوبات ستاد.

۳ -راه اندازی کارگروههای تخصصی ملی و استانی و نظارت بر آنها.

۴ -انجام هماهنگیهای لازم با سایر وزارتخانه ها و سازمانها برای دعوت آنها به شرکت در جلسات بر حسب مورد.

۵ -تدوین و ارایه گزارش عملکرد ستاد.

۶ -انجام سایر اموری که توسط ستاد به دبیرخانه محول می گردد.

۷ -جمع آوری و ثبت اطلاعات و آمار

۸ -هماهنگی امور اجرایی مربوط به ستاد.

ماده ۲۶- تعداد اعضا، ترکیب، وظایف و سایر مقررات مربوط به کار گروههای تخصصی طی دستور العملی که به تصویب ستاد می رسد، تعیین می گردد.

برنامه کشوری کنترل دخانیات و وضعیت مصرف
دخانیات در کشور

برنامه کشوری کنترل دخانیات

(مرکز سلامت محیط و کار، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

وجود چهار هزار نوع ماده شیمیایی و سم در ترکیب دود سیگار و استنشاق آن موجب بروز مخاطرات برای سلامتی مصرف کنندگان دخانیات و اطرافیان افراد سیگاری می گردد. طبق مطالعات انجام شده در سراسر دنیا درخصوص بیماریهای مرتبط با استعمال دخانیات ، حداقل ۲۵ نوع بیماری خطرناک شامل انواع سرطانها و بیماریهایی مانند قلب و عروق ، ریه ، کبد ، گوارش ، جنین ، نازایی و ... به اثبات رسیده است . بروز ۵۰ هزار مرگ در ایران و یا در هر ۵ ثانیه یک مرگ ناشی از مصرف دخانیات در جهان شدت خطر دخانیات را روشن می کند . مصرف دخانیات و خطرات آن چنان اهمیت پیدا کرده که سازمان جهانی بهداشت مبارزه با آن را بعنوان اولویت اول برنامه های خود در نظر قرار داده و برای اولین بار توسط این سازمان کنوانسیون جهانی تحت عنوان کنوانسیون کنترل دخانیات با مشارکت نمایندگان کشورهای جهان تنظیم شده است و به امضاء وزراء بهداشت کشورهای عضو رسیده است . محورهای اصلی این کنوانسیون عبارتند از : جنبه های سلامتی مصرف دخانیات ، اقتصاد ، قاچاق ، خرید و فروش ، تولید صنایع دخانیات ، کشاورزی ، مالیات ، تبلیغات ، آموزشهای بهداشتی ، تجارت و بالاخره غرامت طبق اطلاعات منتشره توسط سازمان جهانی بهداشت سالانه از ۳۰۰ میلیارد دلار درآمد کمپانیهای دخانیات ۲۰۰ میلیارد دلار آن سود خالص می باشد ، بدیهی است صنایع مذکور برای حفظ منافع خود حاضرند دست به هر اقدامی بزنند . پس از تصویب مفاد کنوانسیون ، فشار کشورهای بزرگ روی کمپانیهای چند ملیتی دخانیات افزایش یافته و لذا کمپانیهای مذکور برای کاهش فشارهای وارده اقدام به توسعه صنایع خود به کشورهای در حال توسعه نموده اند .

در بعضی کشورها با اجرای برنامه های کنترلی شامل افزایش قیمت ، ممنوعیت مصرف در اماکن عمومی ، درمان و ترک معتادین به مواد دخانی و بالاخره مبارزه با بازار توانسته اند مصرف دخانیات را کاهش دهند ، بعنوان مثال در کالیفرنیا طی سالهای ۹۵ تا ۹۹ ، ۴۳ درصد نزد جوانان کاهش مصرف ایجاد شده و در سال ۲۰۰۳ این رقم به

۵۸ درصد کاهش رسیده است و در ماساچوست با اجرای افزایش مالیات ۷۰ درصد کاهش مصرف در دانش آموزان دبیرستان ایجاد شده است . در مقابل ، روند مصرف دخانیات در کشورهای با درآمد پایین و متوسط حدوداً سالیانه ۳/۴ درصد افزایش نشان داده است . طبق آمار سال ۱۹۹۵ بانک جهانی شیوع کلی مصرف دخانیات در کشورهای در حال توسعه ۴۹ درصد و در کشورهای توسعه یافته ۳۸ درصد بوده است .

در جمهوری اسلامی ایران با مقایسه آمارهای سال ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸ شاهد کاهش شیوع مصرف دخانیات در گروه سنی ۱۵-۶۹ سال از ۱۴/۶ درصد به ۱۱/۷ درصد بوده ایم ولی در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال میزان مصرف قلیان از ۰/۸ درصد به ۱/۴ درصد افزایش یافته است . بعنوان یکی از مهمترین عوامل کاهش مصرف دخانیات در کشور طی دهه گذشته می توان به تأثیر ممنوعیت تبلیغات صنایع دخانیات اشاره داشت که در مقایسه با سایر کشورهای در حال توسعه در وضعیت مطلوبتری قرار دارد..

نگرانی از افزایش مصرف دخانیات در جامعه علی الخصوص نزد جوانان بدلائل ذیل وجود دارد

- عدم آگاهی افراد جامعه علی الخصوص جوانان از مضرات استعمال دخانیات و بی توجهی به اعتیادآور بودن این محصول
- نداشتن تشکیلاتی در سیستم بهداشتی کشور جهت ارائه خدمات مشاوره ای به خانواده ها و سایر گروههای هدف و همچنین درمان و مراقبت از افراد سیگاری علاقه مند به ترک
- عدم وجود نظارت مستمر و پایش مناسب از برنامه های کنترل دخانیات

و از طرفی :

- واردات سیگار توسط تعداد معدودی از کمپانیهای چندملیتی که قبلاً سیگار را بطور قاچاق وارد کشور می کردند و اخیراً با شرکت دخانیات وارد تجارت رسمی شده اند .
- عدم کنترل اساسی واردات قاچاق

- واردات سیگار قاقاق توسط سایر کمپانیهایی که خارج از گردونه تجارت رسمی قرار گرفته اند .

- اشباع بازارهای داخل از سیگارهایی که از طریق تجارت رسمی و قاقاق وارد می شوند .

- عدم توجه به قوانین موجود درخصوص ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی

- وجود نگرانی از بازگشت بخش خصوصی در تولید و فروش محصولات دخانی علیرغم رد لایحه لغو انحصار دخانیات

موارد فوق موجب افزایش دسترسی جامعه بویژه جوانان به سیگار و در نهایت افزایش مصرف خواهد شد. بنابه گزارش بانک جهانی بعنوان مثال در کشورهای تایلند، ژاپن، تایوان پس از گشوده شدن بازار بروی شرکتهای چند ملیتی محصولات دخانی، مصرف دخانیات به میزان ۱۰ درصد افزایش یافته است .

ضرورت اجرای برنامه کنترل دخانیات :

متأسفانه بسیاری از مردم علی الخصوص جوانان به خطر اعتیاد سیگار معتقد نیستند و آنرا نادیده میگیرند . تحقیقات سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که در کشورهای توسعه یافته آگاهی کافی در زمینه آثار زیانبار مصرف دخانیات وجود دارد ولی در کشورهای در حال توسعه و یا کشورهای فقیر این آگاهی بسیار کمتر است ، در بسیاری از موارد با وجود آگاهی های لازم، افراد معتاد به سیگار خطرات مصرف سیگار را نسبت به سایر بیماریها دست کم می گیرند و یا اینکه حداقل در مورد شخص خودشان از این آگاهی استفاده نمی کنند . بنابراین ارتقاء آگاهی عموم از پیامدهای مصرف دخانیات بر سلامتی و استنشاق تحمیلی دود سیگار در کاهش مصرف آن مؤثر است و ضروریست جهت اثربخشی برنامه های کنترل دخانیات با ایجاد مراکز مشاوره ای در نظام بهداشتی کشور دسترسی آحاد جامعه به خدمات کنترل دخانیات افزایش یابد ، تا بتوان گامی مؤثر در جهت پیشگیری از ابتلا، به مصرف دخانیات و ترک سیگار و درمان افراد سیگاری و در نهایت جامعه ای عاری از دخانیات برداشت .

اهداف

هدف کلی :

ارتقاء و حفظ سلامت نسل حال و آینده از زیانهای بهداشتی ، اقتصادی و اجتماعی مصرف دخانیات و تماس با دود آن

اهداف اختصاصی :

۱ - ارتقاء آگاهی عمومی با توجه ویژه به کودکان ، نوجوانان و جوانان درخصوص مضرات استعمال و

استنشاق تحمیلی دود سیگار

۲ - کاهش دسترسی به مواد دخانی

۳ - کاهش استعمال دخانیات در میان سیگارهای فعلی از طریق توسعه و تقویت مراکز مشاوره ترک

دخانیات

۴ - توسعه قوانین و سیاست های کنترل دخانیات در کشور

۵ - جلب مشارکت جامعه و توسعه سازمان های غیردولتی فعال در زمینه کنترل دخانیات

۶ - راه اندازی نظام پایش و مراقبت در زمینه مصرف دخانیات و آثار سوء مصرف آن

زیانهای ناشی از مصرف دخانیات :

۱- بیماریها و مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات و استنشاق تحمیلی آن :

استعمال دخانیات عامل بروز یا تشدید کننده بسیاری از بیماریهای مرتبط از جمله سرطانهای ریه، حفره دهان، حنجره، بیماریهای قلبی و عروقی ، کاتاراکت ، از دست دادن موها ، ضایعات شنوایی ، پوکی استخوان ، فساد دندانها و می باشد . در جمعیتهایی که استعمال دخانیات در چند دهه اخیر امری متداول می باشد . ۹۰ درصد

سرطان ریه ، ۱۵ تا ۲۰ درصد سایر سرطانها ، ۷۵ درصد برونشیت مزمن و آمفیزم و ۲۵ درصد مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی در سنین ۳۵ تا ۶۹ سال ، ناشی از مصرف دخانیات بوده است.

مصرف دخانیات در حال حاضر یکی از بزرگترین عوامل در حال افزایش مرگ و میر در سطح جهان می باشد در حال حاضر ۴ میلیون نفر هر ساله در اثر ابتلا به بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات جان خود را از دست می دهند . با الگوهای جاری استعمال دخانیات ، ۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت حال حاضر دنیا ، بالاخره بعلت مصرف دخانیات خواهند مرد . که بیش از نیمی از این افراد را کودکان و نوجوانان امروز تشکیل می دهند . تا سال ۲۰۳۰ انتظار می رود که دخانیات با قربانی کردن ۱۰ میلیون نفر در سال ، بیش از کل مرگهای ناشی از مالاریا ، مادران باردار ، کودکان و سل ، تنها عامل عمده مرگ در دنیا باشد . بیش از ۷۰ درصد این مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد . در ایران نیز مرگهای ناشی از مصرف دخانیات به ۵۰ هزار نفر در سال برآورد شده است و پیش بینی می شود طی ۲۰ سال آینده این میزان به ۲۰۰ هزار نفر در سال افزایش یابد .

اثرات استنشاق تحمیلی دود سیگار نیز کمتر از عوارض ناشی از استعمال دخانیات نمی باشد ، دانشمندان بر این عقیده اند که دود محیطی از نقطه نظر سلامت هیچ آستانه مجازی ندارد ، چرا که نه دستگاههای تهویه و نه تمهید جداسازی مکانهای استعمال دخانیات هیچکدام بطور کامل هوایی پاک و عاری از آلاینده را فراهم نمی آورند ، بنابراین بهترین راه محافظت از آن قرار نگرفتن در معرض استنشاق تحمیلی دود سیگار می باشد در حالیکه طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت بیش از ۴۰ درصد افراد و تعداد ۷۰۰ میلیون کودک یا به عبارتی نیمی از کودکان در معرض استنشاق تحمیلی دود سیگار هستند .

۲- زیانهای اقتصادی ناشی از مصرف دخانیات :

براساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت ۲ تا ۳ برابر هزینه مصرف دخانیات صرف درمان بیماریهای ناشی از آن می گردد چنانچه به گزارش شرکت دخانیات ایران ، مصرف داخلی ۵۰ میلیارد نخ باشد بطور متوسط سالانه ۱۰۰۰

میلیارد تومان صرف خرید و دود شدن این محصول . ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ میلیارد تومان صرف درمان بیماریهای مرتبط با آن می گردد .

بنابه گزارش بانک جهانی در ایالات متحده هزینه های مراقبتهای بهداشتی ناشی از دخانیات ۷ درصد کل هزینه های بهداشتی یا به عبارتی ۲-۳/۷۱ دلار به ازای هر بسته سیگار ۲۰ تایی فروخته شده می باشد . چنانچه این رقم بطور متوسط ۳ دلار به ازای هر پاکت فرض شود ، برای مصرف ۵۰ میلیاردی ایران هزینه مراقبتهای بهداشتی چیزی حدود ۶۰۰۰ میلیارد تومان می گردد .

همینطور مطالعات مستند سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که از هر دو نفر سیگاری ، یک نفر ۱۵ تا ۲۵ سال زودتر از موعد مقرر می میرد که باتوجه به تعداد افراد سیگاری در کشور (۹ میلیون نفر) سالیانه بیش از ۳ میلیون سال به دلیل مرگ های زود هنگام ناشی از مصرف دخانیات از دست می رود هزینه خسارتهای ناشی از آتش سوزیها و حوادثی که با آتش ته سیگار اتفاق می افتد یکی دیگر از زیانهای اقتصادی می باشد . (طبق گزارشی از آتش نشانی تهران ، یک سوم آتش سوزیهای شهر تهران بدلیل آتش ته سیگار و سایر ملزومات آن می باشد) .

۳- زیانهای اجتماعی ناشی از مصرف دخانیات :

مصرف سیگار نوعی اعتیاد است ولی متأسفانه این مسئله به مرور در اجتماع جا افتاده و قابل قبول ترین عمل خلاف عرف محسوب می شود . دلایل شیوع این عادت احساس بدست آوردن شخصیت کاذب در افراد جوان ، اثر تخدیر کنندگی جزئی سیگار ، مصرف آن در لحظات عصبانیت و غم و بعلت باور غلط و وابستگی جسمی و روانی با گذشت زمان را میتوان نام برد ، متأسفانه وجود این عادت خود زمینه ساز بروز اعتیاد به مواد مخدر ، الکل ، فقر، بزهکاری علی الخصوص در افراد جوان می گردد .

۴- زیانهای زیست محیطی ناشی از دخانیات :

از بین رفتن خاک ، تخریب جنگلها ، و مصرف آفت کشها و آلودگی آبهای زیرزمینی و هوا از مضرات زیست محیطی دخانیات می باشد . مصرف مواد مغذی خاک توسط گیاه توتون موجب عاری شدن خاک از این مواد شده و از طرفی موجب جذب آفتها می گردد و استفاده از انواع کودهای شیمیایی و آفت کشها آلودگیهای آبهای زیرزمینی را بدنبال دارد ، از طرفی مقدار زیادی از درختان جنگلها برای سوخت در عمل آوردن توتون از بین می روند .

آلودگی هوا ناشی از دود سیگار نیز یکی دیگر از زیانهای آن می باشد . دود سیگار دارای دو جریان اصلی و کناری است جریان اصلی هنگام پک زدن به دهان و ریه وارد می شود و جریان کناری در فاصله پک زدن از نوک سیگار در هنگام بازدم وارد محیط و سپس ریه می شود . دود سیگار حاوی ۴۰۰۰ نوع ماده با آثار آنتی ژنی ، جهش زایی و سرطان زایی ، دارویی و ضد سلولی است.

مزیت های برنامه کنترل دخانیات :

- ارتقاء آگاهی کارکنان بهداشتی از مضرات استعمال دخانیات و استنشاق تحمیلی دود سیگار
- بهبود عملکرد کارکنان بهداشتی در زمینه کنترل مصرف دخانیات
- ارتقاء دانش کارکنان بهداشتی درخصوص روشهای کنترل مصرف دخانیات
- افزایش سطح آگاهی مردم درخصوص زیانهای ناشی از مصرف دخانیات و استنشاق تحمیلی دود آن
- کاهش مصرف دخانیات در جامعه
- ارتقاء سلامت افراد جامعه

ضروری ترین و مهم ترین پیامدهای حاصل از برنامه :

- کنترل مصرف دخانیات در بین کارکنان و افراد جامعه
- ایجاد محیط های کاری بدون دود

- ارتقاء آگاهی جامعه تحت پوشش نسبت به مضرات مصرف دخانیات
- کاهش مصرف دخانیات در اماکن عمومی و اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی
- افزایش حساسیت مردم نسبت به دود سیگار و افراد سیگاری
- قابل دسترس بودن خدمات ترک دخانیات جهت درمان افراد سیگاری

الزامات قانونی :

مصوبه هیأت محترم وزیران در تاریخ ۷۶/۱۰/۱۵ به استناد اصل یکصدوسی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در خصوص ممنوعیت استعمال و عرضه سیگار و سایر مواد دخانی در اماکن عمومی

ماده ۱- به منظور حفظ حقوق افراد جامعه و تأمین سلامت آنها در برابر زیانها و بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات ، استعمال هر نوع سیگار و سایر مواددخانی در اماکن عمومی مسقف به هر نحو ممنوع است .

تبصره ۲ ماه ۱ : مسئولان اماکن عمومی موظفند تابلوی ممنوعیت مصرف دخانیات را به تعداد مناسب در محلهایی که قابل رؤیت باشد نصب نمایند و ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی را یادآور شوند .

ماده ۲- وزارتخانه های بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، فرهنگ و ارشاد اسلامی و سازمان صدا و سیما و سایر دستگاههای فرهنگی و شهرداریها موظفند به منظور جلوگیری از اعتیاد جوانان و تبیین زیانهای جانی ، بهداشتی ، اجتماعی و مالی ناشی از مصرف دخانیات از هرگونه اقدامی که موجب تبلیغ ، تشویق یا تحریک افراد به استعمال یا مصرف بیشتر دخانیات شود جلوگیری نموده و نسبت به تهیه برنامه های منظم و منسجم فرهنگی و تبلیغی مناسب در زمینه تبیین مضرات و تقبیح مصرف مواددخانی برای همگان بویژه جوانان اقدام نمایند .

آئین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون موادخوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی ، بهداشتی مصوبه مجلس شورای اسلامی مورخ ۷۹/۹/۱۳:

ماده ۱۳- استعمال دخانیات توسط متصدیان و کارگران مشمول این آئین نامه در حین کار ممنوع است.

ماده ۱۴- فروش و عرضه سیگار در کارگاهها و کارخانجات و اماکن و مراکز و محلهای موضوع این آئین نامه ممنوع است .

تبصره ۱- اماکن و مراکز و محلهائیکه دارای مجوز و عاملیت عرضه دخانیات هستند از شمول ماده ۱۴ مستثنی می باشند .

تبصره ۲- فروش به افراد کمتر از ۱۸ سال در اماکن و مراکز موضوع این آئین نامه ممنوع است .

ماده ۱۵- مصرف هرگونه محصولات دخانی در محوطه های عمومی کارگاهها ، کارخانجات و اماکن و مراکز و محلهای موضوع این آئین نامه ممنوع است .

تبصره ۱- متصدیان ، مسئولین و یا کارفرمایان محلهای موضوع این آئین نامه مسئول اجرای مفاد ماده ۱۵ بوده و موظفند جهت نصب تابلوهای هشداردهنده در نقاط مناسب و در معرض دید از مصرف دخانیات جلوگیری کنند .

تبصره ۲- متصدیان ، مسئولین و یا کارفرمایان موضوع تبصره ۱ می توانند محل مشخصی را که کاملاً از محلهای معمولی و عمومی جدا باشد جهت افرادی که میخواهند دخانیات مصرف کنند در نظر بگیرند .

چالشهای اجرای برنامه :

- عدم آگاهی مردم از خطرات واقعی سیگار
- ناکافی بودن فرصتهای مناسب برای اوقات فراغت جوانان
- در دسترس بودن محصولات دخانیات در هر نقطه از کشور
- برخورد غیراصولی متولیان امور فرهنگی و اجتماعی با معضل سیگار
- بی توجهی یا کم توجهی مدیران ارشد به برنامه های کنترل دخانیات
- قاچاق سیگار

- عدم توجه به قوانین و مقررات
- عدم آگاهی کارکنان بهداشتی از روشهای مناسب کنترل دخانیات
- تأثیر شخصیت‌های سیگاری که از نظر اجتماعی ، مذهبی برای جوانان الگو هستند .
- عدم نظارت و پایش صحیح

نتیجه گیری :

باتوجه به تعهد جمهوری اسلامی ایران به مفاد کنوانسیون جهانی کنترل دخانیات ، اولویت سازمان جهانی بهداشت به امر کنترل مصرف و حذف استنشاق تحمیلی دود سیگار بخصوص نزد جوانان ، ضرورت همت ملی با هدایت و رهبری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی که مسئولیت سلامت جامعه را بعهده دارند بشدت محسوس بوده و لازم است کلیه برنامه های مرتبط با کنترل دخانیات با جدیت و حمایت بی وقفه مسئولین به اجرا گذاشته شده و از هر کوششی در جهت افزایش آگاهی افراد از مضرات استعمال دخانیات و استنشاق تحمیلی دود سیگار و کاهش مصرف آن در جامعه دریغ نگردد.

انتظار از دانشگاهها :

- تشکیل/فعال کردن کمیته های استانی و پیگیری مصوبات آن
- اتخاذ سیاستی مبنی بر حضور مؤکد معاونین بهداشتی در جلسات کمیته و پیگیری و نظارت به اجرای برنامه کنترل دخانیات
- ایجاد و توسعه مراکز مشاوره ترک دخانیات در سیستم بهداشتی کشور
- حمایت و پشتیبانی از اجرای مصوبه هیأت محترم دولت بتاريخ ۱۳۷۶/۱۰/۱۵ درخصوص ممنوعیت استعمال و عرضه سیگار و سایر مواددخانی در اماکن عمومی
- حمایت و پشتیبانی از اجرای آئین نامه اجرای قانون اصلاح ماده ۱۳ موادخوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی مصوبه آذرماه ۱۳۷۹ مجلس محترم شورای اسلامی

- برقراری ارتباط مستمر و مداوم با دبیرخانه کمیته کشوری کنترل دخانیات

انتظار از ستاد :

۱. تدوین و پیشنهاد قوانین و آئین نامه های کنترل دخانیات در زمینه تولید ، واردات ، توزیع ، مصرف ، استنشاق تحمیلی دود سیگار و همکاری و مشارکت در امر مبارزه با قاچاق محصولات دخانی
۲. تدوین و ابلاغ استانداردهای تشکیل کمیته استانی و مراکز مشاوره ترک دخانیات
۳. تدوین برنامه های آموزشی ، تخصصی و برگزاری کارگاههای توجیهی جهت راه اندازی مراکز مشاوره ترک دخانیات در مراکز بهداشتی درمانی
۴. تدوین برنامه های مؤثر آموزش عمومی به منظور کنترل مصرف دخانیات
۵. اقدام جهت ایجاد سیستمی متمرکز برای جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده های موجود در زمینه دخانیات در سطح ملی و بین المللی
۶. ارتباط با سازمانهای بین المللی و ارائه گزارش از فعالیتهای انجام شده
۷. پیگیری در زمینه اطلاع رسانی به مقامات عالی رتبه کشور و جلب حمایت سیاستی آنان از برنامه
۸. جذب اعتبارات خاص جهت راه اندازی مراکز مشاوره در استانها
۹. اجرای طرحهای تحقیقاتی در زمینه تأثیر برنامه کنترل مصرف دخانیات

وضعیت کشوری و استانی استعمال دخانیات در سالهای ۸۴ و ۸۵

اکنون در سراسر جهان بیماریهای غیر واگیر ۴۳٪ بار بیماریها را در بر می گیرند که انتظار می رود عامل ۶۰٪ کل بار بیماریها و ۷۳٪ تمام موارد مرگ تا سال ۲۰۲۰ شوند. کشورهای با درآمد کم و متوسط ۷۹٪ موارد مرگ و ۸۵٪ بار اینگونه بیماریها را به خود اختصاص می دهند. این افزایش بیشتر به دلیل همه گیری بیماریهای نوپدید غیر واگیر در کشورهای در حال توسعه است. راه حل کنترل همه گیری جهانی بیماریهای غیرواگیر، پیشگیری اولیه است که بر اساس برنامه های جامع و دربرگیرنده جمعیت جهانی استوار است. پایه پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر شناسایی عوامل خطر اولیه و عمده آنها و پیشگیری و کنترل این عوامل است.

۸ عامل خطر بیماریهای غیر واگیر در گزارش (کاهش خطرات و ارتقاء زندگی سالم) سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲ معرفی شده اند. اگر چه خطرات عمده بسیاری از جمله داشتن فشار خون بالا و مصرف الکل و دخانیات در تمام کشورها گستردگی عمومی دارند، اما علل اصلی بار عوامل خطر در جمعیت کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه متفاوت است. اضافه وزن و چاقی از عوامل مهم تعیین کننده سلامت هستند و به تغییرات منفی متابولیک، مانند فشار خون بالا، سطوح نامطلوب کلسترول و افزایش مقاومت در برابر انسولین منجر می شود. این دو عامل، خطر بیماریهای عروقی قلب، سکته مغزی، دیابت شیرین و بسیاری از انواع سرطان را افزایش می دهند. افزایش فشار خون و کلسترول، ارتباط نزدیکی با مصرف بیش از حد غذاهای چرب، شیرین و پرنمک دارند. اگر این بیماریهای قلبی، سکته و سایر امراض جدی، عامل بسیاری از سرطانها هستند. در حال حاضر میزان شیوع فشار خون و کلسترول بالا، مصرف دخانیات، الکل، چاقی و بیماریهای مرتبط با آنها در کشورهای در حال توسعه نیز مانند کشورهای توسعه یافته با سیر صعودی مواجه هستند. در عین حال، فروش دخانیات و الکل در کشورهای با درآمد اندک و متوسط به طور چشمگیری در حال افزایش است. امروزه مردم بیش از هر زمان دیگری در معرض این محصولات و الگوها قرار گرفته اند که از کشورهای دیگر وارد شده و تهدیدهایی بلندمدت و جدی را بر سلامت انسان ها تحمیل می کنند. به عنوان مثال، میزان مرگ و میر در سیگاریها در تمام سنین، ۳-۲ برابر بالاتر از غیرسیگاریها است.

در کشور ما مطابق طرح بررسی سلامت و بیماری در سال ۷۸ میزان شیوع استعمال دخانیات در مردان حدود ۲۳/۹٪ و در زنان ۱/۷٪ گزارش شده است. در مطالعه انجام شده در مناطق شهری و روستایی تهران در سالهای ۱۳۷۹-۱۳۷۸، شیوع مصرف روزانه دخانیات در بین مردان بالای ۱۵ سال، ۲۲/۲٪ و در زنان بالای ۱۵ سال ۲/۱٪ بوده است. جدولها و نمودارهای آورده شده در این کتاب، نتایج تحلیل داده های مربوط به مهمترین متغیرهای دور اول بررسی نظام مراقبت عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر است. این نتایج، حاصل برآورد کشوری داده های تجمعی تمام استانها است که در قالب گروه های سنی مختلف و برآورد گروه های سنی تنظیم شده اند.



مواد مخدر و دخانیات از دیدگاه فقه

مذاهب اسلامی

انواع دخانیات در ردیف زیان آورترین مواد قرار دارند. تاریخچه دخانیات، انحطاط بشری را در مقابل این ماده نشان می دهد. مواد تشکیل دهنده سیگار، همگی سمی و مضر بوده و دارای عوارض گوناگون اند که این امر حاکی از حرمت سیگار است. بررسی دلایل حرمت مواد مخدر به ویژه دخانیات از سوی علمایی که آن را حرام کرده اند، نشان از درستی فتوای ایشان دارد. نقل فتاوی فقها مبنی بر حرمت مواد مخدر و دخانیات، یکی از روشها برای هوشیار نمودن مردم و خنثی نمودن نقشه های برخی سودجویان در مقابل این مواد است.

دلایل حرمت دخانیات و مواد مخدر از دیدگاه فقه اسلامی

۱- علامه طباطبایی در تفسیر آیه «ولا تلقوا بأيديكم الى التهلكه» (بقره، ۱۹۵) « خویش را با دست خویش به هلاکت نیفکنید. » می نویسد: «از نظر ادبی «با» در «بایدیکم» یا برای سببیت است... یا برای تأکید زیاد و کلمه «ایدی» مفعول و کنایه از قدرت و نیروها است (چون «ید» مفرد «ایدی» یعنی دست مظهر قدرت است) و بنابراین، مفاد جمله این است: نیروها و قدرتهای خود را از دست ندهید تا بیچاره و بدبخت شوید و «تهلکه» مانند «هلاک» مصدر است؛ ولی در لغت، بر وزن آن مصدر دیگری نیامده و معنایش این است که انسان به حدی بیچاره و درمانده شود و خود را گم کند که نفهمد کجا هست. در این آیه از آنچه موجب هلاکت شود، مطلقاً نهی شده، خواه افراط و خواه تفریط باشد. آیت الله سید عبدالحسین طیب در تفسیر این آیه می گوید: «... تعبیر «بایدیکم» اشاره به اینکه از روی اختیار خودتان چنین نکنید ... و مراد از تهلکه، اعم از هلاکت دنیوی و اخروی است و مراد از القاء به تهلکه، اقدام به هر عملی است که موجب وقوع در هلاکت انسان یا ترک عملی که باعث هلاکت آدمی گردد؛ مثلاً، عملی که مریض انجام دهد و باعث زیادتی مرض یا موت او گردد.» در تفاسیر دیگر نیز چنین آمده است: «خودکشی و ضرر به نفس، حرام قطعی است که از این آیه استفاده می شود.» «حرمت خودکشی و انتخاب طریق، روشی که به هلاکت آدمی می انجامد.» این آیه، دلیلی گویا و روشن بر حرمت دخانیات و مواد مخدر میباشد.

آیت الله مرتضی مطهری در تقسیم بندی انواع مرگ، قسمتی را به «جنایت» اختصاص می دهد و می گوید: «مرگهایی که خود آن مرگها جنایت است، از قبیل خودکشیها، این گونه مرگها نفعی کردن و هدر دادن خود است، بدترین انواع مرگهاست. کسانی که در تصادف اتومبیل کشته می شوند و خود مقصرند، مرگشان از این قبیل مرگهاست و همچنین کسانی که در راه یک گناه به هر شکل و به هر صورت باشد، کشته شوند.»

آیت الله ناصر مکارم شیرازی در این باره می گوید: «قرآن مجید در آیه ۱۹۵ سوره بقره می فرماید: «ولا تلقوا بأيديكم الى التهلكه [خودتان را با دستانتان به هلاکت نیفکنید]. طبق آمارهایی که از سوی پزشکان متخصص اعلام شد، مرگ و میر ناشی از دود سیگار در سال، به پنج میلیون نفر می رسد بنابراین، کشیدن سیگار، مصداق القاء نفس در تهلکه است.» دکتر شیخ یوسف قرضاوی (از علمای اهل تسنن) نیز این آیه را از جمله دلایل حرمت استعمال دخانیات می داند. وی ادامه می دهد که هرچیزی که مضر و دارای زیان باشد، خوردن و نوشیدن آن حرام است. همچنین شیخ ابویحیی انصاری (شافعی مذهب متوفی ۹۲۶ قمری) به این آیه برای حرمت مواد مخدر استناد می نماید.

۲- تحریم اسراف الف: «كلوا و اشربوا ولا تسرفوا انه لا يحب المرفين» ب: «ولا تسرفوا انه لا يحب المرفين» ج: «ولا تبذر تبذيراً ان المبذرين كانوا اخوان الشياطين» د: «واهلكنا المرفين» و: «ان المرفين هم اصحاب النار» ه: «انما الاسراف فيما اتلف المال وضر بالبدن» شیخ حرعاملی (۱۱۰۴-۱۰۳۳ق) آیه ۴۳ سوره غافر و روایت مذکور را از جمله دلایل حرمت استعمال دخانیات می داند. علامه طباطبایی می گوید: «... در این جمله، دو امر اباحی و یک نهی تحریمی است و جمله «انه لا يحب المرفين» نهی تحریمی مزبور را تحلیل می کند.»

آیت الله مکارم شیرازی می گوید: «کلمه «اسراف» کلمه بسیار جامعی است که هرگونه زیاده روی در کمیت و کیفیت و بیهوده گرایی و اتلاف و مانند آن را شامل می شود.» شیخ عبدالحی رضوی کاشانی (از علمای قرن دوازدهم هجری) در کتاب حدیقه الشیعه با استفاده از حرمت اسراف و دلایل دیگر خواسته اش، ترک دخانیات و حرمت آن است. برکسی پوشیده نیست که سیگار و سایر دخانیات و مواد مخدر، زیانهای اقتصادی شدیدی به هر جامعه که به آن معتاد است، وارد می نماید. به عنوان مثال، در ایران سالانه ۵۴ میلیارد نخ سیگار به ارزش یک هزار میلیارد تومان مصرف می شود و دو برابر این هزینه، صرف درمان سیگاریها می شود. هر سال در ایران، ۵۰

هزار نفر و در جهان ۵ میلیون نفر به دلیل مصرف دخانیات، جان خود را از دست می دهند. آیا این آمار بیانگر اسراف نیست و آیا افراد دودکش و معتاد، به نفس خویش اسراف نمی کنند؟ دکتر شیخ یوسف قرضاوی در این باره می گوید: «ضرر مالی آن [سیگار] روشن است که بدون اینکه نفع دینی و دنیوی داشته باشد، مال را به هدر می دهد در حالی که حضرت رسول (ص) از اضعاء و به هدر رفتن مال نهی کرده است. مخصوصاً برای کسانی که خود یا خانواده شان نیازمندند، شدیداً از این کار منع شده اند.» ملاحسین بن اسکندر (از علمای اهل سنت حنفی مذهب) در این باره می گوید: «مصرف دخانیات از زشت ترین نوع اسراف است؛ چون فرد، مالش را آتش می زند بدون اینکه نفعی، عاید وی شود.»

۳- «ولا تقتلوا انفسکم» (نساء، ۲۹) در روایات اهل بیت علیهم السلام از این آیه به «انتحار و خودکشی» تفسیر شده است. بر اساس آیه ۱۹۵ سوره بقره، استعمال دخانیات و مواد مخدر نوعی قتل نفس محسوب می گردد. همچنین شیخ دکتر یوسف قرضاوی از این آیه برای حرمت استعمال دخانیات استفاده نموده است.

۴- «قل انما حرم ربی الفواحش ماظهر منها و ما بطن والاثم و البغی بغیر الحق» (اعراف، ۳۳). «بگو همانا پروردگارم ناشایستیها را چه آشکار باشد چه پنهان، حرام کرده است و نیز سرکشی ناحق را.» «الذین یتبعون الرسول ... یحلّ لهم الطبیات و یحرم علیهم الخبائث ...» (اعراف، ۱۵۷) «کسانی که از رسول خدا پیروی می کنند... [همان پیامبر] طبیات و پاکیزه ها را بر آنان حلال و پلیدها را حرام می نماید...» در تفسیر این آیات چنین آمده است که: «قبیح گناه، قبیح ذاتی و عقلی است، نه تنها اجتماعی.» منطلق قرآن و پیامبر صلی الله علیه و آله و اهل بیت علیهم السلام نیز چنین است که با روشهای گوناگون در مقابل اعتقاد نادرست مردم ایستادگی می نمودند. (شیخ حرعاملی نیز بر همین عقیده است.) همچنین بر اساس این آیه، قبایح و خواهش به دو قسمت ظاهریه (مثل زنا، غیبت،...) و باطنیه یا عقلیه تقسیم می شود و سپس به قاعده «کلما حکم به العقل حکم به الشرع» بر حرمت قبایح عقلیه و باطنیه تصریح شده است. همچنین شیخ محمدبن جعفر کتانی (مالکی مذهب متوفی ۱۳۴۵ قمری) و شیخ عبدالله بن جارالله بن ابراهیم (از علمای اهل سنت) آیه «و یحرم علیهم الخبائث» را یکی از دلایل حرمت دخانیات می دانند. دلایل روایی: «لاضرر و لاضرار فی الاسلام.» «ضرر دیدن و ضرر رساندن در اسلام وجود ندارد.» حدیث فوق که منقول از رسول گرامی اسلام (ص) می باشد، از

شیعه و سنی نقل گردیده است و بر اساس نظر هر دو مذهب، قاعده ای فقهی محسوب می گردد و کسی حق ندارد به خود و دیگری ضرر برساند. آیت الله ناصر مکارم شیرازی از جمله دلایل حرمت دخانیات را قاعده لاضرر می داند و می گوید: «قاعده لاضرر ... اضرار به نفس را نیز شامل می شود.» دکتر شیخ یوسف قرضاوی نیز از جمله دلایل حرمت استعمال دخانیات را این قاعده دانسته است و می گوید: «پیامبر اسلام(ص) می فرماید: لاضرر و لاضرار فی الاسلام، بر اساس این دستور حضرت رسول (ص) می توان گفت که استعمال دخانیات، از قبیل سیگار و قلیان و غیره مادام که ثابت شود به اشخاصی که آن را استعمال می کنند، ضرر می رساند، حرام است.» « کل امر یکون فیه الفساد مما قد نهی عنه... فحرام ضارّ للجسم و فساد للنفس. » آیت الله ناصر مکارم شیرازی درباره این روایت می گوید: « این حدیث معروف در فقه الرضا(ع) آمده است: کل امر یکون فیه الفساد مما قد نهی عنه... فحرام ضارّ للجسم و فساد للنفس. طبق این روایت، هر چیزی که ضرر مهمی برای بدن داشته باشد، حرام است.» « ان الطین یورث السفم فی الجسد و یهیج الداء.» آیت الله مکارم درباره این روایت می گوید: «بعضی عادت به خوردن گل دارند که در روایات اسلامی از آن شدیداً نهی شده است به خاطر اینکه برای بدن ضرر دارد. در روایتی آمده است: «انّ الطین یورث السفم فی الجسد و یهیج الداء.» (خوردن گل، سبب بیماری و تهییج درد است) » لذا مرحوم شهید در کتاب مسالک ، نخستین دلیل تحریم آن را بما فیه من الاضرار الظاهرالبدن شمرده است. این امور بیانگر آن است که حرمت اشیاء مضره از مسلمات بوده است حتی روزه واجب اگر ضرر داشته باشد، باید ترک شود.» قاعده کلما حکم به العقل حکم به الشرع آیت الله مکارم با استناد به این قاعده می گوید: «طبق قاعده مسلم اصولی کلما حکم به العقل حکم به الشرع (هرچیزی که عقل قطعی به آن حکم کند، شرع هم به آن حکم خواهد کرد) مسئله حرمت سیگار و انواع دخانیات در عصر ما که زیانهای مهم آن بر همه دانشمندان ثابت شده، جای تردید باقی نمی گذارد. فتوای همه مراجع به حرمت مواد مخدر نیز از همین جا سرچشمه می گیرد.

با مراجعه به متون فقهی شیعه واهل سنت، به این نتیجه خواهیم رسید که فقههای مذاهب اسلامی و حتی فقههای یک مذهب، از گذشته تاکنون، به طور یکسان به موضوع مواد مخدر و دخانیات نپرداخته اند. در فقه شیعه، فقهایی چون محقق حلی، علامه حلی، شهید ثانی، مرحوم آیت الله سید ابوالحسن اصفهانی (وفات ۱۳۶۶

ق (تریاک یا افیون را در صورتی حرام می دانند که ضرر معتنی به یا معتد به (ضرر قابل توجه) داشته باشد. این امر بیانگر این است که این فقها به ضرر قطعی آن یقین نداشته اند و به تعبیر آیت الله مرتضی مطهری « از این لحاظ است که به جنبه مطلب واقف نیستند، یعنی برایشان روشن نیست که آیا واقعا ضرر دارد یا ندارد، مثلاً فتوا در مسئله کشیدن تریاک.» علامه حلی در کتاب القواعد می گوید: « چیزی که بسیار آن کشنده باشد و حکم آن کشنده نباشد، بسیار خوردن آن حرام است مثل تریاک... اگر زهرهای کشنده از این نوع باشند که مصرف اندک آن مانند تریاک و سقمونیا فایده داشته باشد، بیع آن جایز است... » مرحوم آقا سید ابوالحسن اصفهانی در وسیله النجاة می نویسد: « چیزی که مصرف یک یا دو مرتبه آن زیان آور نباشد، اما مصرف زیاد و اعتیاد به آن مضر باشد، مصرف مکرر آن مانند تریاک، حرام است که باید از آن برحذر شد.» این در حالی است که ایشان در جلد اول وسیله النجاة می نویسد: « تریاک به ترتیبی که امروز معمول شده و در ایران شیوع پیدا کرده، حرام است؛ چون مورث صفاتی است که مخالف دیانت و موجب از بین رفتن صحت بدن است.» به هر روی امروزه، فقهای شیعه بر حرمت مطلق مواد مخدر اتفاق نظر دارند، اما در مورد حرمت دخانیات، بسیاری از فقیهان شیعه همان دیدگاه (یعنی داشتن ضرر معتد به یا معتنی به) را دارند. در عین حال، علمایی هم هستند که استعمال دخانیات را مطلقاً حرام می دانند که برخی از ایشان، عبارتند از: شیخ حرعاملی شیخ عبدالحی رضوی کاشانی (قرن ۱۲)، آیت الله مرتضی مطهری، آیت الله ناصر مکارم شیرازی. همچنین امام خمینی در پاسخ به استفتائی، استعمال و مصرف مواد مخدر و هر نوع ماده اعتیاد آور دیگر برای کسانی که معتاد نمی باشند را از نظر شرع مقدس جایز ندانسته است. حکم مواد مخدر و دخانیات در فقه اهل سنت در فقه اهل سنت نیز در مورد این مسئله، وضعیتی همانند فقه شیعه وجود دارد ولی از جهاتی متفاوت است. شیخ ابوحیان (از علمای شافعی، متولد ۷۵۴ ق) می نویسد: « مفسرین، اشیایی را بیان داشته اند که اهل علم در حلت و حرمت آن اختلاف دارند. صاحب تحریر و تجبیر می گوید: اما مواد و اشیاء مخدر مثل بنگ، شوکران و حشیش، اهل علم به تصریح، آنها را تحریم نکرده اند، اما از نظر من به تحریم نزدیک اند، چون اگر سکر آور باشند، بنا به فرموده پیامبر (ص) که هر چیز سکر آور حرام است، حرام می گرداند و چنانچه سکر آور نباشند، باز هم وارد کردن ضرر بر جسم، حرام است.» شیخ احمد بابا سودانی (مالکی مذهب) حکم به اباحه مصرف دخانیات و تریاک (برای

کسانی که سبب زوال عقل آنان نمی گردد) نموده است. شیخ نورالدین محمد اجهوری (مالکی مذهب) مصرف دخانیات را جایز می دانسته است. دکتر شیخ وهبه الزحیلی (حنفی مذهب و معاصر) در کتاب الفقه الاسلامی و ادلته می گوید: «شیخ مرعی بن یوسف حنبلی صاحب کتاب غایه المتهی می نویسد: مصرف دخانیات حلال می باشد، لکن بهتر آن است که صاحبان عقل و خرد، از آن پرهیز نمایند.» دکتر شیخ یوسف قرضاوی می گوید: «استعمال دخانیات از قبیل سیگار و قلیان و غیره، مادام که ثابت گردد که به اشخاصی که آن را استعمال می کنند، ضرر می رساند، حرام است.» به هر حال امروزه فقهای اهل سنت (مانند فقهای شیعه) بر حرمت مواد مخدر توافق نظر دارند. در مورد استعمال دخانیات بسیاری از آنها، دخانیات را مطلقاً حرام می دانند. در فقه اهل سنت، علل دیگری نیز وجود دارد. شیخ محمد کتانی (مالکی مذهب و متوفی ۱۳۴۵ق) به این تفاوت اشاره کرده است و می گوید: «عده ای از علما فقط به دلیل بوی زشت آن، حکم به کراهت داده اند و عده ای نیز فتوا به تحریم داده اند که مطابق واقع، حکم اخیر می باشد و برخی هم به دلیل جهل و عدم شناخت و گاهی کوتاهی و سهل انگاری در امور دین، حکم به اباحه داده اند.» وی در ادامه می گوید: «فتاوی فقهای مالکی در باره حرمت دخانیات، بالغ بر سیصد رای است.»

پاسخ حضرت آیت الله العظمی مکارم شیرازی به سوال جمعی از طلاب حوزه علیمه قم درباره استعمال دخانیات:

"اینجانب از چند سال پیش این فتوا را به صورت مشروط ذکر کرده بودم و در رساله توضیح المسائل موجود است که اگر کشیدن سیگار (و سایر دخانیات) به شهادت اهل اطلاع ضرر مهمی داشته باشد، حرام است. ولی اخیراً با شهادت و گواهی جمعی از پزشکان آگاه، و اساتید متعهد دانشگاه و با توجه به آمارهای تکان دهنده‌ای که از مرگ و میر ناشی از سیگار و بیماری‌های خطرناکی که از آن نشات می‌گیرد، به ما رسید، ثابت و مسلم شد که خطرات مهم دود سیگار یک واقعیت است که حتی فرزندان افراد سیگاری و معاشران آنها از آن در امان نیستند لذا فتوای تحریم به طور مطلق را دادیم و از خدا می‌خواهم همه مسلمانان جهان خصوصاً جوانان عزیز را که نخستین قربانیان این بلای خانمان سوز هستند از شر آن حفظ کند."

پاسخ حضرت آیت الله العظمی بهجت در خصوص حکم استعمال دخانیات :

" اگر از گفته اهل فن برای کسی خوف ضرر پیدا شود، استعمال آن حرام است."

فتوای حضرت آیت الله العظمی نوری همدانی نیز در خصوص استعمال دخانیات:

" استعمال دخانیات جایز نیست."

پاسخ حضرت آیت ... خامنه ای (رهبر معظم) به برخی پرسشهای انجام شده در خصوص

مصرف دخانیات

۱- استعمال دخانیات در اداره های دولتی و اماکن عمومی چه حکمی دارد؟

اگر بر خلاف مقررات داخلی ادارات و اماکن عمومی باشد و یا موجب اذیت و ناراحتی دیگران و یا ضرر رساندن به آنان شود، جایز نیست.

۲- خرید و فروش و استعمال تنباکو چه حکمی دارد؟

خرید و فروش و استعمال تنباکو فی نفسه اشکال ندارد ولی اگر ضرر قابل ملاحظه ای برای شخص داشته باشد، استعمال و خرید و فروش آن جایز نیست.

۳- آیا حشیش پاک است؟ و آیا استعمال آن حرام است؟

حشیش پاک است ولی استعمال آن حرام می باشد.

۴- آیا استعمال تنباکوئی که بعضی از انواع خمر را بر روی آن پاشیده اند جایز است؟ و آیا استنشاق

دود آن جایز است؟

اگر مصرف آن تنباکو از نظر عرف، استعمال خمر محسوب نشود و باعث مستی و وارد شدن ضرر قابل ملاحظه ای نگردد اشکال ندارد، هر چند احوط ترک آن است.

۵- آیا شروع به استعمال دخانیات حرام است؟ اگر فرد معتاد مصرف دخانیات را به مدّت چند هفته یا

بیشتر ترک کند آیا حرام است که دوباره به استعمال آن پردازد؟

حکم با اختلاف مراتب ضرری که بر استعمال دخانیات مترتب می‌شود، متفاوت می‌گردد و به طور کلی استعمال

دخانیات اگر به مقداری باشد که موجب ضرر قابل ملاحظه‌ای برای بدن باشد، جایز نیست و اگر شخص می‌داند

که با شروع آن به این مرحله می‌رسد نیز جایز نمی‌باشد.

منابع :

1. The Tobacco Health Toll. WHO, Regional Office For The Eastern Mediterranean.Cairo.2005

2. MPOWER: Six policies to reverse the tobacco epidemic. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008

۳. محصلی، آذری پور. برنامه کنترل دخانیات. دبیرخانه کمیته کشوری کنترل دخانیات. سایت مرکز

سلامت محیط و کار. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بهار ۱۳۸۷

۴. دلاوری، عالیخانی و همکاران. گزارش وضعیت عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر در جمهوری اسلامی

ایران. مرکز مدیریت بیماریها. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۴

۵. ابریشمی، جويا و همکاران. خلاصه نتایج بررسی مرحله دوم نظام مراقبت عوامل خطر موثر در

بیماریهای غیر واگیر. مرکز بهداشت استان خراسان رضوی. دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۱۳۸۵

۶. پایگاه اطلاع رسانی دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت الله العظمی سیدعلی خامنه ای (مدظله العالی) -

مؤسسه پژوهشی فرهنگی انقلاب اسلامی - KHAMENEI.IR

۷. سایت بانک اطلاعات نشریات کشور

میزان شیوع استعمال سیگار در کشورهای مختلف در سالهای ۱۹۹۴-۱۹۹۸ و ۲۰۰۱-۱۹۹۹

Country	Male adult prevalence		Female adult prevalence		Total adult prevalence	
	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001	1994-1998	1999-2001
Albania	44	60	7	18		39
Armenia	64				29	
Austria	30		19		24	29
Azerbaijan		30			27	
Belarus	55	54	4	5	28	26
Belgium	34	36	27	26	30	31
Bulgaria	49		24		36	
Croatia	34	34	32	27	33	30
Czech Republic	43	36	31	22	36	29
Denmark	39	32	35	29	37	30
Estonia	52	44	24	20	36	29
Finland	29	27	19	20	24	23
France	35	33	21	21	28	27
Georgia	53	54	12	15	33	
Germany	43	39	30	31		35
Greece	46	47	28	29	37	38
Hungary	44	53	27	30		42
Iceland	30	25	31	23	30	24
Ireland	32		31		31	
Israel	32		25		28	
Italy	38	32	26	17	32	25
Kazakhstan	60		7			
Latvia	53	49	18	13		29
Lithuania	43	51	6	16		32
Luxembourg	39		27		32	
Malta	34		15		24	
Netherlands	36	37	29	29	33	33
Norway	36	31	36	32	36	32
Poland	44	42	24	23		
Portugal	29		6		17	
Republic of Moldova	44	46		18		
Romania	62		25			
Russian Federation	63		10		36	
Slovakia	44		15		29	
Slovenia	35	28	23	20	29	24
Spain	42		25		33	
Sweden	17	17	22	21	19	19
Switzerland	39		28		33	
Ukraine	49	51	21	19		
United Kingdom	29	29	28	25	28	27

Source: World Health Organization, Regional Office for Europe. The European Report on Tobacco Control Policy. Copenhagen, 2001 (39)

Suggestions for the Clinical Use of Medications for Tobacco Dependence Treatment^a

Medication	Precautions/Contraindications	Side Effects	Dosage	Duration	Availability
Nicotine Patch		Local skin reaction Insomnia	21 mg/24 hours 14 mg/24 hours 7 mg/24 hours	4 weeks then 2 weeks then 2 weeks	Prescription and OTC ^b
Nicotine Gum		Mouth soreness Dyspepsia	1-24 cigs/day-2mg gum (up to 24 pcs/day) 25+ cigs/day-4 mg gum (up to 24 pcs/day)	Up to 12 weeks	OTC ^b only
Nicotine Nasal Spray		Nasal irritation	8-40 doses/day	3-6 months	Prescription only
Nicotine Inhaler		Local irritation of mouth and throat	6-16 cartridges/day	Up to 6 months	Prescription only
Nicotine Lozenge		Local irritation of throat Hiccups Heartburn/Indigestion Nausea	First am cigarette after 30 minutes from waking: 2 mg (up to 20 pcs/day) First am cigarette before 30 minutes from waking: 4 mg (up to 20 pcs/day)	12 weeks	OTC ^b only
Bupropion SR	History of seizure History of eating disorder Use of MAO inhibitors in past 14 days	Insomnia Dry mouth	150 mg every morning for 3 days then 150 mg twice daily (Begin treatment 1-2 weeks pre-quit)	7-12 weeks maintenance up to 6 months	Prescription only
Varenicline	Monitor for changes in mood, behavior, psychiatric symptoms, and suicidal ideation	Nausea Trouble sleeping	0.5 mg once daily for days 5-7 before quit date 0.5 mg twice daily for days 1-4 before quit date 1 mg twice daily starting on quit date	3 months, maintenance up to 6 months	Prescription only

^aThe information contained within this table is not comprehensive.

^bOTC refers to over the counter.

Please see medication package inserts for additional information.

