

پیشگفتار

امروزه علیرغم کاهش بسیار مطلوب بار بیماریهای عفونی در کشورمان، شاهد بروز پیشرونده بیماریهای مزمن و پیچیده ای هستیم که باعث رنج، ناتوانی و مرگ زودرس طبقات مختلف اجتماع میشوند.

سنگینی روبه تزايد هزینه های درمانی و مراقبتی بیماریهای قلبی عروقی، سرطانها و دیابت باعث در سوق اجباری قشرهای طبقات متوسط و فقیر به فقر مطلق می شود، در حالی که ۷۰ درصد این بیماریها قابل پیشگیری هستند. سازمان جهانی بهداشت برآورد کرده است در طی چند سال آینده فقط ۳ درصد مرگ های ناشی از بیماریهای عفونی و حول تولد کاهش ولی همزمان ۱۷ درصد مرگ های ناشی از بیماریهای مزمن افزایش خواهد یافت. این تهدید فزاینده عاملی ناخواسته برای فقر مضاعف است.

بیماریهای مزمن باعث کاهش سالانه ۶ درصد سرانه متوسط درآمد و ۱-۰/۵ درصد کاهش GDP شده و رشد اقتصادی را به تاخیر و توان توسعه ای کشورها را کاهش میدهد.

در حال حاضر در علل موجد بیماریهای مزمن سه عامل تعدیل پذیر برنامه غذایی ناسالم، کم تحرکی و مصرف دخانیات اتفاق نظر کامل وجود دارد. و مصرف دخانیات یک عامل خطر بسیار مهم محسوب می شود. در حال حاضر سالانه بیش از ۶ میلیون مرگ (روزانه ۱۱۰۰۰ مرگ) در اثر عوارض سیگار اتفاق می افتد. ۶۰ درصد مردان آسیایی سیگاری هستند و در حدود ۴۰ درصد کودکان جهان در معرض دود دست دوم قرار دارند. پروفایل مصرف دخانیات در کشورمان نشان میدهد نسبت زنان مصرف کننده زیاد و سن شروع دخانیات کم و تعداد نخ مصرفی سیگار افزایش یافته است. نسبت افراد سیگاری در استان بالاتر از میانگین

کشوری و سن شروع مصرف پایین تر از میانگین کشوری است. در ۶۱ درصد چایخانه های استان قلیان سرو میشود و استفاده از آن در عرصه های عمومی بیش از پیش گسترش میابد.

علیرغم تمهیدات قانونی در کشورمان از جمله الحاق به کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت، قانون جامع کنترل دخانیات و این نامه های اجرایی آن، مبارزه با معضل دخانیات در چنبره مصلحت اندیشی ها و ابهام آفرینی های اداری دست به دست میشود و برای اجرای مفاد بازرندگی آن در اماکن عمومی درایت و تدبیری در خور می طلبد.

مجموعه حاضر با تبیین مبتنی بر شواهد دخانیات به عنوان یک معضل مهم بهداشتی بر آن است با استفاده از پتانسیل های قانونی و هماهنگی بین بخشی به کنترل هدفمند آن مبادرت ورزد. امید می رود برنامه حاضر که در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان نیز به تصویب رسیده مقدمه ای باشد برای پایان بخشیدن به چندگانگی در مبارزه با مشکل دخانیات. لازم میدانند از زحمات همکاران محترم حوزه بهداشت دانشگاه در این خصوص صمیمانه تشکر و قدردانی نمایم.

دکتر آقازاده

قائم مقام وزیر در استان، رئیس دانشگاه علوم پزشکی
و دبیر کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان آذربایجان غربی

برنامه جامع کنترل دخانیات آذربایجان غربی

تدوین:

مهندس مریم همت زاده

(ویرایش اول این مجموعه با همکاری دکتر وحید حقیقی، مریم ثانی، دکتر بهمن محمدی، مهندس سعید مینائی مهر انجام گرفته است.)

طرح روی جلد: مهندس زینب غفاری آذر

صفحه آرایی: لیلا دانا

ویرایش دوم: شهریور ۹۳

فهرست مطالب

۱	مقدمه.....
۳	تعریف.....
۳	تاریخچه استعمال دخانیات در جهان
۶	توتون و تنباکو در ایران.....
۷	انواع توتون
۸	روشهای استعمال دخانیات:.....
۸	تنباکوی غیر تدخینی.....
۸	تنباکوهای غیر تدخینی سه دسته هستند:.....
۸	۱-تنباکوی جویدنی:.....
۱۰	تنباکوی تدخینی.....
۱۰	الف) پیپ
۱۱	انواع تنباکوی مصرفی در پیپ
۱۱	تنباکوی معطر
۱۲	تنباکوی سنتی(بدون عطر)
۱۵	ج) قلیان.....
۱۷	ساختار قلیان:.....
۱۷	پیشینه قلیان در ایران
۱۹	د) سیگار.....
۲۰	ترکیبات مواد دخانی
۲۱	سایر ترکیبات شیمیایی دود سیگار
۲۲	تار.....
۲۲	گازهای موجود در دود سیگار
۲۳	نیتروز آمین ها مواد آلی حاوی نیترو
۲۳	هیدرو کربن های آروماتیک
۲۴	دیوکسین ها
۲۵	اثرات سوء سیگار بر سلامتی (غیر سرطان زایی)
۳۰	وضعیت استعمال دخانیات در جهان
۳۶	اهمیت موضوع
۳۷	علل گسترش دخانیات
۳۷	تبلیغات.....
۳۸	اقتصاد دخانیات.....

۴۰.....	ساختار روحی و روانی انسان
۴۳.....	عوارض اجتماعی دخانیات
۴۷.....	هزینه های اقتصادی دخانیات
۴۸.....	عوارض بهداشتی دخانیات
۴۹.....	عوارض مصرف دخانیات بر سلامتی انسان
۵۱.....	سرطان‌هایی که سیگار در آنها موثر است عبارتند از :
۵۳.....	دخانیات و زنان
۵۸.....	دود دست دوم دخانیات
۵۹.....	تفاوت الگوی مرگ و میر در کشورهای غنی و فقیر
۶۰.....	علل اصلی مرگ و میر در جهان
۶۲.....	وضعیت استعمال دخانیات در ایران
۶۴.....	وضعیت استعمال دخانیات در استان آذربایجان غربی
۷۱.....	وضعیت عرضه مواد دخانی در استان
۷۵.....	علل مرگ و میر در استان
۷۵.....	بررسی نتایج مطالعات میدانی
۸۰.....	تاریخچه کنترل دخانیات در جهان
۸۰.....	دخانیات و قوانین کشوری
۸۳.....	تحلیل کلی
۸۴.....	شبهه علیت استعمال دخانیات
۸۸.....	قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات
۹۷.....	آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل ومبارزه ملی با دخانیات
۱۰۷.....	حقوقی در مورد دخانیات
۱۰۹.....	منابع

مقدمه

استعمال دخانیات و مواجهه با دود آن به هر دو صورت تدخینی و غیر تدخینی اتفاق می افتد. تنباکوی غیر تدخینی به صورت جویدن و یا انفییه کردن استفاده می شود و دارای ترکیبات سرطان زا نیز می باشد و جزء عوامل ایجاد سرطان دهان، فشار خون بالا، بیماری های قلبی محسوب میشود. استعمال تدخینی توتون رایج ترین نوع مصرف می باشد و دود آن شامل ۴۰۰۰ ماده شیمیایی است که ۵۰ مورد آن به عنوان سرطان زا شناخته شده اند.

در حال حاضر بیشتر از یک میلیارد فرد سیگاری در جهان وجود دارد . سیگارتهای کارخانه ای بیشترین شکل از مصرف توتون تدخینی هستند. تخمین زده می شود سیگاری های فعلی حدودا ۶ تریلیون سیگار در سال مصرف می کنند. علاوه بر سیگار شکلهای دیگری از تنباکو به خصوص در آسیا، آفریقا و مدیترانه شرقی و به میزان کمتر در اروپا و آمریکا نیز در حال استفاده می باشد. اطلاعات در خصوص مدل های اضافه شده به مصرف توتون تدخینی به راحتی در دسترس نمی باشد ولی قابل توجه است. تنها در هندوستان سالانه ۷۰۰ بلیون **bidis** (یک نوع سیگار بدون فیلتر دست پیچ) مصرف می شود.

خطرات ناشی از توتون برای سلامتی نه تنها به خاطر استفاده مستقیم آن بلکه از مواجهه با دود دست دوم نیز ناشی می شود. به طور کلی اپیدمی استعمال

دخانیات سالانه نزدیک به ۶ میلیون نفر را می کشد که بیش از ۶۰۰ هزار نفر از این تعداد مرگ (۱۰ درصد) در بین مواجهین با دود دست دوم اتفاق می افتد. در صورتی که اقدامی صورت نگیرد، اپیدمی دخانیات تا سال ۲۰۳۰ بیش از ۸ میلیون نفر را سالانه خواهد کشت که بیش از ۸۰ درصد از این مرگ، در کشورهایی با درآمد کم و متوسط اتفاق خواهد افتاد.

سالانه در حدود ۶ میلیون نفر در اثر استعمال دخانیات و یا به خاطر مواجهه با آن می میرند که بر اساس محاسبات انجام شده ۶ درصد از کل مرگ و میرهای زنان و ۱۲ درصد مرگ و میر در مردان جهان را شامل می شود. بر اساس مستندات موجود از این موارد فقط بیش از ۶۰۰ هزار مرگ در افراد غیر سیگاری و در اثر دود دست دوم اتفاق می افتد و بیش از ۵ میلیون مورد نیز در مصرف کنندگان مستقیم دخانیات ایجاد میشود (هر دو شکل تدخینی و غیر تدخینی). پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ مرگهای مرتبط با دخانیات سالانه به ۷/۵ میلیون مرگ افزایش یابد (۱۰ درصد از کل مرگهای سال). تخمین زده می شود دخانیات عامل ۷۱ درصد از کل مرگهای ناشی از سرطان ریه، ۴۲ درصد بیماریهای مزمن تنفسی و تقریباً ۱۰ درصد بیماریهای قلبی و عروقی می باشد. دخانیات همچنین مهم ترین عامل خطر بیماریهای واگیر مانند سل، و عفونت دستگاه تنفسی تحتانی می باشد.

تعریف

توتون و تنباکو، گیاه سبز برگ داری است که در آب و هوای گرم رشد میکند و از نظر گیاه شناسی از گروه بادمجانیان است. ریشه عربی واژه توتون به “دخان” ریشه انگیزی آن به تنباکو، ریشه فرانسوی و آلمانی آن تنباک معروف است. توتون بعد از برداشت خشک شده، و به روش های مختلف استفاده میشود. که از جمله دود کردن (سیگار)، جویدن و استنشاق می توان اشاره نمود.

تاریخچه استعمال دخانیات در جهان

مصرف توتون و تنباکو دارای سابقه ای طولانی در آمریکا است. نقشه های حک شده در سنگها نشاندهنده مصرف دخانیات در سرخپوستان مکزیک (مایاها) است. این نقشه ها به زمانی تقریباً ۶۰۰ تا ۹۰۰ سال بعد از میلاد بر می گردد. توتون و تنباکو قبل از آمدن اروپایی هائی از انگلستان، اسپانیا، فرانسه و ایتالیا به شمال آمریکا توسط سرخپوستان آمریکایی گسترش یافته بود. بومیان آمریکا تنباکورا در مراسم مذهبی و برای اهداف پزشکی دود می کردند [۲] در سال ۱۴۹۲ میلادی وقتی که کاشف بزرگ، کریستف کلمب، پس از ماهها تلاش و کوشش، در کنار جزیره ای که امروز به کوبا مشهور است لنگر انداخت، با جهانی روبرو شد که تازگی های فراوانی برای او داشت. او و

همراهانش در این جزیره ناشناس دیدنیهای جدیدی مشاهده کردند. آنها دیدند، بومیها لوله ای از برگ خشک گیاهی که به هم پیچیده اند در دست دارند، شبیه به لوله آتش بازی که اطفال در عید بازی می کنند. یک سر آنرا آتش زده، و سر دیگر را می مکند، و دود آنرا با هوا استنشاق می کنند. این استنشاق دود، یک نوع مستی و رخوت ایجاد می کرد، و انسان خستگی را حس نمی نمود. این لوله ها را بومیان تاباکوس می نامیدند. به این ترتیب دریانوردان اسپانیایی اولین بار در جزیره کوبا توتون را شناخته و به تقلید از بومیان بکشیدن آن پرداختند. کریستف کلمب هرگز فکر نمی کرد، این لوله های شبیه به اسباب بازی کودکان، روزی هم نشین و همدم گروه بسیار زیادی از مردم جهان خواهد گردید.

کریستف کلمب نمی توانست، در مغز خود مجسم سازد، که قرنها بعد، این هدیه دنیای جدید، پول و سلامت مردم متمدن را بصورت دود به آسمان خواهد فرستاد. و باز او فکر نمی کرد که، قرنها پس از او نهضتی عظیم برای جلوگیری از استعمال این هیولای سیاه برپا خواهد گردید. و این لوله شبیه به اسباب بازی کودکان «میخ تابوت» لقب خواهد گرفت.

بومیان امریکا، با این گیاه بومی سرزمین خود از دیر باز آشنا بودند و از آن بعنوان وسیله دود کردن استفاده می کردند. طرز استفاده آنها از توتون بدین

قرار بود که، مقداری از آن را در برگ‌های ذرت می‌ریختند و نوعی سیگار، شبیه به سیگار برگ می‌ساختند.

روش دیگری نیز برای کشیدن توتون این بود که مقداری توتون در نی یا استخوان ریخته و آن را آتش می‌زدند و می‌کشیدند و این روشی بود که بعدها سبب ایجاد پپ در غرب و چپق در شرق گردید.

در اعیاد و یا مراسم دیگر نیز، بومیان بوته‌های تنباکو را، با برگ و ساقه روی هم انباشته و آتش می‌زدند، و در اطراف آن بدست افشانی می‌پرداختند.

احتمالاً تنباکو بعنوان دارو نیز مورد مصرف داشته است. بومیان آمریکا، زهری نیز از تنباکو می‌گرفتند که نوک نیزه‌های خود را با آن زهر آلود می‌ساختند. این ارمغان دنیای جدید در قرن ۱۶ به اسپانیا برده شد و پس از آن در سایر کشورهای اروپایی پراکنده گردید. در سال ۱۵۸۶ سر والتر رالی مشهور به «پدر آمریکای انگلیس» در زمان سلطنت الیزابت اول، کشیدن پپ را که در آمریکا با آن آشنا شده بود به انگلستان آورد، و دودکشی با سرعت سرسام آوری در انگلستان و سایر نقاط جهان در قرن ۱۶ رواج یافت. حیرت آور آنکه سر والتر رالی، آنچنان به کشیدن پپ معتاد شد، که هنگامی که در سال ۱۶۱۸ او را به جرم خیانت و شرکت در توطئه اعدام می‌کردند، پپ در گوشه دهانش داشت. به تدریج تنباکو به خاورمیانه، چین، هند و افریقا و استرالیا راه

پیدا کرد. مصارف اولیه تنباکو به شکل کشیدن پپ، انفیه زدن و یا جویدن تنباکو بوده است. اولین سیگارهای لوله ای شکل امروزی در قرن نوزدهم میلادی بصورت دستی پیچیده می شد و در انگلستان فروشگاههایی نیز مخصوص ارائه سیگارهای دست ساز تاسیس گردید. در سال ۱۸۸۱ نخستین ماشین تولید سیگار با ظرفیت ۱۲۰۰۰۰ سیگار در روز ساخته شد و پیرو آن اولین کارخانه تولید سیگار در سال ۱۹۰۱ در انگلستان تاسیس شد و پس از آن به سرعت کارخانه های بسیاری در سراسر جهان برای تولید سیگار ایجاد گردید.

توتون و تنباکو در ایران

تاریخ قطعی ورود تنباکو به ایران را نمی توان تعیین کرد. در ایران نیز در زمان شاه عباس اول، با دست اندازی پرتغالی ها به خلیج فارس (۹۱۳ هجری قمری) تنباکو به ایران وارد گردیده است. اما طرز استفاده توتون و تنباکو در ایران تغییر یافت و ایرانیان لوازمی برابر ذوق خود برای دودکشی ایجاد کردند. به تدریج توتون و تنباکو بین مردم رواج یافت تا اینکه در سال ۱۳۱۶ هجری شمسی کارخانه دخانیات ایران با تولید سالانه ۶۰۰ میلیون نخ سیگار شروع بکار کرد و آن را به صورت انبوه در دسترس مردم قرار داد.

انواع توتون

در ایران انواع تنباکو مانند تنباکوی بنیاد، برازجان، کاشان، بوشهر و غیره وجود دارد که بیشتر آنها به نام شهرهایی است که تنباکو در آنجا کشت می‌شود. همچنین در دهه‌های اخیر تنباکو با طعم‌های میوه‌ای نیز به بازار عرضه می‌شود که به صورت صنعتی تولید می‌شوند. (توتون‌هایی که به روش شیمیایی به عمل آمده و دود آن بوی میوه می‌دهد).

تنباکوی میوه‌ای چند سالی است که به دست اعراب تولید شده و با انواع اسانس و طعم‌های گوناگون در دسترس همگان در کشورهای مختلف قرار گرفته است. البته به گفته پزشکان این نوع تنباکو از بدترین نوع برگ توتون تهیه شده که در کارخانه‌ها معمولاً دور ریز تولیدات آنها است ولی به واسطه مواد شیمیایی معطر و بسته بندی‌های پر زرق و برق آنها را با نام تنباکوی میوه‌ای در ایران و نام عربی معسل در کشورهای عربی بفروش می‌رسانند. استعمال قلیان میوه‌ای در برخی شهرها و کشورهای اروپا هم شیوع پیدا کرده و خیلی از جوانان هم در اروپا قلیان میوه‌ای را به عنوان تفریح انتخاب کرده و ساعتی را در کافی شاپ برای سرو قلیان اختصاص می‌دهند

روشهای استعمال دخانیات:

همانگونه که گفته شد توتون به اشکال مختلف و بوسیله وسایل متنوعی استفاده می شود که می توان در دو دسته با دود و بدون دود دسته بندی کرد در زیر شرحی کوتاه در این زمینه آمده است:

تنباکوی غیر تدخینی

تنباکوی بدون دود تنباکوئی است که سوزانده نمی شود و به صورت جویدنی، خوردنی، مکیدنی و .. استفاده می شود. اغلب مردم پس از جویدن و یا مکیدن تنباکو شیره آن را که در دهانشان ذخیره کرده اند تف می کنند این شیوه مصرف " جویدن یا مکیدن و تف کردن " از ابتدای مصرف توتون رواج داشته است نیکوتین موجود در تنباکوی بدون دود از طریق مخاط دهان جذب می گردد.

تنباکوهای غیر تدخینی سه دسته هستند:

۱- تنباکوی جویدنی:

به صورت برگ، شاخه ای یا تاب داده شده به صورت طنابی در دسترس می باشد. یک تکه از تنباکو را در دهان بین گونه و لب پایین به سمت عقب

گذاشته می شود که یا جویده میشود ویا آن را می مکند و سپس شیره آن را میبلعند و یا تف می کنند.

۲- انفییه:

به صورت برشهای بسیار ریز و یا پودر تنباکو می باشد که ممکن است در عطر ها و طعمهای مختلف و در بسته بندی های خشک و یا مرطوب به صورت برگها، قرصها و یا نوارهای حل شدنی و یا در کیسه هائی شبیه چای کیسه ای در دسترس می باشند. استفاده کننده، تنباکو را بین لثه و گونه و یا پشت لب بالا و یا لب پایین قرار می دهد. بعضی از مردم تنباکو را به صورت خشک از طریق بینی استنشاق می نمایند

۳- الکترو اسموک

سیگار الکترونیکی به عنوان **e- cigarette**، سیگار بخار و یا **e- cig** شناخته شده است. استفاده کننده سیگار الکترونیکی بخارات پروپیلن گلیکول یا گلیسرین و یا پلی اتیلن گلیکول را بر پایه تبدیل مایع به بخار و یا ذرات معلق در هوا-به گاز تبدیل کرده و عمل سیگار کشیدن را شبیه سازی می نماید. و اغلب به عنوان کمک به ترک سیگار و یا جایگزین توتون و تنباکو به بازار عرضه می گردد.

مزایا و خطرات استفاده از الکترواسموک موضوعی مورد بحث در میان محققان و سازمان های بهداشتی است. به دلیل جدید بودن این اختراع مطالعات کنترل شده محدودی در این زمینه در دسترس می باشد.

بسیاری از مردم بر این عقیده هستند که جویدن و یا بلعیدن دخانیات بی خطر تر از کشیدن آن است. اما برای خطرناک بودن دخانیات دود داشتن شرط لازم نمی باشد. بنا بر اعلام وزارت بهداشت سیگار الکترونیکی یکی از ترفندهای نسبتاً نوین صنایع دخانی می باشد که بر خلاف ادعای موثر بودن در ترک دخانیات این محصول با تامین نیکوتین مورد نیاز بدن ایجاد وابستگی و تغییر الگوی مصرف به انواع محصولات دخانی را فراهم می نماید.

تنباکوی تدخینی

الف) پیپ

وسیله‌ای است که اروپاییان برای دود کردن به کار می‌بردند و عبارت است از پیپ‌های کوچکی که از مواد مختلف ساخته می‌شود.

۱- پیپ چوبی: از چوبی به نام **briar** ساخته می‌شود. تنها چوبی است که توانایی تحمل دمای زیاد را دارد و به آسانی تراشیده میشود و از پیپ

های ارزان قیمت گرفته تا پیپ های دستساز ۲۰۰۰ دلاری را از این
چوب میسازند.

۲- پیپ سفالی : در زمان قدیم در انگلستان از پیپ های سفالی استفاده
میکردند که دسته های بلند داشت.

انواع تنباکوی مصرفی در پیپ

تنباکوی معطر

مثل چای عطری به این نوع تنباکو ها موادی افزوده میشود که آنها را
خوشبو و خوش طعم کند، متاسفانه برخی کمپانی های سودجو که
توتون تولیدی خود را برای صادرات به کشور های جهان سوم میسازند
از اسانسهای شیمیایی برای طعم دادن به توتون و از افزودنیهای بسیار
خطرناک برای بهتر سوختن توتون استفاده میکنند.

تنباکو های معطر طبیعی بویی ملایم دارند و بیشتر طعم ها و بوهای
طبیعی مانند عسل، پرتقال، وانیل و غیره در آنها هست و پس از سوختن
شیره کمتری تولید میکنند .

تنباکوی سنتی (بدون عطر)

این تنباکو ها مواد افزودنی بسیار کمتری دارند و معمولا بوی آنها برای اطرافیان چندان خوشایند نیست، اما به دلیل فقدان مواد افزودنی، برای مطلوب بودن طعم از تنباکوی مرغوبتر استفاده میشود.

کسانی که سالهاست پیپ میکشند فقط از این نوع تنباکو استفاده میکنند و طعم طبیعی تنباکو را به طعم های مصنوعی مواد افزودنی ترجیح میدهند.

کلا از نظر باطنی دو نوع پیپ وجود دارد، نوع اول پیپ های سوزنی که در انتهای قسمت دهنی پیپ، سوزنی آهنی قرار دارد که امکان جدا شدن و شستشوی آن ممکن میباشد و نوع دوم پیپ های فیلتری که به جای قرار گرفتن سوزن، فیلتری کاغذی (اکتیو، بالسا و یا فیلتر تیپ) در انتهای قسمت دهنی آن تعبیه شده است.

ب) چپق

این وسیله گونه ایرانی شده پپ غربی است و هردو از منشا وسایل استعمال دود بومیان آمریکا هستند. بر طبق روایات غیر قابل یقین این وسیله اولین بار در اوایل قرن شانزدهم میلادی به وسیله شخصی به نام سید محمد امین قوچانی از اروپا وارد ایران شد و در ایران به شکل چپق ایرانی رواج یافت. روایت دیگر وارد شدن پپ اروپایی توسط پرتغالی‌ها در سال ۹۱۳ هجری قمری و متحول شدن آن به چپق در ایران است که شکل دسته چوبی و دسته سفالی و با اندازه‌های مختلف طول دسته (لوله دود) رواج دارد.

واژه چپق را برخی ترکی دانسته‌اند که ظاهراً از اصل ترکی «چبق» به معنای شاخه نازک و باریک است. برخی نیز آن را برگرفته از چوب یا چوبک فارسی دانسته‌اند. این واژه در انگلیسی به صورت **chibouk** در فرانسه به صورت **Chibouque** و در عربی عمدتاً به صورت شُبُک و شیبُک ظاهراً از همان اصل ترکی راه یافته است. گفته‌اند که نخستین استفاده‌کنندگان از چپق، بومیان امریکایی بوده‌اند. آنان برگهای توتون را خرد می‌کردند و در نی یا استخوانی که توباکو نامیده می‌شد می‌ریختند و دود آن را می‌کشیدند. این ابزار با آنچه امروزه چپق نامیده می‌شود شباهت داشت. تاریخ دقیق ورود ابزار دودکشی و به‌ویژه چپق به مشرق زمین معلوم نیست. احتمالاً چپق‌کشی در قرن یازدهم از

اروپا به عثمانی و از آنجا به ایران و دیگر کشورهای شرقی راه یافت. دودکشی و استفاده از چپق در کشورهای اسلامی، در ابتدا با مخالفت‌هایی از طرف حکومتها و نیز متدینان روبه‌رو گردید و مجادلات و مباحثات فقهی فراوانی برانگیخت برای نمونه، شاه عباس اول صفوی به‌طور گوناگون کوشید مانع استفاده از توتون و تنباکو شود. وی به شدت با چپق‌کشی سفیر هند در دربار خویش و چپق‌کشی در مهمانیها مخالفت می‌کرد. سلطان مراد چهارم عثمانی نیز، به فتوای برخی روحانیان، عده‌ای را به این جرم اعدام کرد. با این حال، چپق‌کشی به‌سرعت در همه‌جا و در میان مردان و زنان رواج یافت و استفاده از ابزار دودکشی، از جمله چپق، از لوازم ضروری دربار شاهان، مهمانیها، مراسم رسمی و حتی در میان دانشمندان و در مجالس درس و مساجد گردید.

چپق معمولاً از دو قطعه، یک دسته چوبی و گاه فلزی میان‌تهی، و سری عمدتاً سفالی، تشکیل می‌شد که این دو قسمت را به یکدیگر پیچ می‌کردند. اندازه و جنس چپق، بسته به مقام و جایگاه فرد چپقی و نیز نحوه استفاده از آن (فردی یا جمعی)، متفاوت بود. طول دسته چپق از ۲۵-۳۰ سانتیمتر شروع می‌شد و گاه تا ۲/۵ متر می‌رسید و ضخامت آن تقریباً به اندازه ضخامت یک انگشت بود. به هنگام دودکشی، بیشتر حجم سرچپق را از خرده ذغال پرمی‌کردند، سپس توتون را روی آن می‌ریختند و با کبریت یا وسیله دیگر روشن می‌کردند.

آماده و روشن کردن (اصطلاحاً «چاق کردن») و نیز کشیدن چپق در دربار شاهان و نیز در جشنها و مهمانیها آداب مخصوص داشت. در دربار شاهان و نیز در ملازمت علما و اعیان، افرادی به نام چپوقچی، چپوقدار، چپقچاقکن (در عربی «المُسْلُکَاتِیَه»: تمیزکنندگان) بودند که وظیفه آنان حمل چپق و کیسه توتون و نیز چاق کردن و تمیز کردن چپق بود. برعهده گرفتن این خدمت، مایه افتخار و نشانه نزدیکی چپقچی به مخدوم بود.

چپق به تدریج منزلت خود را در بین شاهان و بزرگان از دست داد و بیشتر مورد استفاده مردم عادی قرار گرفت و بعدها با ورود سیگار از اروپا و رواج آن، جای خود را به سیگار داد.

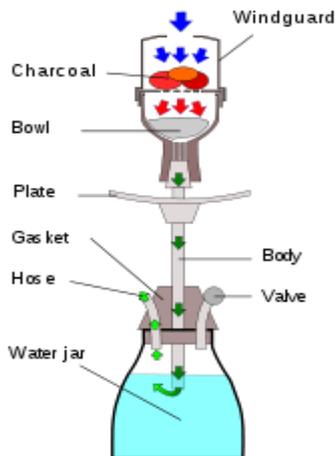
ج) قلیان

علاوه بر چپق که تقلیدی از پیپ فرنگی بود، وسیله دیگری برای دود کردن تنباکو به نام قلیان توسط ایرانیان اختراع و ایجاد گردید.

قدیم‌ترین ذکری که از قلیان در ادبیات فارسی شده، در سال ۹۴۲ هجری قمری و در رباعی‌های اهلی شیرازی معاصر با شاه طهماسب اول بوده است. «قلیان ز لب تو بهره ور می‌گردد» «نی در دهن تو نیشکر می‌گردد» «بر گرد رخ تو دود تنباکو نیست» «ابریست که بر گرد قمر می‌گردد».

بنابراین می‌توان گفت که در سال ۹۴۲، یعنی ۲۹ سال پس از ورود پرتقالی‌ها به خلیج فارس، قلیان کشیدن در ایران رواج یافته است.

قلیان وسیله‌ای آبی برای استعمال تنباکو است که در خاورمیانه و آسیای مرکزی متداول است و در فارسی به صورت قالیان و غلیان نیز ثبت شده و گاه نارگیلی نیز نامیده شده است. در افغانستان به کل مجموعه قلیان، چلم می‌گویند. در کشورهای عربی به نام شیشه معروف است. قلیان برای استفاده از دود حاصل از تماس ذغال گداخته و تنباکو است که به این عمل کشیدن قلیان می‌گویند.



اجزای قلیان

ساختار قلیان:

قلیان به صورت سنتی از چندین جز تشکیل شده است:

۱. بادگیر
۲. آتشدان؛ محل قرارگیری تنباکو و ذغال گذاخته.
۳. تنه یا میانه که می‌تواند فلزی باشد یا از چوب ساخته‌شود.
۴. میلاب
۵. نی پیچ یا شلنگ
۶. کوزه (یا قُلک) که منبع آب است و می‌تواند به اشکال مختلف باشد از جمله به شکل نارگیل، یا به شکل ساده. جنس آن نیز می‌تواند فلز، سفال، شیشه یا کریستال و یا برنج باشد.

پیشینه قلیان در ایران

بنا بر یک دانشنامه قدیمی تاریخ دقیق اولین دفعه استفاده از قلیان در ایران مشخص نیست. با این حال بنا به نوشته سیریل الگود اولین بار ابوالفتح گیلانی پزشک ایرانی دربار اکبر اول، سلطان مغول هند بود که دود تنباکو را از یک ظرف آب عبور داد تا آن را خالص‌تر و سرد کند و از این طریق قلیان را که در شبه قاره به حقه معروف است ابداع کرد. اما ماجرای قلیان به همین جا ختم

نشد و پای قلیان به موضوع های سیاسی هم باز شد. سال ۱۳۰۶ (ق) بود که بحث عرضه انحصاری تنباکو توسط یک شرکت انگلیسی شکل گرفت و میرزا محمد شیرازی هم حکم تحریم تنباکو را صادر کرد تا شرکت انگلیسی شکست بخورد. امروز که حدود ۴۵۰ سال از ابداع قلیان می گذرد هنوز بازار این وسیله استعمال دخانیات داغ داغ است

سیاحان اروپایی که به ایران سفر کرده اند از جمله تاورنیه که در دوران صفویه به ایران آمد به قلیان و کشیدن تنباکو در ایران اشاره کرده اند. از جمله وی نوشته است که «ایرانیان تنباکو را با دستگاهی کاملاً اختصاصی می کشند. در کوزه گلی دهان گشادی به قطر سه انگشت، تنه قلیانی از چوب یا نقره که سوراخی در وسط دارد قرار می دهند، و بر سر آن مقدار تنباکوی نم دار با کمی آتش می گذارند، و در زیر قلیان سوراخ ممتدی است که، در حالی که نفس را بالا می کشند، دود تنباکو با شدت از امتداد سوراخ پایین آمده و داخل آب که به رنگهای مختلف می آمیزد داخل می شود. این کوزه مرتباً تا نصفه آب دارد. دود که در آب است به سطح می آید و هنگامیکه نفس را بالا می کشند، از نی قلیان دود به دهان وارد می شود. ایرانیان زن و مرد، به طوری از جوانی عادت به کشیدن تنباکو کرده اند، که کاسبی که باید روزی پنج شاهی خرج کند، سه شاهی آن را به مصرف تنباکو می رساند. اولئاریوس نیز که در سال ۱۰۴۶ در ایران بوده می نویسد که «چندین گونه ظرف قلیان در ایران ساخته می شد.

شیشه‌ای، کوزه‌ای، از جوز هندی (نارگیله)، کدوئی که تا نیمه آب می‌شد و گاهی در آن عطر می‌ریختند».

د) سیگار

سیگار، برگ بریده یا خرد شده توتون است که معمولاً در کاغذ نازک پیچیده شده و برای «کشیدن دود» آن بکار می‌رود. سیگار به این معنی را فرنگی‌ها سیگارت می‌گویند. (لفت نامه دهخدا) و در اصطلاح آنها به آنچه ما سیگار برگ می‌گوئیم، سیگار اطلاق می‌شود. طرز استفاده آن این طور است که یک طرف آن را آتش می‌زنند، و از طرف دیگر (که معمولاً فیلتر دارد) هوا را به درون ریه‌ها می‌کشند (پک زدن). نیکوتین موجود در دود تنباکو سبب مسمومیت خفیف و بروز حالت سرخوشی کوتاه‌مدت می‌شود. سیگار را با پیچیدن تنباکو در کاغذ سیگار که کاغذ نازکی است درست می‌کنند، و یا، در بیشتر موارد، سیگارهای آماده دارای نام تجاری ساخت کارخانه‌های تولید سیگارت را خریداری می‌کنند.

ترکیبات مواد دخانی

قسمت اصلی دود دخانیات ، شامل مخلوطی از گازهای مختلف و ذرات معلق کوچک می باشد. به طور کلی این مخلوط را از لحاظ ماهیت به سه قسمت تقسیم می کنند : ۱- آب ۲- Tar و ۳- نیکوتین

نیکوتین: یک آلکالوئید است که دارای اثر اعتیاد آوری و آرام کنندگی است. این آلکالوئید در مغز جذب می شود و ثابت شده که آمونیاک جذب آنرا کاتالیز می کند. به همین منظور به سیگار ترکیبات مضر آمونیاک اضافه می کنند. گازهای موجود در دود سیگار مانند: منواکسید کربن، اکسیدهای نیتروژن، سیانید هیدروژن، آمونیاک و دیگر مواد سمی موجود مثل: آکروئین و فرمالدئید و ... است که در حرارت بالای ۸۰۰ درجه سانتیگراد (دمای اشتعال سیگار) مانند یک راکتور شیمیایی مواد جدید و بسیار مضر را (معمولاً از طریق مکانیسم های رادیکالی) تولید می کنند، این ترکیبات بسیار محرک و فعال بوده و می توانند باعث تخریب بافت های حساسی مثل ریه و کیسه های هوایی و تولید بیماریهایی نظیر برونشیت مزمن شوند.

همچنین ترکیبات منواکسید کربن موجود پس از جذب در ریه ها می توانند با هموگلوبین در رقابت با اکسیژن، ترکیب شده و موجب کاهش انتقال

ضروری اکسیژن به بافتهای مهم بدن و آسیبهای جدی به این قسمتها (به خصوص مغز و قلب) شوند.

سایر ترکیبات شیمیایی دود سیگار

برآورد شده ۴۰۰۰ ترکیب شیمیایی در دود سیگار وجود دارد. از این تعداد حدود ۴۰۰ مورد در دود اصلی و دود کناری اندازه گیری شده اند و برای کمتر از ۱۰۰ عدد آنها اطلاعات سم شناسی وجود دارد. نیکوتین در سطح بالا و ترکیبات آلکالوئیدی ماده اعتیاد آور طبیعی تنباکو هستند. برخی از ترکیبات افزوده شده به توتون و تنباکو مثل آمونیاک به طور غیر مستقیم در سمیت آن تاثیر دارند یعنی از طریق افزایش PH میزان جذب نیکوتین را افزایش می دهد.

دود سیگار حاوی مواد متعدد سرطانزا و یا در گروه احتمالا سرطان زا ها قرار دارند. آژانس بین المللی تحقیقات سرطان (IARC) لیست ۳۶ ماده قطعا سرطانزا برای انسان را در گروه ۱ دسته بندی نموده که حداقل ۱۰ مورد از این لیست در دود سیگار موجود است به علاوه بسیاری از مواد جهش زا که در گروه احتمالا سرطانزا دسته بندی شده اند که در دود سیگار موجود هستند. بر همین اساس دود سیگار در آژانس حفاظت از محیط زیست ایالات متحده

آمریکا (USEPA) در گروه A و طبق طبقه بندی (IARC) در گروه ۱ قرار دارد (علت شناخته شده سرطان)

تار

جرم خشک ذرات دود توتون و تنباکو به جز نیکوتین تار نامیده می شود. این بخش شامل ترکیبات سمی از جمله فلزات ، دیوکسین و برخی از نیتروزامین غیر فرار می باشد. در سراسر دنیا منابع مختلف اجزای شیمیایی موجود در تار و میزان سمیت آنها را متفاوت اعلام می نمایند بنابراین اندازه گیری تار تنها یک اقدام خام برای نشان دادن میزان سمیت مواد حاصل از احتراق توتون و تنباکو می باشد. تار خود شامل مخلوطی پیچیده از صدها ماده شیمیایی سمی است که خاصیت بارز سرطان زایی برخی از این ترکیبات نظیر (Benzopyrene Nitrosamine) کاملاً اثبات شده است.

گازهای موجود در دود سیگار

به جزء بخش ذره ای در دود سیگار بسیاری از مواد در فاز گازی در دود سیگار موجود هستند عملکرد این گازها ممکن است در ارتباط با تار و یا مستقل از آن باشد. مونواکسید کربن یکی از گازهای شیمیایی فراوان و به صورت PPM (هزار قسمت در میلیون) در دود سیگار است. مونواکسید

کربن در ترکیب با هموگلوبین خون توانایی بیشتری در مقایسه با اکسیژن دارد و پس از این ترکیب به بافت های حیاتی بدن رسیده و مشکلات فراوانی برای فرد به خصوص بیماران قلبی (با کاهش جریان خون) ایجاد می نماید. در فاز گازی مواد دیگری همچون بنزن نیز یافت شده اند .

نیتروز آمین ها مواد آلی حاوی نیترو

سالهای زیادی است که ترکیبات نیتروز آمین در توتون شناخته شده اند که یا در برگ نوع خاصی از توتون وجود دارد و یا در زمان سوختن ترکیبات افزوده شده به سیگار غلظت بالایی از نیترات تولید می شود در تنباکو ترکیبات نیترو به صورت آلکالوئیدهای شیمیایی وابسته به نیکوتین هستند که با ایجاد جهش در DNA انسان باعث سرطان زایی میشوند.

هیدرو کربن های آروماتیک

هیدرو کربن های آروماتیک ترکیباتی هستند که از احتراق هر نوع ماده آلی به وجود می آیند. بنزو پیرن **a** یکی از مهم ترین و رایج ترین این ترکیبات با پتانسیل سمیت بالا است. خطرات قابل ارزیابی در اثر در معرض قرار گرفتن با هیدرو کربن های آروماتیک به صورت نرمال با بنزو پیرن در ارتباط است،

تجزیه دقیق در سیگارهای کانادائی نشان می دهد سطح بنزوپیرن در دود اصلی سیگار ۱۷ نانو گرم است.

دیوکسین ها

آلاینده های زیست محیطی که در اثر واکنش ماده آلی با کلر در حین احتراق تشکیل می شوند

جدول شماره ۱: تعدادی از ترکیبات دود سیگار و تقسیم بندی آنها بر اساس قدرت سرطان زائی را نشان می دهد (۸)

ماده شیمیائی	رتبه بندی IARC	پتانسیل سرطان زایی (REL) -۱ (mg/kg/d)
۲-Aminonaphthalene	۱	۱,۸
۴-Aminobiphenyl	۱	۲۱
Arsenic	۱	۱۲
Benzene	۱	۰,۱
Beryllium	۱	۸,۴
Cadmium	۱	۱۵
Chromium(hex)	۱	۵۱
Formaldehyde	۲A	۰,۰۲۱

اثرات سوء سیگار بر سلامتی (غیر سرطان زایی)

با توجه به اینکه مدت زمان کافی برای تاثیر مواد شیمیایی موجود در سیگار در بدن وجود دارد تقریباً هر عضوی از بدن می تواند تحت تاثیر آن قرار بگیرد. دستگاه های اصلی بدن که می تواند تحت تاثیر اثرات غیر سرطانی دود سیگار قرار بگیرند عبارتند از : دستگاه عصبی، دستگاه قلبی و عروقی، دستگاه تولید مثل و چشم است. البته برای هر یک از عوارض ذکر شده سطح آستانه تماس در نظر گرفته می شود بر خلاف عوارض سرطانی که معمولاً سطح آستانه ای وجود ندارد.

در جداول زیر (۲ تا ۴) مواد شیمیایی موجود در دود اصلی سیگار تاثیر گذار بر دستگاه های مختلف بدن آورده شده است.

جدول شماره ۲: ترکیبات موجود در دود اصلی سیگار و اثرات آن بر دستگاه قلبی - عروقی

ماده شیمیایی	غلظت گزارش شده	REL (۱) ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	شاخص خطر Hazard index(۲)
Hydrogen cyanide	۱۱۸,۳	۳	۱,۹۷۳
Arsenic	۰,۷	۰,۰۳	۱,۱۷
m + p cresol	۱۴	۴	۰,۱۲۵
Chlorinated Dioxins/Furans	۷,۴۵E-۵	۴E-۵	۰,۰۹۳
o cresol	۵,۷	۴	۰,۰۷۱
Carbon monoxide	۱۳۶۰۹	۱۰۰۰۰	۰,۰۶۸
Benzene	۴۶,۳	۶۰	۰,۰۳۹
Phenol	۲۶,۱	۶۰۰	۰,۰۰۲
Total hazard index			۳,۵۹

(۱) مرجع سطح قرار گرفتن در معرض ماده شیمیایی برای محافظت از افراد حساس در برابر اثرات مزمن

the HI is equal to reported concentrations ? Reference Exposure Level, assuming an average $20 \text{ m}^3/\text{day}$

breathing rate. (۲)

جدول شماره ۳: ترکیبات موجود در دود اصلی سیگار و اثرات آن بر دستگاه تنفسی

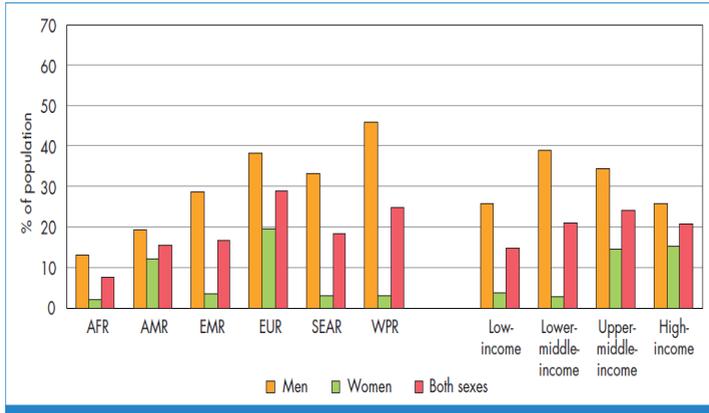
ماده شیمیایی	غلظت گزارش شده	REL	شاخص خطر
Acrolein	۶۸,۸	۰,۰۲	۱۷۲
Acetaldehyde	۶۸۰	۹	۳,۷۷۸
Formaldehyde	۳۳	۲	۰,۸۲۵
Cadmium	۰,۱۰۳	۰,۰۱	۰,۵۱۵
Chromium	۰,۰۰۴۲	۰,۰۰۰۸	۰,۲۶۳
Acrylonitrile	۸,۹	۲	۰,۲۲۳
Chlorinated dioxins/furans	۷,۴E-۵	۴E-۵	۰,۰۹۳
Nickel	۰,۰۱۱	۰,۰۰۵	۰,۰۱۱
Ammonia	۱۲,۲	۱۰۰	۰,۰۰۰۶
Total HI			۱۷۷,۷

جدول شماره ۴: ترکیبات موجود در دود اصلی سیگار و اثرات آن بر دستگاه تولید مثل و رشد و نمو

ماده شیمیایی	غلظت گزارش شده	REL	شاخص خطر
Arsenic	۰,۷	۰,۰۳	۱,۱۷
۱,۳ – butadiene	۳۵,۵	۸	۰,۲۲
chlorinated dioxins	۷,۴۵E-۵	۴E-۵	۰,۰۹۳
Benzene	۴۶,۳	۶۰	۰,۰۳۹
Toluene	۷۲,۸	۴۰۰	۰,۰۰۹۱
Methyl ethyl ketone	۰,۰۰۵۲	۱۰۰۰	۰,۰۰۲۷
Mercury		۰,۰۳	۰,۰۰۰۸۷
Total HI			۱,۵۳

در بین مواد دخانی سیگار دارای فراوانی نسبتاً بالایی است و شرکت های دخانی برای جذب ذائقه های مختلف به سمت محصولات دخانی اقدام به ایجاد تنوع در محصولات خود نموده و در برخی موارد با اعلام کم ضرر بودن و یا حتی بی ضرر بودن آنها در ابتدای کار افراد زیادی را به سمت آنها جلب می نمایند که طبیعی است پس از ایجاد وابستگی و اعتیاد توسط نیکوتین جزء مشتریان دائمی این شرکتها خواهند بود . قلیان و سیگار الکترونیکی از جمله این محصولات است . بر اساس باورهای غلط که شرکتهای دخانی در ایجاد آنها نقش پر رنگی دارند قلیان کم ضرر تر از بقیه محصولات شناسانده شده است که افزایش روز افزون استعمال آن به خصوص توسط نوجوانان و جوانان و افرادی که سیگاری هم نیستند خود موید این موضوع است.

وضعیت استعمال دخانیات در جهان



نمودار ۱: وضعیت استعمال دخانیات در جهان

بر اساس نتایج حاصل از بررسی عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر در سال ۲۰۰۸ (نمودار شماره ۱) برآورد گردیده که بالاترین شیوع کلی مصرف دخانیات در حدود ۲۹ درصد در منطقه اروپا می باشد، در حالیکه پائین ترین درصد در منطقه آفریقا (۸ درصد) می باشد. بالاترین شیوع دخانیات در مردان در منطقه **WPR** (۴۶ درصد) و در بین زنان در منطقه اروپا (۲۰ درصد) می باشد. در تمامی مناطق مردان دخانی بیشتر از زنان هستند با بیشترین اختلاف بین سیگاری های روزانه در منطقه **WPR** جائیکه مردان ۱۵ بار بیشتر از زنان دخانیات مصرف می کنند و بعد از آن منطقه **SEAR** که مردان ۱۰ برابر زنان

جدول شماره ۵: متوسط شیوع استعمال دخانیات بر اساس میزان درآمد در مناطق ۶ گانه سازمان

جهانی بهداشت

طبقه اجتماعی - اقتصادی (گروه اول فقیر ترین)					منطقه	جنس
طبقه پنجم	طبقه چهارم	طبقه سوم	طبقه دوم	طبقه اول		
۵,۲	۵,۴	۵,۹	۶	۶,۲	آفریقا	زنان
۱۵,۲	۱۳,۹	۱۳,۳	۱۴,۸	۱۶,۵	آمریکا	
۳,۳	۳,۵	۳,۱	۳,۱	۳,۳	مدیترانه شرقی	
۲۳,۶	۲۱	۲۱,۵	۲۰,۶	۱۸	اروپا	
۹,۶	۱۶,۵	۲۰,۳	۱۹,۴	۲۵,۷	جنوب آسیا	
۳,۴	۵,۵	۸,۱	۶,۸	۱۱,۳	اقیانوسیه غربی	
۲۰,۷	۲۲,۷	۲۳,۲	۲۴,۱	۲۷,۸	آفریقا	
۲۷,۱	۲۸,۴	۳۰,۲	۳۰,۴	۳۶,۶	آمریکا	
۲۹,۷	۳۵,۷	۴۷,۳	۳۹,۶	۴۶,۳	مدیترانه شرقی	
۴۸	۴۶,۳	۵۰,۴	۴۷,۶	۵۵,۵	اروپا	
۳۹,۲	۴۸,۳	۵۱	۵۱,۳	۶۳,۸	جنوب شرقی آسیا	
۴۵,۶	۵۳,۳	۵۸,۲	۵۵,۸	۶۷,۶	اقیانوسیه غربی	

بررسی اطلاعات مربوط به مناطق ۶ گانه سازمان جهانی بهداشت (جدول شماره ۵)

نشان دهنده ارتباط معکوس بین میزان درآمد و درصد شیوع مصرف دخانیات

در کلیه مناطق می باشد بدین مفهوم که استعمال دخانیات در فقیر ترها بیشتر

می باشد به جزء زنان در اروپا که به دلیل آزادی عمل در زنان طبقه ثروتمند و تاثیر تبلیغات شرکت های دخانی برای ترغیب بهره مندی از حقوق یکسان بین زن و مرد مشاهده می شود که زنان ثروتمند اروپائی بیشتر مایل به مصرف می باشند که این مساله زنگ خطری برای زنان دیگر جوامع می تواند باشد.

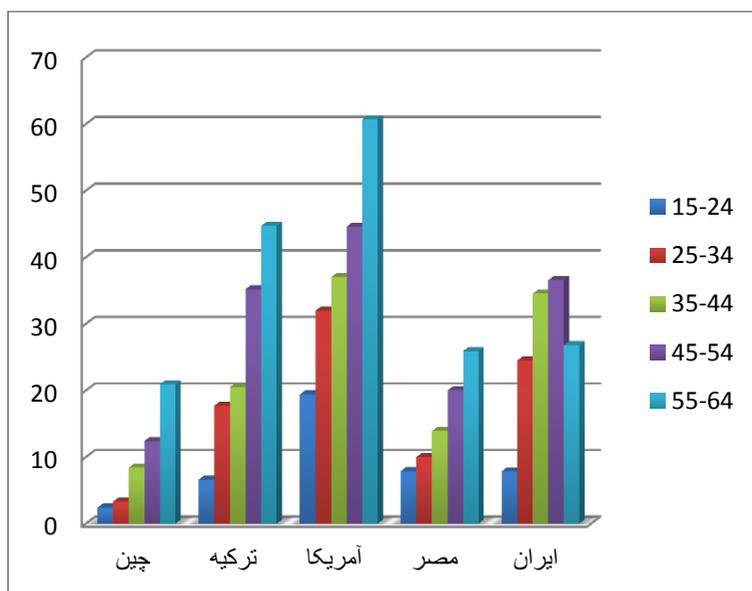
جدول شماره ۶: بسته- سیگار مصرفی *(pack- years) بر اساس مناطق شش گانه سازمان جهانی بهداشت

طبقه اجتماعی - اقتصادی (گروه اول فقیر ترین)					منطقه	جنس
طبقه پنجم	طبقه چهارم	طبقه سوم	طبقه دوم	طبقه اول		
۵,۶	۶,۲	۶,۱	۵,۸	۵,۳	آفریقا	زنان
۸,۸	۱۱,۸	۹,۷	۹,۴	۹,۲	آمریکا	
۴,۹	۱۲,۵	۲۰,۸	۱۰,۱	۷,۳	مدیترانه شرقی	
۹,۵	۱۰,۶	۹,۸	۱۲,۶	۱۲,۵	اروپا	
۶,۱	۷,۲	۷,۱	۸,۳	۶,۹	جنوب آسیا	
۱۰,۹	۱۱	۱۳,۶	۱۱,۶	۱۲,۹	اقیانوسیه غربی	
۶,۳	۶,۳	۶,۹	۷,۶	۷,۶	آفریقا	
۱۲,۵	۱۵,۴	۱۳,۶	۱۲,۸	۱۲,۷	آمریکا	
۱۳,۴	۱۴,۵	۱۴,۴	۱۳,۴	۱۳,۵	مدیترانه شرقی	
۱۵,۳	۱۸,۳	۱۹,۷	۲۰,۲	۲۴,۷	اروپا	
۸,۳	۹,۲	۱۱	۱۱,۹	۱۳,۵	جنوب شرقی آسیا	
۱۲,۶	۱۳,۱	۱۴	۱۴,۱	۱۴,۳	اقیانوسیه غربی	

* واحدی برای اندازه گیری تعداد نخ سیگار مصرفی یک فرد در طولانی مدت می باشد. برای مثال یک بسته- سال

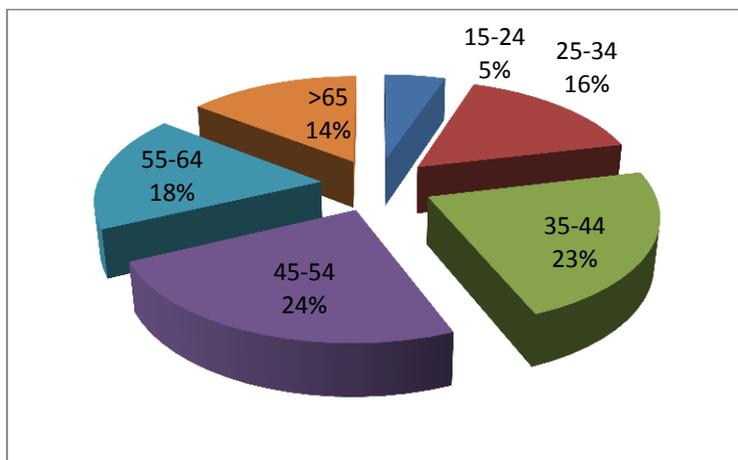
برابر است با استعمال ۲۰ نخ سیگار در روز به مدت یکسال یا ۴۰ نخ به مدت ۶ ماه.

ارتباط میان pack-years و میزان درآمد نیز معکوس می باشد. از طرفی درآمد خانواده های فقیر قائم به فرد بوده و هزینه های درمان و مراقبت از بیمار سهم بسیار زیادی از سبد خانوار را به خود اختصاص می دهد. هر چند اعتیاد زنا بودن نیکوتین مواد دخانی باعث شده به جزء در منطقه اروپا تفاوت زیادی بین pack-years در گروه های درآمدی پنج گانه مشاهده نگردد.



نمودار ۲: درصد مردانی که روزانه سیگار مصرف می کنند بر اساس گروههای سنی با توجه به نمودار (شماره ۲) استعمال دخانیات در گروه سنی بالای ۵۵ سال در تمام کشورها از بالاترین حد برخوردار است، در حالیکه در کشور ایران گروه

سنی ۴۵-۵۴ سال و پس از آن گروه سنی ۳۵-۴۴ سال بیشترین درصد را دارا می باشد و به جزء کشور آمریکا در مقایسه با بقیه کشورها از درصد بالائی برخوردار است. در گروه های سنی ۱۵ تا ۵۴ سال بعد از کشور آمریکا در ایران در مقایسه با بقیه کشورها درصد افرادی که روزانه سیگار مصرف می کنند بالا می باشد.



نمودار ۳: درصد سیگاریهای ایرانی به تفکیک گروههای سنی - سال ۱۳۸۹

اهمیت موضوع

امروزه مضر بودن دخانیات برای سلامتی انسان بر هیچ کس پوشیده نیست، و افراد جامعه بسته به میزان سواد و موقعیت اجتماعی اطلاعات اولیه ای از مضرات مصرف دخانیات دارند. اما با توجه به این موضوع که عوارض ناشی از مصرف دخانیات در طولانی مدت برای شخص مشکل سلامتی ایجاد می نماید فرد زمانی به باور می رسد که دچار عارضه و یا مشکل جدی گردد. از طرفی عوارض و مشکلات مربوط به دخانیات فقط بهداشتی و سلامتی نمی باشد مصرف دخانیات می تواند عوارض اجتماعی و اقتصادی فراوانی را برای مصرف کننده و اطرافیان وی و در نهایت جامعه داشته باشد که اغلب اطلاعات کمی در این زمینه وجود دارد. که از آن جمله می توان به هزینه های زیر اشاره نمود:

هزینه های درمان بیماریهای لاعلاج وابسته به مصرف دخانیات

هزینه های غیبت از کار نیروی کارآمد و جوان جامعه

هزینه های مربوط به مرگ و میر نیروهای جوان و نان آور خانوارها

در کنار این هزینه ها اثرات بیماری زایی و مرگ و میر ناشی از آن را بر خانواده های افراد قربانی نباید نادیده گرفت، حساسیت این مسئله زمانی

روشن تر می شود که بدانیم اغلب این بیماریها و معضلات برای جوانان در سن بهره وری بالا و اغلب سرپرست خانوار ها اتفاق می افتد.

علل گسترش دخانیات

سرمایه گذاری خارجی مستقیم و تجارت آزاد جهانی ، تبلیغات جهانی ، حمایت مالی گسترده ی کارخانجات ساخت سیگار و تشکیل شرکت های بزرگ جهانی از علل عمده ی افزایش مصرف دخانیات در دنیا هستند (۲۵) . لازم به ذکر است هنوز فاکتور مشخصی در گروه های مختلف قومی و نژادی در دنیا یافت نشده است که بتوان مصرف سیگار را به آن ربط داد. اما مطالعات مختلف فاکتور های متعددی را در این مورد دخیل می دانند از جمله میتوان وضعیت اقتصادی عوامل فرهنگی ، فاکتورهای بیولوژیک ، استرس ، تبلیغات ، قیمت سیگار ، سیاست های کنترل و منع سیگار و فرهنگ پذیری را نام برد.

تبلیغات

تولید انبوه سیگار و تبلیغات گسترده ، موجب روی آوردن افراد زیادی به آن و افزایش شدید مصرف در دهه های گذشته گردیده است. در کشور آمریکا شرکت های دخانی چهار میلیارد دلار در سال و یا ۱۱ میلیون دلار در روز

صرف تبلیغ برای دعوت مردم به سیگار می کنند و به طور مدام با گزارشهای مربوط به خطرات سلامتی دخانیات مبارزه می نمایند. میزان هزینه فقط در شرکت های آمریکائی می تواند گویای تبلیغات گسترده کل شرکتهای دخانی در جهان باشد که با استفاده از شگردهای مختلف باعث گرایش جوانان، نوجوانان و زنان به استعمال دخانیات می گردد.

در دنیا ۱/۱ میلیارد نفر سیگاری هستند که ۸۰ درصد از آن ها در کشور هایی که در آمد کم یا متوسط دارند ، زندگی می کنند. تاکنون علی رغم گزارش های متعدد در خصوص خطرات ناشی از استعمال سیگار ، گرایش افراد جامعه به آن به خصوص در بین نوجوانان و جوانان رو به افزایش و سن شروع مصرف سیگار رو به کاهش است .در بین افراد بزرگسالی که هر روز سیگار می کشند ۸۲ درصد اولین پک های سیگار را قبل از ۱۸ سالگی زده اند و به طور تقریبی نصف نوجوانانی که در حال حاضر سیگار می کشند این عمل را تا زمانی که از بیماریهای ناشی از مصرف سیگار بمیرند ، ادامه خواهند داد

اقتصاد دخانیات

معاملات اقتصادی به معنی تولید، فروش و ارائه خدمات به مصرف کنندگان می باشد. محصولات عبارتند از چیزهایی مانند تنباکوی جویدنی، سیگار، تلویزیون،خانه ها و اتومبیل و ... خدمات عبارتند از: مراقبت های پزشکی،

آموزش و پرورش، و بیمه و ... مصرف کنندگان افرادی هستند که محصولات تولیدی را خریده و یا خدمات دریافت می دارند.

اطلس جدید دخانیات تخمین می زند ۳۵ میلیارد دلار آمریکا سود صنعت دخانیات است

در سال ۲۰۱۰، سود صنعت دخانیات معادل \$ ۶,۰۰۰ آمریکا برای هر مرگ ناشی از توتون و تنباکو بود.

تنباکو برای اولین بار در آمریکای شمالی در سال ۱۶۱۲ به عنوان یک محصول تجاری گسترش یافت و به انقلاب آمریکا در مقابل انگلستان کمک مالی نمود. اولین سیگار تجاری در سال ۱۸۶۵ در کارولینای شمالی تولید گردید. در سال ۱۸۸۱ ماشین تولید سیگار درست شد و با توانائی تولید ۱۲۰۰۰۰ سیگار در روز باعث گسترش مصرف سیگار گردید در سال اول ۱۰ میلیون سیگار و در حدود یک میلیارد نخ سیگار در پنج سال بعد تولید این کارخانه بود

پایین بودن قیمت سیگار ، باعث افزایش تعداد نخ مصرفی در افراد جامعه به خصوص در قشر جوانان بوده است. نکته شایان توجه دیگر این است که سیگار به صورت باز و به شکل چند نخ هم به فروش می رسد و این مسئله دسترسی آسان با قیمت پایینتر این ماده را برای متقاضیان فراهم می کند .

ساختار روحی و روانی انسان

اعتیاد به سیگار به گروه ، طبقه و قشر خاصی تعلق ندارد اما نوجوانان و جوانان آسیب پذیر ترین گروهها در برابر آن هستند. مداخله و پیشگیری در گروه سنی قبل از ۲۰ سالگی از اهمیت خاصی برخوردار است چرا که سیگار کشیدن در این سنین ، به علت تجمع مواد سمی سیگار در طول زمان ، ضمن تاثیر بیمار زایی بیشتر ، زمینه گرایش به سیگار را در میان سایر دوستان نیز فراهم می آورد و همچنین اعتیاد به سیگار در این سنین زمینه ساز اعتیاد به مواد مخدر نیز محسوب میشود.

نوزاد انسان در دوره رسیدن به کودکی و بزرگسالی با انطباق خود با محیط مهارتهایی را کسب می نماید که به او در زنده ماندن در محیط کمک می کند. فرایند جامعه پذیری اولیه، نیاز به ایجاد ظرفیت برای برقراری ارتباط، یادگیری، و تصمیم گیری برای رفتار سالم است. تمایل به سیگار کشیدن در جوانانی به وجود می آید که خانه ای با مشکلات " عدم برقراری ارتباط با والدین، عدم درک والدین و پایین بودن اعتماد و به طور کلی نارضایتی عمومی در محیط خانواده را دارند. خانواده هائی با این رویه زندگی شرایط را برای استعمال دخانیات مساعد می نمایند.

دوران نوجوانی زمان گذر است مانند پلی بین دوران نسبتاً امن کودکی و ایفای نقش بزرگسالی بدین معنی که نوجوانان برای تأیید هویت خود به الگو برداری از رفتار بزرگسالان روی می آورند. با افزایش اطلاعات از وجود نقشهای مختلف و تمایل به آزمایش و تجربه خطرات جدید وجود دارد. نقش مدرسه بسیار مهم و اساسی است نوجوانانی که در این سن سیگار می کشند بیشتر احتمال دارد که در محیط دانشگاهی مشکلات بیشتری را تجربه نمایند.

برای کسی که سیگار می کشد دو شرط بدیهی لازم است: در دسترس بودن سیگار و داشتن محیطی امن برای استعمال آن.

شبکه های اجتماعی در افزایش دسترسی نوجوانان به سیگار بسیار موثر می باشند. گروه همسالان تاثیر به سزائی در ادامه استعمال دخانیات دارند. دوستان و آشنایان اغلب عامل سیگاری شدن نوجوانان می باشند اما منابع تجاری به سرعت نقش اصلی را بر عهده می گیرند. مطالعات نشان داده اند که افراد جوان مشکلی در به دست آوردن سیگار، حتی با قانون "جلوگیری از فروش دخانیات به افراد زیر سن قانونی" ندارند.

در مطالعه ای که در کشور یونان بر روی دانشجویان انجام شد نشان داد که مهمترین عوامل مصرف سیگار، دوستی با افراد سیگاری و داشتن والدین سیگاری می باشد.

در نتایج بدست آمده از یک پژوهش در ایران که به بررسی عوامل موثر بر رفتار سیگار کشیدن براساس مدل بزنف در دانشجویان پرداخته است ، اهمیت عوامل قادر کننده ، عوامل هنجاری و نگرشی در رفتار سیگار کشیدن مشخص شده است. در این مطالعه ، عامل دسترسی آسان از عوامل قادر کننده و داشتن دوستان سیگاری از عوامل هنجاری دارای بیشترین فراوانی از عوامل موثر بر رفتار سیگار کشیدن بوده اند. در سازه نگرش نیز ۳۳/۵ درصد نگرش مثبت ، ۱۹/۵ در صد نگرش خنثی و ۴۷ درصد نگرش منفی نسبت به سیگار داشته اند. کمک به کسب مهارت‌های اجتماعی و زندگی شامل مهارت مقاومت در برابر فشار گروه (رفتار قاطع یا مهارت نه گفتن)، تقویت حس مسئولیت پذیری و اعتماد به نفس در نو جوانان و جوانان سبب می شود تا فرد به دلیل رو در با یستی یا ترس از تحقیر شدن و یا خجالت دست به اعمال نا خواسته ای نزنند و با اعتماد به نفسی که در درون خود احساس می کند ، محوری برای گروه همسن خود باشد نه تابعی بدون قید و شرط که تحت تاثیر همسالان خود قرار گیرد. مهارت کنترل استرس و جایگزین کردن روش های سالم کسب آرامش در پیشگیری از رفتارهای ناسالم مفید است. متنوع کردن دامنه فعالیت های سرگرمی و تفریح می تواند انتخاب های متفاوتی را برای جوانان مطرح سازد. همچنین آموزش و متقاعد کردن نو جوانان و جوانان برای تغییر نگرش زیان بار بودن سیگار ضروری می باشد.

عوارض اجتماعی دخانیات

سلامت یکی از ارکان اصلی توسعه پایدار و بخش جدایی ناپذیر برای شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی است. به عبارت دیگر حفظ و ارتقای سطح سلامت پیش نیاز امر حرکت و اقدام در راستای برنامه ریزیهای اقتصادی و اجتماعی است. سلامت یکی از حقوق اساسی بشر بوده که مفهومی پویا دارد. هر جامعه زمانی از پویایی و نشاط برخوردار خواهد بود که شهروندان از سلامت جسمی و روانی مطلوب برخوردار گردند در اینصورت است که این جامعه می تواند پله های ترقی و تکامل را طی نموده و به سطح قابل قبولی از توسعه دست یابد. در چند دهه گذشته شاهد تغییر بی سابقه ای در ساختار زندگی و عادات و رویه زندگی خود بوده ایم و این تغییرات تاثیر نامساعدی بر تندرستی ما گذاشته اند.

تغذیه نامناسب، استعمال دخانیات، الکل و سایر داروها، عدم تحرک و فعالیت های جسمانی، عدم مهارت مقابله با استرس و فشارهای روانی، عدم پایبندی به اصول اخلاقی و رفتار جنسی غیر ایمن، خشونت، با دگرگونیهای سبک زندگی ما در ارتباط است و همه این موارد عواقب و خطرات و بیماریهای خاصی را به همراه خواهد داشت، از آنجاکه بیماری هزینه بر است و بخش قابل ملاحظه ای از منابع خانواده ها و کشور برای مدیریت درمان

بیماری و رهایی از مشکلات هزینه می شود به طور یقین پیشگیری از رفتارهای پرخطر، کاهش هزینه ها را در بر خواهد داشت. در این راستا اجرای طرحهای موفق سلامتی در کشور از طریق در دسترس قرار دادن دانش سلامت جهت خانواده ها و جامعه، آموزش رفتارهای مناسب اجتماعی، ارتقای فرهنگ سلامتی از مهمترین وظایف مسئولین میباشد.

کشور ما به لحاظ داشتن جمعیت جوان نیازمند توجه خاصی است. حدود ۳۵ درصد جمعیت کشور را جوانان تشکیل می دهند و از آنجا که شروع بسیاری از مشکلات و رفتارهای پرخطر در سنین جوانی است ترغیب و توانمندسازی شهروندان مخصوصاً جوانان در پیشه کردن یک شیوه و سبک زندگی سالم در ارتباط با تغذیه سالم- فعالیت جسمانی و زندگی عاری از اختلالات روانی رفتاری، عدم استعمال دخانیات و اعتیاد لازم و ضروری به نظر می رسد.

شیوه زندگی سالم عامل موثر و مهمی در سلامت جسمی و روانی، اجتماعی است و منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تاثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی می باشد.

طبق مطالعات صورت گرفته در کشور، سن شروع استعمال دخانیات در سنین نوجوانی بوده که زمینه استفاده از مواد مخدر را نیز فراهم ساخته و گسترش اعتیاد به خصوص اعتیاد تزریقی، گسترش بیماریهای خطرناک ایدز، هپاتیت و سایر عفونت های خطرناک رابه دنبال خواهدداشت و کشور هزینه های

هنگفتی را متحمل می شود. به منظور مقابله با انتخاب شیوه های زندگی ناسالم و رفتارهای پرخطر باید عوامل موثر در عرصه زندگی مردم درک و تغییر داده شوند تا انتخاب های سالم تر امکان پذیر گردد.

تاکنون اقدام جدی برای مهار و کاهش این رفتارها در نسل جوان صورت نگرفته است و به طور حتم در صورت ادامه بی توجهی بروز رفتارهای پرخطر طی سالهای آتی وخیم تر خواهد شد. لذا آموزش همه جانبه شهروندان در خصوص پیشگیری از رفتارهای پرخطر و روی آوردن به یک سبک زندگی سالم ضروری به نظر می رسد. برای اینکه افراد یک جامعه به یک سبک زندگی سالم دست یابند باید رفتارهای سالم به افراد آن جامعه آموخته شود. آموزش موجب ارتقای دانش و طبعاً تغییر باور و نگرش و این دو پیش نیاز بروز رفتارهای سالم و صحیح است.

هدف از آموزش ایجاد رفتارهای سالم است زیرا دادن آگاهی به تنهایی کاری انجام نمی دهد آگاهی باید به عملکرد و رفتارهای صحیح تبدیل گردد. برای داشتن جامعه ای از افراد سالم و رفتارهای سلامتی باید به عنصر آموزش تکیه کرد. در این راستا اداره کل سلامت شهرداری تهران آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر را در برنامه های آموزشی خود منظور نموده است.

بررسی نتایج بررسی اینکه آیا مصرف کنندگان قلیان و سیگار (نه در هنگام رانندگی)، بیش تر از دیگران درگیر حوادث ترافیکی می شوند یا خیر نشان می

دهد که از ۲۰۷۰ راننده با متوسط سن ۱۱,۴۵ ± ۱,۶۷ میزان بروز کل سوانح ترافیکی در گروه مزبور ۱۴,۹٪ در سال بود که ۱۴٪ با یک وسیله نقلیه دیگر و ۰,۹٪ با یک عابر رخ داده بود. بین وقوع سانحه ترافیکی با جنسیت مذکر، ابتلا به دیابت، عادت به مصرف سیگار و قلیان و مدت زمان رانندگی در روز ارتباط وجود داشت. در آنالیز چند متغیره، ارتباط بین وقوع سانحه ترافیکی و عادت به مصرف سیگار و قلیان، حتی پس از کنترل اثر مدت زمان رانندگی در روز، معنا دار باقی ماند.

و با توجه به مطالعات دیگر پیشین که به بالاتر بودن ریسک سوانح ترافیکی در افراد دیابتی و نیز سیگاری اشاره نموده بودند. این مطالعه ضمن تایید این ارتباط در جمعیت رانندگان ایرانی، برای نخستین بار بالا بودن ریسک سوانح ترافیکی در مصرف کنندگان قلیان را نیز نشان داده است. به این ترتیب، مبارزه با مصرف دخانیات نه تنها برای پیشگیری از بیماری های قلبی و سرطان، بلکه برای پیشگیری از سوانح ترافیکی نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

رهایی از اعتیاد حاصل از سیگار دشوار است و این امر بر اهمیت پیشگیری و از بین بردن و یا کاستن از این معضل جهانی دلالت می کند.

هزینه های اقتصادی دخانیات

بر اساس تحقیق انجام گرفته در سه استان ویتنام مشخص شده است که افراد سیگاری ۳/۶ برابر بیشتر از تحصیل علم ، در آمد خود را صرف خرید سیگار می کنند و ۲/۵ برابر بیشتر به جای خرید لباس ، هزینه آن را به خرید سیگار اختصاص می دهند. سهم دخانیات در اقتصاد (از طریق بکارگیری مشاغل و درآمدهای مالیاتی دولتها) نسبت به هزینه هایی که بر دوش خانواده ها، سلامت عمومی، محیط زیست و اقتصاد ملی وارد می کند بسیار ناچیز است.

پژوهش های انجام شده نشان می دهد که کنترل دخانیات نقش مهمی در کاهش سرانه مراقبت های بهداشتی دارد سرانه هزینه های مراقبت های بهداشتی یک تابع از شیوع مصرف دخانیات و مصرف سیگار در بین افراد سیگاری و درآمد سرانه می باشد افزایش یک دلار در بودجه برنامه های کنترل دخانیات در حال حاضر ۰,۰۴۹۷ درصد شیوع مصرف دخانیات را کاهش داده و نیز در طول سال باعث کاهش مصرف ۱,۳۹ پاکت در سال می گردد. و کاهش یک درصدی در شیوع مصرف سیگار و یک پاکت در افراد سیگاری با کاهش ۳۵,۵ دلار در سرانه مراقبت های بهداشتی همراه است. به عبارت دیگر افزایش یک درصد شیوع مصرف سیگار سرانه هزینه های مراقبت های بهداشتی را به میزان ۳۵,۵ دلار افزایش میدهد.

عوارض بهداشتی دخانیات

در سال ۱۹۶۴ یکی از پزشکان ایالات متحده گزارشی در مورد خطرات ناشی از مصرف سیگار نوشت و اظهار نمود که نیکوتین و تار موجود در سیگار باعث سرطان ریه میشود. در سال ۱۹۶۵ کنگره ایالات متحده برچسب زدن بر روی بسته های سیگار را تصویب و آن را مشمول قانون تبلیغات نمود.

فاصله بین اعلام رسمی خطرات دخانیات برای سلامتی و گسترش اولیه دخانیات به عنوان محصولی تجاری که سود فراوانی را برای صاحبان آن دارد تقریباً ۳۵۲ سال است و این به این مفهوم است که تولید کنندگان و گسترش دهندگان دخانیات در حدود ۳۰ دهه از متولیان سلامت فرصت بیشتری برای پیاده سازی برنامه های خود داشته اند. که لزوم برنامه ریزی دقیق و همه جانبه را برای مبارزه با گسترش دخانیات را آشکار می نماید

دخانیات یک دوم مصرف کنندگان خود را می کشد. یعنی نزدیک به ۶ میلیون نفر در سال که زنان نیز جزء این گروه هستند حدود ۵ میلیون زن سیگاری مستقیم و غیر مستقیم در دنیا هستند که حدود ۶۰۰۰۰۰ نفر از آنها سیگاری نیستند اما در معرض دود دست دوم هستند. اگر اقدامات فوری برای کنترل دخانیات انجام نشود تا سال ۲۰۳۰ تعداد مرگ های سالانه در اثر استعمال دخانیات به ۸ میلیون نفر در سال می رسد.

نزدیک ۸۰ درصد از یک میلیارد سیگاری جهان در کشورهای با درآمد پائین و کشورهای با درآمد متوسط زندگی می کنند. به طور کلی استفاده از محصولات دخانی در حال افزایش است اگرچه در کشورهای با درآمد بالا در حال کاهش است. اپیدمی دخانیات بزرگترین تهدید علیه سلامت عمومی است. تقریباً در هر ۶ ثانیه یک نفر در اثر استعمال دخانیات جان خود را از دست می دهد یعنی یک مرگ از هر ده مرگ بزرگسالان. بالای نصف افراد مصرف کننده دائمی بالاخره در اثر بیماریهای مرتبط با دخانیات خواهند مرد.

مصرف کنندگان دخانیات که به مرگ زود هنگام دچار می شوند خانواده خود را از درآمد محروم می کنند، هزینه های سلامتی را بالا می برند و مانع از رشد اقتصادی می شوند.

عوارض مصرف دخانیات بر سلامتی انسان

مصرف دخانیات قابل پیشگیری ترین تهدید بهداشت و سلامت عمومی است. مصرف دخانیات مسئول چهار میلیون مرگ در سال و ۱۱۰۰۰ مرگ در روز می باشد و اگر این روند ادامه پیدا کند تا سال ۲۰۲۰ دخانیات مسئول ۱۰ درصد از بار بیماریها خواهد بود در آن زمان انتظار بیش از چهار میلیون مرگ در سال را خواهیم داشت.

استعمال دخانیات و مواد مخدر یکی از شایعترین علل مرگ و میر زود هنگام در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه است. همچنین مرگ و میر ناشی از مصرف تنباکو در هر سال بیشتر از مجموع مرگ های HIV ؛ استفاده از مواد مخدر ؛ الکل ؛ جراحات و وسایل نقلیه ؛ خودکشی و قتل می باشد. سیگار کشیدن به عنوان یک عامل خطر مهم بیماریهای قلبی و عروقی خوانده شده و چالش اساسی عمومی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. مستندات غنی در طی ۵۰ سال اخیر در مورد ارتباط بین استنشاق دخانیات و بیماریهای اصلی قلب و عروق شامل انفارکتوس میوکارد ، مرگ ناگهانی قلبی ، حملات مغزی و بیماریهای عروق محیطی بدست آمده است. بطوریکه بیماریهای عروق کرونری قلب و سکته مغزی ۲-۴ بار بیشتر از سایر افراد می باشد. اعتیاد به دخانیات در طولانی مدت ، دلیل اصلی مرگ های زود رس و ناتوانی هاست که سالیانه منجر به حدود ۴ میلیون مرگ در دنیا می شود .

سیگار به عنوان یک علت قابل پیشگیری از بیماریها به خصوص سرطان ها شناخته شده است (در افراد سیگاری سرطان توسعه یافته ریه مردان ۲۳ بار و سرطان توسعه یافته ریه زنان ۱۳ بار بیشتر از سایرین می باشد) و یکی از علل مرگ های زود رس هم تشخیص داده شده است که در حال حاضر به دلیل پایین آمدن سن شروع مصرف سیگار و مواد دخانی دیگر خصوصاً قلیان در کنار تغذیه نامناسب و عدم تحرک بدنی کافی ، بسیار نگران کننده بنظر میرسد.

سیگار باعث ناباروری؛ زایمان زودرس؛ مرده زایی؛ وزن کم هنگام تولد و سندرم مرگ ناگهانی نوزاد می شود .

سرطانهایی که سیگار در آنها موثر است عبارتند از :

- لوسمی حاد میلوئیدی

- سرطان مثانه

- سرطان سرویکس

- سرطان مری

- سرطان کلیه

- سرطان حنجره

- سرطان ریه

- سرطان لوزالمعده

- سرطان حلق

- سرطان معده

استعمال دخانیات در واقع نوعی وابستگی روحی و روانی در فرد ایجاد می کند که بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارت است از بروز حالتی روانی و گهگاه جسمانی که در نتیجه اثر های متقابل دارو یا مواد مخدر و

موجود زنده بر یکدیگر ایجاد می گردد و توسط واکنشهای رفتاری و امثال آن مشخص می شود.

بیشترین نگرانی در بین زنان و جوانان در مناطق مختلف جهان است. در مناطقی از جهان که استعمال دخانیات در بین زنان و دختران نسبتاً کم است فرصت طلائی برای جلوگیری از افزایش جذب به دخانیات و جلوگیری از مرگ های زودرس آینده وجود دارد. در خصوص زنان دود غیر مستقیم بسیار مهم می باشد در منطقه آسیا به طور متوسط ۶۰ درصد از مردان سیگاری هستند و این به این معنی است که میلیونها زن از سیگار کشیدن غیر مستقیم رنج می برند. شواهد جدید نشان می دهد میزان سندرم مرگ ناگهانی نوزادان و نیز آسم، برونشیت، سرما خوردگی و پنومونی در کودکان والدین سیگاری بیشتر است. لازم است تا برای حفظ حقوق زنان و کودکان برای داشتن خانه ای با محیط امن و سالم اقدامات اساسی انجام پذیرد.

سود آور بودن صنعت دخانیات عامل بسیار مهم و برانگیزنده ای برای صاحبان شرکت های بزرگ دخانیات در سراسر دنیا می باشد تا برنامه ریزی دقیق و حساب شده ای برای جذب هر چه بیشتر مشتری به خصوص در کشور های در حال توسعه از جمله کشور ما داشته باشند. از طرفی بالا بودن جمعیت جوان و نوجوان (لازم به ذکر است که زنان و دختران مورد توجه ویژه این

شرکت ها به عنوان مشتریان آینده قرار دارند) در این کشورها عامل مهم دیگر موفقیت این شرکتها می باشد. ترفند دیگر این شرکتها ایجاد تنوع در محصولات و سالم جلوه دادن و بی ضرر بودن آنهاست که باعث می شود افراد با نگرانی کمتری به سمت دخانیات کشیده شوند. از جمله تولید سیگارهایی با عناوین سبک و یا رواج قلیان و سیگارهای الکترونیکی و

دخانیات و زنان

حدود ۲۰۰ میلیون از یک بلیون سیگاری دنیا زنان هستند. زنان بسیار کمتر از مردان دخانیات استعمال می کنند. معمولاً در مقابل ۴۰ درصد مردان سیگاری نزدیک ۹ درصد زنان سیگاری هستند. هرچند اپیدمی دخانیات در میان زنان در برخی کشورها در حال افزایش است. تحقیقات بیشتری برای درک روند مصرف دخانیات در زنان نیاز می باشد. در حال حاضر شرکت های دخانی توجه ویژه ای به زنان به عنوان جمعیت بکر جهت افزایش مصرف کنندگان پایه ، و جایگزینی با مصرف کنندگانی که ترک کرده و یا دچار مرگ نابهنگام در اثر سرطان، حمله قلبی، سکته، آمفیژم یا هر بیماری با علت دخانیات شده اند، دارند.

شروع مصرف دخانیات در دختران و پسران به دلایل مختلف اتفاق می افتد و مصرف دخانیات خطرات متفاوتی در زنان و مردان ایجاد می کند. تقریباً ۱٫۵ میلیون زن هر ساله در اثر استعمال دخانیات می میرند. درک و کنترل اپیدمی دخانیات در زنان بخش مشکل استراتژی های کنترل دخانیات می باشد.

در حال حاضر در بسیاری از کشورها بیشتر دختران مانند پسران دخانیات مصرف میکنند. برآورد سازمان جهانی بهداشت از روند استعمال دخانیات در نوجوانان نشان می دهد که در نیمی از ۱۵۱ کشور بررسی شده تعداد دختران و پسران مصرف کننده دخانیات یکسان هستند. شواهد نشان می دهد که بیشتر این دخترها و پسرها در بزرگسالی استعمال دخانیات را ادامه خواهند داد.

ممنوعیت تبلیغات تنباکو همانگونه که در دستورالعمل کنوانسیون کنترل دخانیات، سازمان جهانی بهداشت آمده برای جلوگیری از استعمال دخانیات توسط دختران بسیار با اهمیت و کمک کننده می باشد.

دختران و پسران به دلایل مختلف دخانیات استعمال می نمایند. دختران بیش از پسران بر اساس یک باور غلط اعتقاد دارند که مصرف دخانیات یک روش خوب برای کاهش وزن می باشد. اعتماد به نفس پائین نیز عامل استعمال دخانیات در دختران است. شواهد (بررسی

های) در دسترس از کشورهای پیشرفته نشان می دهد که اعتماد به نفس در دختران کمتر از پسران می باشد. استراتژی های کنترل دخانیات بایستی مشخص بکند که تصمیم به شروع مصرف دخانیات در دختران و پسران تحت تاثیر فاکتورهای متفاوت فرهنگی - تربیتی، فیزیولوژی و اجتماعی - اقتصادی می باشد.

هر ساله ۱,۵ میلیون زن در اثر استعمال دخانیات می میرند:

تقریباً از بیش از ۵ میلیون مرگ و میر مرتبط با دخانیات ۱,۵ میلیون مربوط به زنان هستند. بیش از ۷۵ درصد از این زنان در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می کنند. اگر اقدام فوری صورت نگیرد استعمال دخانیات در سال ۲۰۳۰ هشت میلیون مرگ و میر در پی خواهد داشت که ۲,۵ میلیون آن زنان خواهند بود.

زنان یکی از بزرگترین اهداف صنایع دخانی هستند.

صنایع دخانی تجارت پر سود خود را به سمت زنان از طریق آگهی های تبلیغاتی که توجه خاص به جنسیت دارند و نشان دهنده مفهوم نادرست ارتباط بین استفاده از تنباکو و زیبایی، وجهه (پرستیژ) و آزادی را دارند، هدایت می کنند.

به دلیل اینکه زنان کمی به طور مداوم دخانیات مصرف می کنند و بالقوه توانایی افزایش مصرف دخانیات را دارند از اهداف عملیاتی صنایع دخانی هستند.

زنان بیش از مردان سیگارهای لایت یا سبک مصرف می کنند.

سیاست های تجاری، مصرف کنندگان را با موارد فریب دهنده مانند "سبک" یا "با تارکم" فریب می دهند. زنان بیشتر از مردان سیگارهای لایت استفاده می کنند (۶۳ درصد در مقابل ۴۶ درصد) چه بسا با این عقیده اشتباه که سبک (لایت) به معنی ایمن می باشد. در واقع سیگاری های لایت چه بسا مجبور به استعمال دخانیات جبرانی هستند از طریق استنشاق بسیار عمیق و تعداد دفعات زیاد برای جذب بهتر و بیشتر نیکوتین.

خطرات استعمال دخانیات در زنان از مردان متفاوت تر است

زنانی که سیگاری هستند احتمالاً بیشتر از زنانی که سیگاری نیستند تجربه نازائی و یا تاخیر در حاملگی را دارند. استعمال دخانیات در طی حاملگی خطرات زایمان زودرس، مرده زائی و مرگ نوزاد را افزایش داده و ممکن است باعث کاهش شیر مادر بشود. استعمال دخانیات خطر سرطان دهانه رحم را در زنان افزایش می دهد.

زنان ۶۴ درصد مرگ های مربوط به دود دست دوم را تشکیل می دهند

سالانه دود دست دوم در سرتاسر دنیا عامل ۴۳۰۰۰۰ مرگ در بزرگسالان می باشد. ۶۴ درصد از این مرگها در زنان اتفاق می افتد. در برخی کشورها دود دست دوم خطر بزرگی

از لحاظ احتمال شروع مصرف دخانیات در زنان محسوب می شود. بیش از ۹۰ درصد جمعیت جهان هنوز تحت پوشش قوانین فراگیر ملی ممنوعیت دود نیستند. افرادی که سیگار می کشند بایستی از در معرض دود قرار دادن افرادی که با آنها کار و یا زندگی می کنند اجتناب نمایند.

زنان و کودکان غالب اوقات فاقد قدرت کافی برای بحث در مورد محیط های عاری از دود شامل محل زندگی، محل کار آنها و دیگر اماکن عمومی هستند. هرکسی صرفنظر از سن و جنس بایستی در مقابل دود دست دوم از خود محافظت بکند.

کنترل استعمال دخانیات در زنان یکی از مشکل ترین بخش های برنامه های کنترل دخانیات می باشد.

برنامه های پیشگیری و توقف دخانیات بایستی سلامت مادران، کودکان و بارداری را حفظ نماید. هشدار (اطلاعیه) در مورد اثرات خطرناک تنباکو بایستی به دلیل بی سوادی بالا در زنان در مقایسه با مردان مورد اهمیت و توجه قرار گیرد و باید اطمینان داشته باشیم که اطلاعیه حاوی مطالبی نیست که اونها نتوانند بخوانند. همیشه بایستی خطرات ناشی از مصرف دخانیات برای آنها قابل فهم باشد.

دود دست دوم دخانیات

دود کناری یا دود دست دوم مواد دخانی دودی است که در محیط پخش می شود و فرد حاضر در آن محیط از آن استنشاق نموده و مواد شیمیایی موجود در آن وارد بدن شخص می گردد.

استنشاق دود کناری سیگار می تواند بیماری زا باشد، اگرچه اثرات آن ممکن است کمتر از دود اصلی باشد اما می تواند از فاکتورهای خطر به دلیل سطح مواد شیمیایی موجود در آن باشد. اما بسته به اندازه فضا، نوع تهویه و مدت زمان ماندگاری در کنار فرد سیگاری میزان مشکلات به وجود آمده می تواند متفاوت باشد.

در سراسر جهان ۴۰ درصد از کودکان، ۳۳ درصد از مردان غیر سیگاری و ۳۵ درصد از زنان غیر سیگاری در سال ۲۰۰۴ در معرض دود دست دوم قرار داشته اند. تخمین زده شده که در اثر مواجهه با دود دست دوم ۳۷۹۰۰۰ مرگ در اثر بیماری های قلبی، ۱۶۵۰۰۰ در اثر عفونت های دستگاه تنفسی تحتانی، ۳۶۹۰۰ در اثر آسم و ۲۱۴۰۰ در اثر سرطان ریه اتفاق افتاده است. ۶۰۳۰۰۰ مرگ در دنیا متناسب به دود دست دوم است (حدود یک درصد از کل مرگ های جهان)، ۴۷ درصد از مرگ های ناشی از دخانیات در زنان، ۲۸ درصد در کودکان و ۲۶ درصد در مردان رخ داده است. DALY از دست رفته به دلیل مواجهه با

دود دست دوم ۱۰,۹ میلیون سال می باشد و تقریباً ۰,۷ درصد از کل بار بیماری در سراسر جهان (۶۱ درصد از DALY ایجاد شده) متعلق به کودکان است. بیشترین بار بیماری در کودکان زیر ۵ سال در اثر عفونت های دستگاه تنفسی تحتانی اتفاق می افتد (۵۹۳۹۰۰۰ سال)، بیماری ایسکمیک قلبی در بزرگسالان (۲۸۳۶۰۰۰ سال) و آسم بزرگسالان (۱۲۴۶۰۰۰ سال) و کودکان (۶۵۱۰۰۰ سال) در رده های بعدی قرار دارند.

تفاوت الگوی مرگ و میر در کشورهای غنی و فقیر

در کشورهای با درآمد بالا سن بیش از دو سوم جمعیت بالای ۷۰ سال است و عمدتاً در اثر بیماریهای مزمن قلبی و عروقی، بیماری انسداد مزمن ریه و سرطان ها، دیابت و یا آلزایمر می میرند. در کشورهای با درآمد متوسط نزدیک نیمی از جمعیت تا سن ۷۰ سالگی زندگی می کنند و همانند کشورهای با درآمد بالا بیماری های مزمن عامل اصلی هستند. با این حال بر خلاف کشورهای با درآمد بالا سل، HIV / ایدز و حوادث ترافیک جاده ای جزء علل عمده مرگ هستند. در کشورهای با درآمد کم تنها یک پنجم جمعیت تا سن ۷۰ سالگی زندگی می کنند و مرگ و میرها عمدتاً در اثر بیماریهای عفونی اتفاق می افتند.

علل اصلی مرگ و میر در جهان

بیماریهای قلبی و عروقی و بعد از آن سکنه های مغزی و بیماری های عروق مغزی ، عفونت دستگاه تنفسی تحتانی و **COPD** به ترتیب چهار علت اصلی مرگ و میر در جهان به شمار می آیند. البته چنانچه پیش تر آمده علل مرگ و میر در کشورهای با درآمد های مختلف متفاوت است، اما در هر سه گروه درآمدی بیماریهای قلبی عروقی جزء چهار علت اصلی است (به جزء کشورهای با درآمد پائین که چهارمین علت است در هر دو گروه با درآمد بالا و درآمد متوسط اولین علت مرگ و میر به شمار میآید). اطلاعات جزئی تر در جداول شماره ۷ و ۸ آمده است.

جدول شماره ۷: تعداد مرگ و میر بر اساس چهار علت اصلی

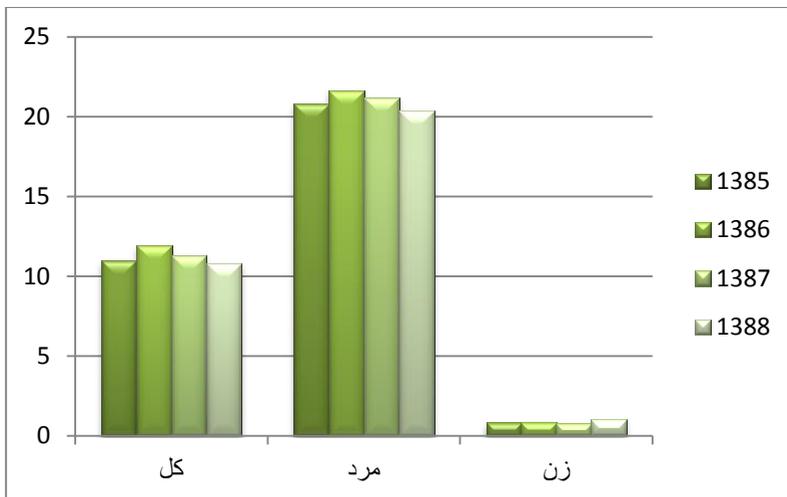
COPD	عفونت دستگاه تنفسی تحتانی	سکته مغزی و بیماری های عروق مغزی	بیماریهای قلبی عروقی	علل مرگ
۳,۲۸	۳,۴۶	۶,۱۵	۷,۲۵	تعداد مرگ در میلیون نفر
۵,۸	۶,۱	۱۰,۸	۱۲,۸	درصد مرگ از کل مرگها

جدول شماره ۸: تعداد مرگ و میر بر اساس چهار علت اصلی در کشورها بر مبنای میزان درآمد

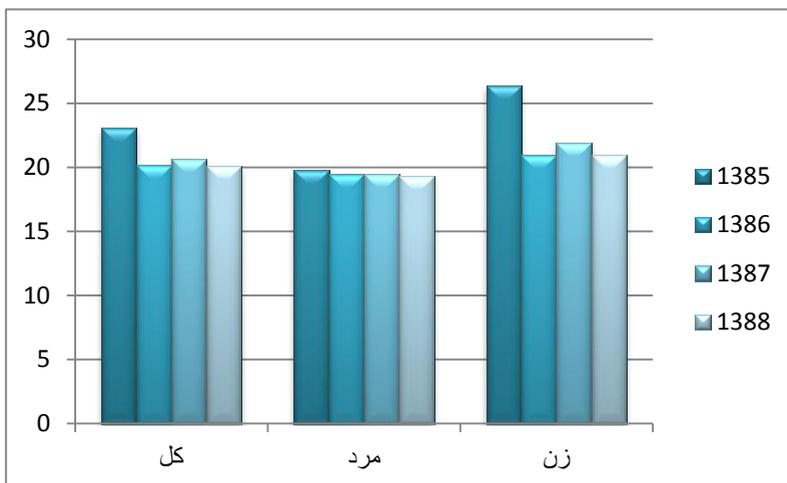
کشورهای با درآمد بالا				کشورهای با درآمد متوسط				کشورهای با درآمد پایین				علل مرگ
آزرایم	سرطان ریه	سکته مغزی و بیماری های عروق مغزی	بیماریهای قلبی عروقی	دستگاه تنفسی	COPD	سکته مغزی و بیماری های عروق مغزی	بیماریهای قلبی عروقی	بیماریهای قلبی عروقی	HIV/AIDS	بیماریهای اسهالی	دستگاه تنفسی	
۰,۳۷	۰,۵۴	۰,۷۹	۱,۴۲	۲,۰۷	۲,۷۹	۴,۹۱	۵,۲۷	۰,۵۷	۰,۷۲	۰,۷۶	۱,۰۵	تعداد مرگ در میلیون نفر
۴,۱	۵,۹	۸,۷	۱۵,۶	۵,۴	۷,۲	۱۲,۸	۱۳,۷	۶,۱	۷,۸	۸,۲	۱۱,۳	درصد مرگ از کل مرگها

وضعیت استعمال دخانیات در ایران

بررسی نتایج گزارش وضعیت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر از سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۸۸ در کشور نشان دهنده افزایش درصد زنان مصرف کننده سیگار می باشد. در حالی که در بین مردان تغییر موجود بسیار محسوس نمی باشد (نمودار شماره ۵) از طرفی سن شروع مصرف سیگار نیز در هر دو گروه زن و مرد در حال کاهش می باشد و این کاهش در زنان با سرعت بیشتری اتفاق می افتد (نمودار ۶) و به تبع آن متوسط سالهای استعمال سیگار نیز افزایش پیدا می کند و مواد شیمیائی موجود در دود دخانیات بیشتر و بیشتر افراد جامعه چه افرادی که به طور مستقیم مصرف کننده هستند و چه افرادی که در معرض دود دست دوم هستند را تحت تاثیر قرار می دهند. از طرفی افزایش تعداد نخ سیگار مصرفی در روز در هر دو گروه زن و مرد می باشد که باز میزان مواجهه با مواد سمی موجود در دود دخانیات را بالا برده و مشکلات بهداشتی و سلامتی فراوانی را برای افراد ایجاد می نماید که در برخی موارد غیر قابل جبران می باشند.



نمودار شماره ۴: درصد افرادی که روزانه سیگار مصرف می کنند (ایران)



نمودار شماره ۵: متوسط سن شروع مصرف سیگار به سال (ایران)

وضعیت استعمال دخانیات در استان آذربایجان غربی

آذربایجان غربی به واسطه قرار گرفتن در مسیر چهار کریدور اصلی و همسایگی با سه کشور ترکیه، جمهوری آذربایجان و عراق یکی از استان‌های مستعد در زمینه ترانزیت کالا در کشور به شمار می‌رود و با استفاده از امکانات بالقوه جغرافیایی استان در همسایگی با چند کشور به عنوان یک قطب تجارت منطقه‌ای محسوب می‌شود. از طرفی فرصتی مناسب برای قاچاق کالا در اختیار قاچاقچیان قرار می‌دهد و با توجه به اینکه بنا به اعلام شرکت دخانیات حدود ۴۵ تا ۵۰ درصد سهم سیگار بازار از طریق قاچاق تامین می‌شود ریزش این اقتصاد پنهان در بازار استان اسباب دسترسی آسان به سیگار را فراهم می‌نماید.

بررسی نتایج گزارش وضعیت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر استان نشان دهنده کاهش بسیار جزئی در نسبت افراد مصرف کننده سیگار در طول سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ در هر دو گروه جنسی می‌باشد (جدول شماره ۹) اما بررسی جدول شماره ۱۲ افزایش قابل توجهی در تعداد نخ مصرفی در روز را نشان می‌دهد به این معنی که در افراد سیگاری در طول سالهای ۸۵ تا سال ۸۸ با افزایش تعداد سیگار وابستگی بیشتری به نیکوتین ایجاد شده است که

امکان ترک را کاهش می دهد و از طرفی مواد مضر بیشتری در طول روز وارد بدن فرد مصرف کننده و اطرافیان وی می گردد.

مقایسه نتایج گزارش وضعیت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر در کشور و استان نشان می دهد که درصد افراد سیگاری در استان از میانگین کشوری بالاتر می باشد حتی سن شروع سیگار نیز در استان کمتر از میانگین کشوری است که دلایل متعددی می تواند داشته باشد که موقعیت جغرافیایی و شرایط فرهنگی و قومیتی در استان بی تاثیر در این موضوع نیست (جداول شماره ۹-۱۰).

جدول شماره ۹: درصد افرادی که روزانه سیگار مصرف می کنند

زن		مرد		کل		سال
کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	
۰,۸۶	۱,۲	۲۰,۸۲	۲۸,۰	۱۰,۹۶	۱۴,۷	۱۳۸۵
۰,۸۸	۱	۲۱,۶۵	۲۷,۲	۱۱,۹۳	۱۴,۳	۱۳۸۶
۰,۸۱	۱,۳	۲۱,۱۹	۲۸,۵	۱۱,۳	۱۵,۱	۱۳۸۷
۱,۰۲	۰,۳۴	۲۰,۳۹	۲۷,۳۶	۱۰,۸۲	۱۴,۰	۱۳۸۸

جدول شماره ۱۰: متوسط سن شروع مصرف سیگار به سال

زن		مرد		کل		سال
کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	
۲۶,۴۱	۱۹	۱۹,۷۸	۱۹,۱	۲۳,۰۵	۱۹,۰	۱۳۸۵
۲۰,۹۲	۲۱,۴	۱۹,۴۹	۱۸,۸	۲۰,۱۹	۱۹,۷	۱۳۸۶
۲۱,۹۱	۲۱,۸	۱۹,۴۵	۱۹,۳	۲۰,۶۷	۲۰,۴	۱۳۸۷
۲۰,۹۸	۲۸,۱	۱۹,۳۰	۱۸,۳	۲۰,۱۳	۱۹,۹	۱۳۸۸

جدول شماره ۱۱: متوسط سالهای مصرف سیگار

زن		مرد		کل		سال
کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	
۷,۸۲	۲۳,۷	۱۳,۸۵	۱۴	۱۰,۸۷	۱۷,۸	۱۳۸۵
۱۲,۲۰	۱۴,۷	۱۴	۱۵	۱۳,۱۱	۱۴,۹	۱۳۸۶
۱۱,۷۹	۱۱,۹	۱۴,۴۸	۱۴,۲	۱۳,۵	۱۳,۳	۱۳۸۷
۱۳,۱۷	۱۴,۳۴	۱۴,۴۶	۲۸,۸۶	۱۳,۸۲	۱۶,۶۹	۱۳۸۸

جدول شماره ۱۲: متوسط تعداد نخ سیگار مصرفی در روز

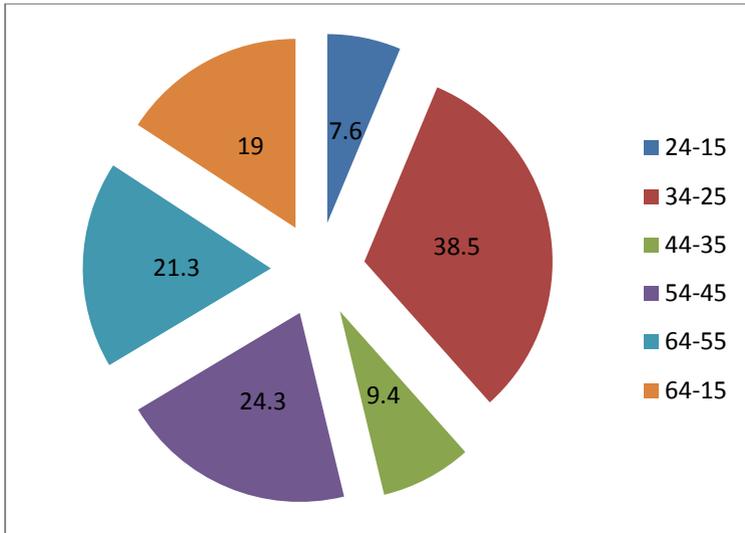
زن		مرد		کل		سال
کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	
۱۱,۳۸	۴,۶	۱۲,۶۶	۱۳,۲	۱۲,۰۳	۹,۹	۱۳۸۵
۱۰,۹۷	۵,۴	۱۲,۲۶	۱۳,۹	۱۱,۶۲	۱۰,۹	۱۳۸۶
۵,۹۱	۴,۷	۱۲,۲۹	۱۴,۵	۹,۱۴	۱۰,۴	۱۳۸۷
۱۲,۹۱	۱۴,۰۵	۱۳,۱۷	۱۵,۹۱	۱۳,۱۰	۱۴,۳۵	۱۳۸۸

بر اساس گزارش وضعیت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۸ (آخرین اطلاعات طبقه بندی شده در استان) در جمعیت ۶۵-۱۵ سال استان توزیع فراوانی مصرف سیگار ۱۹ درصد می باشد که ۷,۹۰ درصد آنها به صورت روزانه سیگار مصرف می کنند به این مفهوم که ۷,۹۰ افراد که برای اولین بار سیگار را امتحان می کنند تبدیل به افراد وابسته می شوند که بیانگر خاصیت اعتیاد زایی بالای نیکوتین می باشد. بیشترین توزیع فراوانی نسبی با ۳۸,۵ درصد در گروه سنی ۳۴-۲۵ می باشد که کمی بیش از دو برابر توزیع آن در کل جمعیت ۶۵-۱۵ سال می باشد. از طرفی میزان مصرف روزانه در این گروه سنی نیز بسیار بالاست (۸,۹۸ درصد از کل سیگارهای این گروه به صورت روزانه سیگار مصرف می کنند) همچنین با

احتساب میانگین طول مدت مصرف سیگار در هر گروه و کسر آن از رنج سنی گروه‌های (جدول شماره ۱۳) مختلف نشان دهنده کاهش سن تجربه اولین سیگار در جامعه می باشد. و با توجه به درصد بالای سیگاری های روزانه احتمال افزایش بیش از پیش درصد افراد سیگاری در جامعه مورد انتظار است.

جدول شماره ۱۳: میانگین طول مدت مصرف سیگار در بین افراد سیگاری روزانه

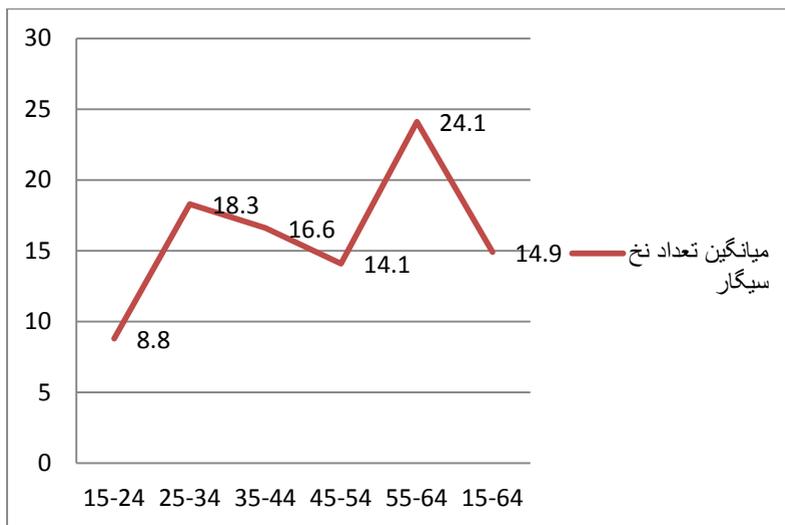
میانگین طول مدت مصرف سیگار	گروه سنی
۴,۷	۱۵-۲۴
۱۲,۳	۲۵-۳۴
۲۰,۵	۳۵-۴۴
۲۶,۱	۴۵-۵۴
۳۷,۹	۵۵-۶۴
۱۷,۱	۱۵-۶۴



نمودار شماره ۶: توزیع فراوانی نسبی افراد در حال حاضر سیگاری استان به تفکیک گروه های سنی سال ۱۳۸۸

در خصوص نوع ماده دخانی مورد مصرف سیگار بیشترین دفعات مصرف را در روز به خود اختصاص داده است و با افزایش سن دفعات مصرف نیز زیادتر می شود که باز خاصیت اعتیاد زایی آن را یادآور می شود اما مصرف روزانه پپ در گروه سنی ۲۴-۱۵ مشاهده می شود که به عنوان دروازه ورود به دنیای مواد دخانی می تواند مورد توجه قرار بگیرد اما در مورد مصرف قلیان می توان ورود آن به لیست مواد دخانی در گزارش وضعیت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۸ کاملاً احساس کرد.

بررسی میانگین دفعات مصرف دخانیات در گروه های سنی مختلف (نمودار شماره ۷) نشان از جهش در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال دارد این افزایش به صورت موجی در سالهای آینده می تواند در بقیه گروهها نیز تاثیر کرده و در کل باعث افزایش افراد سیگاری گردد.



نمودار شماره ۷: میانگین دفعات مصرف سیگار در روز بر حسب گروه سنی

با توجه به وضعیت استعمال دخانیات در استان و محدودیت منابع و اهمیت دو گروه سنی ۱۵-۲۴ سال به دلیل پایه ریزی شخصیت افراد و شکل گیری رفتارها و نهادینه شدن آن در وجود افراد و گروه ۲۵-۳۴ سال به دلیل سن

بهره وری و تولید جامعه برنامه ریزی برای این دو گروه سنی به نظر منطقی تر می آید.

وضعیت عرضه مواد دخانی در استان

در استان آذربایجان غربی در پایان شش ماهه اول سال ۱۳۹۱ تقریباً ۳۰۲۴۰ باب امکان تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی وجود داشته است. از این تعداد حداقل در بیش از ۵۰ درصد آنها مواد دخانی عرضه می شود و حداکثر تعداد مراکزی که دارای مجوز فروش هستند زیر ۱۰ درصد از این مراکز می باشد. به بیان دیگر مواد دخانی در ۴۰ درصد از موارد به صورت غیر قانونی عرضه می گردد، البته فروش مواد دخانی قاچاق در مراکز دارای مجوز را نیز بایستی جزئی از عرضه غیر مجاز در نظر گرفت. قلیان نیز از جمله موارد استعمال دخانیات می باشد که متأسفانه در سالهای اخیر گسترش قابل توجهی در کشور و همچنین در استان داشته است. طبق یک بررسی مقطعی در حدود ۶۱ درصد از چایخانه های استان ضمن تهیه و توزیع مواد غذایی (بسته به موقعیت امکان می تواند شامل: غذاهای سبک، مواد غذایی بسته بندی شده، چای و..... باشد) قلیان نیز ارائه می نمایند در ۱۵ درصد از غذاخوری ها به همراه مواد غذایی قلیان نیز به مشتریان ارائه می گردد. بررسی ۷۶ باب از مراکز عرضه کننده قلیان در شهرستانهای ارومیه (۱۵ مورد) بوکان (۱۵ مورد) خوی (۳۱ مورد)

مهاباد (۱۵ مورد) نشان می دهد که به طور متوسط ۵۰ نفر روزانه به قهوه خانه ها و یا سفره خانه های سنتی مراجعه میکنند. و اگر در نظر بگیریم که هر فرد از یک قلیان و فقط یکبار استفاده می کند در حدود ۶۸ درصد از مراجعین قلیان مصرف می کنند و بقیه در معرض دود حاصل از قلیان اطرافیان قرار می گیرند. و متوسط زمانی که صرف استعمال قلیان می شود ۳۶ دقیقه می باشد که زمان نسبتا زیادی می باشد.

متوسط زمان استفاده از قلیان (دقیقه)	متوسط تعداد قلیان آماده شده در روز در هر واحد	متوسط افراد مراجعه کننده به مراکز عرضه قلیان در روز (با در نظر گرفتن ۸۰۰ باب مرکز عرضه قلیان)
۳۶	۳۴	۴۰۰۰

که این موضوع محیط این اماکن را به یک محیط نا امن از لحاظ بهداشتی تبدیل می نماید و افراد حاضر در این محلها به راحتی در معرض دود دست دوم دخانیات قرار دارند . مسئله استفاده از قلیان در اماکن عمومی به اینجا ختم نمی شود بلکه با توجه به اینکه قلیانها در طول روز برای افراد مختلفی آماده می شوند و افراد با هر سطح بهداشتی و سلامتی از آن استفاده می نمایند عاملی برای انتقال بیماریهایی واگیر از جمله سل، آنفولانزا، تب خال و می گردد. از طرفی با توجه به سود حاصل از این محل امکان گسترش آن به بقیه صنف ها نیز وجود دارد لذا کلیه مسئولین استان بایستی جهت کنترل این

معضل بهداشتی و اجتماعی کمر همت را بسته و در راستای آبادانی و توسعه استان دست به دست هم قدم های بزرگ و مستحکمی را بردارند.

بر اساس داده های موجود در مقاله ی متیاس اوبرگ و همکاران و با در نظر گرفتن جمعیت استان می توان برآورد کرد که حدود ۳۱۱۶۸۲ کودک (۴۰ درصد) سالانه در معرض دود دست دوم والدین خود قرار می گیرند ۳۸۱۲۱۴ نفر از مردان (۳۳ درصد) و ۴۰۰۹۴۱ نفر از زنان (۳۵ درصد) نیز در معرض دود دخانیات هستند. (اعداد ارزش آماری ندارند) در ماده ۸ دستورالعمل کنوانسیون بین المللی کنترل دخانیات آمده است: هیچ حد ایمنی برای مواجهه با دود سیگار وجود ندارد. تنها راه حفظ مردم از دود دست دوم ایجاد محیطهای سر بسته ۱۰۰ درصد عاری از دود می باشد. جداسازی افراد سیگاری و یا تهویه مناسب در محیطهای سیگاری افراد غیر سیگاری را از دود دست دوم حفاظت نمی کند. دود دست دوم می تواند از محل استعمال دخانیات به اتاق های دیگر گسترش یابد حتی اگر درب بین دو محل بسته باشد و یا حتی اگر تهویه مناسب هم انجام پذیرد. تنها ایجاد محل های ۱۰۰ درصد عاری از دود موثر می باشد. و در معرض دود قرار گرفتن دست کم ۳۰۰۰۰۰ کودک به تنهایی کافی است که میزان عوارض ناشی از دخانیات در جامعه افزایش یافته و از طرفی باعث افزایش سرانه مراقبت های بهداشتی گردد چرا که کودکان معصوم از سنین بسیار پائین با مواد سمی دود سیگار در

تماس هستند یعنی نوزادی که از بدو تولد والدین او در کنار او و در محیط های سرپسته اعم از منزل، محل کار، اتومبیل و ... دخانیات مصرف می کنند در سن جوانی بیشتر از فردی که در ۳۰ سالگی دخانیات مصرف کرده است از عوارض مواد سمی دخانیات رنج خواهد برد. نتایج مطالعه IrMIDHS در سال ۱۳۸۹ کشور نیز نشان می دهد که ۲۸,۸۶ درصد از کودکان حداقل یک روز در هفته در معرض دود دست دوم قرار می گیرند که در مناطق شهری ۲۶,۶۸ درصد و در مناطق روستائی ۳۲,۷۹ درصد است که با توجه به فضای منازل روستائی و در برخی موارد بالا بودن بعد خانوار در مناطق روستائی این ارقام دور از انتظار نمی باشد. اما لزوم کنترل استعمال دخانیات در فضاهای بسته به خصوص در محل هایی که کودکان در آن تردد و یا حضور دارند زمانی آشکارتر می شود که وضعیت استان با استانهای دیگر مقایسه می شود استان هایی که از درصد کشوری فاصله بیشتری دارند مانند استانهای همدان (با ۴۸,۶۸ درصد) کرمانشاه (۴۳,۵۳ درصد) و چهارمحال بختیاری (۴۳,۶۹ درصد) در رتبه های بعد از استان ما قرار دارند و متأسفانه استان آذربایجان غربی با ۵۴,۲۹ درصد رتبه اول کودکان در معرض دود دست دوم را دارا می باشد که این مسئله از طرفی باعث ایجاد مشکلات سلامتی برای این کودکان شده و از طرفی دیگر نقش موثری در سیگاری شدن آنها در آینده خواهد گذاشت.

علل مرگ و میر در استان

بررسی شایع ترین علل مرگ در استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۹ بیماریهای قلبی و عروقی با ۴۲,۱۴ درصد و سرطان ها با ۱۵,۶۶ درصد مرگها در استان رتبه اول و دوم را دارند

چهار بیماری عمده غیر واگیر (بیماریهای قلبی و عروقی، سرطانها، بیماری انسدادی مزمن ریوی و دیابت) مستقیما به سه عامل خطر اصلی قابل پیشگیری شامل مصرف سیگار، تغذیه نامناسب و نداشتن فعالیت بدنی مناسب (عوامل خطر رفتاری) وابسته هستند.

بررسی نتایج مطالعات میدانی

دخانیات معضلی است که تقریبا از زمان مایاها گریبانگیر بشر شده است و از سال ۱۹۶۴ که یکی از پزشکان ایالات متحده گزارشی در مورد خطرات ناشی از مصرف سیگار نوشت پژوهشهای فراوانی در مورد مضرات دخانیات و اثرات آن بر زندگی انسان از جنبه های مختلف انجام گرفت و نتایج آن به شکل مقالات و کتب علمی به چاپ رسیده و در دسترس قرار میگیرد. به منظور تبیین حجم مشکل استفاده از نتایج پژوهش های علمی و با استفاده از لغات کلیدی اپیدمیولوژی دخانیات، دود دست دوم، دخانیات و زنان و

عوارض دخانیات بر کودکان از سایت های سازمان بهداشت جهانی، PUBMED و دیگر سایت های مرتبط تعداد ۵۰ مقاله درج شده که از میان این مقالات موارد زیر به لحاظ ارتباط موضوع انتخاب و بصورت خلاصه درج گردیده است.

۱- مقایسه میزان نگرش و عملکرد دانشجویان دانشگاهی نسبت به مصرف دخانیات در سه کشور ایران، آمریکا و چین مصطفی شکوهی، احمد فیاض بخش، علی زارع، محبوبه پارسائیان، سیما رفیعی، مرضیه سلیمانی نژادپایش، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ۱۳۸۸ دوره ۸ بهار شماره ۲ صفحات ۲۰۳-۲۱۱ نتایج: در این مطالعه ۳۰۸۹ نفر از هر سه کشور شرکت نموده اند. میانگین دانش در این زمینه در زنان و مردان آمریکائی بیشتر از میانگین دانش در هر دو گروه زنان و مردان ایرانی و چینی و میانگین نگرش در ایرانی ها (زنان و مردان) بیشتر از آمریکائی ها و چینی هاست. دانش دانشجویان زن در خصوص دخانیات، در مقایسه با دانشجویان مرد ، اندکی بیشتر و نگرش آنها نسبت به دخانیات در مقیاس این مطالعه، تا حدودی منفی تر است. و همچنین دانشجویان مرد بیشتر از دانشجویان زن سیگار و سایر محصولات دخانی مصرف

می کنند. زنان و مردان آمریکائی خیلی بیشتر از زنان ایرانی و چینی تجربه جویدن تنباکو و کشیدن سیگار و پپ داشتند...

۲- الگوی مصرف سیگار در دانش آموزان نوجوان شهر تهران علی رضانخانی، فاطمه سربندی زابلی، افسانه رزقی، غلامرضا حیدری، محمدرضا مسجدی

فصلنامه پژوهشی پژوهنده ۱۳۸۹، دوره ۱۵ مرداد و شهریور، شماره ۳ صفحات ۱۱۵ - ۱۲۲ نتایج: نتایج با بسیاری از مطالعات در جهان همخوانی دارد. شیوع قابل توجه تجربه و مصرف دخانیات طراحی و اجرای برنامه های پیشگیری با رویکرد سطح اول پیشگیری جهت سنین پائین تر، نظارت و اجرای قوانین منع فروش دخانیات به نوجوانان و بررسی عوامل موثر بر مصرف لازم به نظر می رسد.

۳- ارزیابی تستهای عملکرد ریوی در مصرف کنندگان قلیان در اردبیل علی عابدی، بابک تیمورزاده، مهران ظریفی، ودود نوروزی، مصطفی محمدی نقده، سعید خامنه، رسول لطف اله زاده مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اردبیل ۱۳۸۹ دوره ۱۰ تابستان شماره ۲ صفحات ۱۲۸-۱۳۶

نتایج: با توجه به کاهش پارامترهای ریوی نسبت به اندازه نرمال آن به نظر می رسد که استفاده از قلیان نظیر سیگار در کاهش پارامترهای ریوی موثر بوده و می تواند اثرات تخریبی بر روی سیستم ریوی داشته باشد. با توجه به یافته های این مطالعه آگاهی دادن به مردم به ویژه جوانان در مورد مضرات قلیان توسط وسایل ارتباط جمعی ضروری می باشد.

۴- عوامل تعیین کننده استعمال سیگار در دانش آموزان دبیرستانی شهرستان جهرم کرامت اله رحمانیان ، عطیه جعفرزاده، علی خالوئی
پیاورد سلامت، ۱۳۸۹ دوره ۴ شماره ۱- ۲ صفحات ۸۸ - ۹۶
یافته ها : شیوع استعمال دخانیات در میان دانش آموزان مقطع دبیرستان و پیش دانشگاهی به ترتیب برابر ۹,۴ و ۱۲,۷ درصد بود.
۵۳ درصد از دانش آموزان سیگاری مقطع دبیرستان و ۸۸ درصد دانش آموزان مقطع پیش دانشگاهی برای اولین بار سیگار را از دوستان خود دریافت کرده بودند. قوی ترین فاکتور تعیین کننده استعمال دخانیات در میان دانش آموزان هر دو مقطع تحصیلی جنس بود.

نتیجه گیری: برنامه های موثر پیشگیری از استعمال دخانیات بایستی بر روی نفوذ دوستان و اعضای خانواده و به موضوع سن شروع و تداوم دخانیات متمرکز شود.

۵- ارتباط عوامل اجتماعی و دموگرافیک با استعمال دخانیات در ساکنان شهرستان ساوجبلاغ سوسن فرشی، مجتبی صداقت، علی پاشا میثمی، عشرت عبدالهی مجله دانشکده پزشکی، ۲۰۰۷، دوره ۶۵ شماره ۲ صفحات ۳۲ - ۴۰

یافته ها: میانگین تعداد مصرف سیگار در افراد سیگاری مورد مطالعه ۱۴,۶ نخ در روز بود. میانگین سن شروع مصرف سیگار ۱۸,۶ سال بود. ۵۰ درصد افراد تحت مطالعه در سن کمتر از ۱۸ سال شروع به کشیدن سیگار نموده بودند. میانگین سالهای تحصیل در افراد غیر سیگاری به طور معنی داری بیش از افراد سیگاری بود. بین سطح تحصیلات و تعداد مصرف سیگار در روز یک رابطه معکوس به دست آمد که از لحاظ آماری معنی دار بود. تعداد دوستان صمیمی و همین طور تعداد دوستان سیگاری در افراد سیگاری به طور معنی داری بیش از افراد غیر سیگاری بود.

تاریخچه کنترل دخانیات در جهان

لزوم کنترل دخانیات برای اولین بار در مجمع ۴۸ بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۵ آغاز شد. در سال بعد در مجمع ۴۹ تهیه مفاد کنوانسیون سازمان جهانی بهداشت در مورد کنترل دخانیات (FCTC) با درخواست مدیر کل در دستور کار مجمع قرار گرفت. مذاکرات واقعی در مورد FCTC در سال ۱۹۹۹ آغاز شد و یک سال بعد کنترل دخانیات توسط مدیر کل WHO دکتر گرو هارلم بروئینلند اولین اولویت سازمان بهداشت جهانی اعلام گردید. مفاد FCTC در ماه می سال ۲۰۰۳ توسط مجمع بهداشت جهانی تصویب و در ۲۷ فوریه سال ۲۰۰۵ به مرحله اجرائی وارد گردید. FCTC پاسخی به اپیدمی دخانیات و تعهد سازمان بهداشت جهانی برای برخورداری مردم از حق سلامتی با بالاترین استاندارد بود.

دخانیات و قوانین کشوری

همانگونه که قبلا ذکر شد کمک به برنامه های کنترل دخانیات باعث صرفه جویی های بسیاری در هزینه های بهداشتی و درمانی جامعه می گردد چه در فردی که خود مصرف کننده است و چه فردی که در معرض دود قرار دارد .

برای اجرای بهتر برنامه کنترل دخانیات مراحل مختلفی می توان در نظر داشت:

- ۱- جلوگیری از شروع مصرف در گروه های سنی در معرض خطر
- ۲- کاهش درصد افراد در معرض خطر مواجهه با دود دست دوم
- ۳- کمک به ترک افراد وابسته به دخانیات

علاوه بر اجرای برنامه های آموزشی و کمک به نهادینه شدن رفتارهای صحیح و بهداشتی در جامعه بایستی ابزارهای دیگری در مرحله اول برای کاهش دسترسی به مواد دخانی و در مرحله دوم حفظ ۱۰۰ درصدی اماکن عمومی از دود دست دوم به کار گرفته شود تا در هر سه مرحله ذکر شده بتوان موفق عمل نمود.

تصویب کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت توسط مجلس محترم شورای اسلامی و مجمع تشخیص مصلحت نظام به ترتیب در مورخه ۱۳۸۴/۸/۷ و متعاقبا قانون جامع کنترل و مبارزه با دخانیات که در تاریخ ۱۳۸۵/۶/۱۵ با تائید شورای نگهبان به تصویب مجلس محترم رسید ، به اجرای تعهدات بخش سلامت در پاسداری از سلامت عمومی در برابر تبعات ناگوار دخانیات جنبه قانونی بخشید. معاهده کنترل دخانیات در حال حاضر ۱۷۴ کشور عضو را حول خود گرد آورده است که به لحاظ وسعت بیش از ۸۵ درصد جمعیت جهان را تحت پوشش گرفته است. این معاهده در

تاریخ کاری سازمان ملل متحد از نظر تصویب و اجرائی شدن در بین سایر معاهدات بین المللی کوتاهترین زمان را به خود اختصاص داده است که خود نشان از مقبولیت عمومی آن در جامعه بین المللی دارد.

همانگونه که ذکر شد در سال ۱۳۸۵ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات در مجلس شورای اسلامی تصویب و جهت اجرا به سازمانهای درگیر ابلاغ گردید در آیین نامه اجرائی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی آشامیدنی - آرایشی و بهداشتی مواد ۱۳-۱۴-۱۵) و تبصره های مربوط به آن (فصل اول به صراحت استعمال و فروش مواد دخانی در محل های موضوع این قانون (در فصل ۵ آیین نامه ذکر شده است) ممنوع می باشد به جز اماكن ، مراکز و محلهایی که دارای مجوز عاملیت هستند.

اجرای کامل این قوانین می تواند کمک شایانی به کنترل و کاهش مصرف دخانیات در جامعه بنماید. و شایسته است که تمامی سازمانهای درگیر با تمام قوا نسبت به اجرائی نمودن برنامه در سطح جامعه اقدامات بایسته را انجام دهند .

تحلیل کلی

از دیدگاه سلامتی استعمال دخانیات رفتاری غیر بهداشتی است که عوامل زیادی از جمله عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و .. بر آن تاثیر گذار می باشند. اینکه کدام عامل نقش پررنگ تری دارد در هر فرد متفاوت است. و با توجه به این موضوع که انسان موجودی بسیار پیچیده و از شگفتی های خلقت به شمار میرود برنامه ریزی جهت ایجاد تغییر در رفتار او بسیار سخت و نیازمند بررسی همه جانبه عوامل تاثیر گذار می باشد تا با در نظر گرفتن همه جانبه این عوامل برنامه های عملیاتی مناسب هر گروه اجتماعی تدوین و اقدامات لازم جهت ایجاد تغییر رفتار و کاهش عادت غیر بهداشتی در افراد جامعه به مورد اجرا گذاشته شود. بر اساس مطالعات انجام گرفته در سطح بین المللی، ملی و دانشگاهی و تجربیات کارشناسی شبکه علیت موثر بر گسترش استعمال دخانیات به شرح ذیل بصورت خلاصه درج شده است.

شبهه علیت استعمال دخانیات



بر اساس شبکه علیت تنظیم شده و با در نظر داشتن حیطة سازمانی نظام سلامت مبنی بر تولید و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مداخله‌ای جهت کاهش بار عوارض بهداشتی - اجتماعی و اقتصادی ناشی از استعمال مواد دخانی، هدف‌گذاری و اتخاذ راهکارهای موثر به منظور کاهش استعمال مواد دخانی از اهمیت و جایگاه ویژه‌ای برخوردار می‌باشد که راهبردهایی نظیر کاهش تقاضا برای استعمال مواد دخانی با تاکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر جامعه و کاهش عرضه مواد دخانی دارای نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای هستند و عملیاتی نمودن این‌گونه راهبردها نیازمند وجود سیاست‌های جامع - روشن - بدون ابهام و قاطع در کنار تعامل و جلب مشارکت و هماهنگی‌های گسترده بین بخشی و فرابخشی می‌باشد .

لذا در راستای اهداف نظام سلامت (تامین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه استان) و با در نظر گرفتن توانمندی‌های سازمانی، همکاری‌های بین بخشی، پتانسیل‌های قانونی از جمله قانون آئین‌نامه اجرائی ماده ۱۳، قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات، کارگروه سلامت و امنیت غذایی و... و با در نظر گرفتن تجربیات کشورهای مختلف و گایدلاین‌های سازمان جهانی بهداشت بخصوص برنامه جامع **MPOWER** و با بکارگیری مداخلات چند وجهی از قبیل اعمال قوانین و مقررات کشوری، اجرای برنامه‌های آموزشی در جامعه به خصوص مدارس و دانشگاهها و محیط‌های کاری اهداف استراتژیک برنامه کنترل دخانیات در استان با در نظر گرفتن عوامل مختلف مستعدکننده، تسهیل‌کننده و پیش‌برنده از قبیل جوان بودن جامعه -

شیوع بسیار بالای استعمال دخانیات- تنوع قومیتی و فرهنگی- موقعیت جغرافیایی استان - شیوع قاچاق کالا بخصوص محصولات متنوع دخانی و سایر عوامل اجتماعی و با اجماع نظرات کارشناسی به شرح ذیل تعیین می شود :

اهداف استراتژیک برنامه جامع کنترل دخانیات در حوزه معاونت امور بهداشتی دانشگاه :

۱. کاهش شیوع مصرف در گروه های سنی آسیب پذیر و در معرض خطر

الف) کاهش تقاضا برای استعمال مواد دخانی با تاکید بر گروه های آسیب پذیر و در معرض خطر جامعه

ب) کاهش عرضه مواد دخانی

۲. کاهش مواجهه آحاد جامعه بخصوص گروههای سنی و جنسی پرخطر با

دود دست دوم

۳. کمک به ترک افراد وابسته به دخانیات

بدیهی است حوزه معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه متعهد به تدوین برنامه در خصوص اهداف استراتژیک مذکور بوده و مصمم است برنامه های تدوین شده را با عزم جدی و همت گروهی و با مشارکت و همکاری سازمانهای اجتماعی و انتظامی مسئول در سطح استان عملیاتی نماید و اقدام های متناسب با سیاستگزاری در سطح ملی از قبیل نظارت بر استفاده از توتون و تنباکو و افزایش مالیات بر توتون و تنباکو

و تصویب قوانین و مقررات متناسب از جمله در موارد دارای خلاء قانونی یا استیفای حقوق سازمانی (تخصیص بخشی از منابع حاصل از مالیات به برنامه های مبارزه) را از مرکز سلامت محیط و کار و سایر مراجع ذیربط پیگیری نماید. انشاء....

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 وزارت 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 و درمان مجلس شورای اسلامی ارائه می شود

تبصره ۳: نمایندگان دستگاه های دولتی مرتبط با موضوع مورد بحث به تشخیص دبیر ستاد بدون حق رای برای شرکت در جلسات دعوت می شوند.

ماده ۲- وظایف ستاد به شرح زیر است :

الف: تدوین دستورالعمل اجرایی مربوط به تعاریف، شمول و ویژگی های تبلیغات.

ب: تدوین و تصویب برنامه های آموزش و تحقیقات با همکاری دستگاه های 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 اجرا است

ماده ۳: هر نوع تبلیغ، تشویق، مستقیم و غیر مستقیم و یا تحریک افراد به استعمال

دخانیات اکیداً ممنوع است.

ماده ۴: سیاستگذاری، نظارت و مجوز واردات انواع مواد دخانی صرفاً توسط دولت انجام می گیرد.

ماده ۵: پیام های سلامتی و زیانهای دخانیات باید مصور و حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) سطح هر طرف پاکت سیگار (تولیدی - وارداتی) را پوشش دهد.

تبصره: استفاده از تعابیر گمراه کننده مانند ملایم، لایت، سبک و مانند آن ممنوع گردد.

ماده ۶: کلیه فرآورده های دخانی باید در بسته هایی با شماره سریال و برچسب ویژه شرکت دخانیات عرضه شوند. درج عبارت (مخصوص فروش در ایران) بر روی کلیه بسته بندی های فرآورده های دخانی وارداتی الزامی است.

ماده ۷: پروانه فروش فرآورده های دخانی توسط وزارت بازرگانی و براساس دستورالعمل مصوب ستاد صادر می شود.

تبصره: توزیع فرآورده های دخانی از سوی اشخاص فاقد پروانه فروش ممنوع است.

ماده ۸: هر ساله از طریق افزایش مالیات، قیمت فرآورده های دخانی به میزان ده درصد (۱۰٪) افزایش می یابد.

تا دو درصد (۲٪) از سرجمع مالیات ماخوذه از فرآورده 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 فعالیت های پیشگیرانه، درمان و توانبخشی افراد مبتلا به مصرف فرآورده 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 هرگونه تبلیغات مغایر با این قانون و آیین نامه اجرایی آن، جرم و مستوجب مجازات از دومیلیون یکصد و پنجاه هزار (۲۱۵۰۰۰۰) ریال تا دویست و پانزده میلیون (۲۱۵۰۰۰۰۰۰) ریال جزای نقدی است دادگاه مکلف است علاوه بر مجازات دستور جمع آوری محصولات مورد تبلیغ را صادر نماید و میزان مجازاتهای یاد شده براساس نرخ 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 دو میلیون یکصد و پنجاه هزار (۲۱۵۰۰۰۰) ریال تا یکصد و سی میلیون (۱۳۰۰۰۰۰۰) ریال جزای نقدی است و میزان مجازاتهای یاد شده براساس نرخ تورم (هر سه سال یکبار) با اعلام بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و تایید هیات وزیران قابل افزایش است.

ماده ۱۲: فروش یا عرضه به افراد زیر هجده سال یا به واسطه این افراد، علاوه بر ضبط فرآورده های دخانی کشف شده نزد متخلف، وی به جزای نقدی از چهار صد و سی هزار (۴۳۰۰۰۰) ریال تا دو میلیون و یکصد و پنجاه هزار (۲۱۵۰۰۰۰) ریال محکوم می شود، تکرار یا تعدد تخلف ، مستوجب جزای چهل و سه میلیون ریال (۴۳۰۰۰۰۰۰) 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.

ماده ۱۸ قانون رسیدگی به تخلفات اداری مصوب ۱۳۷۲/۹/۷ مجلس شورای اسلامی:

کلیه وزارتخانه ها، سازمانها، موسسات و شرکتهای دولتی، شرکتهای ملی نفت و گاز و پتروشیمی و شهرداریها و بانکها و موسسات و شرکتهای دولتی که شمول قوانین و مقررات عمومی به آنها، مستلزم ذکر یا تریح نام است، و موسساتی که تمام یا قسمتی از بودجه آنها از بودجه عمومی تامین می شود و نیز کارکنان مجلس شورای اسلامی و نهادهای انقلاب اسلامی مشمول مقررات این قانون هستند، مشمولان قانون استخدام نیروهای مسلح و غیر نظامیان ارتش و نیروهای انتظامی، قضات، اعضای هیئت علمی دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و مشمولان قانون کار از شمول این قانون خارج بوده و تابع مقررات مربوط به خود خواهند

الف: چنانچه مرتکب از کارکنان نهادهای مذکور باشد به حکم هیات رسیدگی به تخلفات اداری به یکی از تنبیههای مقرر در بند های (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.

ماده ۹: تنبیهات اداری

الف- اخطار کتبی بدون درج در پرونده استخدامی

ب- توبیخ کتبی با درج در پرونده استخدامی

ج- کسر حقوق و فوق العاده شغل یا عناوین مشابه حداکثر تا یک سوم از یک ماه تا یک سال

ب: سایر مرتکبین به جزای نقدی از سیصد هزار (۳۰۰۰۰۰) ریال تا چهارصد و سی هزار (۴۳۰۰۰۰) ریال محکوم می شوند.

تبصره ۱: مصرف دخانیات در اماکن عمومی یا وسایل نقلیه عمومی موجب حکم به جزای نقدی از دویست و بیست هزار (۲۲۰۰۰۰) ریال تا چهارصد و سی هزار (۴۳۰۰۰۰) ریال است.

تبصره ۲: هیات دولت می تواند حداقل و حداکثر جزای نقدی مقرر در این قانون را هر سه سال یک بار براساس 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 هرگونه 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 دویست و بیست هزار (۲۲۰۰۰۰) ریال تا هشتصد و هشت هزار (۸۶۰۰۰۰) 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 بعدی از محل درآمدهای حاصل از ماده (۸) همین قانون و سایر درآمدها در ماده (۹) هزینه گردد.

ماده ۱۸: آیین نامه اجرایی این قانون ظرف سه ماه به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری شرکت دخانیات ایران تدوین و به تصویب هیات وزیران می رسد.

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 ۱۳۸۵/۲/۵ به تایید شورای محترم نگهبان رسید.

غلامعلی حداد عادل

رئیس مجلس شورای اسلامی

بسمه تعالی

«باصلوات بر محمد و آل محمد»

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

شرکت دخانیات ایران

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۸۶/۷/۱ 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:

آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات

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: هرگونه فعالیت یا اقدام که به شکل مستقیم یا غیرمستقیم 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 فرآورده ای که تمام یا بخشی از ماده خام تشکیل دهنده آن گیاه توتون یا تنباکو یا مشتقات آن (به استثنای مواد دارویی مجازترک دخانیات به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد.

۶-استعمال دخانیات: هرگونه مصرف مواد دخانی از قبیل دود کردن، مکیدن، جویدن یا استنشاق از راه بینی و دهان

۷-سازمانهای غیردولتی: تشکل ها و نهادهای غیردولتی و مردمی از قبیل «انجمن» «جمعیت» «کانون» «مرکز» «گروه» «مجمع»، «خانه» و «موسسه» که توسط گروهی از اشخاص حقیقی یا حقوقی غیردولتی 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 آنها می باشد.

۸-اماکن عمومی: محل هایی که مورد استفاده و مراجعه جمعی یا عموم مردم است از قبیل اماکن متبرکه دینی، بیمارستانها، درمانگاهها، سالن های نمایش، سینماها، فضاهای عمومی، مهمانخانه ها و مهمانسراها و میهمانپذیرها، خوراک سراها (رستورانها)، قهوه خانه ها،

کارخانجات، 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 تولیدکننده انواع فرآورده 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 به نحوی 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 تولیدکنندگان و واردکنندگان و صادرکنندگان محصولات دخانی که تبلیغ محصولات دخانی محسوب 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 ومسئولین اماکن عمومی موظفند تابلوهای هشداردهنده 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 (۱۸سال) 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 (فروشنندگان مجاز) محصولات دخانی می باشند، در اختیار ستاد قراردادهد.

تبصره: مجوزعاملیت بازرگانی محصولات دخانی توسط شرکت دخانیات ایران بر اساس قوانین ومقررات مربوط صادرخواهد شد.

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

ماده ۱۵- کلیه مامورین بهداشتی و سایر مامورین ذیربط در اجرای این قانون موظفند گزارشهای خود را 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 بندی های فرآورده های دخانی وارداتی الزامی است.

تبصره ۱: فروش محصولات دخانی بصورت فله ای، باز ویا نخعی ممنوع است.

تبصره ۲: فروشگاههای واقع در مناطق آزاد 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: ازمحل درآمد حاصله حق کشف کارکنان نیروی انتظامی، بازرسین و هزیننه 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 و 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 نامه و دستورالعملهای مرتبط ممنوع است.

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

وزارتخانه های جهادکشاورزی 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 سرجمع مالیات مذکور در ماده (۸) قانون در بودجه سنواتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منظور میگردد تا برای تحقق اهداف مبارزه و کنترل استعمال مواد دخانی در اختیار سازمانها، موسسات و جمعیتها قرار گیرد.

تبصره: ستاد ضوابط کمک به سازمانهای غیردولتی راتعیین و تصویب خواهدکرد.

ماده ۲۰- هر سه سال یکبار ، حداقل و حداکثر جزای نقدی مقرر در قانون به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس 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 ۱۶۰:

کلیه وزارتخانه ها، موسسات و شرکتهای دولتی موضوع ماده (۴) قانون محاسبات عمومی کشور، مصوب ۱۳۶۶/۶/۱ و سایر شرکتهایی که بیش از ۵۰ درصد سرمایه و سهام آنها منفردا، یا مشترکا به وزارتخانه ها، موسسات دولتی و شرکتهای دولتی، به استثنای بانکها و موسسات اعتباری و شرکتهای بیمه قانونی، تعلق داشته باشند و همچنین شرکتهای و موسسات دولتی که شمول قوانین و مقررات عمومی به آنها، مستلزم ذکر یا تصریح نام است، از جمله: شرکت ملی نفت ایران و شرکتهای تابعه وابسته به وزارت نفت و شرکتهای تابعه آنها، سازمان گسترش و نوسازی معادن و صنایع معدنی ایران و شرکتهای تابعه در موارد مربوط، مشمول مقررات این قانون می باشند.

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

ماده ۲۳- دستگاههای ذیربط به ویژه شرکت دخانیات ایران موظفند اطلاعات مورد نیاز در رابطه با مفاد این 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 دبیرخانه ستاد به شرح زیر تعیین می گردد:

۱- انجام بررسی های لازم درخصوص 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 هماهنگی های لازم با سایر وزارتخانه ها و سازمانها برای دعوت آنها به شرکت در جلسات برحسب مورد.

۵- تدوین وارایه گزارش عملکرد ستاد

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

۷- جمع آوری وثبت اطلاعات و آمار

۸- هماهنگی امور اجرایی مربوط به قانون

۹- تهیه و تدوین دستورالعملها و پیشنهاد راهبردها به ستاد

ماده ۲۶- تعداد اعضاء، ترکیب، وظایف و سایر مقررات مربوط به کارگروههای تخصصی طی دستورالعملی که به تصویب ستاد میرسد، تعیین میگردد.

پرویز داودی

معاون اول رئیس جمهور

رونوشت :

به دفتر مقام معظم رهبری ، دفتر رئیس جمهور ، دفتر ریاست قوه قضائیه ، دفتر معاون اول رئیس جمهور ، دفتر معاون اجرایی رئیس جمهور، دفتر معاون حقوقی و امور مجلس رئیس جمهور ، دفتر رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام ، دیوان محاسبات کشور ، دیوان عدالت اداری ، اداره کل قوانین مجلس شورای اسلامی ، سازمان بازرسی کل کشور ، اداره کل حقوقی ، اداره کل قوانین و مقررات کشور ، کلیه وزارتخانه ها ، سازمانها و موسسات دولتی ، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران ، دبیرخانه شورای اطلاع رسانی دولت و دفتر هیئت دولت ابلاغ می شود .

حقایق در مورد دخانیات

- بیش از ۴۰۰۰ ماده در دود توتون وجود دارد که ۲۵۰ نوع آن خطرناک شناخته شده و حداقل ۵۰ مورد آنها عامل شناخته شده سرطان هستند.
- اپیدمی دخانیات سالانه باعث ۶ میلیون مرگ در جهان می شود.
- ۸۰ درصد از این مرگها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد.
- نسبت زنان سیگاری به مردان سیگاری در حال افزایش است در حال حاضر در ازای هر ۶ نفر مرد سیگاری یک نفر زن، سیگاری است.
- مصرف گهگاهی قلیان به خصوص در بین زنان با سن کم رواج یافته و خطر اعتیاد(وابستگی) به نیکوتین در زنان را افزایش می دهد.
- مصرف کنندگان روزانه به خصوص در بین زنان شهر های بزرگ در حال افزایش می باشد.
- دود دست دوم: دودی است که وقتی مردم ترکیبات تنباکو مثل سیگار، قلیان و ... را در فضاهای بسته مانند رستورانها، ادارات و یا محیطهای سر بسته دیگر روشن می نمایند تولید می شود. و افراد در معرض خطرات ناشی از آن قرار میگیرند.
- در ماده ۸ دستورالعمل کنوانسیون بین المللی کنترل دخانیات آمده است. هیچ حد ایمنی برای در معرض دود قرار گرفتن وجود ندارد. تنها راه حفظ مردم از دود دست دوم ایجاد محیطهای سر بسته ۱۰۰ درصد عاری از دود می باشد.
- دود دست دوم باعث ۶۰۰۰۰۰ مرگ زودرس در سال است. در بزرگسالان دود دست دوم عامل جدی بیماریهای قلبی-عروقی و تنفسی از جمله بیماری عروق کرونر

قلب و سرطان ریه است. در نوزادان نیز عامل مرگ ناگهانی است. در زنان باردار باعث تولد نوزادان با وزن کم می شود.

❁ جداسازی افراد سیگاری و یا تهویه مناسب در محیطهای سیگاری افراد غیر سیگاری را از دود دست دوم حفاظت نمی کند. دود دست دوم میتواند از محل استعمال دخانیات به اتاق های دیگر گسترش یابد حتی اگر درب بین دو محل بسته باشد و یا حتی اگر تهویه مناسب هم انجام پذیرد، تنها ایجاد محل های ۱۰۰ درصد عاری از دود، موثر می باشد.

❁ حدود ۴۰ درصد از کل کودکان در دنیا به طور مرتب در معرض دود دست دوم سیگار هستند. ۳۱ درصد از مرگ و میرها در کودکان به دود دست دوم متسبب می باشد.

❁ بیش از ۵۰ درصد از کودکان استان حداقل هفته ای یکبار در معرض دود سیگار هستند.

❁ احتمال شروع استعمال دخانیات در جوانان در معرض دود دست دوم در محیط خانه، یک و نیم تا دو برابر بیشتر از جوانانی است که در معرض دود دست دوم نیستند.

❁ کاهش یک درصدی در شیوع مصرف دخانیات باعث کاهش ۳۵ دلار در سرانه هزینه های مراقبت های بهداشتی خواهد گردید.

❁ ۱۰ درصد از هزینه های اقتصادی دخانیات به دود دست دوم منسوب است.

استفاده از دخانیات هم هزینه اقتصادی مستقیم مانند هزینه درمان بیماریهایی ناشی از مصرف دخانیات و هزینه های غیر مستقیم مانند کاهش بهره وری در اثر بیماری و یا از دست رفتن دستمزد و در آمد در اثر مرگ را به جامعه تحمیل می کند.

قانون اماکن عمومی بدون دود برای بیش از ۹۴ درصد مردم اجرایی نشده است. با اینحال در سال ۲۰۰۸ تعداد مردمی که توسط این قانون از مضرات ناشی از دود دست دوم محافظت شده اند از ۲۰۸ میلیون نفر در سال ۲۰۰۷ به ۳۶۲ میلیون نفر افزایش یافته است (به این معنی که ۷۴ درصد به جمعیت اولیه افزوده شده است) از ۱۰۰ شهر پر جمعیت ۲۲ شهر بدون دود هستند.

منابع:

- ۱) <http://academic.udayton.edu/health/syllabi/tobacco/history.htm>
- ۲) Noncommunicable diseases Factsheet Updated March ۲۰۱۳
Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs۳۵۵/en/>
- ۳) tobacco_industry/hookahs/Available at : http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets
- ۴) Carbon monoxide poisoning in narghile (water pipe) tobacco smokers _____ available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/۱۹۵۷۶۷۱۳>
- ۵) The Chemical Constituents in Cigarettes and Cigarette Smoke:Priorities for Harm Reduction available at <http://www.ndp.govt.nz/moh.nsf>
- ۶) economics& hazard of tobacco available at <http://healthliteracy.worlded.org/docs/tobacco/>

- ۷) Fact sheet N ۳۳۹ May ۲۰۱۲ Available at www.who.int/mediascenter.
- ۸) The Effect of the California Tobacco Control Program on Smoking Prevalence, Cigarette Consumption, and Healthcare Costs: ۱۹۸۹-۲۰۰۸ Available at <http://www.plosone.org>
- ۹) [nmh/publications/ncd_report_chapter۱.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter۱.pdf) Available at : www.who.int.
- ۱۰) Women and the Tobacco Epidemic Available at [The World Health Organization](http://www.who.int)
- ۱۱) Errors in estimates of smoking-related deaths derived from nonsmoker mortality Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- ۱۲) Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from ۱۹۲ countries available at <http://www.thelancet.com/journals>
- ۱۳) [tobacco/mpower/۲۰۰۹/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/mpower/۲۰۰۹/en/index.html) Available at [:http://www.who.int/](http://www.who.int/)
- ۱۴) [fctc/about/history/en/index.html](http://www.who.int/fctc/about/history/en/index.html) Available at [:http://www.who.int/](http://www.who.int/)
- ۱۵) *who framework convention on tobacco control*. ۲۰۱۱

۱۶) گزارش وضعیت عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر در جمهوری اسلامی (۱۳۸۵-۱۳۸۹)

۱۷) کاربخش، س.س.م، ارتباط مصرف سیگار و قلیان با ریسک بروز سوانح ترافیکی. دانش و تندرستی، ۱۳۸۹

۱۸) کاهش رفتارهای پر خطر- معاونت اجتماعی و امور فرهنگی شهرداری تهران