

دبیرخانه کمیته کشوری کنترل دخانیات

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشتی

کنترل و کاهش مصرف دخانیات

در جوانان و نوجوانان

برنامه کنترل دخانیات

استعمال دخانیات در حال حاضر بعنوان شایع ترین عامل قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان شناخته شده است. بنابر اطلاعات موجود، بیماریهای ناشی از استعمال دخانیات مسئول ۱۲/۵ درصد کل مرگهای رخ داده در جهان می باشد. همچنین در صورت ادامه روند صعودی استعمال دخانیات در جهان طی ۲۰ سال آینده سالیانه ده میلیون مرگ ناشی از بیماریهای مرتبط از استعمال دخانیات بروز مینماید که بیش از ۷۰ درصد این مرگها در کشورهای درحال توسعه اتفاق می افتد.

در کشور ما براساس آمار موجود ۱۱/۷ درصد از جمعیت بالای ۱۵ سال سیگاری هستند. بیش از ۶۵ درصد جمعیت کشور در سنین نوجوانی و جوانی قرار دارند که شایع ترین سن آغاز استعمال دخانیات است. ۲/۵ درصد جمعیت زنان کشور سیگاری هستند که بازار بالقوه ای را برای صنایع چندملیتی استعمال دخانیات تشکیل می دهند. صنایع چند ملیتی دخانیات از طریق انعقاد قراردادهایی با شرکت دخانیات ایران وارد بازار کشور شده اند و احتمال ورود قویتر این کمپانیها از طریق خصوصی سازی صنعت دخانیات وجود دارد. طی سالهای اخیر استعمال انواع خاصی از مواد دخانی مانند قلیان بطور گسترده در جامعه شایع شده است که نقش خاصی را در ورود جوانان و نوجوانان به عرضه استعمال دخانیات ایفا می نماید.

باتوجه به واقعیتهای فوق در صورت فقدان سیاستهای جامع کنترل دخانیات شامل افزایش آگاهیهای عمومی، گسترش مراکز مشاوره ترک دخانیات، کاهش دسترسی به مواد دخانی و سایر موارد مشابه طی سالهای پیش رو با افزایش چشمگیری در شیوع استعمال دخانیات و مشکلات ناشی از آن روبرو خواهیم بود.

در حال حاضر مصوبات و قوانین موجود مرتبط با کنترل دخانیات از ضمانت اجرایی لازم برخوردار نبوده که در پاره ای از موارد ناشی از عدم آگاهی مسئولین یا عدم اعتقاد آنها به اجرای قوانین فوق می باشد. ضمناً کشور فاقد قانون جامعی برای کنترل همه جانبه دخانیات می باشد.

عدم گسترش تسهیلات ترک دخانیات و فقدان سیستم جامع و متمرکز برای اطلاع رسانی به روز مسائل مرتبط با دخانیات از مشکلات دیگر موجود در این زمینه است. این برنامه درصدد است تا با راه اندازی و فعال کردن کمیته های استانی و کشوری کنترل دخانیات با همکاری تمامی نهادها و سازمانهای مؤثر در کنترل استعمال دخانیات در سطح کشور به نتایج زیر دست یابد.

- ارتقاء آگاهی عمومی بویژه در گروه نوجوانان و جوانان و جامعه زنان

- کاهش دسترسی به مواد دخانی در جامعه

- اجرایی نمودن مصوبه مورخ ۷۶/۱۰/۱۵ در خصوص ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی مسقف و

آئین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی در خصوص ممنوعیت

عرضه، فروش و استعمال دخانیات در اماکن مشمول قانون مذکور.

- ایجاد و توسعه مراکز ترک دخانیات در سیستم بهداشتی کشور

- حمایت و پشتیبانی در جهت تصویب قانون جامع کنترل دخانیات.

بررسی ها نشان داده است کشورهای که برنامه های کنترل دخانیات را بطور جدی پیشگیری مینمایند و بطور

همه جانبه با این پدیده مقابله می کنند شاهد کاهش استعمال دخانیات بوده اند.

وجود چهار هزار نوع ماده شیمیایی و سم در ترکیب دود سیگار و استنشاق آن موجب بروز مخاطرات برای سلامتی مصرف کنندگان دخانیات و اطرافیان افراد سیگاری می گردد ، طبق مطالعات انجام شده در سراسر دنیا درخصوص بیماریهای مرتبط با استعمال دخانیات ، حداقل ۲۵ نوع بیماری خطرناک شامل انواع سرطانها و بیماریهایی مانند قلب و عروق ، ریه ، کبد ، گوارش ، جنین ، نازایی و ... به اثبات رسیده است .

بروز ۵۰ هزار مرگ در ایران و یا در هر ۸ ثانیه یک مرگ ناشی از مصرف دخانیات در جهان شدت خطر دخانیات را روشن می کند .

مصرف دخانیات و خطرات آن چنان اهمیت پیدا کرده که سازمان جهانی بهداشت مبارزه با آن را بعنوان اولویت اول برنامه های خود مد نظر قرار داده و برای اولین بار توسط این سازمان کنوانسیون جهانی تحت عنوان کنوانسیون کنترل دخانیات با مشارکت نمایندگان کشورهای جهان تنظیم شده و به امضاء وزراء بهداشت کشورهای عضو رسیده است .

محورهای اصلی این کنوانسیون عبارتند از : جنبه های سلامتی مصرف دخانیات ، اقتصاد ، قاچاق ، خرید و فروش ، تولید صنایع دخانیات ، کشاورزی ، مالیات ، تبلیغات ، آموزشهای بهداشتی ، تجارت و بالاخره غرامت

طبق اطلاعات منتشره توسط سازمان جهانی بهداشت سالیانه از ۳۰۰ میلیارد دلار درآمد کمپانیهای دخانیات ۲۰۰ میلیارد دلار آن سود خالص می باشد ، بدیهی است صنایع مذکور برای حفظ منافع خود حاضرند دست به هر اقدامی بزنند . پس از تصویب مفاد کنوانسیون ، فشار کشورهای بزرگ روی کمپانیهای چند ملیتی دخانیات افزایش یافته و لذا کمپانیهای مذکور برای کاهش فشارهای وارده اقدام به توسعه صنایع خود به کشورهای در حال توسعه نموده اند .

آنچه مسلم است تولید و توسعه هر محصولی نهایتاً دسترسی به تولیدات را افزایش می دهد بخصوص زمانی که هدف تولید جوانان باشند . در یک جامعه پایدار کسب درآمدهای محدود حاصل از تولید و فروش محصولات دخانی در مقایسه با تحمیل هزینه های کلان درمان بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات ، مرگ و میر زودرس و از دست رفتن منابع و نیروهای فعال جامعه امری غیرقابل توجه می باشد . هزینه های قابل محاسبه ناشی از مصرف دخانیات در ایران ، ۱۰۰۰ میلیارد تومان ناشی از مصرف سیگار و دود شدن آن و ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ میلیارد تومان صرف بیماریهای ناشی از

مصرف میباشد. لازم به ذکر است هزینه های سلامتی ناشی از مصرف دخانیات به هیچوجه قابل قیاس با درآمدهای محدود ناشی از تولید نیست .

در وزارت بهداشت کمیته ملی کنترل دخانیات با هدف ارتقاء و حفظ سلامت نسل حال و آینده از زیانهای بهداشتی ، اقتصادی و اجتماعی مصرف دخانیات و تماس با دود آن و با حضور نمایندگان دستگاههای مختلف از جمله صدا و سیما ، شهرداری ، سازمان مدیریت و برنامه ریزی ، وزارت صنایع ، فرهنگ و ارشاد اسلامی ، آموزش و پرورش و ... تشکیل شده است و تاکنون با حمایت دستگاههای ذیربط قدمهای مؤثری از جمله مصوبه ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی هیئت محترم دولت در سال ۱۳۷۶ داشته است . از سایر فعالیتهای عمده در راستای کنترل مصرف دخانیات حضور فعال رسانه ها و حمایت و همکاری مسئولین و مدیران برنامه ریزی سازمان صدا و سیما در پیشبرد و اهداف کنترل دخانیات ، ایجاد مراکز مشاوره ترک دخانیات در سیستم بهداشتی کشور جهت ارائه خدمات ترک سیگار به افراد سیگاری و پیشگیری از ابتلاء جوانان و نوجوانان به مصرف سیگار ، رد لایحه لغو انحصار دخانیات ، تدوین لایحه قانون جامع کنترل دخانیات که در هیأت محترم دولت مطرح است ، پیگیری مقدمات ارائه کنوانسیون جهانی کنترل دخانیات به مجلس شورای اسلامی ، را می توان نام برد .

پرواضح است که حرکت موفق در جهت کنترل مصرف دخانیات تنها با هماهنگی همه جانبه و حضور فعال کلیه

بخشها میسر خواهد شد .

بیان مسئله :

همه گیری دخانیات یک مشکل جهانی است و الگوهای مصرف دخانیات به نسبت درآمد ، جمعیت، گروههای سنی و سیاستهای کنترلی دخانیات در کشورهای جهان متفاوت می باشد . در حال حاضر ۱/۲۵ میلیارد نفر از جمعیت جهان سیگاری هستند که ۸۰ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه بسر میبرند.

در بعضی کشورها با اجرای برنامه های کنترلی شامل افزایش قیمت ، ممنوعیت مصرف در اماکن عمومی ، درمان و ترک معتادین به مواد دخانی و بالاخره مبارزه با بازار توانسته اند مصرف دخانیات را کاهش دهند ، بعنوان مثال در کالیفرنیا طی سالهای ۹۵ تا ۹۹ ، ۴۳ درصد نزد جوانان کاهش مصرف ایجاد شده و در سال ۲۰۰۳ این رقم به ۵۸ درصد کاهش رسیده است و در ماساچوست با اجرای افزایش مالیات ۷۰ درصد کاهش مصرف در دانش آموزان دبیرستان ایجاد شده است . در مقابل ، روند مصرف دخانیات در کشورهای با درآمد پایین و متوسط حدوداً سالیانه ۳/۴ درصد افزایش نشان داده است . طبق آمار سال ۱۹۹۵ بانک جهانی شیوع کلی مصرف دخانیات در کشورهای در حال توسعه ۴۹ درصد و در کشورهای توسعه یافته ۳۸ درصد بوده است .

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

در بخش تولید و کشاورزی ، در حال حاضر توتون در بیش از یکصد کشور جهان کشت می شود که از این تعداد حدود ۸۰ کشور جزء کشورهای در حال توسعه با سطح زیر کشت ۵/۳ میلیون هکتار می باشند . و در کشور ما حدود ۱۷ هزار هکتار از بهترین زمینهای زراعی زیر کشت توتون می باشد .

زیانهای ناشی از مصرف دخانیات :

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

۹۰ درصد سرطان ریه ، ۱۵ تا ۲۰ درصد سایر سرطانها ، ۷۵ درصد برونشیت مزمن و آمفیژم و ۲۵ درصد مرگ و

میر ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی در سنین ۳۵ تا ۶۹ سال ، ناشی از مصرف دخانیات بوده است.

در حال حاضر ۴ میلیون نفر هر ساله در اثر ابتلا به بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات جان خود را از دست می

دهند . با الگوهای جاری استعمال دخانیات ، ۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت حال حاضر دنیا ، بالاخره بعلت مصرف دخانیات

خواهند مرد . که بیش از نیمی از این افراد را کودکان و نوجوانان امروز تشکیل می دهند . تا سال ۲۰۳۰ انتظار می رود

که دخانیات با قربانی کردن ۱۰ میلیون نفر در سال ، بیش از کل مرگهای ناشی از مالاریا ، مادران باردار ، کودکان و سل

، تنها عامل عمده مرگ در دنیا باشد . بیش از ۷۰ درصد این مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می

افتد . در ایران نیز مرگهای ناشی از مصرف دخانیات به ۵۰ هزار نفر در سال برآورد شده است و پیش بینی می شود

طی ۲۰ سال آینده این میزان به ۲۰۰ هزار نفر در سال افزایش یابد .

اثرات استنشاق تحمیلی دود سیگار نیز کمتر از عوارض ناشی از استعمال دخانیات نمی باشد ، دانشمندان بر این

عقیده اند که دود محیطی از نقطه نظر سلامت هیچ آستانه مجازی ندارد ، بنابراین بهترین راه محافظت از آن قرار

نگرفتن در معرض استنشاق تحمیلی دود سیگار می باشد در حالیکه طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت بیش از ۴۰

درصد افراد و تعداد ۷۰۰ میلیون کودک یا به عبارتی نیمی از کودکان در معرض استنشاق تحمیلی دود سیگار هستند .

زیانهای اقتصادی ناشی از مصرف دخانیات :

براساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت ۲ تا ۳ برابر هزینه مصرف دخانیات صرف درمان بیماریهای ناشی از آن

می گردد چنانچه به گزارش شرکت دخانیات ایران ، مصرف داخلی ۵۰ میلیارد نخ باشد بطور متوسط سالانه ۱۰۰۰

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

می گردد .

بنابه گزارش بانک جهانی در ایالات متحده هزینه های مراقبتهای بهداشتی ناشی از دخانیات ۷ درصد کل هزینه

های بهداشتی یا به عبارتی ۲-۳/۷۱ دلار به ازای هر بسته سیگار ۲۰ تایی فروخته شده می باشد . چنانچه این رقم بطور

متوسط ۳ دلار به ازای هر پاکت فرض شود ، برای مصرف ۵۰ میلیاردی ایران هزینه مراقبتهای بهداشتی چیزی حدود ۶۰۰۰ میلیارد تومان می گردد .

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

• زیانهای اجتماعی ناشی از مصرف دخانیات :

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

• زیانهای زیست محیطی ناشی از دخانیات :

از بین رفتن خاک ، تخریب جنگلها ، و مصرف آفت کشها و آلودگی آبهای زیرزمینی و هوا از مضرات زیست محیطی دخانیات می باشد . مصرف مواد مغذی خاک توسط گیاه توتون موجب عاری شدن خاک از این مواد شده و از طرفی موجب جذب آفتها می گردد و استفاده از انواع کودهای شیمیایی و آفت کشها آلودگیهای آبهای زیرزمینی را بدنبال دارد ، از طرفی مقدار زیادی از درختان جنگلها برای سوخت در عمل آوردن توتون از بین می روند . آلودگی هوا ناشی از دود سیگار نیز یکی دیگر از زیانهای آن می باشد . دود سیگار دارای دو جریان اصلی و کناری است جریان اصلی هنگام پک زدن به دهان و ریه وارد می شود و جریان کناری در فاصله پک زدن از نوک سیگار در هنگام بازدم وارد محیط و سپس ریه می شود . دود سیگار حاوی ۴۰۰۰ نوع ماده با آثار آنتی ژنی ، جهش زایی و سرطان زایی ، دارویی و ضد سلولی است.

در حال حاضر نگرانی از افزایش مصرف دخانیات در جامعه علی الخصوص نزد جوانان بدلیل ذیل وجود دارد :

- عدم آگاهی افراد جامعه علی الخصوص جوانان از مضرات استعمال دخانیات و بی توجهی به اعتیادآور بودن این محصول

- نداشتن تشکیلاتی در سیستم بهداشتی کشور جهت ارائه خدمات مشاوره ای به خانواده ها و سایر گروههای هدف و همچنین درمان و مراقبت از افراد سیگاری علاقه مند به ترک
- عدم وجود نظارت مستمر و پایش مناسب از برنامه های کنترل دخانیات و از طرفی :

واردات سیگار توسط تعداد معدودی از کمپانیهای چندملیتی که قبلاً سیگار را بطور قاچاق وارد کشور می کردند و اخیراً با شرکت دخانیات وارد تجارت رسمی شده اند . (بنابه گزارش بانک جهانی بعنوان مثال در کشورهای تایلند، ژاپن ، تایوان پس از گشوده شدن بازار بروی شرکتهای چند ملیتی محصولات دخانی ، مصرف دخانیات به میزان ۱۰ درصد افزایش یافته است .)

عدم کنترل اساسی واردات قاچاق

واردات سیگار قاچاق توسط سایر کمپانیهایی که خارج از گردونه تجارت رسمی قرار گرفته اند . اشباع بازارهای داخل از سیگارهایی که از طریق تجارت رسمی و قاچاق وارد می شوند . عدم توجه به قوانین موجود درخصوص ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع موادغذایی و در دسترس بودن محصولات دخانی در هر نقطه از کشور وجود نگرانی از بازگشت بخش خصوصی در تولید و فروش محصولات دخانی علیرغم رد لایحه لغو انحصار دخانیات ناکافی بودن فرصتهای مناسب برای اوقات فراغت جوانان برخورد غیراصولی متولیان امور فرهنگی و اجتماعی با معضل سیگار تأثیر شخصیتهای سیگاری که از نظر اجتماعی ، مذهبی برای جوانان الگو هستند .

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

کنترل دخانیات افزایش یابد ، تا بتوان گامی مؤثر در جهت پیشگیری از ابتلا، به مصرف دخانیات و ترک سیگار و درمان افراد سیگاری و در نهایت جامعه ای عاری از دخانیات برداشت .

روش کار : (راهبردها)

تشکیل کمیته کشوری کنترل دخانیات با حضور نمایندگان تام الاختیار وزارتخانه ها و سازمانهای دولتی و غیردولتی مرتبط

تدوین و اجرای طرحهای کاربردی در زمینه کنترل دخانیات

برگزاری سمینارها و کارگاههای ملی و بین المللی مرتبط با کنترل دخانیات

تدوین برنامه های آموزشی مؤثر

پیگیری اجرای مصوبه مورخ ۷۶/۱۰/۱۵ هیأت محترم دولت در خصوص ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن

عمومی

تدوین پیش نویس قانون جامع کنترل دخانیات و ارائه آن به دولت محترم

برگزاری کارگاه راه اندازی مراکز مشاوره ترک دخانیات به منظور ادغام خدمات مشاوره ای ترک دخانیات در نظام

بهداشتی کشور

راه اندازی ۱۰ مرکز مشاوره ترک دخانیات در ۱۰ استان پایلوت و تدوین دستورالعملهای مرتبط

تدوین آئین نامه اجرایی مرتبط با ممنوعیت عرضه و فروش محصولات دخانی در اماکن مشمول قانون اصلاح ماده

۱۳ موادخوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی و تنظیم تفاهم نامه مرتبط با تعیین ضوابط عاملین عمده و خرده

فروش محصولات دخانی در راستای اجرای بهتر آئین نامه اجرایی قانون مذکور

مشارکت در تدوین کنوانسیون جانی کنترل دخانیات و انجام مراحل مقدماتی تصویب آن از طریق مجلس محترم

شورای اسلامی

نظارت و پایش بر اجرای برنامه کنترل دخانیات و فعالیت مراکز مشاوره ترک دخانیات

نتایج و یافته ها :

در حال حاضر ۱/۲۵ میلیارد نفر در جهان سیگاری هستند که ۸۰ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه بسر می برند .

در ایران نیز طبق مقایسه دو مطالعه شیوع استعمال دخانیات بین سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸ در هر دو جنس کاهش یافته است . نسبت استعمال دخانیات در گروه سنی ۶۹ - ۱۵ سال از ۱۴/۶ درصد در سال ۱۳۷۰ به ۱۱/۷ درصد در سال ۱۳۷۸ رسیده است .

طبق مطالعات مذکور علیرغم کاهش مصرف سیگار در کل جامعه ، لیکن مصرف قلیان و یا چپق در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال از ۰/۸ به ۱/۴ درصد رسیده است .

یکی از مهمترین عوامل کاهش مصرف دخانیات در کشور طی دهه گذشته به تأثیر ممنوعیت تبلیغات صنایع دخانیات می توان اشاره داشت که در مقایسه با سایر کشورهای در حال توسعه در وضعیت مطلوبتری قرار دارد .

بنا به گزارش بانک جهانی در کشورهای تایلند ، ژاپن ، تایوان پس از گشوده شدن بازار روی شرکتهای چندملیتی محصولات دخانی ، مصرف دخانیات به میزان ۱۰ درصد افزایش یافته است .

مطالعات نشان داده است افزایش ۱۰٪ قیمت مواد دخانی موجب کاهش ۴٪ مصرف به کشورهای پیشرفته و کاهش ۸۰٪ مصرف در کشورهای در حال توسعه شده است .

در حال حاضر ۵ میلیون نفر هر ساله در اثر ابتلاء به بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات در جهان می میرند ، که متأسفانه ۷۰ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه بسر می برند .

در ایران سالانه ۵۰ هزار مرگ بدلیل بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات اتفاق می افتد که در صورت نداشتن برنامه های کنترل این میزان به ۲۰۰ هزار مرگ در سال طی ۲۰ سال آینده خواهد رسید . ایجاد مراکز درمانی و مشاوره ترک دخانیات بعنوان یکی از برنامه های کنترلی در ترک دخانیات مؤثر بوده بعنوان مثال در انگلستان اولین فعالیت های ترک سیگار در سال ۱۹۷۰ آغاز و تا سال ۱۹۹۰ منجر به کاهش استعمال دخانیات در میان مردان از ۵۳٪ به ۳۱٪ و زنان از ۴۱٪ به ۲۹٪ گردید . در ایران نیز ۱۰ مرکز مشاوره ترک دخانیات در ۱۰ استان پایلوت کشور ایجاد شد . طبق آمار حدود ۸۰٪ افراد سیگاری مایل به ترک می باشند که اگر شخصاً اقدام به ترک نمایند احتمال موفقیت آنان حدود ۶٪ درصد می باشد . که در کشورهای پیشرفته با کمک کلینک های ترک دخانیات احتمال موفقیت ۲۰٪ می باشد که در این کشورها با گذشت ۳۰ سال درصد سیگاری ها ۳۰٪ کاهش یافته است .

در حالیکه میزان موفقیت مراکز مشاوره ترک دخانیات در برخی مراکز در کشور(تهران - یزد -) تا ۵۰٪ گزارش شده است .

یکی از برنامه های کنترلی مشارکت کلیه سازمانها و وزارتخانه های ذیربط در برنامه کنترل دخانیات می باشد که بدین منظور کمیته کشوری کنترل دخانیات با حضور نمایندگان سایر وزارتخانه ها و سازمانهای مرتبط تشکیل گردید و فعالیتهای زیادی از طریق کمیته انجام شده است .

تدوین پیش نویس قانون جامع کنترل دخانیات که در حال حاضر در هیأت محترم دولت مطرح است .
برگزاری کارگاهها و سمینارهای درون بخشی و بین بخشی به منظور ارتقاء آگاهی گروههای هدف و پیشگیری از ابتلاء افراد علی الخصوص جوانان به استعمال دخانیات .
- مشارکت در تدوین کنوانسیون جهانی کنترل دخانیات که در حال حاضر مقدمات ارسال آن جهت تصویب مجلس محترم شورای اسلامی در دست اقدام است .

بحث و نتیجه گیری

با جمع بندی در باره نتایج حاصل از تحقیقات ملی و بین المللی و در چارچوب اهداف تعیین شده برای برنامه ، بحث و نتیجه گیری را پی می گیریم - طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در حال حاضر ۱/۲۵ میلیارد نفر از جمعیت جهان سیگاری هستند که ۸۰ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه بسر می برند .

- در دو دهه اخیر میزان مصرف دخانیات در کشورهای با درآمد بالا کاهش یافته بعنوان مثال در ایالات متحده شیوع مصرف سیگار در بین مردان از ۵۵٪ در دهه ۱۹۵۰ به ۲۸٪ در اواسط دهه ۱۹۹۰ رسیده است . در مقابل ، روند مصرف دخانیات در کشورهای با درآمد پایین و متوسط حدوداً سالیانه ۳/۴ درصد افزایش یافته است .

- طبق آمار سال ۱۹۹۵ بانک جهانی شیوع کلی مصرف دخانیات در کشورهای در حال توسعه ۴۹ درصد و در کشورهای توسعه یافته ۳۸ درصد بوده است .

- بنا به گزارش بانک جهانی در کشورهای تایلند ، ژاپن ، تایوان پس از گشوده شدن بازار به روی شرکتهای چند ملیتی محصولات دخانی ، مصرف دخانیات به میزان ۱۰ درصد افزایش یافته است.

- تجربه کشورها نشان داده است اجرای برنامه های کنترلی شامل افزایش قیمت ، ممنوعیت مصرف در اماکن عمومی ، درمان و ترک معتادین به مواد دخانی و بالاخره مبارزه با بازار موجب کاهش مصرف دخانیات شده است بطوریکه افزایش ۱۰ درصد قیمت محصولات دخانی باعث ۷٪ درآمد دولت از محل مالیات به این محصولات و ۸٪ کاهش مصرف در کشورهای در حال توسعه میگردد .

- در کشور جمهوری اسلامی ایران با مقایسه آمارهای سال ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸ شاهد کاهش شیوع مصرف دخانیات در گروه سنی ۱۵-۶۹ سال از ۱۴/۶ درصد به ۱۱/۷ درصد بوده ایم ولی در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال میزان مصرف قلیان از ۰/۸ به ۱/۴ درصد افزایش نشان داده است .

- بعنوان یکی از مهمترین عوامل کاهش مصرف دخانیات در جمهوری اسلامی ایران طی دهه گذشته می توان به تأثیر ممنوعیت تبلیغات صنایع دخانیات اشاره داشت که در مقایسه با سایر کشورهای در حال توسعه در وضعیت مطلوبتری بوده است .

- در حال حاضر با ورود برخی از کمپانیهای چندملیتی به تجارت رسمی کشور چنانچه برنامه های کنترلی مصرف دخانیات در کشور دنبال نشود همچون تجربه سایر کشور شاهد افزایش مصرف دخانیات علی الخصوص در بین جوانان خواهیم بود و متعاقباً عوارض و زیانهای ناشی از مصرف را دنبال خواهد داشت.

- دود سیگار حاوی ۴۰۰۰ نوع ماده با آثار سرطان زایی و می باشد .

- در جمعیتهایی که استعمال دخانیات در چند دهه اخیر امری متداول می باشد ، ۹۰ درصد سرطان ریه ، ۱۵ تا ۲۰ درصد سایر سرطانها ، ۷۵ درصد برونشیت مزمن و آمفیزم و ۲۵ درصد مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی در سنین ۳۵ تا ۶۹ سال ، ناشی از مصرف دخانیات بوده است .

- بیش از ۴۰ درصد افراد و تعداد ۷۰۰ میلیون کودک یا به عبارتی نیمی از کودکان در معرض استنشاق تحمیلی دود سیگار هستند .

- در حال حاضر ۵ میلیون نفر هر ساله در اثر ابتلا به بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات در جهان می میرند ، که با الگوهای جاری استعمال دخانیات ، ۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت حال حاضر دنیا بالاخره به علت مصرف دخانیات خواهند مرد .

- در ایران سالانه ۵۰ هزار مرگ بدلیل بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات اتفاق می افتد که در صورت نداشتن برنامه های کنترلی این میزان به ۲۰۰ هزار مرگ در سال طی ۳۰ سال آینده خواهد رسید .

- طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت ۲ تا ۳ برابر هزینه مصرف دخانیات صرف درمان بیماریهای ناشی از آن می گردد و در ایالات متحده هزینه های مراقبتهای بهداشتی ناشی از مصرف دخانیات ۷ درصد کل هزینه های بهداشتی یا به عبارتی ۲-۳/۷۱ دلار (بطور متوسط ۳ دلار) به ازای هر بسته ۲۰ تایی فروخته شده می باشد .

- در ایران نیز سالانه ۱۰۰۰ میلیارد تومان صرف خرید محصول دخانی و دود شدن آن و حدود ۲ تا ۳ هزار میلیارد تومان صرف درمان بیماریهای مرتبط با آن می شود .

- در نهایت جای تأمل است که شرکتهای چندملیتی دخانیات بخاطر ۲۰۰ میلیارد دلار سود خالص سالانه از هیچ اقدامی برای حفظ آن فروگذار نیستند . بنابراین باتوجه به نتایج و بحث های انجام گرفته و تعهد جمهوری اسلامی ایران به مفاد کنوانسیون جهانی کنترل دخانیات و حفظ و ارتقاء سلامت آحاد جامعه بخصوص جوانان و نوجوانان ، ضرورت همت ملی با هدایت و رهبری وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی که مسئولیت سلامت جامعه را بعهده دارند بشدت محسوس بوده و لازم است کلیه برنامه های مرتبط با کنترل دخانیات با جدیت و حمایت بی وقفه مسئولین به اجرا گذاشته شده و از هر کوششی در جهت افزایش آگاهی افراد از مضرات استعمال دخانیات و استنشاق تحمیلی دود سیگار و پیشگیری و کاهش مصرف دخانیات در جامعه برای حفظ سرمایه های عظیم معنوی و مادی کشور دریغ نگردد .

توصیه ها و پیشنهادهای :

در حال حاضر به منظور پیشگیری و کنترل مصرف دخانیات در جامعه موارد ذیل پیشنهاد میگردد :

در سطح ملی :

تصویب قانون جامع کنترل دخانیات

تصویب الحاق کشور جمهوری اسلامی ایران به کنوانسیون جهانی کنترل دخانیات

مبارزه همه جانبه و مؤثر با قاچاق مواد دخانی

جلوگیری از خصوصی سازی صنعت دخانیات

اجرای مصوبه هیأت محترم دولت بتاريخ ۱۵/۱۰/۷۶ در خصوص ممنوعیت استعمال و عرضه سیگار و سایر مواد دخانی در

اماکن عمومی

ارتقاء سطح آگاهی عمومی از طریق تدوین برنامه های مؤثر آموزشی به منظور کنترل مصرف دخانیات

در سطح وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی :

تقویت کمیته کشوری کنترل دخانیات

تشکیل و فعال کردن کمیته های استانی

توسعه مراکز مشاوره ترک دخانیات در سیستم بهداشتی کشور

اجرای آئین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی مصوبه آذرماه ۱۳۷۹ مجلس

شورای اسلامی در خصوص ممنوعیت استعمال و عرضه مواد دخانی در اماکن مشمول آئین نامه مذکور

ایجاد سیستمی متمرکز برای جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده های موجود در زمینه دخانیات در سطح ملی و بین

المللی

اجرای طرحهای تحقیقاتی - کاربردی در زمینه های مختلف مرتبط با دخانیات

پیش نویس قطعنامه :

باتوجه به زیانهای مصرف دخانیات و استنشاق تحمیلی دود آن و جهت ارتقاء و حفظ سلامت آحاد مردم :

الف . از دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی انتظار دارد :

- ۱- کمیته های استانی کنترل دخانیات تشکیل و فعال شوند .
- ۲- مراکز مشاوره ترک دخانیات براساس الگویی که توسط ستادارسال میگردد ایجاد و توسعه یابد.
- ۳- پشتیبانی و نظارت بر حسن اجرای مصوبه مورخ ۷۶/۱۰/۱۵ هیأت محترم دولت درخصوص ممنوعیت استعمال و عرضه مواد دخانی در اماکن عمومی و آئین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ مواد خوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی مصوبه آذرماه ۱۳۷۹ مجلس محترم شورای اسلامی صورت پذیرد .
- ۴- جلب حمایت نمایندگان محلی مجلس جهت تصریح در تصویب قانون جامع کنترل دخانیات ، انجام شود .
- ۵- ارتباط مستمر کمیته های استانی با دبیرخانه کمیته کشوری کنترل دخانیات برقرار گردد.

ب . از وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی انتظار دارد :

- ۱- کارگاههای آموزشی جهت ایجاد و توسعه مراکز مشاوره ترک دخانیات برگزار و دستورالعمل های مربوطه تدوین گردد .
- ۲- قوانین و آئین نامه های کنترل دخانیات در زمینه های تولید ، واردات ، توزیع ، مصرف ، استنشاق تحمیلی دود سیگار و همکاری و مشارکت در امر مبارزه با قاچاق محصولات دخانی تدوین و پیشنهاد گردد .
- ۳- نظارت و ارزشیابی فعالیت دانشگاه در زمینه برنامه های کنترل دخانیات انجام شود .

تاریخچه برنامه کنترل دخانیات

کمیته کشوری کنترل دخانیات

با توجه به ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت مصوب ۱۳۶۷ و اهمیت برنامه کنترل دخانیات در کاهش بار بیماریها و هزینه های مراقبت و درمان بیماریهای مرتبط همچنین آثار سوء اجتماعی و رفتاری آن، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی این برنامه را بعنوان یکی از اولویتهای کاری خود از سال ۱۳۷۳ قرار داد و بدین منظور کمیته ای متشکل از نمایندگان تام الاختیار وزارتخانه ها و سازمانهای دولتی و غیر دولتی ذیربط و متخصصین بهداشتی را با نام کمیته کشوری کنترل مصرف دخانیات در سال ۱۳۷۳ در اداره کل بهداشت محیط و حرفه ای با نظارت معاونت بهداشت وقت تشکیل داد.

قوانین موجود و تعهدات ملی

- طرح چگونگی کاهش مصرف دخانیات مصوبه ۱۳۷۳ هیأت محترم وزیران
 - آیین نامه «ممنوعیت استعمال و عرضه سیگار و سایر موادمخانی در اماکن عمومی» مصوب دی ماه ۱۳۷۶ هیأت محترم دولت
 - آیین نامه اجرایی قانون اصلاح ماده ۱۳ موادمخوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی مصوبه آذرماه ۱۳۷۹ مجلس شورای اسلامی در خصوص ممنوعیت عرضه و استعمال موادمخانی در اماکن مشمول این قانون
 - کنوانسیون جهانی کنترل دخانیات مصوب آبان ماه ۱۳۸۴ مجلس محترم شورای اسلامی
 - قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب مهر ماه ۱۳۸۵ مجلس محترم شورای اسلامی
 - آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب مهر ماه ۱۳۸۶ هیأت محترم دولت
 - ابلاغ مصوبات ستاد کشوری کنترل دخانیات مورخ ۱۳۸۷/ ۴/ ۱۷
 - قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب مهرماه ۱۳۸۵ مجلس محترم شورای اسلامی
- اهم مفاد قانون جامع کنترل دخانیات (تعهدات ملی):
- ممنوعیت هر نوع تبلیغ، حمایت، تشویق مستقیم و غیرمستقیم و یا تحریک افراد به استعمال دخانیات
 - ایجاد زمینه های گسترش مراکز دولتی و غیردولتی ترک دخانیات
 - ادغام برنامه کنترل دخانیات در نظام بهداشتی کشور
 - افزایش قیمت سیگار و مواد دخانی

- ممنوعیت فروش به زیر ۱۸ سال و توسط آنها
- ممنوعیت عرضه و استعمال مواددخانی در اماکن عمومی
- مبارزه با تجارت غیرقانونی محصولات دخانی

آئین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب مهر ماه ۱۳۸۶ هیأت محترم دولت

الزامات مطرح شده در آیین نامه اجرایی قانون :

- ✓ تعریف ویژگیهای تبلیغات و اماکن عمومی
- ✓ تعیین ضوابط پروانه فروش مواد دخانی
- ✓ شرح وظایف سازمانها
- ✓ نحوه برخورد با متخلفین
- ✓ برنامه ریزی مناسب جهت کاهش و جایگزینی تدریجی زراعت توتون و تنباکو
- ✓ شرایط برخورد با کالاهای دخانی
- ✓ تشکیل دبیرخانه ستاد و شرح وظایف دبیرخانه می باشد

جایگاه برنامه در کشور

در حال حاضر مطابق ماده ۱ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات ستاد کشوری کنترل دخانیات در وزارت بهداشت با ترکیب زیر تشکیل شد:

- ✓ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بعنوان 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 بعنوان ناظر
- ✓ نماینده یکی از سازمان غیردولتی مرتبط با دخانیات به انتخاب وزارت بهداشت

دبیر ستاد معاون سلامت و دبیرخانه ستاد در مرکز سلامت محیط و کار مستقر

می باشد.

ادامه :

✓ تشکیل کمیته سیاستگذاری کنترل دخانیات

✓ تشکیل کارگروه‌های تخصصی شامل:

- کارگروه تعیین ضوابط بسته بندی و هشدارهای بهداشتی محصولات دخانی در وزارت بهداشت
- کارگروه تعیین ضوابط نحوه اعطاء پروانه فروش فرآورده های دخانی در وزارت بازرگانی
- کارگروه تعیین استانداردهای ملی تولید و واردات مواد دخانی آیین نامه در مؤسسه ملی استاندارد
- کارگروه آموزش، تحقیقات و ارتقاء سلامت در وزارت بهداشت
- کارگروه اعمال قانون و پیشگیری از قاچاق محصولات دخانی در نیروی انتظامی

اقدامات ملی در چارچوب معاهده کنترل دخانیات وقانون جامع کنترل دخانیات :

- تدوین دستورالعمل اجرایی الصاق هشدارهای بهداشتی بر روی بسته های سیگار وسایر مواد دخانی (توتون وتنباکو) تولید داخل، وارداتی وتصاویر مربوطه مصوب دومین جلسه ستاد کشوری کنترل دخانیات واجرای آن از بهمن ماه ۱۳۸۷
- ممنوعیت استعمال دخانیات در سازمانها و نهادهای موضوع ماده ۱۸ قانون رسیدگی به تخلفات اداری (ماده ۱۳ قانون)
- اعمال ممنوعیت عرضه و استعمال مواد دخانی در اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
- راه اندازی مراکز مشاوره پیشگیری و ترک دخانیات در نظام بهداشتی کشور

مخاطرات سلامت در سنین نوجوانی و جوانی :

ترکیب جمعیتی ایران :

- ۱۵-۲۵ سالگی شایعترین سنین اقبال به استعمال دخانیات است.
- ۷۰٪ از جمعیت کشور زیر ۳۰ سال هستند(سالنامه آماری سال ۷۵).

- تمام نوجوانان در دوره بلوغ تغییرات زیادی را در کل سیستم بدن تجربه میکنند (منجمله روند اجتماعی شدن را) که اثرات زیادی بر سلامت آنان در آینده دارد
- اختلال در تکامل اجتماعی میتواند، بخشی از افزایش میزان بروز اختلالات روانی مانند:

افسردگی، سیگار، سوء مصرف مواد و دیگر رفتارهای پرخطر باشد

- اغلب عوامل خطر ساز در بیماریهای بزرگسالان (مانند : سیگار کشیدن، تغذیه بد، اجتناب از ورزش و ...)، از گروه سنی ۲۴ - ۱۰ سال و یا حتی پائین تر منشاء گرفته اند
- یکی از عوامل تعیین کننده در تمامی مشکلات مربوط به سلامتی این قشر، موضوع رفتارهای سالم یا ناسالم این گروه است
- نوجوان و جوان نسبت به سایر گروههای سنی، چندان پروائی از انجام کارهایی که سلامت را تهدید میکند، ندارد
- علل گرایش نوجوانان و جوانان به سیگار:
- تاثیرات نیکوتین در بدن (فعال سازی چرخه احساس سرخوشی در مغز)
- عوامل محیطی و اجتماعی :
- گروه همسالان : تاثیرپذیری از گروه همسال در این دوران به اوج میرسد و در تصمیم گیری قبول یا رد سیگار نقش مهمی دارند
- فراوانی، در دسترس بودن و کنجکاوی فرد
- برای تایید شدن در گروه
- تقلید از الگوها (والدین، معلم و...)
- عوامل شخصی :

- احساس بزرگ نشان دادن خود (خود نمائی)
- نداشتن مهارت نه گفتن در مقابل فشار دوستان
- اعتماد به نفس پائین
- کاهش زمینه عاطفی با خانواده و اطرافیان نزدیک همراه با فشارهای اجتماعی و روانی
- احساس آسیب ناپذیری همراه با روحیه سرکش
- از روی عادت و بخاطر کسب آرامش و رفع خستگی
- کنجکاوی در امتحان کردن
- رقابت با گروه همسال
- تقلید از والدین
- راهی برای مخالفت با خانواده
- عوامل زمینه ساز : اضطراب، تنش و محرکهای روانی و
- فقدان مسئولیت پذیری (تعهد لازم را ندارند، آموزش ندیده اند و در نتیجه فاقد کنترل درونی هستند)
- نداشتن انگیزه و بی حوصلگی
- مشکل در برقراری ارتباط با دیگران (انزوا طلبی، تحت تاثیر دوستان اندک خود بودن، محدودیت در انتخابها، در نتیجه بیشتر در معرض انحراف هستند)

- حساسیت موضوع استعمال دخانیات :
- مصرف دخانیات چهارمین عامل پر خطر در دنیا
- دخانیات شایعترین عامل بیماری و مرگ قابل پیشگیری در جهان است
- سالانه بیش از شش میلیون نفر در اثر بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات، جان خود را از دست میدهند
- در کشور ما سالانه ۶۰ هزار مرگ به علت بیماریهای وابسته به دخانیات روی میدهد و در صورت تداوم این وضعیت، در ۲۰ سال آینده به میزان ۲۰۰ هزار مرگ در سال افزایش خواهد یافت.
- هزینه های سرسام آور ناشی از استعمال دخانیات (درمان بیماریها - هزینه مصرف و ضربه به پیکره نیروهای مولد و جوان جامعه)
- روزانه حدود ۶۸ میلیون نخ سیگار در ایران استعمال میشود
- استعمال سیگار، هر ساله نصف مرگ و میر ناشی از سرطان را شامل میشود
- نکته بسیار مهم :

سن شروع سیگار کشیدن، بین ۲۴ - ۱۵ سالگی است!

● نکته :

دوران نوجوانی سالهای تغییر و تحول در همه جنبه های رشد جسمی، ذهنی، عاطفی، روانی و اجتماعی آنان است، پس آشنائی نوجوانان و جوانان و کسانی که با آنها در ارتباط هستند با تغییر و تحولات این دوران و آگاهی از معیارهای رشد و سلامت، به ایجاد زندگی سالم و پر نشاط برای نوجوانان و جوانان، کمک خواهد کرد.

● چه باید کرد؟

- توانمند سازی نوجوانان و جوانان در پیشگیری از رفتارهای پرخطر، منجمله استعمال دخانیات
- ارتقای آگاهی والدین در خصوص : اصول تربیتی فرزندان، دورانهای مختلف رشد، تغییرات و حساسیتهای خاص دوران بلوغ، انتقال آگاهیهای لازم به فرزندان خود در دورانهای مختلف زندگی، همکاریهای بیشتر با اولیاءمحترم مدارس و موسسات آموزشی، برقراری ارتباط صمیمانه با فرزندان و...
- ارتقای آگاهی اولیاء محترم مدارس و موسسات آموزشی، جهت همسوئی با والدین در آموزش به کودکان، نوجوانان و جوانان

● ترویج و توسعه مدارس مروج سلامت

● تقویت ارتباطهای موجود در انجمنهای اولیاء و مربیان

● راههای موثر آموزش به کودکان و نوجوانان:

- بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا: یادگیری، فرایندی فعال و مبتنی بر تجربه است و به همین جهت کودکان و نوجوانان در جریان یادگیری و آموزش، فعالانه به امر یادگیری مهارتهای زندگی می پردازند، بنابراین در آموزش به آنها از شیوه های فعال باید استفاده شود : بحث های گروهی، داستانها، تصاویر، تجربیات و نمایش آنها، بررسی ها، ایفای نقش و نمایش، اشعار و سرودها، بازیها و

● توانمند سازی نوجوانان و جوانان :

● با چه استراتژی؟ آموزش مهارتهای زندگی

- اهمیت آموزش مهارتهای زندگی؟ میتوان مهارتهای زندگی را اساسی برای بنا نهادن آموزش موضوعات سلامت تلقی نمود و بر اساس آن کودکان، نوجوانان و جوانان را توانمند نمود و نیاز آنها را برای دفاع از خود و علایقشان در برابر موقعیتهای سخت زندگی آماده کرد

● یادگیری ۱۰ مهارت زندگی :

- توانائی تصمیم گیری : تصمیم گیری بهتر = سلامت بیشتر
- توانائی حل مسئله : حل بهتر مسائل زندگی = تنش روانی کمتر = سلامت بیشتر
- توانائی تفکر خلاق : کمک به حل مسئله و تصمیم گیریهای مناسبتر
- توانائی تفکر نقادانه : مقاومت در برخورد با ارزشها و فشار گروه همسالان و رسانه های ارتباط جمعی
- توانائی برقراری رابطه موثر : با شیوه ای متناسب با فرهنگ، جامعه و موقعیتهای مختلف، ارزشها و باورهای خود را مطرح نماید و به موقع از دیگران درخواست کمک و راهنمایی کند

- توانائی برقراری روابط بین فردی سازگارانه : توانائی ایجاد و ابقاء روابط دوستانه که در سلامت روانی، اجتماعی، روابط گرم خانوادگی و قطع روابط اجتماعی ناسالم، بسیار مهم است.
- توانائی آگاهی از خود : = مدیریت خود
- توانائی همدلی با دیگران : پذیرفتن و احترام گذاشتن به دیگران و در نتیجه، بهبود روابط اجتماعی
- توانائی مقابله با هیجانها : برخورد صحیح با هیجانها و در نتیجه، بهره مندی از سلامت بیشتر
- توانائی مقابله با تنشها : شناسائی منابع تنش و نحوه تاثیر آنها بر انسان، و در نتیجه موضع گیری مناسب در مقابل آنها
- تاثیر خانواده در پیشگیری و ترک دخانیات در نوجوانان و جوانان :
- اهمیت و دلایل :
- خانواده مهمترین، اصیل ترین و تعیین کننده ترین نهاد در ساخت بنیانهای شخصیتی فرزندان است
- سرچشمه بسیاری از ناهنجاریها و انحرافات را در یک محیط و جو ناسالم خانوادگی و ارتباط مخرب و پر تنش اعضای خانواده باید جستجو کرد
- در نتیجه والدین در مقابله با مصرف سیگار، مواد مخدر و ... مهمترین نقش را به عهده دارند
- میتوانند بهترین (یا بدترین)، الگو برای فرزندان خود باشند
- امکان سیگاری شدن کودکانیکه والدین آنها هر دو سیگاری هستند، دو برابر بیشتر از کسانی است که یکی از والدین آنها سیگاری است.
- نکته : این بدان معنا نیست که نوجوانان و جوانانی که والدین آنها سیگار استعمال نمیکنند از شر پدیده استعمال دخانیات در امان هستند، چرا که در عصر جهانی شدن، ارتباط با همسالان و سایر راههای ارتباطی (ماهواره، اینترنت و ...) و تاثیر پذیری جوانان و نوجوانان از گروههای همسال، بیشتر شده !
- محیطهای سرد و بی روح خانواده باعث گرایش جوانان و نوجوانان به گروههای همسال و یافتن نقاط مشترک با آنها (منجمله رفتارهای پرخطر مانند : سیگار کشیدن)
- چون عمدتاً " مصرف سیگار در جامعه توسط مردان صورت میگیرد، رابطه موثر پدر- فرزندی (بخصوص پدر - پسر)، هر چه قویتر باشد، میتواند تاثیر بازدارندگی بیشتری داشته باشد
- بیان انتظارات خانواده درباره عدم استعمال دخانیات
- پرهیز از ایجاد شرایطی که در فرزندان افسردگی، عزت نفس پائین، آشفتگی ذهنی و ... ایجاد میکند
- ایجاد فرصتهائی که فرزندان بتوانند مهارتهای بیان خویش را، مطرح کنند
- تقویت مهارتهای زندگی آموخته شده توسط فرزندان

- درک موقعیت حساس نوجوان (و جوان) و سعی در حمایت هر چه بیشتر از آنها (وقتی که مشکلات آنان در جمع صمیمی خانواده حل شود، دیگر نیازی به حضور دوستان و همسالان نیست)
- والدین باید هوشیار باشند و ارتباطات و رفت و آمدهای نوجوان خود را تحت نظر بگیرند و در موقعیتهای مناسب با راهکارهای مناسب آنان را راهنمایی کنند
- فراهم کردن تفریحات سالم و سازنده (پر کردن اوقات فراغت) و درونی کردن ارزشها
- حساس بودن به تغییرات خلقی و جسمانی نوجوان (و جوان)

● تاثیر مدارس و موسسات آموزشی، جهت همسوئی با والدین در آموزش به کودکان، نوجوانان وجوانان در پیشگیری و ترک استعمال دخانیات :

- هدف برنامه های آموزشی، تغییر رفتاراست
- یکی از ابزارهای جهانی جهت تحقق رفتارهای سالم، رویکرد ترویج سلامت در مدارس است (مدارس مروج سلامت)
- اهداف مدارس مروج سلامت :
- * سطح اول پیشگیری : انجام اقدامات لازم برای جلوگیری از ابتلا به بیماری و مشکلات سلامت (مانند : آموزش مهارتهای زندگی)
- * سطح دوم پیشگیری : اقدامات برای فایق آمدن بر بیماریها یا پیامدهای آن (مانند : ترک دادن سیگار به فرد سیگاری)

- *سطح سوم پیشگیری : اقدام برای توانمند ساختن افراد به دنبال بیماری

- فراهم کردن و برنامه ریزی فرصتهائی که نوجوانان علاوه بر کسب توانائی های خواندن و نوشتن، مهارتهای زندگی را نیز بیاموزندشناخت رفتارهای سالم و نا سالم و تلاش برای تغییر رفتار(با آموزش فعال مهارتهای زندگی در مدارس مروج سلامت)

- شرکت دادن والدین در برنامه های پیشگیری از رفتارهای ناسالم که در مدرسه انجام میشود
- تقویت انجمنهای اولیاء ومربیان در راستای ترویج رفتارهای سالم در دانش آموزان

● رویکرد سنتی آموزش سلامت

● به تحقق سلامت از طریق تغییر رفتار توجه دارد

● بر این باور است که تغییر دانش و عقاید به تغییر نگرش و اتخاذ رفتار بهداشتی منتهی می شود

● کاری تخصصی و از بالا به پائین و وابسته به متخصصان است

● افراد ترغیب یا مجبور به پذیرش رفتار ویژه ای می شوند

● تلاش ها محدود به توسعه دانش و مهارت می شود و توجهی به عوامل فردی و محیطی بازدارنده نمی شود.

- رویکرد توانمندسازی افراد و جوامع
- یک قدم به جلو برمی دارد
- به دنبال قادرسازی مردم از طریق:
 - درک اطلاعات سلامت
 - درک انتخابهای سالم
 - تصمیم گیری
 - بنابراین در این رویکرد:
 - مردم به بازی گرفته نمی شوند
 - تحت فشار قرار نمی گیرند
 - با رضایت و آگاهانه تصمیم می گیرند
 - دامنه عوامل تاثیر گذار بر سبک زندگی سالم در نگاه حداکثری
- دانش آموز دارای هویت
- توجه به ابعاد خصوصیات فردی و فرهنگی
- چقدر برای آموزش جوانان و نوجوانان از رسانه های نوین استفاده کرده ایم؟
- چقدر ارتباط موثر با این گروه را در راس امور قرار داده ایم؟
- چقدر از معلمین، مدیران، مشاورین و آموزش دهندگان روش های مناسب برقراری ارتباط با نوجوانان را آموزش دیده و بر آن مسلط می باشند؟
- چقدر از فضای سایبری در اختیار مروجین رفتارهای پرخطر در بین این گروه می باشند؟
- چقدر برای تهیه و تولید منابع آموزشی مناسب هزینه کرده ایم؟
- چقدر از حضور کارشناسان برای تحلیل مخاطب، تحلیل پیام و آنالیز محتواها استفاده کرده ایم؟
- چقدر قبول داریم که آموزش نیز امری تخصصی است و حتی بیشتر از علوم تجربی نیاز به زمان و هزینه دارد؟
- چقدر سیاستها و برنامه های مشخص تدوین شده است؟
- چقدر از سازمان های درگیر برای رسیدن به هدف با هم حرکت کرده اند؟
- چقدر از قدرت و نفوذ جوانان برای پیشبرد این اهداف استفاده شده است؟
- آیا فقط با اطلاع رسانی در مورد دخانیات می توان به تغییر رفتارهای پرخطر دست یافت؟
- آیا نقش دقیق شبکه بهداشت و درمان کشور در قبال پیشگیری از دخانیات تعریف شده است؟
- امید است تا با هم و در کنار هم با مدیریت و برنامه ریزی دقیق و طولانی مدت با صبر و حوصله این مهم را دنبال نموده و آینده سالمی را برای ایرانیان آینده رقم زنیم

نقصان اطلاعات در مورد عواقب بهداشتی دخانیات :

▪ مطالعه مسکو روی جوانان ۱۶-۱۵ ساله: نیمی از آنها هیچ بیماری مرتبط با استعمال دخانیاتی را نمیشناسند

▪ مطالعه آمریکا: نیمی از ۱۳ ساله ها معتقدند که استعمال یک بسته سیگار در روز صدمه زیادی به آنها نمیزند

▪ بین آغاز استعمال دخانیات و بروز علائم بیماریها معمولاً "یک فاصله زمانی ۱۵-۱۰ ساله وجود دارد

ارزیابی خطر اعتیاد به نیکوتین :

▪ از هر ۵ دانش آموز سیگاری سال آخر دبیرستان در آمریکا که معتقدند طی ۵ سال آینده سیگار را ترک میکنند کمتر از ۲ نفر قادر به این کار خواهند بود

▪ از هر ۱۰ سیگاری کشورهای پر درآمد ۷ نفر از سیگاری بودن خود پشیمان هستند

عوامل موثر در آغاز استعمال دخانیات :

▪ فشار گروه همسالان

▪ تصویر ذهنی فرد از سیگار (احساس استقلال - نشانه شخصیت اجتماعی)

▪ سیگاری بودن نزدیکان

▪ تفنن

▪ در دسترس بودن سیگار

▪ تجربه فرد در اولین سیگار

طرح سلامت و بیماری ۱۳۷۸ :

● طبق آخرین مطالعه انجام شده در ایران (سال ۱۳۷۸) ۱۲ درصد گروه سنی بالای ۱۵ سال سیگاری هستند.

● ۲۳/۹٪ مردان و ۱/۷٪ زنان کشور سیگاری هستند.

● ۶۶/۷٪ سیگاریهای ایرانی اولین سیگار خود را در ۱۴ سالگی کشیده اند.

● هر سیگاری بطور متوسط ۱۳/۶ نخ سیگار در روز میکشد.

- در مقایسه دو مطالعه سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸، مصرف قلیان در گروه سنی ۲۴ - ۱۵ سال از ۰/۸ درصد به ۱/۴ درصد افزایش یافته است.

طرح شیوع استعمال دخانیات در دانشجویان ۱۳۷۸:

- ۱۶/۳٪ دانشجویان تهرانی سیگاری هستند.
- ۲۵/۴٪ پسران دانشجو و ۵٪ دختران دانشجو سیگاری هستند.
- ۱۲/۳٪ دانشجویان سال اول و ۲۰/۱٪ دانشجویان سال آخر سیگاری هستند.
- شیوع استعمال دخانیات در دختران دانشجو از ۲/۷٪ در سال اول به ۷/۸٪ در سال آخر افزایش یافته است (حدود ۳ برابر)

علل استعمال دخانیات در دانشجویان ۱۳۷۸:

- ۴۴/۶٪ تفنن
- ۲۴/۳٪ همنشینی با افراد سیگاری
- ۱۵/۹٪ استرسهای اجتماعی
- ۴/۵٪ والدین سیگاری
- شیوع استعمال دخانیات در دانش آموزان پیش دانشگاهی تهران ۱۳۷۸:
- ۷/۲٪ پسرها و ۱٪ دخترها سیگاری بودند.
- ۳۵٪ پسرها و ۲۶/۹٪ دخترها سیگار را تجربه کرده اند.
- میانگین سن شروع استعمال دخانیات در پسرها ۱۴/۳۶ سال و دخترها ۱۴/۲۹ سال بود.
- ۲۰٪ پسران و ۳٪ دخترانی که سیگار را تجربه کرده بودند سیگاری شدند.

علل استعمال دخانیات در دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی تهران ۱۳۷۸:

- تبعیض والدین بین فرزندان
- نزاع داخل خانواده
- سیگاری بودن والدین یا سایر نزدیکان
- دوست سیگاری
- جالب بودن استعمال دخانیات توسط دیگران

● ابتلا به بیماریهای مزمن

● والدین سهل گیر

علل استعمال دخانیات در دانش آموزان پسر پیش دانشگاهی تهران ۱۳۷۸ :

● اعتقاد به سخت گیر بودن والدین

● سیگاری بودن والدین یا سایر نزدیکان

● دوست سیگاری

● جالب بودن استعمال دخانیات توسط دیگران

تهیه اولین سیگار در دانش آموزان پیش دانشگاهی تهران ۱۳۷۸ :

● اکثر پسران و دختران اولین سیگار را خود تهیه کرده اند (۳۷/۱٪ و ۳۴/۲٪)

● رتبه دوم در پسران دوستان خارج از مدرسه و دختران اقوام

● رتبه سوم در پسران اقوام و در دختران دوستان خارج از مدرسه

محل کشیدن اولین سیگار در دانش آموزان پیش دانشگاهی تهران ۱۳۷۸ :

● ۷۵٪ دختران اولین سیگار خود را در منزل میکشند در حالیکه در پسران داخل و خارج منزل تفاوت

معنی داری نداشته است

علت کشیدن اولین سیگار در دانش آموزان پیش دانشگاهی تهران ۱۳۷۸:

● اکثر دختران و پسران اولین سیگار را از سر کنجاوی کشیده اند (۶۷/۲٪ پسران و ۷۹/۹٪ دختران)

● در رده دوم پسران برای همراهی با جمع و دختران برای کسب لذت سیگار میکشند

● دلیل تکرار مصرف را اکثر دختران و پسران کسب لذت و تفریح ذکر نموده اند

● در رتبه دوم علت تکرار مصرف در هر دو جنس همراهی با جمع بود

باورهای غلط در مورد استعمال دخانیات در دانش آموزان پیش دانشگاهی تهران ۱۳۷۸ :

۱ - رفع عصبانیت (۳۰/۷٪ پ و ۳۲/۴٪ د)

۲ - رفع خستگی (۲۱/۲٪ پ و ۲۴/۲٪ د)

۳ - رفع دلشوره و اضطراب (۲۱/۴٪ پ و ۲۲/۱٪ د)

۴ - تقویت ذهن (۳/۳٪ پ و ۲/۲٪ د)

طرح جهانی بررسی شیوع استعمال دخانیات در نوجوانان ۱۵-۱۳ ساله (GYTS)، ۱۳۸۲ :

- ۳/۱٪ دانش آموزان سیگار میکشند (۴/۸٪ پ ۱/۳٪ د)
- ۱۴/۱٪ دانش آموزان قلیان میکشند (۱۸/۹٪ پ ۹/۵٪ د)
- ۱۲/۶٪ دانش آموزان غیر سیگاری مستعد سیگاری شدن طی یکسال آینده هستند (۱۶/۳٪ پ ۹/۷٪ د)

طرح جهانی بررسی شیوع استعمال دخانیات در نوجوانان ۱۵-۱۳ ساله (GYTS)، ۱۳۸۲ :

- ۳۹/۱٪ دانش آموزان در مورد مضرات استعمال دخانیات آموزش دیده اند (۴۸/۴٪ پ ۳۱٪ د)
- ۲۹/۴٪ دانش آموزان در مورد دلایل گرایش به سیگار در سنین نوجوانی آموزش دیده بودند (۳۶/۶٪ پ ۲۳٪ د)

کنترل دخانیات یک اولویت بهداشتی

اپیدمیولوژی استعمال دخانیات :

- دخانیات شایعترین عامل قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان است.
- استعمال دخانیات در حال حاضر مسئول ۱۲/۵٪ کل مرگها در جهان است.
- ۳۰٪ مرگهای ناشی از سرطان در سیگاریها رخ میدهند.
- ۹۰٪ سرطانهای ریه، ۴۰٪ سایر سرطانها، ۵۰٪ بیماریهای قلبی و ۷۵٪ بیماریهای مزمن ریوی در سیگاریها بروز مینماید.

اپیدمیولوژی استعمال دخانیات :

- در حال حاضر ۱/۲۵ میلیارد نفر از جمعیت جهان سیگاری هستند.
- ۸۰ درصد از افراد سیگاری در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند.
- در حال حاضر سالانه پنج میلیون مرگ ناشی از استعمال دخانیات در جهان بروز مینماید.
- تا سال ۲۰۲۵ این آمار به ۱۰ میلیون مرگ خواهد رسید که ۷ میلیون از این مرگها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد.

طرح سلامت و بیماری ۱۳۷۸ :

- طبق آخرین مطالعه انجام شده در ایران (سال ۱۳۷۸) ۱۲ درصد گروه سنی بالای ۱۵ سال سیگاری هستند.
- ۲۳/۹٪ مردان و ۱/۷٪ زنان کشور سیگاری هستند.
- ۶۶/۷٪ سیگاریهای ایرانی اولین سیگار خود را در ۱۴ سالگی کشیده اند.

- هر سیگاری بطور متوسط ۱۳/۶ نخ سیگار در روز میکشد.

- در مقایسه دو مطالعه سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۸ ، مصرف قلیان در گروه سنی ۲۴ - ۱۵ سال از ۰/۸ درصد به ۱/۴ درصد افزایش یافته است.

زیانهای اقتصادی استعمال دخانیات :

- ۱۰۰۰ میلیارد تومان در سال توسط سیگاریها دود میشود

- ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ میلیارد تومان (۲ تا ۳ برابر هزینه مصرف) صرف درمان بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات می گردد.

- ۲ درصد GDP کشورها به علت مرگ زودرس ناشی از مصرف دخانیات از دست می رود.

- منشأ ثلث آتش سوزیهای شهر تهران ته سیگار نیمه روشن بوده است.

زیانهای اجتماعی :

- دریچه ورود به بزهکاری

- استفاده از الکل و سایر مواد اعتیاد آور

- الگوی نامناسب برای کودکان و نوجوانان

- فقر

نقش صنایع دخانیات در توسعه استعمال دخانیات در جهان :

- در کشورهای تایلند ، ژاپن ، تایوان پس از گشوده شدن بازار به روی شرکتهای چند ملیتی تولید محصولات دخانی ، مصرف دخانیات به میزان ۱۰ درصد افزایش یافته است.

- در ایران دو سوم سیگار مصرفی به شکل قاچاق وارد کشور می شود.

- با افشاشدن اسناد شرکتهای دخانیاتی در گیر بودن این صنایع با باندهای قاچاق سیگار به اثبات رسیده است.

اقدامات کنترلی صورت پذیرفته در جهان :

- ممنوعیت جامع تبلیغات در اتحادیه اروپا به تنهایی موجب ۷ درصد کاهش در تقاضای مواد دخانی گردیده است- گزارش بانک جهانی ۱۹۹۹

- استفاده از برجسبهای بهداشتی روی بسته های سیگار در ترکیه و آفریقای جنوبی موجب ۸٪ کاهش در مصرف سیگار گردیده است- گزارش بانک جهانی ۱۹۹۹

- تبلیغات رسانه ای بر علیه سیگار بین سالهای ۱۹۸۱-۱۹۵۴ در سوئیس موجب ۱۱٪ کاهش در شیوع استعمال دخانیات شد.
 - ۱۰٪ افزایش قیمت محصولات دخانی در قالب افزایش مالیاتها موجب ۴٪ کاهش مصرف در کشورهای توسعه یافته و ۸٪ کاهش در کشورهای در حال توسعه میشود- گزارش بانک جهانی ۱۹۹۹
- اقدامات کنترلی صورت پذیرفته در جهان :
- در ایالات متحده امریکا شروع فعالیت کلینیکهای ترک سیگار از سال ۱۹۶۰ تا سال ۱۹۹۰ موجب کاهش استعمال دخانیات از ۵۲٪ به ۲۸٪ در مردان و از ۳۴٪ به ۲۳٪ گردیده است.
 - در انگلستان فعالیت کلینیکهای ترک سیگار از سال ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۰ موجب کاهش استعمال دخانیات از ۵۳٪ به ۳۱٪ در مردان و از ۴۱٪ به ۲۹٪ گردیده است.
- پیشگیری از ابتلای نوجوانان به استعمال دخانیات :
- سیگار عامل تهدید کننده سلامت مشخصی است که ۹۰ درصد از مبتلایان به آن در دوران نوجوانی (۱۰ تا ۱۹ سالگی) به آن مبتلا می شوند .
 - تنها داشتن آگاهی در مورد سیگار نمی تواند مانع از ابتلای نوجوانان به آن شود بلکه کار بر روی نگرش و ایجاد مهارت برای مقاومت در برابر وسوسه یا تعارف استعمال سیگار در نوجوانان ضرورت دارد .
 - علاوه بر تعیین حیطه های آموزشی برای پیشگیری از ابتلای نوجوانان به سیگار باید به شرایط افزایش دهنده پذیرش و تأثیر آموزش و دوام یافته ها در ذهن مخاطبان برنامه های آموزشی و مطابقت آموزش ها با الگوهای فرهنگی حاکم بر گروه هدف توجه نمود .
 - در مورد سیگار ، اشاره به تأثیر دیرآیند و آتی سیگار بر سلامت جسمی به تنهایی مانع از آغاز مصرف سیگار توسط نوجوانان نمی گردد .
 - تأکید بر آثار زود آیند بهداشتی مؤثر بر روابط بین فردی نوجوانان عامل مؤثری برای ترغیب آنان به زندگی عاری از دخانیات می باشد.
- نوجوانان تحت تأثیر تبلیغات صنعت دخانیات :
- مصرف سیگار را عامل جذابیت ، آزادی ، رهایی ، زیبایی ، هوش ، افزایش قدرت جنسی ... می دانند و فکر می کنند همه همسالان آنها سیگاری هستند .
 - فشار همسالان در کنار تبلیغات صنعت دخانیات موجب آغاز و تداوم مصرف سیگار توسط نوجوانان می گردد .

- در طراحی فرآیند آموزشی برای ترویج زندگی عاری از دخانیات در بین نوجوانان باید نگرش های منفی ترغیب کننده نوجوانان به استعمال دخانیات را با جلب مشارکت همسالان نوجوان مروج زندگی عاری از دخانیات خنثی نموده و مهارت مقاومت در برابر فشار همسالان سیگاری را در نوجوانان ایجاد نماییم.

- برای شروع استعمال دخانیات ، طیفی از فاکتورها (شامل فاکتورهای فردی ، فرهنگی ، اجتماعی و محیطی) دخیلند

- استعمال مرتب سیگار در یک فرد جوان ، بیشتر مجموعه ای از مراحل است تا یک اتفاق تنها ، که در آن شخص از استعمال آزمایشی و تفنی در دوران نوجوانی بطرف استعمال مرتب و عادت در بزرگسالی هدایت میگردد .

- فاکتورهای متفاوت در پسران و دختران و در مراحل گوناگون، ممکن است که اثرات مختلف داشته باشند . برای مثال اثر خانواده در مرحله آزمایش سیگار نسبت به مرحله مصرف مرتب ، بیشتر و مهمتر است .

- این فاکتورها شامل فاکتورهای شخصیتی ، اجتماعی و فرهنگی و محیطی می باشد .

فاکتور های شخصیتی :

عدم موفقیت در تحصیلات ، روحیه سرکشی ، اعتماد به نفس پایین ، عدم توانایی در ایجاد ارتباط با دیگران و منزوی بودن ، نداشتن توانایی مقابله با فشار دوستان ، دانش پایین و نگرش غلط در مورد خطرات سیگار برای سلامتی از جمله فاکتورهای شخصیتی می باشند .

فاکتور های اجتماعی و فرهنگی :

- فشارهای خانوادگی و داشتن رابطه ضعیف با والدین در شروع مصرف سیگار بسیار مؤثر است . این تأثیر در دختران و پسران متفاوت می باشد . برای مثال ، مصرف سیگار توسط والدین بیشتر دختران را تحت تأثیر قرار می دهد در حالیکه مصرف سیگار توسط برادر و خواهر که بنظر می رسد اثر قویتری نسبت به مصرف سیگار توسط والدین داشته باشد پسران را تحت تأثیر قرار می دهد . فشارهای اجتماعی از جمله دوستان سیگاری و تعارف سیگار توسط همسالان از عوامل عمده و بسیار مؤثر در گرایش نوجوانان به سیگار است. مطالعات متعددی رابطه قوی بین داشتن دوست سیگاری و استعمال سیگار در سنین نوجوانی را اثبات نموده اند .

فاکتور های محیطی :

- محرومیت های اجتماعی و اقتصادی (فقر) ، در دسترس بودن سیگار (فروش آن به نوجوانان و قیمت پایین آن) فاکتور های مؤثر و مهمی برای مصرف سیگار بصورت مرتب می باشند ولی بر مصرف آزمایشی سیگار تأثیر چندانی ندارند. تبلیغات سیگار در رسانه ها نیز اثر محرک دارد و می تواند جوانان را از مرحله آزمایش سیگار به مرحله مصرف مرتب بکشد . رواج فروش سیگار بصورت عنی توسط مغازه داران و دکه های روزنامه فروشی و

نیز در اختیار گذاردن کبریت برای روشن کردن سیگار ، تأثیر عوامل محیطی استعمال دخانیات توسط نوجوانان را در کشور ما افزایش داده است .

تأثیر پذیری نوجوانان از اجتماع و خانواده متفاوت است . از این نظر می توان نوجوانان را به چهار گروه تقسیم کرد :

• Dirts (a

• Hot Shots (b

• Regulars (c

• Jocks (d

(a Dirts

• عمدتاً افرادی هستند که اهل خطر کردن و انجام اعمال پر هیجان می باشند . این گروه اعتماد بنفس پایینی دارند و در بین آنها مشکلات رفتاری و رفتارهای ضد اجتماعی و نارضایتی از وضعیت موجود ، زیاد دیده می شود . اینها دانش آموزانی هستند که در امور درسی ضعیف بوده و نسبت به بقیه ، بیشتر کلاس درس را ترک می کنند و عمدتاً تحت تأثیر دوستان و همسالان خود قرار دارند و برای خوشایند آنها همه گونه رفتار و عملی از خود نشان می دهند .

(b Hot Shots

• این گروه غالباً افرادی هستند که دوست دارند در کارهای داخل و خارج مدرسه پیشرو باشند و از اعتماد به نفس بالایی برخوردارند ولیکن در امور تحصیلی چندان موفق نیستند . افراد این گروه از همسالان خود بسیار تأثیر پذیر و در عین حال بر آنها تأثیر گذارند .

(c Regulars

• بیشتر افراد این گروه را افرادی تشکیل می دهند که اعتماد بنفس بالا داشته و همیشه از وضع موجود خود ناراضی هستند . این گروه نسبت به بقیه بهتری می توانند خود را با دنیای بالغین وفق داده و کمتر اهل خطر کردن هستند . تأثیر پذیری افراد این گروه از گروه همسالان نسبت به ۲ گروه دیگر کمتر است .

(d Jocks

• بیشتر افراد این گروه بدنبال فعالیتهای ورزشی و قهرمانی هستند و کمتر اهل خطر و انجام رفتارهای غیر بهداشتی هستند . غالباً از افراد بانفوذ و معتبر جامعه بخصوص هنرمندان و ورزشکاران الگو می گیرند .

• در دو گروه *Dirts* و *Hot Shots* مصرف سیگار ، مواد مخدر و مشروبات الکلی بیشتر از دو گروه دیگر *Regulars* و *Jocks* می باشد.

• گروه *Dirts* کمتر به فکر عوارض جسمانی سیگار هستند و سرگیجه ناشی از مصرف سیگار را بعنوان جنبه مثبت آن تلقی می کنند .

● گروه **Hot Shots** با مضرات سیگار آشنایند، اما بر اثر تبلیغات مصرف سیگار را موجب تشکیل استرسهای ناشی از کار و مسئولیت زیاد می دانند و بخاطر احساس آرامش پس از مصرف سیگار، سیگار می کشند .

● “صفات تکاملی” متعددی در دوران نوجوانی ظاهر می شوند که بر تصمیم و داوری نوجوانان برای استعمال دخانیات تأثیر می گذارند

فرآیند جدایی از والدین و کسب آزادی :

● نوجوانان استعمال دخانیات را نشان ویژه ای برای آزادی می دانند بویژه وقتی که رفتار آنها توسط دیگران تحسین شود .

حال نگری :

● نوجوانان حال نگر هستند بنابراین آثار بهداشتی سیگار را نوعی خیال بافی میدانند .

تأثیر پذیری از گروه همسالان :

تأثیر گروه همسالان در دوران نوجوانی به حداکثر می رسد و همسالان نقش مهمی در تصمیمات نوجوانان در خصوص چگونگی قبول این عادت دارند .

ستایش خود و خود پسندی :

● این احساس به گونه ای است که نوجوانان را به سمت اغراق و مبالغه در اهمیت به خود می راند و آنها را به شدت نگران ظاهرشان و برداشتی که دیگران از آنها دارند ، می سازد لذا جذب تبلیغات سیگار برای افزایش زیبایی ، هوش و جذبه جنسی خود می شوند .

احساس آسیب ناپذیری :

● احساس آسیب پذیری نوجوانان در برابر عواقب منفی استعمال دخانیات از کلاس ششم تا هشتم به سرعت کاهش می یابد . لذا علیرغم باور عوارض جسمانی استعمال دخانیات ، سیگار می کشند .

کسب مهارتهای بزرگسالان :

● اغلب نوجوانان در خانه ها زندگی می کنند جایی که والدین سیگار می کشند . در چنین محیطی اگر هر دو والد یک نوجوان سیگاری باشند احتمال اینکه او نیز سیگاری شود بیشتر می شود و اگر یک خواهر یا برادر سیگاری نیز داشته باشد، این احتمال ۴ برابر می شود .

دلایل شروع استعمال دخانیات توسط دختران نوجوان گوناگون بوده و متفاوت از دلایل پسران برای شروع استعمال دخانیات می باشد :

● دختران نوجوان سیگاری متکی به خود ، پیشرو ، سرکش و دارای مهارتهای اجتماعی هستند در حالیکه پسران سیگاری از نظر اجتماعی شخصیت منزلی دارند .

● استعمال دخانیات ، نوشیدن الکل ، سوء مصرف مواد و سایر رفتارهای مخاطره آمیز اغلب بدان جهت توسط مردان جوان مورد توجه قرار می گیرد که می خواهند با استفاده از آنها مردی خود را به نمایش گذارند یا از آنها بعنوان نمادی برای رسیدن به دوران بزرگسالی استفاده کنند .

● در پسران نوجوان ، استعمال دخانیات نیاز به تهییج را ارضا می کند و شاید کمک کند که یک مرد جوان ، یک گروه دوستان تشکیل دهد .

عواقب بهداشتی و شکل گیری عادت استعمال دخانیات :

برنامه کنترل دخانیات:

تعریف فرد سیگاری :

هرکس که در طول عمر خود ۱۰۰ نخ سیگار کشیده باشد و هنوز هم به هر ترتیبی سیگار کشیدن را ادامه دهد

تعریف مواد دخانی :

هر محصولی از توتون که به شکل تدخینی یا غیرتدخینی مورد استفاده قرار گیرد

استعمال دخانیات: عمده ترین عامل قابل پیشگیری بیماری و مرگ و میر

▪ دخانیات موجب ۲۵-۱۲٪ مرگها در کشورهای صنعتی است

▪ در ۱۹۹۰ دخانیات موجب ۲.۶٪ بیماریها در جهان بوده است. تا سال ۲۰۲۰ دخانیات موجب ۹٪ کل صدمات جهانی یا ۱۳٪ بیماریها و مرگ بالغین خواهد بود.

علل اصلی مرگ در سال ۱۹۹۰ :

۱- بیماری ایسکمیک قلب ۱۰- سرطان ریه

۲- بیماری عروقی مغز ۱۱- مالاریا

۳- پنومونی ۱۲- خودکشی

۴- اسهال ۱۳- سیروز کبدی

۵- مشکلات حوالی زایمان ۱۴- سرطان معده

۶- بیماری انسدادی مزمن ریه ۱۵- دیابت

۷- سل ۲۰- صدمات جنگ

۸- سرخک ۳۰- ایدز

۹- حوادث

علل اصلی مرگ در سال ۲۰۲۰ :

- ۱- بیماری ایسکمیک قلب ۱۰- خودکشی
- ۲- بیماری عروقی مغز ۱۱- اسهال
- ۳- بیماری انسدادی مزمن ریه ۱۲- سیروز کبدی
- ۴- عفونت ریه ۱۳- سرطان کبد
- ۵- سرطان ریه ۱۴- خشونت
- ۶- حوادث ۱۵- صدمات جنگ
- ۷- سل
- ۸- سرطان معده
- ۹- ایدز

- بیماریهای کشنده مرتبط با استعمال دخانیات

استعمال دخانیات شدیداً موجب افزایش خطر میگردد:

- سرطانهای ریه، سیستم تنفسی فوقانی، مثانه، پانکراس
- بیماری ایسکمیک قلب
- بیماری قلبی تنفسی
- آنوریسم آئورت
- COPD

- بیماریهای کشنده مرتبط با استعمال دخانیات

استعمال دخانیات بطور نسبی موجب افزایش خطر میگردد:

- سرطانهای مری، معده، کلیه، لوسمی
- بیماری های عروقی مغز
- سکته مغزی
- پنومونی

- بیماریهای غیر کشنده مرتبط با استعمال دخانیات :

- بیماریهای عروق محیطی
- بیماری کرون
- پریو دنتیت (سنین ۴۰-۱۹ سال)
- زخم معده و اثنی عشر (سنین ۶۱-۲۰ سال)
- آب مروارید (مردان سنین ۸۴-۴۰ ساله)
- شکستگی گردن ران (سنین بالای ۶۵ سال)
- دژنراسیون وابسته به سن ما کولا (بالای ۶۵ سال)

- اختلالات ناشی از استعمال دخانیات در حاملگی :

- حاملگی خارج رحمی
- سقط خودبخود
- کمبود وزن هنگام تولد به میزان ۱۵۰-۲۵۰ گرم
- نقائص مادرزادی ریه

اجزاء دود سیگار - بخش گازی (۸۵٪)

اجزاء دود سیگار - بخش ذره ای (۱۵٪)

آثار زیانبار نیکوتین:

- افزایش ضربان قلب
- انقباض عروق خونی در قلب
- افزایش برون ده قلب
- افزایش فشار خون
- افزایش غلظت اسیدهای چرب که در صورت همراهی با موارد زیر میتواند سبب انسداد شریانها شود:
- افزایش چسبندگی پلاکتها

- کاهش استروژن به علت یائسگی زودرس

آثار زیانبار قطران:

- فلج سیستم پاک کننده ریه ها (مژکها)

- تخریب آلوئولها

- کاهش کفایت و کارائی سیستم ایمنی

- ایجاد سرطانها و بیماریهای ریه

آثار زیانبار مونواکسید کربن :

- تخریب دیواره شریانها

- کربوکسی هموگلوبین ۲۰۰ بار راحتتر از اکسی هموگلوبین جذب میشود

- جایگزین اکسیژن مسشود و ایجاد هیپوکسمی میکند

- آثار بهداشتی تماس با دود سیگار دیگران

افزایش خطرات نوزادان

- سندرم مرگ ناگهانی نوزاد

- نقائص تکامل عصبی

افزایش خطرات در کودکان

- بیماریهای مجاری تنفسی تحتانی

- علائم آسم و بیماریهای تنفسی مزمن

- سرطانهای دوران کودکی

- آثار بهداشتی تماس با دود سیگار دیگران

افزایش خطرات بالغان

- سرطان ریه

- بیماریهای قلبی عروقی

- تشدید مشکلات تنفسی

- خطرات استعمال دخانیات در زنان

زنان سیگاری در مقایسه با مردان سیگاری:

- تکامل آهسته تر عملکرد ریه در صورت آغاز استعمال دخانیات در سنین بلوغ
 - کاهش سریعتر در عملکرد ریه در صورت استعمال دخانیات در بزرگسالی
- بطور کلی زنان نسبت به استعمال تحمیلی دود سیگار، آلودگی هوا و تماسهای شغلی حساستر هستند
- درصد کاهش در خطرات ناشی از استعمال دخانیات پس از ترک سیگار
- بیماری ایسکمیک قلب: ۱ سال: ۵۰٪، ۱۵-۱۰ سال: ۱۰۰٪
- بیماری عروق مغزی: ۱ سال: ۱۰۰٪
- بیماری عروق محیطی: توقف ناگهانی پیشرفت بیماری
- سرطان ریه: ۵ سال: ۵۰٪، ۲۰-۱۵ سال: ۹۰-۵۰٪
- سرطان حنجره: ۱۵-۱۰ سال: ۱۰۰٪
- سرطان حفره دهان: ۱۶ سال: ۱۰۰٪
- سرطان مثانه: ۱۵ سال: ۱۰۰٪
- بیماری مزمن ریه: ۲۰ سال: ۵۰٪