**(محل درج لوگوی دانشگاه علوم پزشکی)**

**نقشه راه شهر و روستای بدون دخانیات**

**(محل درج نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی)**

**(محل درج نام شهر/ روستا)**

لوگوی دانشگاه و سازمان های همکار در این کادر درج شود.

**تدوین‌کنندگان (به ترتیب حروف الفبا):**

* آقای دکتر حسن آذری پورماسوله
* آقای دکتر مرتضی املشی
* خانم مهندس آزیتا پیشگو
* آقای دکتر شریف ترکمن نژاد
* آقای دکتر احمد جنیدی جعفری
* آقای دکتر منصور رنجبر
* خانم دکتر الهه عزتی
* آقای مهندس بهزاد ولی زاده

**با تشکر از:**

* آقای دکتر غلامرضا حبیبی
* آقای دکتر سید مهرداد محمدی
* آقای دکتر آرش نیک خلق
* خانم دکتر مژگان لطافت نژاد
* همکاران محترم دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات) خانم‌ها مهندسین: فرزانه فرشاد، فاطمه بهبویه جوزم، سارا غلامی)

فهرست مطالب

[فصل یک: ابتکار شهر بدون دخانیات 5](#_Toc48118286)

[مقدمه 6](#_Toc48118287)

[1- اسناد بالا دستی 9](#_Toc48118288)

[2- ابتکار شهر بدون دخانیات 10](#_Toc48118289)

[3- ویژگی های شهرو روستای بدون دخانیات 11](#_Toc48118290)

[3- 1 عرضه و فروش انواع محصولات دخانی: 11](#_Toc48118291)

[2-3 ممنوعیت استعمال انواع محصولات دخانی در اماکن عمومی 12](#_Toc48118292)

[3-3 ممنوعیت تبلیغات انواع محصولات دخانی 12](#_Toc48118293)

[4-3 ترک استعمال دخانیات 13](#_Toc48118294)

[5-3 آگاهی از مضرات استعمال دخانیات، مطالبه‌گری و مشارکت عمومی 13](#_Toc48118295)

[6-3 همکاری همه جانبه بین بخشی و حمایت طلبی در راستای اجرای برنامه های کنترل دخانیات 13](#_Toc48118296)

[فصل دو: نقشه راه پروژه شهر و روستای بدون دخانیات 14](#_Toc48118297)

[پروژه شهر و روستای بدون دخانیات 15](#_Toc48118298)

[محورهای کلی ابتکار شهر/ روستای بدون دخانیات: 15](#_Toc48118299)

[مفهوم شهر/ روستا بدون دخانیات : 16](#_Toc48118300)

[دورنما (چشم انداز) 16](#_Toc48118301)

[اهداف کلان شهر و روستای بدون دخانیات 17](#_Toc48118302)

[اهداف اختصاصی شهر و روستای بدون دخانیات 17](#_Toc48118303)

[دستاوردهای مورد انتظار: 18](#_Toc48118304)

[راهنمای پیاده سازی پروژۀ شهر/ روستای بدون دخانیات 18](#_Toc48118305)

[1- تشکیل کمیته ی راهبری 19](#_Toc48118306)

[2- انتخاب و معرفی شهرو روستای بدون دخانیات 20](#_Toc48118307)

[معیارهای شهر منتخب 20](#_Toc48118308)

[معیارهای روستای منتخب 20](#_Toc48118309)

[3- تعیین ذینفعان کلیدی 21](#_Toc48118310)

[جدول 1: جدول ذینفعان برنامه شهر و روستای بدون دخانیات 21](#_Toc48118311)

[4- جلب حمایت سازمانهای مردم نهاد و خیرین و افراد مؤثر و کلیدی سطح شهر و روستای منتخب 25](#_Toc48118312)

[5- تشکیل دبیرخانه ی "پروژه ی شهر/روستای بدون دخانیات" 25](#_Toc48118313)

[6- پیاده سازی برنامۀ اجرایی طرح 25](#_Toc48118314)

[این برنامه در قالب سه فایل ذیل تدوین شده: 25](#_Toc48118315)

[7- ارزیابی وضعیت موجود 26](#_Toc48118316)

[آمار شهر بدون دخانیات: 26](#_Toc48118320)

[آمار روستای بدون دخانیات 26](#_Toc48118321)

[8- نظام پایش و ارزشیابی پروژۀ شهر بدون دخانیات 32](#_Toc48118322)

[9- اهداء گواهی اماکن بدون دخانیات از سوی رئیس دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: 33](#_Toc48118323)

[10- اهداء لوح مکان بدون دخانیات/ شهر و روستای بدون دخانیات توسط سازمان جهانی بهداشت 33](#_Toc48118324)

[فصل سوم: حذف پایدار قلیان از امکان عمومی در جمهوری اسلامی ایران 34](#_Toc48118325)

[مقدمه: 35](#_Toc48118326)

[شيوع مصرف قليان 36](#_Toc48118327)

[نیکوتین دروازه اعتیاد 37](#_Toc48118328)

[ضرورت و اهمیت اجرای برنامۀ حذف پایدار قلیان از اماکن عمومی 38](#_Toc48118329)

[هدف اصلی 38](#_Toc48118330)

[راهبردها 38](#_Toc48118331)

[پیوست سؤالات و پاسخ هایی در خصوص ارتباط مصرف دخانیات، به ویژه قلیان، با بیماری کووید 19 در منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت 39](#_Toc48118332)

[منابع: 41](#_Toc48118334)

# فصل یک: ابتکار شهر بدون دخانیات



#

# مقدمه

مصرف دخانیات به‌عنوان مهم‌ترین عامل خطر بیماری‌های غیر واگیر، سالانه موجب مرگ ۸ میلیون نفر از مردم جهان می‌شود. در حال حاضر یک ميليارد و یک‌صد میلیون نفر از جمعيت جهان دخانیات مصرف می‌کنند که در اثر آن، متأسفانه یک‌میلیون نفر قربانی مواجهه با دود دست دوم این محصولات می‌شوند (1, 2). ازنظر خطرات سلامتی، قرار گرفتن در معرض دود دخانیات که توسط دیگران استعمال می‌شود تفاوتی با استعمال دخانیات توسط خود فرد ندارد، زیرا حاوی گازهای سمی و سرطان‌زا، مواد آلاینده و فلزات سنگین است. استنشاق هر میزان از دود دست دوم می‌تواند مشکل‌زا باشد (3). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت مواجهه با دود دست دومِ مواد دخانی، برای اطرافیان، خطرات جدی ازجمله ابتلا به بیماری‌های تنفسی، قلبی- عروقی و مرگ ناگهانی نوزادان را به همراه دارد. عوارض دود دخانیات در کودکان، نکته‌ای است که گاهی اوقات دست‌کم گرفته می‌شود (4)، مطالعات نشان می‌دهد کودکانی که در معرض دود دخانیات هستند از نظر شناختی، رشد کمتری نسبت به سایر همسالان خود دارند؛ همچنین در این مطالعه که با بیش از 70 هزار نفر در مدت 22 سال به طول انجامید، مشخص شد، کودکانی که به‌طور مکرر در معرض دود مواد دخانی هستند در بزرگ‌سالی 42 درصد بیش از سایر کودکان در اثر بیماری‌های مزمن انسداد ریه جان خود را از دست می‌دهند. البته این تمام عوارض ناشی از دود دخانیات بر آن‌ها نیست؛ این گروه از کودکان در بزرگ‌سالی، 27 درصد بیش از دیگران به‌واسطه بیماری‌های ایسکمیک قلبی می‌میرند و احتمال مرگ ناشی از ایست قلبی نیز در آن‌ها 23 درصد بیشتر است (5). مطالعه دیگری که در دانشگاه سینسیناتی آمریکا انجام شد تائید می‌کند که نوجوانانی که تنها به میزان یک ساعت در هفته در معرض دود سیگار هستند دو برابر بیشتر از همسالان خود بعد از ورزش دچار علائمی چون خس‌خس سینه با سرفه‌های خشک در شب می‌شوند؛ درعین‌حال این نوجوانان 5/1 برابر بیش از سایر همسالان خود ممکن است به‌واسطه بیماری‌های مختلف نتوانند در مدرسه حاضر شوند (6).

**کودکانی که به‌طور مکرر در معرض دود مواد دخانی هستند، در بزرگ‌سالی، 42 درصد بیش از دیگر کودکان درنتیجه بیماری‌های مزمن انسدادی ریه و 27 درصد بیش از دیگران به‌واسطه بیماری‌های ایسکمیک قلبی جان خود را از دست می‌دهند.**

همچنین افزایش خطر ابتلا به سرطان ریه به میزان 25 درصد، ناراحتی‌های قلبی عروقی، انسداد عروق مغزی، انسداد مزمن مجاری تنفسی، آسم و مرگ زودهنگام، از عوارض مواجهه بزرگ‌سالان با دود دخانیات است (7).

طبق شواهد و مستندات این سازمان جدا کردن فضای مخصوص استعمال دخانیات مانند اتاق‌های استعمال دخانیات در فرودگاه‌ها از خطرات مواجهه با دود دخانیات کم نمی‌کند.

**استنشاق هر میزان از دود دست دوم می‌تواند مشکل‌زا باشد.**

طبق نتیجه مطالعۀ عوامل خطر سال ۱۳۹۵ در ایران 13/14 درصد از جمعیت بالای ۱۸ سال مصرف‌کننده دخانيات بودند (16/25 درصد مردان و 01/4 درصد زنان). این میزان در روستاها 44/15 و در شهرها 62/13 درصد گزارش شده که عمدتاً به دلیل بالاتر بودن میزان مصرف قلیان در روستاها می‌باشد (8, 9). مطالعه بررسی وضعیت استعمال دخانیات در نوجوانان 13 تا 15 ساله در اسفندماه ۱۳۹۴ نیز نشان داده است که 4/3 درصد از نوجوانان مصرف‌کننده سیگار (8/4 درصد پسران و 1/2 درصد دختران) و 7/5 درصد نوجوانان در این گروه سنی مصرف‌کننده قلیان (3/7 درصد پسران و 3/4 درصد دختران) بودند (9).



نمودار شماره 1: وضعیت استعمال دخانیات در نوجوانان ۱۵-۱۳ ساله در اسفندماه ۱۳۹۴

تقریباً نیمی از کودکان جهان در معرض مواجهه با دود دست دوم دخانیات قرار دارند. این آمار در ایران نشان می‌دهد که 5/14 درصد جمعیت گروه سنی بالای ۱۸ سال در محیط‌های عمومی (7/21 درصد مردان و 8/7 درصد زنان) و 28/26 درصد (9/25 درصد مردان و 5/26 درصد زنان) در منازل در مواجهه با دود دست دوم قرار دارند. علاوه بر خطرات ناشی از مصرف سیگار، متأسفانه شیوع مصرف قلیان نیز به‌سرعت در حال افزایش است، تخمین زده شده بیش از 100 میلیون نفر در جهان قلیان را به‌عنوان یک ماده دخانی مصرف می‌کنند (9, 10)، نتایج داده‌های حاصل از (Global Youth Tobacco Survey) که شامل بررسی افراد 13 تا 15 ساله در 7 کشور خاورمیانه بود، نشان داد که میزان مصرف قلیان در همه کشورهای موردمطالعه از سیگار بیشتر است. (11).

سازمان جهانی بهداشت علت افزایش گرایش به مصرف قلیان را مرتبط با درک اشتباه و بی‌ضرر بودن آن در مقایسه با سایر مواد دخانی دانسته است (12)، علاوه بر این در بررسی قوانین در 62 کشور، فقط ایالات‌متحده، انگلیس، هندو امارات متحده عربی قوانین تأثیرگذار درزمینهٔ کنترل قلیان را تصویب کرده‌اند. این در حالی است که وجود قوانین و سیاست‌هایی مانند منع مصرف قلیان در کافه و رستوران‌ها، تنظیم قوانینی در خصوص ممنوعیت دسترسی به سنین زیر 18 سال، درج برچسب‌های هشداردهنده در خصوص مضرات مصرف مواد دخانی بر روی بسته‌بندی این محصولات (تنباکو)، ممنوعیت جامع تبلیغات و افزایش مالیات نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش و حذف پایدار محصولات دخانی ازجمله قلیان دارند، همچنین پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت حاکی از این است که چنانچه اقدامی جدی در کنترل و پیشگیری از مصرف دخانیات انجام نشود تا پایان قرن حاضر یک میلیارد مورد مرگ ناشی از مصرف دخانیات در جهان به وقوع خواهد پیوست (13-15).

طبق پیش‌بینی این سازمان، در صورت ادامه روند کنونی، کشورهای ایران، مصر و پاکستان تا ۴۰ سال آینده بیشترین میزان مصرف دخانیات را خواهند داشت.



نمودار شماره 2: مواجهه با دود دست دوم دخانیات در ایران در محیط‌های عمومی و در منازل برحسب درصد

آمار مواجهه با دود دست دوم در نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ سال در محیط‌های عمومی و منازل به ترتیب 4/38 درصد و 2/24 درصد گزارش‌شده است (16).

**پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت حاکی از این است که چنانچه اقدامی جدی در کنترل و پیشگیری از مصرف دخانیات انجام نشود تا پایان قرن حاضر یک میلیارد مورد مرگ ناشی از دخانیات در جهان به وقوع خواهد پیوست؛ همچنین طبق پیش‌بینی این سازمان کشورهای ایران، مصر و پاکستان تا ۴۰ سال آینده بیشترین میزان مصرف دخانیات را خواهند داشت.**

## اسناد بالادستی

كنوانسيون جهاني كنترل دخانيات[[1]](#footnote-1) ابزار مناسبي برای مهار اپیدمی دخانيات در جهان محسوب شده و اولين معاهده سازمان بهداشت جهاني است كه اجراي آن موفقيت‌هاي زيادي را در جهت پيشبرد اهداف بهداشت عمومي به همراه داشته است. در حال حاضر ۱۸۱ كشور جهان عضو این معاهده هستند. اين معاهده در سال ۱۳۸۴ در جمهوری اسلامی ایران به تصويب رسیده، با بهره‌گیری از مفاد این کنوانسیون، قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات، تهیه و در سال ۱۳۸۵ به تصویب مجلس شورای اسلامی و آیین‌نامه اجرایی آن در سال ۱۳۸۶ به تصویب هیات وزیران رسید. به‌منظور برنامه‌ریزی برای مبارزه با مصرف مواد دخانی و حفظِ سلامت عمومی، ستاد کشوری کنترل دخانیات با عضویت وزرای دستگاه‌های مرتبط و مسئولین ارشد سازمان‌های ذی‌ربط تشکیل شد؛ مصوبات این ستاد پس از تائید رئیس‌جمهور برای کلیه دستگاه‌ها و سازمان‌ها لازم‌الاجرا است (17).

سازمان جهانی بهداشت برای کمک به کشورهای عضو، باهدف تحقق بخشیدن به مفاد و بندهای مندرج در کنوانسیون، شش راهکار کلیدی[[2]](#footnote-2) و خط‌مشی مهم و مؤثر به شرح ذیل را برای کاهش تقاضای دخانیات به کشورهای جهان اعلام نمود (1).

۱- پایش مصرف دخانیات و سیاست‌های پیشگیرانه

۲- محافظت از مردم در برابر دود محصولات دخانی

۳- پیشنهاد کمک به ترک استعمال دخانیات

۴- هشدار در مورد خطرات مصرف دخانیات

۵- به مورداجرا گذاشتن ممنوعیت تبلیغات، ترویج و حمایت از محصولات دخانی

۶- افزایش مالیات بر محصولات دخانی

هدف ملی برنامه کنترل دخانیات در کشور، کاهش ۳۰ درصدی مصرف دخانیات تا سال ۱۴۰۴ می‌باشد انتظارمی رود، اجرای دقیق راهکارهای شش‌گانۀ کاهش تقاضا، دستیابی به هدف تعیین‌شده در کاهش مصرف را محقق کند.

##

**هدف ملی برنامه کنترل دخانیات در کشور، کاهش ۳۰ درصدی مصرف دخانیات تا سال ۱۴۰۴ می‌باشد.**

# ابتکار شهر بدون دخانیات

دستورالعمل ماده ۸ چارچوب کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت به کشورها کمک می‌کند تا دقیقاً بدانند چه اقداماتی را به‌منظور محافظت از مردمِ خود در برابر مواجهه با دود دست دوم دخانیات اتخاذ کنند. تعداد زیادی از کشورها قوانینی برای ایجاد محیط‌هایی عاری از دود دخانیات جهت جلوگیری از مواجهه مردم با دود دست دوم و کاهش عوارض آن تصویب کرده‌اند (18).

به‌یقین، داشتن یک قانون کشوری که از همه مردم کشور در برابر مواجهه با دود دخانیات محافظت کند ایده­آل است، اما اغلب تصویب و اجرای قوانین محلی آسان‌تر و کاربردی‌تر می‌باشد. در سراسر جهان تعداد شهرها و کشورهایی که اقدام به ایجاد محیط‌هایی عاری از دود دخانیات کرده‌اند رو به افزایش است. بسیاری از شهرها اختیار کامل برای وضع قوانین مربوط به محیط‌هایی عاری از دود دخانیات را دارند. اگر این قوانین در سطوح حاکمیتی وجود نداشته باشد، این شهرها هستند که باید از اختیارات خود برای تصویب قوانین یا استفاده از سایر ابزارهای قانونی موجود، برای ممنوعیت استعمال دخانیات در این مکان‌ها استفاده کنند. برخی از شهرها ممکن است اختیارات کافی برای تصویب قانونی قوی و جامع را نداشته باشند؛ اما این بدان معنا نیست که آن‌ها نباید اقدامی در این زمینه انجام دهند. اکثر شهرها، حداقل، امکان و اختیار محدود کردن استعمال دخانیات در برخی مکان‌ها مانند اماکن عمومی، مراکز حمل‌ونقل عمومی، مکان بازی کودکان در پارک‌ها و ساختمان‌های اداری شهر را دارا هستند. آن‌ها می‌توانند قوانینی که استعمال دخانیات را در محیط‌های بسته ممنوع می‌کند، تصویب کنند. علاوه بر این، تمام شهرها می‌توانند از اقدامات دیگر در سطح دولتی نیز حمایت کنند. شهرداران و سایر مسئولین شهری، می‌توانند به‌طور مستقیم از قوانین کشوری درباره محیط عاری از دود دخانیات حمایت کنند.

با توجه به تأثیر اجرای ماده ۸ کنوانسیون کنترل دخانیات در کاهش مواجهه افراد با دود دخانیات و فراهم نمودن محیط مناسب برای کاهش مصرف دخانیات، سازمان جهانی بهداشت ابتکار شهرهای بدون دخانیات را پایه‌گذاری نمود. در یک پروژه مشترک، کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت (18) و ابتکار عاری از دخانیات سازمان بهداشت جهانی[[3]](#footnote-3)، باهدف تسهیل اقدامات محلی از طریق مستند کردن تجربیات نُه شهر منتخب که در حال تبدیل‌شدن به شهرهای عاری از دود دخانیات هستند، پرداخته ‌است که از آن جمله می‌توان به دو شهر مکه مکرمه و مدینه منوره اشاره کرد. مکه و مدینه با جمعیتی به ترتیب حدود ۷/۱ میلیون و ۳/۱ میلیون نفر، سالانه پذیرای حدود ۸ میلیون زائر هستند. به‌طور متوسط بین 3 تا 4 میلیون نفر از این زائرین در مدت ۲ ماه در بازه زمانی حج و 2 تا 4 میلیون نفر در ماه رمضان وارد این دو شهر می‌شوند. در این راستا دو شهر مذکور با انجام اقدامات مؤثر در عدم استعمال و عرضه دخانیات در محدوده اماکن مذهبی تعیین‌شده به شهرهای مذهبی بدون دخانیات تبدیل شدند. این سازمان متعاقباً پیشنهاد اجرایی شدن طرح مذکور در دو شهر مقدس قم و مشهد را به ایران ارائه نمود.

## ویژگی‌های شهر و روستای بدون دخانیات

شهر و روستای بدون دخانیات، مناطقی هستند که الزامات و اقدامات زیر در آن مورد توجه قرار گرفته است:

## 3- 1 عرضه و فروش انواع محصولات دخانی:

3-1-1 فهرست اماکنی که عرضه و فروش محصولات دخانی در آن‌ها ممنوع است تهیه شده، متصدیان این اماکن کتباً از ممنوعیت عرضه و فروش محصولات دخانی مطلع گردیده و آگهی ممنوعیت عرضه و فروش محصولات دخانی را در معرض دید عموم نصب‌کرده‌اند.

3-1-2 فروش محصولات دخانی به افراد زیر ۱۸ سال و فروش سیگار به‌صورت نخی و نیز فروش محصولات دخانی قاچاق در مراکز فروش طبق قانون ممنوع است.

3-1-3 فهرست اماکنی که مجاز به فروش محصولات دخانی هستند تهیه شده است، متصدیان این اماکن از ممنوعیت فروش محصولات دخانی به افراد زیر ۱۸ سال و فروش به‌صورت نخی و قاچاق کتباً مطلع بوده، آگهی ممنوعیت فروش به افراد زیر ۱۸ سال، فروش به‌صورت نخی و فروش محصولات قاچاق را در معرض دید عموم نصب‌کرده‌اند.

3-1-4 مکانیسم قانونی و اجرایی برای شناسایی و گزارش دهی موارد تخلف بندهای یک تا سه، توسط بخش­های نظارتی، ساکنین و بازدیدکنندگان شهر و نیز مکانیسم برخورد قانونی با متخلفین وجود دارد.

3-1-5 ساکنین و بازدیدکنندگان شهر بدون دخانیات از فهرست اماکن مجاز عرضه محصولات دخانی و فهرست اماکنی که عرضه محصولات دخانی در آن‌ها ممنوع می‌باشد آگاه هستند، از ممنوعیت فروش محصولات دخانی به افراد زیر ۱۸ سال و فروش سیگار به‌صورت نخی و قاچاق مطلع می‌باشند و می‌دانند چگونه موارد تخلف در اجرای بندهای یک تا سه را گزارش نمایند.

3-1-6 نحوه اجرای بندهای یک تا سه به‌صورت دوره‌ای توسط بازرسین پایش شده، نتیجۀ آن ثبت شده با متخلفین برخورد قانونی صورت می‌گیرد.

## ممنوعیت استعمال انواع محصولات دخانی در اماکن عمومی

3-2-1 در شهر بدون دخانیات استعمال دخانیات در کلیه اماکن عمومی (مانند بیمارستان‌ها، مراکز درمانی، دانشگاه‌ها، محیط‌های آموزشی، مراکز ورزشی و فرهنگی، محل‌های کار، رستوران‌ها، پارک‌ها و فضاهای سبز و مراکز خرید) و وسایل نقلیه عمومی و سرویس‌های مدارس و ادارات ممنوع بوده، آگهی ممنوعیت استعمال دخانیات در آن‌ها نصب شده است و وسایل نقلیه عمومی و تاکسی نیز دارای برچسب/ نشان ممنوعیت استعمال دخانیات هستند.

* + 1. مکانیسم قانونی و اجرایی برای شناسایی و گزارش دهی موارد تخلف بند فوق توسط بخش‌های نظارتی، ساکنین و بازدیدکنندگان شهر و نیز برخورد قانونی با متخلفین وجود دارد.
		2. مراکز و وسایل نقلیه ذکرشده در بند 3-2-1 به‌صورت دوره‌ای برای نظارت بر اجرای قانون ممنوعیت استعمال محصولات دخانی در اماکن عمومی توسط بازرسین پایش شده و نتیجه آن ثبت می‌شود.
		3. ساکنین و بازدیدکنندگان شهر بدون دخانیات، از ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن و وسایط نقلیه عمومی آگاهی دارند و می‌دانند چگونه موارد تخلف در اجرای بند یک را گزارش نمایند. میزان مواجه ساکنین و بازدیدکنندگان شهر بدون دخانیات با دود دست دوم دخانیات در مطالعات دوره‌ای پایش می‌شود. همچنین مکانیسم اعتباربخشی اهدای نشان مکان عاری از دخانیات مانند بیمارستان بدون دخانیات، دانشگاه بدون دخانیات و... وجود دارد.

## 3-3 ممنوعیت تبلیغات انواع محصولات دخانی

3-3-1 در شهر بدون دخانیات تبلیغات دخانیات طبق قانون ممنوع بوده، متصدیان مراکز مجاز فروش محصولات دخانی شامل عمده‌فروش، خرده‌فروش، عرضه‌کنندگان و نیز مراکز فروش محصولات غیر دخانی، کتباً از ممنوعیت تبلیغات محصولات دخانی مطلع هستند.

3-3-2 در شهر بدون دخانیات حمایت صنعت دخانیات و عوامل مربوطه از بخش دولتی و خصوصی طبق قانون ممنوع بوده، کلیه مسئولین بخش‌های دولتی و خصوصی از ممنوعیت دریافت هرگونه حمایت صنعت دخانیات باخبر هستند.

* + 1. مکانیسم قانونی و اجرایی برای شناسایی و گزارش دهی موارد تخلف دو بند فوق توسط بخش‌های نظارتی، ساکنین و بازدیدکنندگان شهر و نیز برخورد قانونی با متخلفین وجود دارد.

## 4-3 ترک استعمال دخانیات

* + 1. مکانیسم پایدار تشویق استعمال کنندگان دخانیات برای ترک و کاهش مصرف آن وجود دارد.

3-4-2 مراکز تخصصی فعال ترک استعمال دخانیات در شهر بدون دخانیات وجود داشته، متقاضیان به این خدمات در بخش دولتی به‌صورت رایگان و در بخش خصوصی بر اساس تعرفۀ مصوب[[4]](#footnote-4) دسترسی دارند.

* + 1. کیفیت و کمیت خدمات ترک دخانیات به‌صورت منظم پایش می‌شود.

## آگاهی از مضرات استعمال دخانیات، مطالبه گری و مشارکت عمومی

3-5-1 در شهر بدون دخانیات کمپین‌های بازاریابی اجتماعی درزمینهٔ مضرات استعمال دخانیات، مضرات دود دست دوم و حق همگان نسبت به دسترسی به محیط عاری از دخانیات برای ساکنین و بازدیدکنندگان، برگزار شده و این افراد از پیام‌های کلیدی در مورد مضرات استعمال دخانیات، دود دست دوم و ... مطلع شده‌اند.

* + 1. تعدادی از ساکنین و بازدیدکنندگان شهر بدون دخانیات به‌عنوان سفیران سلامت مبارزه با دخانیات داوطلب شده، در برنامه‌های مرتبط همکاری فعال دارند.
		2. مکانیسم پایش دوره‌ای میزان آگاهی و عملکرد ساکنین و بازدیدکنندگان در مورد مضرات استعمال دخانیات و حمایت از ابتکار شهر بدون دخانیات وجود دارد.

## همکاری همه‌جانبه بین بخشی و حمایت‌طلبی در راستای اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات

3-6-1 زیرساخت لازم برای جلب همکاری همه‌جانبه در راستای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات در شهر بدون دخانیات وجود داشته، سازوکاری کارآمد برای همکاری همه‌جانبه بین بخشی و مشارکت فعال گروه‌های اجتماعی و سازمان‌های غیردولتی و خیریه‌ها وجود دارد.

* + 1. مکانیسم خط‌مشی گذاری عمومی با هدف حمایت از ابتکار شهر بدون دخانیات با مشارکت شرکای برنامه وجود دارد.
		2. برنامه اجرایی بر اساس رویکرد نتیجه گرا وجود دارد.
		3. منابع مالی پایدار برای اجرای برنامه شهر بدون دخانیات وجود دارد.
		4. کمیته‌ی مستقل پایش، مستندسازی و گزارش دهی وجود دارد که به‌صورت مستمر فعالیت می‌کند.
		5. وضعیت استعمال دخانیات و اجرای برنامه‌ها بر اساس راهبردهای کاهش عرضه و تقاضای دخانیات طور منظم اندازه‌گیری و نتایج آن گزارش می‌شود.

# فصل دو: نقشه راه پروژه شهر و روستای بدون دخانیات



#

# پروژه شهر و روستای بدون دخانیات

ابتکار شهر/ روستای بدون دخانیات در راستای ابتکار شهر بدون دخانیات سازمان جهانی بهداشت، توسط تیمی متشکل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی پیشنهاد و به مورداجرا گذاشته می‌شود. در این راستا یک برنامه 5 ساله تدوین‌شده که تا سال 1404 ادامه خواهد یافت.

در فاز نخست که به مدت یک سال از شروع طرح ادامه خواهد یافت، با بسیج اطلاع‌رسانی و اقدامات مشترک دستگاه‌ها و سازمان‌های ذی‌ربط ازجمله سازمان‌های مردم‌نهاد، تلاش می‌گردد تا الزامات تعریف‌شده در این دستورالعمل در شهر/روستای منتخب و معرفی‌شده توسط دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کشور اجرا و ضمن بررسی وضعیت موجود متغیرهای موردنظر در شهر/روستای منتخب نحوه اجرا در طول دوره پایش و نتایج آن در حین انجام طرح و پایان دوره، ارزشیابی گردد. بدیهی است امکان توسعه این برنامه در سایر شهر/روستاهایی کشور وجود خواهد داشت؛ در سال‌های آتی نیز ارزشیابی پیامدهای اجرای برنامه کشوری بر شاخص‌های شیوع استعمال دخانیات و نیز شاخص‌های مرتبط با مفاد قانون جامع کنترل دخانیات و آئین‌نامه اجرائی آن صورت خواهد پذیرفت.

# محورهای کلی ابتکار شهر/ روستای بدون دخانیات:

* اجرای کامل مفاد قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات و آئین‌نامه اجرائی آن در خصوص ممنوعیت عرضه و فروش محصولات دخانی و نظارت بر اجرای آن در همه اماکن عمومی (مانند مدارس، مساجد، اماکن مذهبی، دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها و...)؛
* اجرای کامل مفاد قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات و آئین‌نامه اجرائی آن در خصوص ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و وسایط نقلیه عمومی و توسعه طرح‌های مکان عاری از دخانیات؛
* تقویت سازوکار اجرای کامل مفاد قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات و آئین‌نامه اجرائی آن در خصوص منع تبلیغات دخانیات و منع حمایت صنعت دخانیات از وقایع اجتماعی، فرهنگی و ...؛
* تقویت ظرفیت خدمات‌رسانی برای ترک استعمال دخانیات؛
* مشارکت عمومی در آگاه‌سازی و مطالبه گری در خصوص مضرات استعمال دخانیات، با طراحی و اجرای کمپین‌هایی در راستای برنامه‌های شهر/ روستای بودن دخانیات و جلب مشارکت مردمی و نهاده‌ای مردم‌نهاد برای اجرای ابتکار شهر/ روستای عاری از دخانیات؛
* تقویت سازوکار و مدیریت برنامه با تصویب پروژه "شهر/روستای بدون دخانیات"، فراهم کردن زیرساخت لازم برای اجرای برنامه شهر/ روستای بدون دخانیات، ظرفیت‌سازی و آموزش نیروی انسانی، تسهیل تبادل تجربیات و ابتکارات، ارزیابی و ارزشیابی و اخذ گواهی سازمان جهانی بهداشت.

#

# مفهوم شهر/ روستا بدون دخانیات:

در این پروژه تعریف شهر/ روستا بدون دخانیات با الهام از مفاد چهارچوب معاهده کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت

(17, 19) (WHO FCTC) و راهبردهای آن سازمان در حوزه کنترل دخانیات تحت عنوان (1) MPOWERS[[5]](#footnote-5)و قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات و آیین‌نامه اجرایی آن، **عبارت از شهر/ روستایی است که در آن فروش، عرضه و استعمال محصولات دخانی ضابطه‌مند شده، مردم از مواجهه با دود دست دوم دخانیات محافظت می‌شوند، تبلیغ و ترویج مستقیم و غیرمستقیم دخانیات کاملاً محدود شده، آگاه‌سازی عمومی در مورد مضرات استعمال دخانیات انجام و مصرف‌کنندگان به ترک دخانیات تشویق و تسهیلات لازم در اختیار آنان قرار می‌گیرد؛ درمجموع با مدیریتی پویا، جلب مشارکت و مطالبه گری شهروندان و ارزیابی و ارزشیابی هدفمند، بر هر دو راهبرد کاهش عرضه و تقاضا تمرکز نموده، انتظار می‌رود به‌تدریج شیوع استعمال دخانیات در این مناطق با همکاری همه‌جانبه کاهش یابد.**

# دورنما (چشم‌انداز)

**این برنامه پنج‌ساله بوده، انتظار می‌رود:**

* **در سال اول:** همۀ متصدیان و شهروندان با عوارض دخانیات به‌طور کامل آشنایی پیدا کرده، در هیچ‌یک از اماکن عمومی دخانیات مصرف نشده، عرضه قلیان در اماکن و مراکز شهر صورت نگیرد. مصرف دخانیات توسط شهروندان کاهش پیدا کرده باشد و به معیارهای دریافت گواهی شهر/روستای بدون دخانیات برسند.
* **در سال پنجم:** علاوه بر تداوم برنامه، دستیابی به اهداف عالی‌تر محقق گردد، به طوری که در پایان سال پنجم برنامه مصرف دخانیات به میزان بیش از 30 درصد نسبت به سال اول شروع برنامه (1399) کاهش پیدا کند.

# اهداف کلان‌شهر و روستای بدون دخانیات

این پروژه، برگرفته از راهکارهای کلیدی کاهش عرضه و تقاضای دخانیات سازمان جهانی بهداشت و هدف ملی برنامه کنترل دخانیات در کشور (کاهش ۳۰ درصدی مصرف دخانیات تا سال ۱۴۰۴) طراحی و اجرا خواهد شد.

**اهداف کلان این پروژه به شرح زیر است:**

* ارزیابی منظم وضعیت مصرف دخانیات و سیاست‌های پیشگیرانه
* بهبود شرایط محافظت از مردم در برابر دود مواد دخانی
* افزایش دسترسی به خدمات ترک دخانیات
* گسترش و فراگیری هشدارها در مورد مخاطرات مصرف دخانیات
* تشدید محدودیت‌های مربوط به تبلیغات و ترویج و حمایت از محصولات دخانی
* افزایش قیمت محصولات دخانی از طریق افزایش مالیات بر محصولات دخانی
* بهبود ساماندهی فروش محصولات دخانی

# اهداف اختصاصی شهر و روستای بدون دخانیات

* ارزیابی وضعیت مصرف دخانیات و سیاست‌های پیشگیرانه در ابتدای پروژه‌ی "شهر بدون دخانیات"
* ممنوعیت استعمال انواع محصولات دخانی در اماکن عمومی
* ممنوعیت استعمال انواع محصولات دخانی در وسایط نقلیه عمومی
* ممنوعیت پایدار عرضه قلیان در اماکن عمومی
* اجرای طرح خانه و خیابان بدون دخانیات
* افزایش دسترسی شهروندان به خدمات مشاوره و ترک دخانیات
* ارتقای کیفیت خدمات مشاوره و ترک دخانیات موجود
* افزایش آگاهی عمومی در مورد مخاطرات مصرف دخانیات
* ممنوعیت تبلیغات و ترویج محصولات دخانی
* جلب حمایت مسئولین در راستای سیاست‌های افزایش قیمت محصولات دخانی از طریق افزایش مالیات
* محدودیت دسترسی انواع محصولات دخانی
* تقدیر و تشویق مجازی که داوطلبانه از فروش دخانیات خودداری کرده و یا آن را متوقف می‌کنند.

# دستاوردهای مورد انتظار:

* مواجهه با دود دست دوم در اماکن عمومی در شهر و روستای بدون دخانیات کمتر از 5 درصد باشد.
* دسترسی 100 درصدی به خدمات ترک دخانیات
* اجرای 100 درصدی ممنوعیت فروش نخی سیگار
* اجرای 100 درصدی ممنوعیت فروش مواد دخانی به افراد زیر 18 سال
* اجرای 100 درصدی ممنوعیت تبلیغات مواد دخانی
* اجرای 100 درصدی ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی
* اجرای 100 درصدی حذف عرضه و استعمال قلیان در اماکن عمومی
* ضابطه‌مند شدن 100 درصدی عرضه و فروش محصولات دخانی

# راهنمای پیاده‌سازی پروژۀ شهر/ روستای بدون دخانیات

1. تشکیل کمیتۀ راهبری (Steering Committee)
2. انتخاب و معرفی شهر و روستای بدون دخانیات
3. تعیین ذینفعان کلیدی
4. جلب حمایت سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین و افراد مؤثر و کلیدی سطح شهر و روستای منتخب
5. تشکیل دبیرخانه‌ی "پروژه‌ی شهر/ روستای بدون دخانیات"
6. پیاده‌سازی برنامۀ اجرایی طرح
7. ارزیابی وضعیت موجود
8. نظام پایش و ارزشیابی پروژه‌ی شهر/ روستا بدون دخانیات
9. اهدای گواهی اماکن بدون دخانیات از سوی رئیس دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
10. اهدای لوح شهر/ روستای بدون دخانیات از سوی سازمان جهانی بهداشت

##

## تشکیل کمیته‌ی راهبری (Steering Committee)[[6]](#footnote-6)

هدف از تشکیل کمیته راهبری استفاده از خرد جمعی است که مديريت طرح با شرح وظايف روشن و قانوني در حيطه مأموریت‌ها و وظايف سازمانی بتواند مسئوليت هماهنگي، نظارت و ارزشيابي عالي را در راستاي فعاليت‌هاي تعیین‌شده بر عهده بگيرد. پیش‌نیاز اجراي موفقیت‌آمیز فعالیت‌ها تشکيل يک کميته مديريتي مؤثر و قوي با ترکیب زیر است:

* استاندار/ فرماندار/ شهردار (رئيس كميته)
* رئيس دانشگاه/ دانشکده یا معاون بهداشتی (دبير كميته)
* معاون دادستان
* معاون صداوسیمای استان/ شهرستان
* مدیرکل سازمان صنعت و معدن و تجارت استان
* فرمانده نیروی انتظامی استان/ شهرستان
* مدیرکل آموزش‌وپرورش
* مدیرکل فرهنگ و ارشاد اسلامی استان
* مدیرکل وزارت جهاد كشاورزي
* رئيس اتاق اصناف استان/ شهرستان
* نماینده رسانه‌های جمعی
* نماینده سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین
* مدير گروه سلامت محیط و کار دانشگاه/ دانشکده

این کمیته در فواصل زماني یک‌ماهه تشکيل جلسه می‌دهد تا بر اساس گزارش ارائه‌شده از دبیرخانه شهر بدون دخانیات، روند اجراي فعالیت‌های پروژه را پايش و ارزشيابي کرده و در خصوص رفع مشكلات اجرايي و ايجاد هماهنگي لازم تصميم لازم اتخاذ نمايد.

## انتخاب و معرفی شهر و روستای بدون دخانیات[[7]](#footnote-7)

## 1-2 معیارهای شهر منتخب

* جمعیت 50 هزار نفر[[8]](#footnote-8)
* کارخانه / کارگاه تولید و فرآوری محصولات دخانی در آن وجود نداشته باشد.
* عدم کشت توتون

### 2-2 معیارهای روستای منتخب

* دسترسی به آن آسان باشد.
* شورای روستا داشته باشد.
* خانه بهداشت داشته باشد.
* عدم کشت توتون
* کارخانه / کارگاه تولید و فرآوری محصولات دخانی در آن وجود نداشته باشد

## تعیین ذینفعان کلیدی

تهیه فهرست، تعیین میزان اهمیت استراتژیک، تمایل و تعهد و قدرت ذی‌نفعان می‌تواند در انتخاب ذینفعان کلیدی کمک کند. این امر به تصمیم گیران و سیاست‌گذاران کمک می‌کند که نحوۀ تعامل و ارتباط با ذینفعان را تعیین کرده، بهترین استراتژی را برای پیشبرد سیاست موردنظر اتخاذ کنند.

جدول 1: جدول ذینفعان برنامه شهر و روستای بدون دخانیات

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان ذینفع** | **انتظارات از ذینفعان** |
| **وزارت بهداشت (مرکز سلامت محیط و کار)** | سیاست گزاری، برنامه‌ریزی، حمایت‌طلبی، هدایت برنامه و جلب حمایت در سطوح ملی |
| **دانشگاه علوم پزشکی** | پشتیبانی و حمایت‌طلبیتأمین بودجه، امکانات و نیروی انسانیهماهنگی اجرای برنامه توسط ذینفعان و راهبری آنبرنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های پیش‌بینی‌شده |
| **سازمان جهانی بهداشت** | حمایت فنی، حمایت‌طلبی، ارزشیابی و صدور گواهی شهر بدون دخانیات پس از کسب استانداردهای لازم |
| **استانداری/ فرمانداری** | تشکیل و هدایت کمیته هماهنگی با حضور نمایندگان دستگاه‌های ذی‌ربطتسهیل هماهنگی در سازمان‌ها و رصد پیشرفت فعالیت‌های مصوبحمایت از اجرای ابتکار شهر بدون دخانیاتمشارکت در تأمین منابع موردنیاز |
| **شهرداری/بخشداری/دهیاری** |  ایجاد بوستان‌های بدون دخانیاتاطلاع‌رسانی از طریق فضای مجازی و سایت شهرداریشناسایی و تقدیر از کسبه‌های پایبند به عدم فروش مواد دخانی برپایی نمایشگاه‌های عکاسی، نقاشی، گرافیک، کاریکاتور و فیلم در حوزه کنترل دخانیاتنصب پوستر منع دخانیات در اتوبوس‌های شهری، متروها و...همکاری جهت صدور مجوز نصب بنرهاهمکاری جهت جمع‌آوری تابلوهای تبلیغاتی صنوف فروشنده دخانیات (زیباسازی شهرداری)اعمال قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در شاغلین و خدمات شهرداریممنوعیت عرضه و فروش مواد دخانی در دکه‌های مرتبط با شهردارینصب پوسترها و بنرها در اماکن متعلق به شهرداری مانند بوستان‌هااجرای طرح‌های آموزشی تبلیغاتی در مکان‌های مرتبط مانند کتابخانه‌های عمومی و ... نقاشی اتوبوس شهری با موضوع کنترل دخانیات و تردد به مدت چندین ماه در سطح شهربرپایی غرفه‌های سلامت در خصوص آموزش مضرات استعمال دخانیات و فواید ورزشکمک به تأمین منابع مالی ابتکار شهر بدون دخانیاتتوسعه فضاهای ورزشی رایگان برای استفاده جوانان و نوجوانان با انجام تبلیغات ضد دخانیات راه‌اندازی کلینیک‌های مشاوره و ترک دخانیات |
| **شورای شهر/روستا** | حمایت از اجرای برنامه شهر/ روستا بدون دخانیات –هماهنگی با ارگان‌ها/ معتمدین روستا |
| **نمایندگان مجلس** | حمایت از اجرای برنامه - حمایت از افزایش مالیات بر محصولات دخانی در مجلس |
| **برنامه ‌و بودجه** | تأمین اعتبار اجرای فعالیت‌های طرح در قالب برنامه‌های سازمان‌های مرتبط |
| **روسا و معاونین دانشگاه / دانشکده‌ها** | مدیریت، حمایت‌طلبی، تأمین اعتبار، نظارت بر اجرای برنامه و گزارش دهی |
| **سازمان‌های بیمه‌گر** | هماهنگی با کمیته شهر/روستای بدون دخانیات در تدوین سیاست‌ها و برنامه |
| **مرکز بهداشت شهرستان** | بررسی وضعیت موجود منطقه و ارائه گزارشاجرای نظارت و احکام قانونیارائه گزارشات برحسب مورد جرائم به مراجع ذیصلاحفراهم کردن زمینه ترک دخانیات برای گروه هدف از طریق مراکز جامع خدمات سلامت |
| **سمن‌های فعال درزمینهٔ کنترل و مبارزه با دخانیات** | مطالبه گری، حمایت‌طلبی، جلب مشارکت مردمی، کمک به ارزیابی اجرای طرحکمک به اجرای فعالیت‌های پیش‌بینی‌شده با هماهنگی دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی |
| **کلینیک‌های خصوصی ترک دخانیات** | گسترش خدمات مشاوره و ترک دخانیات |
| **اداره صداوسیمای جمهوری اسلامی استان** | تولید برنامه‌های خبری از طرح شهر بدون دخانیاتهمکاری در اطلاع‌رسانی قوانین و ممنوعیت‌ها جهت آگاهی مردم برای اجرای طرحانعکاس خبری، استقبال مردمی از طرح جهت تقویت مشارکت مردمیعدم نمایش فیلم‌های دارای تبلیغات مصرف دخانیاتتهیه برنامه‌های آموزشی و خبری، اطلاع‌رسانی در برنامه‌های نمایشی و ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب‌رسان به‌سلامتتولید برنامه‌های آموزشی در خصوص کنترل دخانیاتتهیه و پخش آگهی‌های هشداردهنده |
| **رسانه‌های عمومی** | اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی |
| **دادستانی** | حمایت کامل کلیه سازمان‌ها در اجرای قانون و سایر موارد ممنوعیتاجرای جرائم قانونی به‌صورت تأدیبی در راستای بازدارندگی ممنوعیت دخانیاتدستور جمع‌آوری تبلیغات دخانیاتحمایت از لغو قرارداد اجاره با صنوف عرضه‌کننده و فروشنده دخانیاتحمایت از حضور قضات در تیم بازرسی مشترک با سازمان‌های مرتبط برای اعمال قانون در محل در موارد تخلف |
| **اتحادیه‌های مرتبط با فروش و عرضه محصولات دخانی (سوپرمارکت، خواربار و سقط فروش، قهوه‌خانه‌داران و سفره‌خانه‌های سنتی و...)** | ابلاغ اجرای کامل قوانین و دستورالعمل‌ها به مراکز تابعهالزام متصدیان به اخذ مجوز عاملیتاخذ تعهدنامه کتبی عدم عرضه و فروش کلیه محصولات دخانینوآوری، خلاقیت و در نظر گرفتن امتیازات تشویقی و ترغیب متصدیانبرخورد با فروشندگان بدون پروانه کسب و مجوز عاملیت و ابطال پروانه فروش واحدهای متخلف |
| **وزارت آموزش‌وپرورش** | اطلاع‌رسانی و آموزش مضرات مصرف دخانیات در مدارس و آموزشگاه‌هاهمکاری در اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی منع مصرف مواد دخانی در مدارس و آموزشگاه‌هانظارت بر ممنوعیت استعمال دخانیات و عرضه مواد دخانی در اماکن آموزشی |
| **مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت خارج از وزارت بهداشت** | اطلاع از تغییرات دستورالعمل‌ها و انتقال آخرین تجربه‌ها به آنان. |
| **محبوبین هنری جامعه** | ایفای نقش در فرهنگ‌سازی |
| **محبوبین ورزشی جامعه** | ایفای نقش در فرهنگ‌سازی |
| **جامعه روحانیون** | ایفای نقش در فرهنگ‌سازی |
| **صنعت و معدن** | عدم صدور مجوز عاملیت فروش و پروانه فروش در محدوده طرح و فاصله 100 متری از مراکز آموزشی، فرهنگی و مذهبی در خارج از محدوده طرحمحدود کردن مجوزهای عاملیت فروش محصولات دخانینظارت بر اجرای ضوابط فروش کالای دخانی به‌صورت کامل مانند عدم فروش به زیر 18 سال، فروش نخی و محصولات قاچاق (پشت مجوزها قوانین را به‌صورت کامل بنویسند و یا برچسب و تابلویی تهیه کنند تا نصب گردد)اعلام واحدهای دارای عاملیت و پروانه فروش کالای دخانی هر سه ماه یک‌بار به مرکز بهداشت استانکنترل محصولات دخانی قاچاق و معدوم‌سازیایجاد تیم‌های بازرسی مشترک با سایر سازمان‌های ذی‌ربطجلب مشارکت اتحادیه‌ها و واحدهای صنفی، تولیدی و توزیعی در خصوص رعایت ضوابط فروش و تشویق به عدم عرضه مواد دخانیبرخورد با فروشندگان بدون مجوز عاملیت و ابطال پروانه فروش واحدهای متخلفبرخورد با تبلیغات دخانیات در واحدهای صنفی |
| **نیروی انتظامی** | همکاری در اعمال قانون در موارد تخلف در اماکن عمومی و سایر مواردی که در دبیرخانه مصوب می‌شود.جلوگیری از فعالیت واحدهای غیرمجاز عرضه قلیان و دخانیاتهمکاری با بازرسین دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی در اعمال قانون در موارد تخطی از قانون مبارزه با دخانیات |
| **فرهنگ و ارشاد** | برخورد با تبلیغ محصولات دخانی در فضای مجازیابلاغ ممنوعیت تبلیغ محصولات دخانی به جراید و آگهی‌های تبلیغاتیهماهنگی جهت پخش تیزرهای آموزشی عدم مصرف دخانیات در ابتدای پخش فیلم‌ها در سینماها، تئاترها و کمک به عاری بودن مراکز فرهنگی، هنری از دخانیاتنظارت بر ممنوعیت تبلیغ کالای دخانی و استعمال دخانیات در رسانه‌های تولیدی |
| **تعزیرات** | همکاری در اعمال قانون، مشارکت در تیم بازرسی مشترک با سازمان‌های مرتبط و اعمال جرائم بازدارنده |
| **اداره تعاون و کار** | کمک به طرح‌های جایگزین درآمدزایی در مراکز عرضه قلیان با هماهنگی دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکی که مضر سلامتی نباشد. |
| **میراث فرهنگی** | ابلاغ ممنوعیت تبلیغات و عرضه و استعمال محصولات دخانی در واحدهای بین‌راهینظارت بر عدم صدور عرضه و استعمال دخانیات در مراکز تحت پوششعدم صدور مجوز قلیان سرا به قهوه‌خانه‌ها و سفره‌خانه‌ها به‌عنوان جاذبه‌ی گردشگریارائه‌ی پیشنهاد برای طرح‌های جایگزین عرضه قلیان |
| **اتاق اصناف (استان/شهر/روستا در صورت وجود)** | برخورد با موارد تبلیغات عرضه دخانیات و گزارش آن به دانشگاه / دانشکده‌های علوم پزشکیشناسایی واحدهای غیرمجاز عرضه محصولات دخانیمحدود کردن صدور پروانه جهت صنوفی که مجوز فروش دارندپیگیری صنوفی که صرفاً مواد دخانی به فروش می‌رسانندنظارت بر اجرای کامل قوانین (عدم فروش به زیر 18 سال، فروش نخی و محصولات قاچاق و...) توقف صدور و تمدید پروانه مراکز توزیع و عرضه محصولات دخانی در محدوده طرحبرخورد با تبلیغات دخانیات در واحدهای صنفیابطال پروانه فروش واحدهای متخلف |
| **اداره کل ورزش و جوانان** | اجرای کمپین‌هایی از قبیل «نه به دخانیات آری به ورزش» با بهره‌گیری از چهره‌های ورزشی معروفبرگزاری مسابقات و جشنواره‌های ورزشی و فرهنگی با شعار " نه به دخانیات آری به ورزش"اختصاص دادن فضاهایی جهت تبلیغات ضد دخانیاتارائه تسهیلات و تخفیفات ورزشی به جوانان برای دوری از دخانیاتکمک به عاری کردن اماکن ورزشی از دخانیات |
| **شورای اسلامی شهر/روستا** | تصویب آیین‌نامه اجرایی طرح «شهر بدون دخانیات»تسهیل فرایندهای اجرایی مرتبط با شهرداری |

## جلب حمایت سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین و افراد مؤثر و کلیدی سطح شهر و روستای منتخب

با توجه به تأثیر مشارکت‌های مردمی در ارتقاء برنامه کنترل دخانیات و دستیابی به اهداف تعیین‌شده، شناسایی، راه‌اندازی، جلب مشارکت و توانمندسازی سمن‌های مرتبط با حوزه سلامت، خیرین، افراد مؤثر و کلیدی سطح شهر و روستای بدون دخانیات کمک شایانی در اجرای صحیح و سریع برنامه خواهند داشت.

## تشکیل دبیرخانه‌ی "پروژه‌ی شهر/روستای بدون دخانیات"

دبیرخانه این پروژه ذیل معاونت بهداشت با ریاست معاون محترم بهداشت تشکیل می‌گردد و مسئولیت پیگیری و هماهنگی مصوبات کمیته راهبری را به عهده دارد.

## پیاده‌سازی برنامۀ اجرایی طرح

## این برنامه در قالب سه فایل ذیل تدوین ‌شده:

1. نقشه راه شهر و روستای بدون دخانیات
2. برنامه عملیاتی و ارزشیابی شهر و روستای بدون دخانیات
3. اسناد پشتیبان (پرسشنامه، چک‌لیست بازرسی، شیوه‌نامه و...)
4. راهنمای اجرای برنامه

انتظار می‌رود دبیرخانه‌ی شهر بدون دخانیات فایل اکسل مربوط به اجرا و ارزشیابی برنامه، برای آن شهر/ روستا برنامه‌ی اجرایی تدوین کند.

## ارزیابی وضعیت موجود

### ویژگی‌های عمومی شهر و روستای منتخب

 ازنظر دموگرافیک (جمعیتی)، اقتصادی، فرهنگی، هنری، اجتماعی، مناطق گردشگری، آداب‌ورسوم و ...در یک یا دو پاراگراف / جدول توصیف گردد.

### توپوگرافی شهر و روستای بدون دخانیات

شامل موقعیت جغرافیایی و محلی، نقشه جغرافیایی و قرارگیری نسبت به استان، آب‌وهوا و ...

###

### اطلاعات آماری[[9]](#footnote-9):

اطلاعات آماری در قالب 4 جدول به شرح ذیل تکمیل گردد:

* اطلاعات کلی شهر بدون دخانیات (جدول 2)[[10]](#footnote-10)
* ارزیابی مصرف و مواجهه با دود دست دوم دخانیات (جدول 3)
* اطلاعات مرتبط با ساماندهی فروش مواد دخانی و تبلیغات برای شهر موردنظر (جدول 4)
* آمار مربوط به اماکن عرضه قلیان / محصولات جانبی (هم برای دانشگاه و هم برای شهر بدون دخانیات تکمیل گردد). (جدول 5)

**جدول 2 : اطلاعات کلی شهر بدون دخانیات:**

|  |
| --- |
| اطلاعات کلی شهر بدون دخانیات |
| كل جمعيت مورد هدف |  | تعداد کارگاه‌ها و کارخانه‌های تحت پوشش |  |
| تعداد كل خانوارهاي تحت پوشش |  | تعداد اماكن عمومي |  |
| تعداد سفیران سلامت خانوار |  | تعداد مراکز تهيه و توزیع مواد غذايي |  |
| تعداد مراکز خدمات جامع سلامت شهری شهرستان |  | تعداد مطب |  |
| تعداد مراکز خدمات جامع سلامت روستایی تحت پوشش |  | تعداد دانشگاه |  |
| تعداد پایگاه‌های برون سپار |  | تعداد مدارس |  |
| تعداد بیمارستان |  | تعداد پارک/ بوستان |  |
| تعداد کلینیک |  | تعداد وسیله نقلیه عمومی |  |
| تعداد سمن‌های فعال در حوزه سلامت |  | تعداد خیابان‌های اصلی شهر |  |

جدول 3: ارزیابی مصرف و مواجهه با دود دست دوم دخانیات

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ارزیابی مصرف و مواجهه با دود دست دوم دخانیات | **زن** | **مرد** | **کل** |
| تعداد/ درصد مصرف‌کنندگان مواد دخانی | روزانه |  |  |  |
| در حال حاضر |  |  |  |
| درصد مواجهه شهروندان با دود دست دوم |  |  |  |

|  |
| --- |
| اطلاعات مرتبط با ساماندهی فروش مواد دخانی و تبلیغات |
| نوع صنف | تعداد کل | عرضه‌کننده محصولات دخانی | دارای مجوز عاملیت خرده‌فروشی | فاقد قفسه فروش/ نمایش محصولات | فاقد تابلو تبلیغاتی فروش |
| شهریور 98 | شهریور 99 | شهریور 98 | شهریور 99 | شهریور 98 | شهریور 99 | شهریور 98 | شهریور 99 | شهریور 98 | شهریور 99 |
| **تعداد سوپرمارکت، خواروبارفروشی و سقط فروش** | دارای پروانه کسب |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| فاقد پروانه کسب |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد اماکن و مراکز فروش ابزارآلات و ادوات قلیان** | دارای پروانه کسب |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| فاقد پروانه کسب |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد دکه‌های مطبوعاتی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

جدول 4: اطلاعات مرتبط با ساماندهی فروش مواد دخانی و تبلیغات برای شهر موردنظر

جدول 5: آمار مربوط به اماکن عرضه قلیان / محصولات جانبی

|  |
| --- |
| اطلاعات آماری مربوط به طرح حذف پایدار قلیان[[11]](#footnote-11) |
| **نوع صنف** | **تعداد کل** | **تعداد مراکز عرضه‌کننده قلیان** |
| **شهریور 98** | **شهریور 99** | **شهریور 98** | **شهریور 99** |
| **قهوه‌خانه/چایخانه** | دارای پروانه کسب |   |   |   |   |
| فاقد پروانه کسب |   |   |   |   |
| **رستوران** | دارای پروانه کسب |   |   |   |   |
| فاقد پروانه کسب |   |   |   |   |
| **رستوران سنتی و سفره‌خانه** | دارای پروانه کسب |   |   |   |   |
| فاقد پروانه کسب |   |   |   |   |
| **کافی‌شاپ** | دارای پروانه کسب |  |  |  |  |
| فاقد پروانه کسب |  |  |  |  |
| **اماکن بین‌راهی** | دارای پروانه کسب |   |   |   |   |
| فاقد پروانه کسب |   |   |   |   |
| **سایر اماکن** | دارای پروانه کسب |  |  |  |  |
| فاقد پروانه کسب |  |  |  |  |

#### آمار روستای بدون دخانیات

جدول 6: اطلاعات کلی مراکز و آمار جمعیتی روستای بدون دخانیات

|  |
| --- |
| اطلاعات کلی مراکز و آمار جمعیتی روستای بدون دخانیات |
| جمعیت روستا |  | تعداد مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی |  |
| تعداد خانوار |  | تعداد اماکن عمومی |  |
| تعداد بهورز |  | تعداد مدارس |  |
| تعداد وسایل نقلیه عمومی |  | تعداد مساجد |  |
| تعداد مراکز عرضه قلیان |  | تعداد مراکز فروش محصولات دخانی |  |

جدول 7: ارزیابی مصرف و مواجهه با دود دست دوم دخانیات در روستا

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ارزیابی مصرف و مواجهه با دود دست دوم دخانیات | **زن** | **مرد** | **کل** |
| تعداد/ درصد مصرف‌کنندگان مواد دخانی | روزانه |  |  |  |
| در حال حاضر |  |  |  |
| درصد مواجهه شهروندان با دود دست دوم |  |  |  |

## نظام پایش و ارزشیابی پروژۀ شهر بدون دخانیات

مداخلات در این برنامه بر اساس مدل اکولوژیک- اجتماعی طراحی شده است، مدل تحلیل نتایج آن "تحلیل شکاف" و الگوی ارزشیابی آن "**مدیریت مبتنی بر نتیجه**" است.

پایش و ارزشیابی طی سه مرحله **خود اظهاری**[[12]](#footnote-12) و **ارزشیابی ستادی[[13]](#footnote-13) و ارزشیابی نهایی[[14]](#footnote-14) با هدف اهداء لوح شهر بدون دخانیات صورت می‌گیرد.**

**نظام امتیازدهی (ارزشیابی) در این برنامه به‌صورت زیر است:**

* اهداف کلان بر اساس اهمیت نسبی‌شان، ضریبی معادل کسری از یک می‌گیرند.
* اهداف اختصاصی مربوط به هر هدف کلان، بر اساس اهمیت نسبی بین خودشان، ضریبی معادل کسری از یک دریافت می‌کنند.
* هر خروجی (Output) منتج از فعالیت‌های مربوط به هر هدف اختصاصی، بین خودشان از ضریب نسبی معادل کسری از یک دریافت می‌کنند.
* میزان خروجی بر اساس راهنمای امتیازدهی به درصد در ستون مربوط به خروجی درج می‌گردد.
* پیامدهای هر هدف اختصاصی نیز ضرایبی معادل کسری از یک دریافت می‌کنند.
* درنهایت دو اثر نهایی (Impact) برنامه، ضرایبی را دریافت می‌کنند که حاصل جمع آن یک خواهد بود.

در این مدل، هیچ اقدام منجر به نتیجه‌ای بدون امتیاز نخواهد بود ولی پیامدها و آثار نهایی از امتیاز بیشتری برخوردار خواهند بود.

بنابراین امتیاز هر سطر حاصل‌ضرب ضرایب هدف کلان\*هدف اختصاصی\*خروجی (به درصد)\*امتیاز پیامد و ضریب اثر نهایی (Impact) خواهد بود.

##

## اهداء گواهی اماکن بدون دخانیات[[15]](#footnote-15) از سوی رئیس دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:

اماکن عمومی، خیابان، خانه و وسیلۀ نقلیۀ بدون دخانیات در صورت دریافت امتیاز لازم بر اساس چک‌لیست موردنظر از دبیرخانۀ شهر بدون دخانیاتِ دانشگاه تابعه، **گواهینامه** دریافت می‌کنند.

## اهداء لوح مکان بدون دخانیات/ شهر و روستای بدون دخانیات توسط سازمان جهانی بهداشت

**شرایط دریافت لوح سازمان جهانی بهداشت:**

* مواجهه با دود دست دوم در اماکن عمومی در شهر و روستای بدون دخانیات کمتر از 5 درصد باشد.
* دسترسی 100 درصدی به خدمات ترک سیگار
* اجرای 100 درصدی ممنوعیت فروش نخی مواد دخانی
* اجرای 100 درصدی ممنوعیت فروش مواد دخانی به افراد زیر 18 سال
* اجرای 100 درصدی ممنوعیت تبلیغات مواد دخانی
* اجرای 100 درصدی ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی
* اجرای 100 درصدی حذف عرضه و استعمال قلیان در اماکن عمومی
* ضابطه‌مند شدن 100 درصدی عرضه و فروش محصولات دخانی

🟍گواهینامه مذکور به‌صورت دوسالانه صادر می‌شود.

**ثبت گزارش تصویری از ملاقات با افراد تأثیرگذار شهر/روستا برای جلب حمایت از این قسمت به بعد درج شود.**

# فصل سوم: حذف پایدار قلیان از امکان عمومی در جمهوری اسلامی ایران

****

#

# مقدمه:

به گزارش سازمان‌های بین‌المللی مرتبط با بهداشت (WHO\_CDC) قلیان تهدید دخانیات در قرن 21 است. در بیان علت این موضوع اشاره به تهدید گروه‌های خاص (زنان و نوجوانان)، رواج باورهای نادرست و فقدان قبح کافی، ترویج و تجارت در فضای مجازی، شکل‌گیری کانون‌های بزه در شکل مصرف اجتماعی (20)، تهدید ریز ذرات و دود ناشی از مصرف در روند آلودگی هوا و نیز به تهدید انداختن امنیت جامعه و خانواده به‌عنوان دروازه بزه و اعتیاد، تنها بخشی از مشکلات این پدیده است زیرا مصرف دخانیات شایع‌ترین عامل مرگ و بیماری است که قابل پیشگیری می‌باشند. (21). هرساله بیش از 7 میلیون مرگ در اثر مصرف دخانیات و هم‌جواری در کنار فرد مصرف‌کننده دخانیات به وقوع می‌پیوندد که قسمتی از آن در اثر مصرف قلیان بوده و متأسفانه این ارقام در کشورهای درحال‌توسعه خاورمیانه به‌ویژه کشور جمهوری اسلامی ایران از اهمیت بالاتری برخوردار می‌باشد.

 به طوری که بر اساس مستندات سازمان بهداشت جهانی نزدیک 85 درصد مرگ و بیماری‌های ناشی از دخانیات در کشورهای درحال‌توسعه بوده و نیز مصرف دخانیات غیر سیگار (قلیان) در کشور ما بیش از دو برابر مصرف دخانیات می‌باشد.

این موضوع وقتی اهمیت اقتصادی و اجتماعی خود را مشخص می‌کند که بدانیم که بار اقتصادی ناشی از بیماری و مرگ ناشی از مصرف 2 تا 3 برابر هزینه مصرف می‌باشد. به‌عبارت‌دیگر دولت‌ها، بیمه‌ها و مردم بار اقتصادی عوارض بهداشتی و اجتماعی، تجارت قلیان را متحمل می‌شوند. این در حالی است که استحاله فرهنگی ایجادشده در فضای مجازی (گروه‌ها و سایت‌هایی که به ترویج قلیان مبادرت می‌ورزند) و نیز اجتماعات با محوریت قلیان کشی، گاهاً قابل جبران نمی‌باشد؛ بنابراین ازیک‌طرف تعداد معدودی که از سود بدون تخصص و کلان تجارت قلیان به‌آسانی نمی‌گذرند و حتی برای احقاق حق نداشته خود واکنش نشان می‌دهند و در سوی دیگر بار مالی عوارض سلامت‌محور مصرف قلیان (که در خوش‌بینانه‌ترین برآوردها دو برابر هزینه مصرف است) و نوجوان و زنانی که به‌واسطه این کالا دچار تغییر فرهنگی و تسهیل به بزه و اعتیاد شده‌اند را شاهد هستیم (21).

#

# شيوع مصرف قليان

طبق نتايج مطالعات انجام‌شده درخصوص وضعيت استعمال دخانيات در بين جوانان 13 تا 15 ساله طي سال‌های 1386-1382، شيوع مصرف قليان در بين پسران از 16 به 32 و در دختران از 9/8 به 19 درصد افزايش پيدا نموده است. به‌عبارت‌دیگر مصرف كلي قليان طي سال‌های مذكور از 1/12 به 1/26 درصد رسيده است كه افزايش مصرف سيگار را هم از 2 درصد به 3 درصد به همراه داشته است. بر اساس تحقيق مذكور تجربه اولين مصرف سيگار در سن 10 سالگي متأسفانه طي سال‌های فوق‌الذکر از 6/17 به 1/36 درصد افزايش پیداکرده كه عمدتاً در گروه سني پسران و از 1/15 به 7/40 درصد بوده است (22). در تحليل اين افزايش قابل‌توجه می‌توان به ارتباط افزايش مصرف قليان با پايين رفتن سن شروع مصرف سيگار اشاره داشت كه در صورت عدم برخورد به‌موقع و مناسب اين روند همواره ادامه پيدا خواهد كرد و خطر پایین‌تر رفتن سن شروع مصرف سيگار و قليان در نوجوانان تهديدي جدي براي سلامت نسل آينده خواهد بود. عليرغم تمهيدات قانوني به كار گرفته‌شده، مطابق مطالعات انجام‌شده، در حال حاضر حدود نيمي از افراد غير مصرف‌کننده مواد دخاني در اماكن عمومي در معرض تماس با دود دخانيات ديگران قرار دارند.

میزان شیوع مصرف روزانه قلیان درگروه سنی بالای 15 سال از سال 88 تا 95 نیز 50 درصد افزایش یافته است.(22, 23)

#

# نیکوتین دروازه اعتیاد

 بر اساس مستندات کاملاً علمی و بر پایه سلولی- مولکولی، نیکوتین دروازه ورود به اعتیاد بوده و اغلب مصرف‌کننده‌های مواد مخدر و محرک سابقه ابتدایی مصرف سیگار و قلیان را در تاریخچه خود دارند. این موضوع به‌ویژه درباره ارتباط مصرف قلیان و افزایش مصرف ماری‌جوانا (که اخیراً در کشور ما تحت عنوان گل مصرف می‌شود) از اهمیت ملموس‌تری برخوردار بوده و به نظر می‌رسد. با توجه به مطالعات دیگر کشورها (در یک مطالعه در هلند نشان داد که نگرش و پس‌ازآن خود کارآمدی و تائید اجتماعی قلیان قوی‌ترین رابطه را با قصد مصرف ماری‌جوانا داشته است) نیاز به برنامه‌ریزی برای یک مطالعه گسترده برای ارتباط اپیدمی نوظهور مصرف گل در ایران و شیوع عقبه مصرف قلیان در میان جوانان و نوجوانان وجود دارد.

نیکوتین یک انتقال‌دهنده عصبی با خصوصیت مخدر و محرک هم‌زمان می‌باشد که قادر به تحریک و تهییج شش مسیر اصلی تخدیر و تحریک عصبی در سیستم عصبی مرکزی، می‌باشد. علاوه بر این نیکوتین حالتی را در پایانه‌های عصبی مغز ایجاد می‌کند که لذت، پایایی و اعتیاد به دیگر مواد تشدید می‌شود. به‌عبارت‌دیگر مصرف‌کننده‌های دخانیات ازجمله قلیان، بشدت آماده برای ورود به سوءمصرف دیگر مواد می­باشند (در یک مطالعه سطح نیکوتین خون افراد پس از یک وعده قلیان 250 درصد و سطح کوتینین تا 120 درصد در عرض 45 دقیقه بالا رفت)(23).

از طرف دیگر وابستگی به قلیان تنها منحصر به اعتیاد به نیکوتین نمی‌باشد. وابستگی منحصربه‌فرد اعتیاد به قلیان در فرد مصرف‌کننده به‌وسیله عواملی (set-seting) مانند تأثیر مواد آروماتیک تنباکوی معسل، روش اجتماعی مصرف، عدم قبح مصرف، باورهای نادرست، تسهیل گری و نوآوری ابزار و نیز برند و گروه سازی، به‌شدت ماهیتی پیچیده به خود گرفته که رهایی از آن عملاً سخت می‌باشد.

بر اساس پژوهش‌هایی میدانی: فضای بزه و دیالوگ ناپاک در اجتماعات مصرف قلیان از فضاهای دیگر دارای شرایط یکسان (سن-جنس-اجتماعی) بیشتر می‌باشد.

دود ناشی از قلیان دارای حجم و فشار بالاتری برای آسیب‌رسانی به بدن، به‌ویژه ریتین می‌باشد و همچنین طولانی بودن مصرف (حدود یک ساعت) و میزان نیکوتین وارده به بدن سبب شده تا اعتیاد پیچیده‌تری از نیکوتین را در مصرف‌کننده‌های قلیان شاهد باشیم و این موضوع وقتی اهمیت بالاتری دارد که بدانیم بیش از 90% مصرف‌کننده‌های قلیان به دلیل فاصله مصرف و عدم قبح این ابزار مصرف دخانیات اعتیاد خود را به نیکوتین کتمان کرده ولی قادر به قطع مصرف نیستند (23).

وجود مواد روان‌گردان در تنباکوهای مورداستفاده در قلیان: استفاده از گراس و حشیش در تهیه قلیان

 برخی از سودجویان و عرضه‌کنندگان قلیان برای جذب مشتری و سود بیشتر، اقدام به افزودن مواد مخدر و روان‌گردان به توتون مصرفی و الکل در آب محتوی ابزار قلیان می‌نمایند. در تحقیقات و بازرسی‌های انجام‌شده توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی و اداره اماکن نیروی انتظامی در زمستان 1394 مقادیر زیادی از انواع مواد روان‌گردان (گراس و حشیش) که در این مراکز نگهداری، فرآوری و به همراه قلیان عرضه می‌شد، کشف، ضبط، توقیف و متخلفین بازداشت و به مراجع قضایی تحویل گردیدند. این در حالی است که برخی مخالفان برخورد با عرضه قلیان، این وسیله را مانعی برای رجوع جوانان به مواد مخدر می‌دانند.

#

# ضرورت و اهمیت اجرای برنامۀ حذف پایدار قلیان از اماکن عمومی[[16]](#footnote-16)

با عنایت به موارد پيشگفت، روند رو به تزايد مصرف قليان و مواد دخاني خصوصاً در بين جوانان و نوجوانان ميهن اسلامي در سال‌های اخير نگراني عمده‌ای را در بخش سلامت جامع ايجاد نموده است. چنانچه هیچ‌گونه اقدامي درزمینهٔ ممنوعيت و عرضه قليان و مواد دخاني صورت نپذيرد پیش‌بینی می‌شود طي 10 سال آينده بيش از نيمي از جوانان كشور در سنين بهره‌وری به جرگه مصرف‌کنندگان مواد دخاني خصوصاً قليان وارد خواهند شد كه اين موضوع تبعات اجتماعي و بهداشتي عدیده‌ای را براي كشور از طريق افزايش بار بيماري، كاهش بهره‌وری، غيبت از كار، ايجاد سستی و ركود، آلودگي به ساير مواد دخاني و مخدر، افزايش بزهکاری‌های اجتماعي و ... به ارمغان خواهد آورد.

 باتوجه به هزینه‌های درمان بیماری‌های ناشي از دخانيات كه طبق برآوردهاي انجام شد، بين 2 تا 3 برابر هزینه‌های مصرف مواد دخاني اعلام شده است، بخش عظيمي از بودجه كشور نيز در اين زمينه صرف خواهد شد. بنابراين با در نظر گرفتن همه شرايط اجتماعي، سياسي، امنيتي می‌بایست نگاه ویژه‌ای به‌سلامتی جامعه به‌عنوان محور توسعه پايدار داشت و نگذاشت حقوق مردم، كاركنان و کارکنان زحمتكشي كه در جريان پاک‌سازی كامل اماكن عمومي از مواد دخاني تلاش بی‌وقفه‌ای انجام داده‌اند و تاكنون اين وضعيت را حفظ نموده‌اند زايل شود اين در حالي است كه مقوله جمع‌آوری قليان از اماكن عمومي خواست اكثريت قريب به‌اتفاق عموم جامعه نيز می‌باشد و اين موضوع هیچ‌گونه مغايرتي با ادامه فعاليت قهوه‌خانه‌داران و سفره‌خانه‌های سنتي در صورت عدم عرضه و فروش قليان و مواد دخاني ندارد.

# هدف اصلی:

* حذف دائمی قلیان از اماکن عمومی در شهرهای کشور[[17]](#footnote-17)
* حذف دائمی قلیان از اماکن عمومی در روستاها

# راهبردها:

1. تقویت رصد اماکن عمومی به منظور شناسایی سریع امکان عرضه قلیان
2. اطلاع‌رسانی منظم در سطح جامعه درزمینهٔ ممنوعیت پایدار عرضه قلیان در امکان عمومی و جلب مشارکت مردمی
3. اطلاع‌رسانی و آموزش متصدیان و صاحبان امکان عرضه قلیان درزمینهٔ ممنوعیت عرضه قلیان و اهمیت آن در سلامت جامعه
4. تقویت سازوکار قانونی گزارش‌گیری و برخورد با متخلفین
5. حمایت از طرح‌های جایگزین عرضه قلیان
6. تقویت نظام گزارش دهی، ارزیابی و ارزشیابی

**برای مطالعۀ بیشتر ارتباط کووید 19 با مصرف قلیان به پیوست 1 مراجعه شود.**

# پیوست 1 سؤالات و پاسخ‌هایی در خصوص ارتباط مصرف دخانیات، به‌ویژه قلیان، با بیماری کووید 19 در منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

**عرضه قلیان در اماکن عمومی تهدیدی برای سلامت جامعه است زیرا:**

* دخانیات و ویروس کرونا اثرات مضر مشابهی بر بدن دارند. استفاده هر نوع محصول دخانی می‌تواند آسیب جدی به سیستم دفاعی، سیستم قلبی عروق و سیستم تنفسی وارد نماید. استفاده از قلیان اثرات مضر حاد و طولانی‌مدت بر سیستم تنفسی و قلبی عروقی دارد و خطر ابتلا به بیماری‌های همچون بیماری عروق کرونر و بیماری انسداد مزمن ریوی را افزایش می‌دهد. کووید 19 عامل بیماری کرونا نیز قادر است چنین آسیب‌ها و مشکلاتی را برای بدن ایجاد نماید.
* استعمال کنندگان محصولات دخانی در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری کرونا و یا علائم شدیدتری از این بیماری بودند.
* استعمال دخانیات از طریق افرایش مشکلات قلبی عروقی و یا تنفسی خطر ابتلا به کرونا را افزایش می‌دهد و درنتیجه می‌تواند به گسترش بیماری در جامعه کمک کند و سلامت عمومی را به خطر بی اندازد.
* استعمال محصولات دخانی یا افرایش مشکلات قلبی عروقی و یا تنفسی منجر می‌شود مبتلایان به کرونا علائم شدیدتری داشته و مرگ‌ومیر در آن‌ها افزایش یابد.
* میکروارگانیسم‌های منتقله از افراد مصرف‌کننده در قطعات و ابزارآلات قلیان (شامل محفظه و شیلنگ) که به شکل مشترک مورداستفاده قرار می‌گیرد باقی می‌ماند و به‌آسانی منتقل می‌شود. لازم به ذکر است که استفاده از قلیان، افزایش خطر انتقال سایر عوامل عفونی نیز ازجمله ویروس‌های تنفسی، ویروس هپاتیت C، ویروس اپستین - بار (که می‌تواند موجب چند نوع سرطان شود) ویروس تب‌خال، سل، هلیکوباکتر پیلوری (عامل ایجاد بیماری زخم معده و بیماری‌های گوارشی) و انواع قارچ‌های بیماری‌زا را به همراه دارد.

آنجا که مصرف قلیان، به‌طورمعمول فعالیتی است که در گروه‌ها و محیط‌های عمومی انجام می‌شود، استفاده از قلیان خطر انتقال بیماری کرونا را افزایش می‌دهد که در فضاهای بسته این خطر به‌مراتب بیشتر می‌شود (24).

**آیا مصرف محصولات دخانی به‌ویژه قلیان با اپیدمی بیماری کووید-19 ارتباط دارد؟**

استعمال هر نوع محصول دخانی می‌تواند آسیب جدی به اعضا و فرایندهای بدن ازجمله سیستم دفاعی، سیستم قلبی عروق و سیستم تنفسی آسیب جدی وارد نماید (24, 25). کووید 19 نیز قادر است چنین آسیب‌ها و مشکلاتی را برای بدن ایجاد نماید. اطلاعات به‌دست‌آمده از تجربیات کشور چین در خصوص بیماری کووید 19 حاکی از آن است که افرادی که بیماری‌های زمینه‌ای ازجمله مشکلات قلبی عروقی و یا تنفسی ناشی از مصرف دخانیات داشتند در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری کرونا و یا علائم شدیدتری از این بیماری بودند (26)

تحقیقات و مستنداتی که از 55.924 آزمایشگاه مورد تائید وزارت بهداشت چین به‌دست‌آمده نشان می‌دهد میانگین مرگ‌ومیر خام ناشی از بیماری کرونا در بین مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، فشارخون بالا، بیماری‌های مزمن تنفسی و یا سرطان‌ها بسیار بیشتر از کسانی بوده است که سابقه بیماری مزمن و مشکلات پزشکی را از قبل نداشتند (27) این موضوع حاکی از آن است که مشکلات و بیماری‌های زمینه‌ای در افزایش حساسیت چنین افرادی به کووید 19 نقش داشته است.

مصرف دخانیات تأثیر به سزایی در آسیب‌رسانی به‌سلامت سیستم تنفسی دارد. ارتباط بین مصرف دخانیات و بروز سرطان ریه موضوعی کاملاً به اثبات رسیده است و مصرف محصولات دخانی شایع‌ترین علت بروز سرطان ریه است (28). علاوه بر این، مصرف دخانیات به میزان قابل‌توجهی خطر ابتلا به بیماری سل را افزایش می‌دهد (29) و نیز مهم‌ترین عامل در ایجاد بیماری‌های انسدادی مزمن ریه محسوب شده (COPD) و باعث پارگی و التهاب کیسه‌های هوایی می‌شود که این امر باعث کاهش ظرفیت جذب اکسیژن و دفع دی اکسید کربن توسط ریه‌ها و درنهایت ایجاد مخاط که منجر به بروز سرفه‌های خشک و دردناک و مشکلات تنفسی می‌شود (30-32)

ازآنجاکه مصرف دخانیات به‌عنوان یک عامل خطر برای هرگونه عفونت دستگاه تنفسی تحتانی به شمار می‌آید (33) و ویروسی که بیماری کووید 19 را ایجاد می‌نماید نیز در درجه اول، سیستم تنفسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث بروز آسیب خفیف تا شدید آن می‌شود (34). لذا مصرف‌کنندگان دخانیات در معرض خطر شدید عوارض ناشی از ابتلا به ویروس کرونا می‌باشند. بااین‌حال، با توجه به اینکه بیماری کووید 19 یک بیماری تازه شناخته‌شده‌ای است، ابعاد دیگر ارتباط بین مصرف دخانیات و تأثیر آن بر شیوع و عوارض این بیماری هنوز به‌طور کامل مشخص نشده است.

خطر ابتلا به علائم شدید و مرگ‌ومیر در میان بیماران کووید 19 که بیماری‌های زمینه‌ای قلبی عروقی (CVDs) داشتند بیشتر بوده است (35, 36) طبق شواهد موجود، ویروسی که باعث بیماری کووید 19 می‌شود از خانواده مشابه به مرس (MERS) و سارس (SARS) بوده است که هر دو با ایجاد آسیب‌های قلبی و عروقی حاد و مزمن همراه می‌باشند (37, 38). همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که بیماری کووید 19 در چین و در میان افراد با زمینه بیماری‌های قلبی عروقی درخطر بروز علائم شدیدتری از این بیماری هستند (39). علاوه بر این، شواهدی وجود دارد که بیماران کووید 19 که علائم شدیدتری دارند، اغلب دارای عوارض قلبی هم هستند (40). وجود ارتباط بین بیماری کووید 19 و سلامت قلب و عروق از اهمیت زیادی برخوردار بوده چراکه مصرف دخانیات و قرار گرفتن در معرض دود دست دوم محصولات دخانی یکی از دلایل عمده ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در سطح جهان به شمار می‌آید (41) بنابراین اثر بیماری کووید 19 بر سیستم قلبی عروقی می‌تواند شرایط افرادی که از قبل مشکلات قلب و عروق داشتند را به‌مراتب وخیم‌تر نماید. ازاین‌رو وجود وضعیت قلبی و عروقی ضعیف‌تر در بین بیماران مبتلا به کووید 19 که سابقه مصرف دخانیات را نیز دارند می‌تواند علائم بیماری را در آن‌ها تشدید کند و از این طریق احتمال مرگ را در بین آن‌ها افزایش دهد (42).

**آیا استفاده از قلیان می‌تواند نقشی در گسترش کووید 19 داشته باشد؟**

قلیان جزو محصولات دخانی است و استفاده از آن اثرات مضر حاد و طولانی‌مدت بر سیستم تنفسی و قلبی عروقی دارد (11, 43) و خطر ابتلا به بیماری‌های همچون بیماری عروق کرونر و بیماری انسداد مزمن ریوی را افزایش می‌دهد (44).

حالت معمول استعمال قلیان بدین‌صورت است که مصرف تنباکو اغلب از طریق مسیر مشترکی که در ساختار قلیان وجود دارد، شامل قسمت دهانی، شلنگ و جام به‌ویژه در اجتماعات و محیط‌های عمومی انجام می‌شود (45). بعلاوه خطر بقای میکروارگانیسم‌های منتقله از افراد مصرف‌کننده در قطعات و ابزارآلات قلیان (شامل محفظه و شیلنگ) وجود دارد. بیشتر کافه‌ها تمایلی برای تمیز نمودن قلیان بعد از هر بار مصرف ندارند زیرا شستشو و تمیز کردن قطعات آن کاری بسیار وقت‌گیر می‌باشد (46.47). این عوامل پتانسیل انتقال بیماری‌های عفونی بین مصرف‌کنندگان را افزایش می‌دهد. شواهد نشان می‌دهد که استفاده از قلیان، افزایش خطر انتقال عوامل عفونی ازجمله ویروس‌های تنفسی، ویروس هپاتیت C، ویروس اپستین - بار (که می‌تواند موجب چند نوع سرطان شود) ویروس تب‌خال، سل، هلیکوباکتر پیلوری (عامل ایجاد بیماری زخم معده و بیماری‌های گوارشی) و انواع قارچ‌های بیماری‌زا را به همراه دارد (.48.49.50.51.52.53). محیط‌های جمعی، فرصت کافی برای گسترش بیماری کووید 19 را ایجاد می‌کند (51.54). ازآنجاکه مصرف قلیان، به‌طورمعمول فعالیتی است که در گروه‌ها و محیط‌های عمومی انجام می‌شود، استفاده از قلیان خطر انتقال بیماری کووید 19 را افزایش می‌دهد که در فضاهای بسته این خطر به‌مراتب بیشتر می‌شود.

**آیا تشدید اقدامات کنترل دخانیات در این زمینه کمک خواهد کرد؟**

در سال 2008، سازمان جهانی بهداشت، بسته فنی MPOWER را معرفی کرد که بر پایه اقدامات مبتنی بر کاهش تقاضای دخانیات در کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان جهانی بهداشت به شرح زیر می‌باشد:

* پایش استعمال دخانیات و سیاست‌های پیشگیرانه
* حفاظت افراد از مواجهه با دود حاصل از استعمال دخانیات
* کمک به ترک دخانیات
* هشدار درباره خطرات دخانیات
* اجرای ممنوعیت تبلیغات دخانیات، ترویج و حمایت از دخانیات
* افزایش مالیات دخانیات

تشدید اقدامات کنترل دخانیات، شامل ایجاد اماکن عمومی عاری از دخانیات و محافظت از افراد در مواجهه با دود دست دوم دخانیات طبق ماده 8 کنوانسیون و راهنمای آن، خطر ابتلا به بیماری‌های شدید ناشی از مصرف و مواجهه با دود دخانیات را کاهش می‌دهد. مصرف کمتر دخانیات، باعث کاهش بسیاری از عوارض تنفسی و قلبی عروقی می‌شود که به‌شدت زمینه‌ساز بروز علائم جدی‌تر بیماری کووید 19 و مرگ‌ومیر مربوطه می‌باشد.

کاهش تقاضا برای محصولات دخانی ازجمله قلیان، همچنین می‌تواند به‌طور غیرمستقیم از اجتماعات و محیط‌های جمعی را که به گسترش ویروس کمک می‌کنند جلوگیری کند.

داشتن وضعیت خوب سلامت تنفسی و قلبی و عروقی در بیماران مبتلا به ویروس کرونا برای پاسخ مثبت و بهبود موفقیت‌آمیز این بیماری بسیار مهم است.

به‌طور خاص در مورداستفاده از قلیان، ازآنجاکه اغلب از تلاش برای کنترل دخانیات غفلت و چشم‌پوشی می‌شود، در این زمان با توجه به شیوع بیماری کووید 19، اگر اقدامات فوری و جامع برای کنترل دخانیات ازجمله کنترل استعمال دخانیات و بخصوص قلیان انجام شود نتایج و پیامدهای سلامتی مثبت و قابل‌توجهی به همراه خواهد داشت.

کشورها می‌توانند از بسته سیاستی بسیار مؤثر MPOWER برای حمایت از تدوین و اجرای اقدامات کنترل دخانیات استفاده کنند.

**چگونه وضع مقررات منطقه‌ای در خصوص کنترل دخانیات می‌تواند در محدودیت انتشار ویروس مؤثر باشد؟**

همان ملاحظاتی که در مورد کنترل دخانیات مطابق با کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی و بسته سیاستی MPOWER در سطح جهانی اعمال می‌شود، همچنین در مورد کنترل دخانیات در منطقه مدیترانه شرقی (EMR) اعمال می‌شود.

کشورها باید به دنبال محدود کردن استعمال قلیان و دیگر محصولات دخانی مطابق مستندات و شواهد متقن مربوط به تأثیر کاهش آن بر ارتقای سلامت قلبی و ریوی افراد باشند.

کنترل مصرف دخانیات و کاهش استعمال قلیان برای کاهش خطر انتقال ویروس کرونا و بیماری کووید 19 مهم است. بسیار مهم است كه كنترل استعمال دخانیات به‌خصوص قلیان در اين زمان رسماً و در يك رويكرد جامع و با توجه به تعهدات کنوانسیون کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی و توصیه‌های سياستی MPOWER موردتوجه قرار گيرد.

به‌طورکلی، سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند که کشورها الزامات کنوانسیون و بسته سیاستی MPOWER را به‌طور کامل پیاده‌سازی کنند. این شامل ممنوعیت مصرف همه نوع مواد دخانی، ازجمله قلیان، در تمام اماکن عمومی (مانند کافه‌ها و رستوران‌ها) می‌باشد. چنین ممنوعیتی ممکن است به پیشگیری از افزایش خطر انتقال ویروس عامل ایجاد بیماری کووید 19 که ممکن است مربوط به مصرف دخانیات باشد، کمک کند. کشورها باید از اجرای کامل این ممنوعیت اطمینان حاصل کنند.

**چرا اکنون زمان مناسبی برای سعی در ترک مصرف دخانیات است؟**

مصرف دخانیات خطر ابتلا به بسیاری از مشکلات جدی سلامتی، ازجمله هر دو مشکل تنفسی (مانند سرطان ریه و سل) و بیماری‌های قلبی عروقی را به‌طور چشمگیری افزایش می‌دهد. درحالی‌که همیشه ترک دخانیات اقدام به‌جا و مناسبی برای حفظ سلامتی است، اما این اقدام در این زمان برای کاهش آسیب‌های ناشی از بیماری کووید 19 از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. احتمال ابتلا به عفونت کرونایی در مصرف‌کنندگان دخانیات که ترک کرده‌اند کمتر است زیرا عدم مصرف سیگار به کاهش لمس دهان توسط انگشتان کمک می‌کند. همچنین، این امکان وجود دارد که آن‌ها در صورت آلوده شدن شرایط را بهتر مدیریت کنند زیرا ترک مصرف دخانیات تأثیر مثبت فوری برافزایش عملکرد ریه و قلب و عروق دارد و این پیشرفت‌ها تنها با گذشت زمان افزایش می‌یابد (10). چنین بهبودی توانایی بیماران کووید 19 را در پاسخ به کاهش عفونت و خطر مرگ افزایش می‌دهد.

**اساسی‌ترین درس آموخته‌ها از تجربیات قبلی چیست؟**

با بهره‌گیری از تجارب قبلی در پاسخ به بیماری‌های مرس و سارس، باید اقدامات احتیاطی عمومی به‌ویژه در محیط‌های جمعی و اجتماعات انجام شود (51). قلیان‌ها می‌توانند عامل مهمی در تسریع و تشدید چرخه انتقال بیماری در محیط‌های جمعی و اجتماعات باشند. شواهد قبلی نشان می‌دهد که استعمال دخانیات بر بقای افراد مبتلا به بیماری‌های عفونی تأثیر منفی می‌گذارد (52) و شواهد مربوط به طغیان بیماری‌های دیگر ناشی از ویروس‌های هم‌خانواده با نام کووید 19 نشان می‌دهد که استعمال دخانیات می‌تواند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در افزایش خطر عفونت، تشخیص و پیش‌آگهی ضعیف و یا مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های عفونی دستگاه تنفسی تأثیر داشته باشد (55.56)

#

# منابع:

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package: World Health Organization; 2008.

2. Rehm J, Crépault J-F, Hasan OS, Lachenmeier DW, Room R, Sornpaisarn B. Regulatory policies for alcohol, other psychoactive substances and addictive behaviours: the role of level of use and potency. A systematic review. International journal of environmental research and public health. 2019;16(19):3749.

3. Gerbase MW, Schindler C, Zellweger J-P, Kunzli N, Downs SH, Brandli O, et al. Respiratory effects of environmental tobacco exposure are enhanced by bronchial hyperreactivity. American journal of respiratory and critical care medicine. 2006;174(10):1125-31.

4. Smith C, Perfetti T, Rumple M, Rodgman A, Doolittle D. “IARC group 2A Carcinogens” reported in cigarette mainstream smoke. Food and Chemical Toxicology. 2000;38(4):371-83.

5. Ward C, Lewis S, Coleman T. Prevalence of maternal smoking and environmental tobacco smoke exposure during pregnancy and impact on birth weight: retrospective study using Millennium Cohort. BMC public health. 2007;7(1):81.

6. Eissenberg T, Ward KD, Smith-Simone S, Maziak W. Waterpipe tobacco smoking on a US College campus: prevalence and correlates. Journal of Adolescent Health. 2008;42(5):526-9.

7. Hecht SS. Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 1999;91(14):1194-210.

8. Survey of risk factors for non-communicable diseases in Iran. available at: http://nihr.tums.ac.ir/Item/627/. 2016.

### 9. Centers for Disease Control  and Prevention (CDC). Population Survey - Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Available at: <https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/gtssdata/index.html>.

10. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies: World Health Organization; 2017.

11. Maziak W, Taleb ZB, Bahelah R, Islam F, Jaber R, Auf R, et al. The global epidemiology of waterpipe smoking. Tobacco control. 2015;24(Suppl 1):i3-i12.

12. jahanpour f, vahedparast h, ravanipour m, azodi p. The trend of hookah use among adolescents and youth: A qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2015;3(4):340-8.

13. Jawad M, El Kadi L, Mugharbil S, Nakkash R. Waterpipe tobacco smoking legislation and policy enactment: a global analysis. Tobacco control. 2015;24(Suppl 1):i60-i5.

14. Burke NJ, Joseph G, Pasick RJ, Barker JC. Theorizing social context: Rethinking behavioral theory. Health Education & Behavior. 2009;36(5\_suppl):55S-70S.

15. Carroll MV, Shensa A, Primack BA. A comparison of cigarette-and hookah-related videos on YouTube. Tobacco Control. 2013;22(5):319-23.

### 16. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData) . Available at: <https://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/gtssdata/index.html>.

17. Global Convention on Tobacco Control.Availabe at: https://rc.majlis.ir/fa/law/show/97946. 2005.

18. Available at:https://rc.majlis.ir/fa/law/show/97946.

19. World Health organization.Framework Convention on Tobacco Control (FCTC).

20. Khalil J, Afifi R, Fouad FM, Hammal F, Jarallah Y, Mohamed M, et al. Women and waterpipe tobacco smoking in the eastern Mediterranean region: allure or offensiveness. Women & health. 2013;53(1):100-16.

21. Afifi R, Khalil J, Fouad F, Hammal F, Jarallah Y, Farhat HA, et al. Social norms and attitudes linked to waterpipe use in the Eastern Mediterranean Region. Social Science & Medicine. 2013;98:125-34.

22. http://www.qums.ac.ir/Portal/home/?news/76470/76474/607175.

23. http://webda.umsha.ac.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=10&pageid=5177&newsview=67396.

24. World Health Organization,Cardiovascular harms from tobacco use and secondhand smoke: Global gaps in awareness and implications for action, Waterloo, Ontario, Geneva, 2012.

25. World Health Organization, World No Tobacco Day 2018: Tobacco breaks hearts - choose health. not tobacco, Geneva, 2018.

26. Lippi G, Plebani M, Henry BM. Thrombocytopenia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infections: a meta-analysis. Clinica Chimica Acta. 2020.

27. Roser M, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Hasell J. Coronavirus disease (COVID-19)–Statistics and research. Our World in data. 2020.

28. Loennroth K, Raviglione M, editors. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control. Seminars in respiratory and critical care Medicine; 2008: © Thieme Medical Publishers.

29. Terzikhan N, Verhamme KM, Hofman A, Stricker BH, Brusselle GG, Lahousse L. Prevalence and incidence of COPD in smokers and non-smokers: the Rotterdam Study. European journal of epidemiology. 2016;31(8):785-92.

30. Whiteford H, Ferrari A, Degenhardt L. Global burden of disease studies: implications for mental and substance use disorders. Health Affairs. 2016;35(6):1114-20.

31. Health UDo, Services H. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease ; 2014.

32. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The lancet. 2020;395(10223):497-506.

33. Alhogbani T. Acute myocarditis associated with novel Middle East respiratory syndrome coronavirus. Annals of Saudi medicine. 2016;36(1):78-80.

34. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;68(6):394-424.

35. Yu J, Wang J, Lin W, Li S, Li H, Zhou J, et al. The genomes of Oryza sativa: a history of duplications. PLoS Biol. 2005;3(2):e38.

36. Ruan Q, Yang K, Wang W, Jiang L, Song J. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. Intensive care medicine. 2020;46(5):846-8.

37. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. Jama. 2020;323(11):1061-9.

38. Fitzmaurice C, Akinyemiju TF, Al Lami FH, Alam T, Alizadeh-Navaei R, Allen C, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2016: a systematic analysis for the global burden of disease study. JAMA oncology. 2018;4(11):1553-68.

39. Novel CPERE. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi. 2020;41(2):145.

40. World Health Organization, Factsheet: Waterpipe smoking and health, 2015.

41. Organization WH. WHO study group on tobacco product regulation: report on the scientific basis of tobacco product regulation: fifth report of a WHO study group: World Health Organization; 2015.

42. Fevrier B, Nabors L, Vidourek RA, King KA. Hookah use among college students: recent use, knowledge of health risks, attitude and reasons for use. Journal of community health. 2018;43(6):1037-43.

43. Koul PA, Hajni MR, Sheikh MA, Khan UH, Shah A, Khan Y, et al. Hookah smoking and lung cancer in the Kashmir valley of the Indian subcontinent. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12(2):519-24.

44. K. Daniels and N. Roman, “A descriptive study of the perceptions and behaviors of waterpipe use by university students in the Western Cape, South Africa,” Tobacco Induced Diseases, vol. 11, no. 1, 2013.

 45. J. Urkin, R. Ochaion and A. Peleg, “Hubble bubble equals trouble: the hazards of water pipe smoking,” Scientific World Journal, vol. 2, no. 6, pp. 1990-7, 2006.

46. W. Munckhof, A. Konstantinos , M. Wamsley, M. Mortlock and C. Gilpin, “A cluster of tuberculosis associated with use of marijuana water pipe,” Internation Journal of Tuberculosis and Lung Disease, vol. 7, no. 9, pp. 860-5, 2003.

47. M. El-Barrawy, M. Morad and M. Gaber, “Role of Helicobacter pylori in the genesis of gastric ulcerations among smokers and nonsmokers,” Eastern Mediterranean Health Journal , no. 3, pp. 316-21, 1997.

48 .M. Habib, M. Mohammed, F. Abdel-Aziz, L. Magder, M. Abdel-Hamid, F. Gamil, S. Madkour, N. Mikhail, W. Anwar, G. Strickland, A. Fix and I. Sallam, “Hepatitis C virus infection in a community in the Nile Delta: risk factors for seropositivity,” Hepatology, vol. 33, no. 1, pp. 248-53, 2001.

49. B. Knishkowy and Y. Amitai, “Water-pipe (narghile) smoking: an emerging health risk behavior,” Pediatrics, vol. 116, no. 1, pp. 113-9, 2005.

50. M. Szyper-Kravitz, R. Lang, Y. Manor and M. Lahav, “Early invasive pulmonary aspergillosis in a leukemia patient linked to aspergillus contaminated marijuana smoking,” Leukemia & Lymphoma, vol. 42, no. 6, pp. 1433-7, 2001.

51. US Centers for Diseases Control and Prevention, Implementation of Mitigation Strategies for Communities with local COVID-19 Transmission, 2020.

52 . R. Huttunen, T. Heikkinen and J. Syrjanen, “Smoking and the outcome of infection,” Journal of Internal Medicine, vol. 269, no. 3, pp. 258-269, 2010.

53. L. Seys, W. Widago, F. Verhamme, A. Kleinjan, W. Janssens, G. Joos, K. Bracke, B. Haagmans and G. Brusselle, “DPP4, the Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Receptor, is Upregulated in Lungs of Smokers and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients,” Clinical Infectious Diseases, vol. 6, no. 66, pp. 45-53, 2018..

54 B. Alraddadi, J. Watson, A. Almarashi, G. Abdei, A. Turkistani, M. Sadran, A. Housa, M. Almazroa, N. Alraihan, and T. Madani, “Risk Factors for Primary Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Illness in Humans, Saudi Arabia, 2014,” Emerging infectious diseases, vol. 22, no. 1, pp. 49-55, 2016.

55 World Health Organization, 13th Global Programme of Work: WHO Impact Framework, 2019.

56 W. Liu, Z.-W. Tao, W. Lei, Y. Ming-Li, L. Kui, Z. Ling, W. Shuang, D. Yan, L. Jing, H.-G. Liu, Y. Ming and H. Yi, “Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease,” Chinese Medical Journal, 2020.

1. WHO FCTC [↑](#footnote-ref-1)
2. MPOWER [↑](#footnote-ref-2)
3. Tobacco Free Initiative (TFI) [↑](#footnote-ref-3)
4. تعرفه مصوب توسط معاونت درمان تدوین و ابلاغ می گردد. [↑](#footnote-ref-4)
5. راهبرد مربوط به کاهش عرضه محصولات دخانی تحت عنوان supply reduction measure (s) در این برنامه با ابتکارتیم پروژه به راهبردهای کاهش تقاضای دخانیات سازمان جهانی بهداشت (MPOWER) اضافه گردید. [↑](#footnote-ref-5)
6. کمیته مذکور صرفا در شهر بدون دخانیات تشکیل می گردد. [↑](#footnote-ref-6)
7. با هدف ایجاد هماهنگی بیشتر پیشنهاد می گردد، شهر و روستای بدون دخانیات از یک شهرستان انتخاب شوند [↑](#footnote-ref-7)
8.  در صورت خارج از معیار جمعیتی تعریف شده با دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات هماهنگ گردد. [↑](#footnote-ref-8)
9. جداول آماری ذیل تا پایان شهریور99 به مرکز سلامت و محیط و کار – دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات ارسال گردد. [↑](#footnote-ref-9)
10. اطلاعات جمعیتی براساس سرشماری سال 95 مرکز آمار ایران لحاظ گردد. [↑](#footnote-ref-10)
11. امارمربوط به عرضه(ارائه به منظور مصرف در همان محل) برای دانشگاه / دانشکده های سراسر کشور و شهر بدون دخانیات تکمیل گردد. [↑](#footnote-ref-11)
12. . خود اظهاری بر اساس فرمت گزارش دهی(پیوست) و به صورت گزارش فصلی به دبیرخانه ستاد کشوری کنترل دخانیات ارسال میگردد. [↑](#footnote-ref-12)
13. . توسط تیم ستادی انجام میشود. [↑](#footnote-ref-13)
14. . توسط نمایندگان سازمان جهانی بهداشت انجام میشود. [↑](#footnote-ref-14)
15. ویژگیهای اماکن بدون دخانیات متعاقبا اعلام میگردد. [↑](#footnote-ref-15)
16. Sustainable Waterpipe Elimination [↑](#footnote-ref-16)
17. .بر اساس گزارشات سازمان امار کشور تعداد شهرهای کشور 1319 می باشد [↑](#footnote-ref-17)