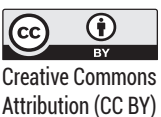


الحالة العالمية للحد من أضرار التبغ

التدخين بين الأشخاص الذين يواجهون مشكلات بسبب تعاطي المخدرات

مايو
2026

زوروا موقع **GSTHR.ORG** للمزيد من المنشورات



gsthr.org



@globalstatethr



@gsthr



@gsthr



@gsthr.org

المقدمة

خلال العقدين الماضيين، انخفض انتشار التدخين بين عموم السكان البالغين في بلدان كثيرة، ولا سيما الدول الأكثر ثراءً. لكن في كل من البلدان المرتفعة الدخل (HIC) والبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (LMIC)، يخلف التدخين أثراً كبيراً وغير متناسب في كثير من الأحيان على المجتمعات المهمشة. وفي ورقة الإحاطة هذه، نتناول كيف يؤثر التدخين في إحدى هذه الفئات، وهي الأشخاص الذين يواجهون مشكلات بسبب تعاطي المخدرات. ويقدم منشور «دمج الحد من أضرار التبغ في خدمات علاج تعاطي المخدرات والحد من الأضرار»، الصادر بالتزامن مع ورقة الإحاطة هذه، بعض الرؤى العملية للممارسين العاملين في الخطوط الأمامية.

تعاطي المخدرات عالي الخطورة: جزء من صورة معقدة

يمكن أن يكون تعاطي المخدرات عالي الخطورة أو القائم على الاعتماد مدمراً للأفراد والأسر؛ كما أنه قضية كبرى من قضايا الصحة العامة عالمياً. وتشير تقديرات عام 2023 الصادرة عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة إلى وجود 64 مليون شخص يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات حول العالم، منهم نحو 14 مليون شخص يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن. ولم يكن يتلقى العلاج إلا واحد من كل 12 شخصاً.¹

يوجد تداخل كبير بين تعاطي المخدرات عالي الخطورة وعوامل الخطر الأخرى المرتبطة بسوء الصحة والإقصاء الاجتماعي. وتختلف البيانات من بلد إلى آخر، لكن متوسط التقديرات المستخلصة من دراسات متعددة يشير إلى أن نحو 60% من الأشخاص الذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لـ«اضطراب تعاطي المواد» يعانون من مرض نفسي شديد واحد آخر على الأقل، وأن نحو نصف الأشخاص بلا مأوى يعتمدون على المخدرات.^{2,3,4} ويتعرض الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن لخطر مرتفع للإصابة بالفيروسات المنقولة عبر الدم نتيجة استخدام معدات ملوثة، إذ وجد تحليل تلوي عالمي أن 15% منهم مصابون بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، و60% مصابون بالتهاب الكبد الفيروسي (HCV) (C)، و6% مصابون بالتهاب الكبد الفيروسي (HBV) (B).^{5,6} وبمعدل انتشار عالمي مُقدَّر يبلغ 25%، يرتفع أيضاً معدل الإصابة بالسل (TB) بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات، مقارنةً بنسبة تتراوح بين 5% و10% بين سكان العالم عموماً.⁷

كما أن الاعتماد على المخدرات شائع بين الأشخاص المحتجزين في السجون؛ فقد تراوحت اضطرابات تعاطي المخدرات المكتشفة عند دخول السجن بين 27% و68% في بيانات من 13 بلداً منخفضاً ومتوسط الدخل (LMIC)، بينما تشير دراسات أوروبية إلى أن ما بين 30% و75% من الأشخاص الذين يعانون من تعاطي مخدرات إشكالي قضاوا وقتاً في السجن.^{8,9}

تُظهر البيانات الدولية باستمرار أن معدلات التدخين أو استخدام التبغ عالي الخطورة مرتفعة على نحو غير متناسب في هذه الفئة. فقد نظر تحليل تلوي أعدّه غايديش وآخرون في 54 دراسة تضم بيانات عن انتشار التدخين في علاج الإدمان عبر 20 بلداً، وقارنها بمعدل التدخين بين عامة السكان. وبين الأشخاص المسجلين في علاج الإدمان، كانت معدلات التدخين أعلى بمرتين إلى أربع مرات منها بين عامة السكان؛ وكان متوسط معدل التدخين الأعلى، البالغ 85%، بين الأشخاص الذين يتلقون العلاج الاستمراري بناهضات الأفيون (OMT).¹⁰ ووجدت دراسة حديثة أجريت على بالغين يستخدمون خدمات الحد من الأضرار في فيرجينستان أن استخدام النيكوتين كان شبه شامل (98%)، مع هيمنة الاستخدام اليومي للتبغ القابل للاحتراق (79%)، يليه الاستخدام اليومي للناسفاي، وهو تبغ فموي خاص بالمنطقة (18%).¹¹

تشير التقديرات إلى وجود 64 مليون شخص يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات حول العالم، منهم نحو 14 مليون شخص يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن. ولم يكن يتلقى العلاج إلا واحد من كل 12 شخصاً.

تُظهر البيانات الدولية باستمرار أن معدلات التدخين أو استخدام التبغ عالي الخطورة مرتفعة على نحو غير متناسب في هذه الفئة



لذلك، يواجه معظم الأشخاص الذين يدخلون علاج تعاطي المخدرات مجموعة من التحديات المعقدة والمتداخلة. ويُعد التدخين واستخدام التبغ عالي الخطورة من بين هذه التحديات. ومع ذلك، قد تُعطى أولوية أقل لتأثير التبغ وجهود دعم الإقلاع عنه في بعض بيئات العلاج، رغم أضراره الصحية الكبيرة والموثقة جيداً. وقد يحدث ذلك لأسباب كثيرة؛ فقد يكون الممارسون أنفسهم مدخنين، أو يفتقرون إلى التدريب على الإقلاع، أو لديهم مخاوف من أن التعامل مع التدخين قد يعزز التعافي من المواد الأخرى. وفي حالات كثيرة، بالطبع، قد يكون الممارسون ببساطة مثقلين بالمتطلبات المفروضة عليهم.

ما تأثير التدخين في الأشخاص الذين لديهم أيضاً مشكلات مرتبطة بتعاطي المخدرات؟

عبر جميع الفئات السكانية، يُعد التدخين سبباً رئيسياً للأمراض التي يمكن الوقاية منها، إذ يسبب سرطان الرئة والعديد من أنواع السرطان الأخرى، وأمراض القلب والأوعية الدموية، والسكتة الدماغية، وأمراض الجهاز التنفسي، ولا سيما مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD). كما يزيد خطر الإصابة بداء السكري من النوع الثاني، ويرتبط بضعف المناعة. وسيموت ما يصل إلى نصف جميع الأشخاص الذين يدخلون مبكراً بسبب مرض مرتبط بالتبغ.

يواجه كل من يدخل هذه المخاطر الصحية. لكن الأدلة تُظهر أن الأشخاص الذين يواجهون مشكلات بسبب تعاطي المخدرات أكثر عرضة بكثير من غيرهم للوفاة المبكرة بسبب أمراض مرتبطة بالتدخين.

وجد تحليل حديث لبيانات الوفيات شمل 106,789 شخصاً تعاطوا الهيروين في إنجلترا أن عدداً مشابهاً من الوفيات المبكرة كان سببه تدخين التبغ (24%) مقارنةً بالمخدرات غير المشروعة (28%)

وجد تحليل حديث لبيانات معدلات الوفيات شمل 106,789 شخصاً تعاطوا الهيروين في إنجلترا أن 63% منهم سيتوفون قبل سن السبعين، مقارنةً بنسبة 16% فقط بين عامة السكان. والأهم من ذلك أن عدداً مشابهاً من الوفيات المبكرة بين متعاطي الهيروين كان سببه تدخين التبغ (24%) مقارنةً بالمخدرات غير المشروعة (28%).¹² وفي دراسة أمريكية، بلغ معدل الوفيات المرتبطة بالتبغ بين عامة السكان 31%، لكنه بلغ 54% بين الأشخاص الذين يتلقون علاجاً لمشكلات تعاطي المواد. كما كان الأشخاص الخاضعون لعلاج تعاطي المخدرات أكثر عرضة للوفاة بسبب سبب مرتبط بالتبغ في سن أصغر مقارنةً ببقية السكان.¹³

لهذه الفوارق أسباب وعلاقات متداخلة معقدة. ويمكن أن يؤدي تعاطي المخدرات عالي الخطورة على المدى الطويل إلى آثار صحية كبيرة، تبعاً لأنواع المخدرات المستخدمة وطرق التعاطي الأكثر شيوعاً. وكما ذكر أعلاه، فإن تعاطي المخدرات عن طريق الحقن يزيد بدرجة كبيرة خطر الإصابة بالفيروسات المنقولة عبر الدم. ويزيد التدخين الصورة تعقيداً. ويبدو أن فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) عامل خطر مستقل للإصابة بالسرطانات المرتبطة بالتدخين؛ فقد وجدت دراسة حديثة أن وفاة واحدة من كل أربع وفيات بين الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية في الولايات المتحدة يمكن أن تُعزى إلى تدخين السجائر.^{14,15} ويرتبط التدخين بنتائج أسوأ على الكبد لدى المصابين بالتهاب الكبد الفيروسي (HCV) والتهاب الكبد الفيروسي (HBV) (B)، وبمسار أشد لتطور السل (TB).^{16, 17}

غالباً ما تكون صحة الجهاز التنفسي لدى الأشخاص الذين يدخلون مواد مثل كراك الكوكايين أو الميثامفيتامين أو الأفيونات، إلى جانب التبغ، سيئة؛ إذ يرتبط تدخين المخدرات بوتيرة أكثر انتظاماً ولمدة أطول بتشخيص مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD).¹⁸ ويُعتقد أن ما يصل إلى نصف من يدخلون الهيروين تنطبق عليهم معايير مرض الانسداد الرئوي المزمن، مقارنةً بواحد من كل خمسة ممن يتعاطونه عن طريق الحقن؛ ومن المرجح أن يزيد مرض الانسداد الرئوي المزمن خطر الجرعة الزائدة من الأفيونات بسبب تثبيط التنفس، لأن قدرة الأشخاص على التنفس تكون متأثرة بالفعل.^{19,20}

لماذا ترتفع معدلات التدخين إلى هذا الحد بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات؟

بصرف النظر عن تعاطيهم مواد أخرى، يدخن الأشخاص لأسباب متعددة جدًا. ومن المهم الإقرار بأن ذلك قد يشمل المتعة أو الاستمتاع. وقد يكون أيضًا لأن الأشخاص يشعرون بأن النيكوتين يساعدهم على التكيف مع الحزن أو الملل أو التوتر. ويمكن أن يؤدي الاستخدام المتكرر للنيكوتين إلى الاعتماد.

وكما ذكر، فإن معدلات التدخين بين الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات مرتفعة بدرجة كبيرة مقارنةً بعمامة السكان. وتشمل العوامل المحددة التي قد تسهم في ذلك ما يلي:

« استخدام النيكوتين لإدارة أعراض الانسحاب أو الآثار الجانبية غير المرغوبة لتعاطي المواد

يوفر النيكوتين راحة مؤقتة من التوتر والقلق وأعراض الانسحاب، مثل الهبوط الذي يلي استخدام المنشطات. وتشير الأبحاث، كما يفيد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات، إلى أن استخدام النيكوتين يساعد في إدارة أعراض الانسحاب من المخدرات الأفيونية.²¹

« استخدام النيكوتين لزيادة تأثيرات المخدرات

أظهرت الأدلة أنه عندما يُجمع النيكوتين مع مخدرات أخرى، مثل المنشطات (الكوكايين والأمفيتامينات)، والأفيونات (الهيروين)، ورباعي هيدروكانابينول (THC)، الذي يُستهلك في القنب أو في مواد أخرى، والكحول، فإنه يزيد امتصاص الجسم لإحدى المادتين أو كليهما، على نحو يُرجَّح أن يعزز تجربة المستخدم.²² ومن المرجح أن ينطبق ذلك أيضًا على المركبات ذات التأثير النفسي الجديدة، مثل القنب الصناعي أو الكاثينونات.

« استخدام النيكوتين كجزء من طقس تعاطي المخدرات

غالبًا ما يدخن الأشخاص السجائر قبل تعاطي المخدرات أو بعده كجزء من الروتين. ولذلك يمكن أن يصبح التدخين جزءًا من طقس تعاطي مخدرات أخرى، مما يعزز العادتين معًا.²³

« استخدام النيكوتين للعلاج الذاتي من الأمراض النفسية أو الآثار الجانبية للأدوية

كما ذكر، ترتفع أيضًا معدلات التدخين بين الأشخاص الذين يعانون من اعتلال الصحة النفسية.²⁴ وتشير الأدلة إلى أن بعض الأشخاص يربطون استخدام النيكوتين بانخفاض أعراض محددة، مثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) أو اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD). وبالنسبة إلى الأشخاص المصابين بالفصام، يمكن أن يكون استخدام النيكوتين شكلاً من أشكال العلاج الذاتي، إذ يشعرون بأنه يتيح لهم معالجة الأعراض المعرفية أو تقليل الآثار الجانبية للأدوية النفسية.²⁵

عند الجمع بين النيكوتين ومخدرات أخرى، تُظهر الأدلة أن النيكوتين لديه القدرة على زيادة امتصاص الجسم لإحدى المادتين أو كليهما



« استخدام النيكوتين استجابةً للبيئات الاجتماعية والمحيطية

كما ذكر، غالبًا ما يواجه الأشخاص الذين لديهم مشكلات مرتبطة بتعاطي المخدرات عددًا كبيرًا من التحديات المعقدة والمتداخلة. وقد يقضون وقتًا في بيئات ودوائر اجتماعية يكون فيها التدخين شائعًا أو طبيعيًا أو جزءًا من الرأس مال الاجتماعي. وقد يشمل ذلك قضاء وقت في العيش في الشارع، أو في نُزل أو مساكن مخصصة لمن لا مأوى لهم، أو في السجن، أو في مستشفيات الصحة النفسية، أو في خدمات علاج تعاطي المخدرات نفسها. ويمكن أن يساعد تبادل السجائر الأشخاص على تكوين روابط في وقت قد يكونون فيه، لولا ذلك، معزولين اجتماعيًا أو بعيدين عن الأصدقاء والأسرة.

كم عدد الأشخاص الذين يمكنهم الحصول على دعم علاج تعاطي المخدرات ودعم الإقلاع عن التدخين حول العالم؟

قد يصعب الحصول على علاج شامل ومتاح لتعاطي المخدرات في بلدان كثيرة. وكما ذكر سابقًا، كان يُعتقد أن واحدًا فقط من كل 12 شخصًا من إجمالي الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات حول العالم يتلقى العلاج في عام 2023.²⁶ ووجدت مراجعة حديثة أنه رغم تنفيذ العلاج الاستمراري بناهضات الأفيون (OMT) في 90 بلدًا، وتبادل الإبر والمحاقن في 94 بلدًا، لم تكن سوى خمسة بلدان تقدم تغطية عالية لكلتا الخدمتين، بما لا يمثل إلا اثنين في المئة من إجمالي الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات حول العالم.²⁷

في بعض البلدان المرتفعة الدخل، مثل كندا وألمانيا وهولندا والمملكة المتحدة، يمكن للأشخاص الذين لديهم مشكلات مرتبطة بتعاطي المخدرات الحصول على رعاية أولية لمعالجة تعاطي المخدرات بتمويل من حكوماتهم. ومع ذلك، يظل هذا نادرًا حتى بين البلدان المرتفعة الدخل. ومع هذا، توجد في بلدان من جميع مستويات الدخل، لا يتوفر فيها علاج رسمي لتعاطي المخدرات بتمويل حكومي، منظمات يقودها المجتمع المحلي، وأحيانًا منظمات دينية و/أو خيرية، تقدم الدعم للأشخاص المحتاجين.

يُعد «تقديم المساعدة للإقلاع عن استخدام التبغ» أحد تدابير مكافحة التبغ الستة ضمن حزمة «MPOWER» التي قدمتها منظمة الصحة العالمية (WHO) في عام 2008. وكان هدف هذا التدبير أن تطبق البلدان أنظمة وطنية للإقلاع عن التبغ، وأن تجعل وسائل المساعدة على الإقلاع عن التدخين متاحة على نطاق واسع لسكانها.

في عام 2024، نشرت منظمة الصحة العالمية (WHO) أول إرشاداتها السريرية بشأن الإقلاع عن التبغ لدى البالغين، بما حدّد فعليًا ما ينبغي أن تقدمه هذه الخدمات. وتوصي الإرشادات بمزيج من «الدعم السلوكي الذي يقدمه مقدمو الرعاية الصحية، والتدخلات الرقمية للإقلاع، والعلاجات الدوائية». وتشمل التدخلات الدوائية الموصى بها في الإرشادات الفارينينكلين، والعلاج ببدايل النيكوتين (NRT)، والبوبروبيون، والسيتيسين. وتستشهد إرشادات منظمة الصحة العالمية (WHO) بما مجموعه 11 مراجعة منهجية من Cochrane لأبحاث الرعاية الصحية المتعلقة بتدخلات الإقلاع عن التبغ. وتُعد مراجعات Cochrane المعيار الذهبي في الطب القائم على الأدلة.²⁸

لذلك، من المؤسف أن إرشادات منظمة الصحة العالمية (WHO) لا تستشهد بالمراجعة المنهجية من Cochrane حول «السجائر الإلكترونية للإقلاع عن التدخين». وقد وجدت هذه المراجعة المنهجية الحية، التي يجري تحديثها بانتظام منذ عام 2012، باستمرار أن استخدام الفيب يساعد الأشخاص على الإقلاع عن التدخين. وعند تحديثها في نوفمبر 2025، خلصت إلى أن: «السجائر الإلكترونية المحتوية على النيكوتين يمكن أن تساعد الأشخاص على التوقف عن التدخين لمدة ستة أشهر على الأقل. وتُظهر الأدلة أنها أكثر فعالية من العلاج ببدايل النيكوتين، وربما أكثر فعالية من السجائر الإلكترونية الخالية من النيكوتين».^{29,30}

تُعد المراجعات المنهجية من Cochrane المعيار الذهبي في الطب القائم على الأدلة؛ وقد وجدت مراجعة «السجائر الإلكترونية للإقلاع عن التدخين» التي يجري تحديثها بانتظام منذ عام 2012، باستمرار أن استخدام الفيب يساعد الأشخاص على الإقلاع عن التدخين

في عام 2025، أفادت منظمة الصحة العالمية (WHO) بأن ثلثي سكان العالم لا يحصلون على دعم للإقلاع عن التدخين

رغم أن «تقديم المساعدة للإقلاع عن استخدام التبغ» ربما كان أحد الأهداف الأساسية لتدابير مكافحة التبغ العالمية منذ عام 2008، فإن التنفيذ لا يزال ضعيفاً في نهاية المطاف. وهذا غير مستغرب؛ إذ يمكن أن يكون إنشاء خدمات شاملة للإقلاع عن التدخين وتقديمها، أو دعم تعميم العلاج ببدائل النيكوتين (NRT) المتاح مجاناً، مكلفاً. أما إدراج قوانين جديدة لمكافحة التبغ في التشريعات، دون إنفاذها بالضرورة، فلا يكلف الحكومات القدر نفسه من المال. وقد خلص تقييم منظمة الصحة العالمية (WHO) نفسه في عام 2021 إلى أن خدمات الإقلاع عن التدخين «غير كافية وغير متاحة في أجزاء كثيرة من العالم»، وفي عام 2025 أفادت منظمة الصحة العالمية (WHO) بأن ثلثي سكان العالم لا يحصلون على دعم للإقلاع عن التدخين.^{31,32}

في بلدان كثيرة، من غير المرجح أن يتمكن المهنيون العاملون مع الأشخاص الذين يواجهون مشكلات بسبب تعاطي المخدرات من إحالة العملاء إلى خدمات محلية متخصصة للإقلاع عن التدخين. وبالنسبة إلى بعض الممارسين، قد يكون هذا هو الموضوع الذي يمكن أن يساعد فيه الحد من الأضرار.

ما الحد من أضرار التبغ، وكيف يمكن أن يساعد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات ويستخدمون التبغ؟

مبدأ الحد من أضرار التبغ هو نفسه المبدأ الذي تقوم عليه تدخلات الحد من الأضرار العديدة المقدمة إلى الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات حول العالم، بدءاً من العلاج الاستمراري بناهضات الأفيون (OMT)، وغرف تعاطي المخدرات، والوقاية من الجرعات الزائدة وعكس آثارها، وتبادل الإبر والمحاقن، وصولاً إلى توفير معلومات عن تعاطي المخدرات على نحو أقل ضرراً وفحص الحبوب. وينصب التركيز على إبقاء الأشخاص على قيد الحياة، وتقليل أضرار تعاطيهم المخدرات، وتقديم بدائل أقل ضرراً حيثما أمكن.³³

أخطر طريقة لاستخدام النيكوتين هي حرق السيجارة واستنشاق دخانها. وذلك لأن السيجارة وسيلة شديدة الضرر لإيصال النيكوتين. ويؤدي احتراق التبغ إلى إطلاق القطران وغازات تحتوي على آلاف السموم، يشكل كثير منها خطراً كبيراً للإصابة بأمراض شديدة. كما تطلق بعض منتجات التبغ الفموية سموماً خطيرة عند استهلاكها.

في المقابل، تُعد منتجات النيكوتين الأقل ضرراً (SNP) غير قائمة على الاحتراق: فلا يحرق أي منها التبغ، بل إن بعضها لا يحتوي على التبغ أصلاً. وبناءً على ذلك، فإنها جميعاً توصل النيكوتين إلى المستخدم بمستوى مخاطر أقل بكثير من الاستمرار في التدخين. وبمعزل عن دخان التبغ، يُعد النيكوتين مادة منخفضة المخاطر نسبياً.³⁴ وتشمل منتجات النيكوتين الأقل ضرراً (SNP) منتجات الفيب المحتوية على النيكوتين (السجائر الإلكترونية)، وأكياس النيكوتين الخالية من التبغ، والسنوس السويدي النمط، وهو أحد أنواع التبغ الفموي، وبعض أنواع التبغ غير المدخن في الولايات المتحدة مثل تبغ المضغ، ومنتجات التبغ المُسخّن. ولم يُطوّر كثير من هذه المنتجات إلا خلال السنوات العشر إلى الخمس عشرة الماضية.

توجد أدلة قوية على أنه عندما يتحوّل الأشخاص الذين يدخنون إلى منتجات النيكوتين الأقل ضرراً (SNP)، تنخفض احتمالات الانتكاس والعودة إلى التدخين

بالنسبة إلى الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات ويستخدمون حالياً منتجات تبغ عالية الخطورة، مثل السجائر وبعض أنواع التبغ الفموي، يتيح الحد من أضرار التبغ فرصة التحوّل إلى منتجات تنطوي على مخاطر أقل بكثير على صحتهم. وهناك أدلة قوية على أنه عندما يتحوّل الأشخاص الذين يدخنون إلى منتجات النيكوتين الأقل ضرراً (SNP)، تنخفض احتمالات الانتكاس والعودة إلى التدخين. وكما ذكر، تفيد المراجعة المنهجية المستمرة من Cochrane بأن منتجات الفيب المحتوية على النيكوتين أكثر فعالية من العلاج ببدائل النيكوتين (NRT).³⁵

الخاتمة

ينبغي أن تكون معالجة التدخين واستخدام التبغ عالي الخطورة أولوية للخدمات التي تدعم الأشخاص الذين يواجهون مشكلات بسبب تعاطي المخدرات. فالتدخين يقتل نصف جميع من يدخنون لفترات طويلة، وغالبًا ما يكون خطر الوفاة المبكرة بسبب التدخين لدى هذه الفئة مساويًا للخطر الذي تمثله المخدرات غير المشروعة أو أكبر منه. ومع ذلك، فإنه يظل في كثير من الأحيان مشكلة ظاهرة لكنها مُهملة.

بمجرد أن يتحول الأشخاص بعيدًا عن التدخين أو استخدام التبغ عالي الخطورة، قد يواصلون استخدام منتجات النيكوتين الأقل ضررًا (SNP) بأمان نسبي، أو يقللون استخدامهم للنيكوتين تدريجيًا قبل الإقلاع عنه تمامًا. ومن المعروف أن التدخين يؤدي إلى تفاقم كثير من الحالات الصحية طويلة الأمد التي تؤثر في هذه الفئة، مثل تدهور صحة الجهاز التنفسي والقلب والأوعية الدموية، وتطور بعض الفيروسات المنقولة عبر الدم كما ذكر أعلاه. ويتيح التحول إلى منتجات النيكوتين الأقل ضررًا (SNP) فرصة لتقليل أضرار استخدام التبغ بدرجة كبيرة، ومن ثم تحسين الصحة العامة بطريقة فعالة وقابلة للتحقيق.

من المهم ملاحظة أنه عند سؤال الأشخاص المتصلين بخدمات علاج تعاطي المخدرات، يذكر ما بين 50% و80% منهم أن لديهم دافعًا للإقلاع عن التدخين.^{36,37} وعلاوة على ذلك، من المفاهيم الخاطئة أن الإقلاع عن التدخين أثناء علاج تعاطي المخدرات يهدد التعافي من مشكلات تعاطي المواد الأخرى. فقد ثبت أن تقديم دعم الإقلاع عن التدخين يخفض معدلات التدخين، وله أثر محايد أو إيجابي في نتائج العلاج من المخدرات الأخرى.^{38,39}

يتوفر قانونيًا نوع واحد على الأقل من منتجات النيكوتين الأقل ضررًا (SNP) في 129 بلدًا، بما يغطي 71% من سكان العالم.⁴⁰ وحيثما تكون هذه المنتجات متاحة، ينبغي للمهنيين العاملين مع هذه الفئة من العملاء أن يقدموا معلومات ونصائح بشأن منتجات النيكوتين الأقل ضررًا (SNP)، أو يتيحوا الوصول إليها إن أمكن. وهذا التدخل، الذي لا يكلف شيئًا أو لا يكلف إلا القليل جدًا، يمكن أن يحسن بدرجة كبيرة صحة الأشخاص الذين يستخدمون خدمات علاج تعاطي المخدرات على المدى القصير والطويل. وإن الإبقاء على فصل زائف بين الحد من أضرار التبغ والحد من أضرار المواد الأخرى ينطوي على خطر إهدار فرصة حاسمة لإنقاذ الأرواح.

إن الفصل بين الحد من أضرار التبغ والحد من أضرار المواد الأخرى ينطوي على خطر إهدار فرصة حاسمة لإنقاذ الأرواح

يمكن العثور على معلومات عن الوضع التنظيمي لجميع فئات منتجات النيكوتين الأقل ضررًا (SNP) ومنتجات العلاج ببدائل النيكوتين (NRT) من خلال البحث عن المعلومات على المستوى الوطني باستخدام قاعدة بيانات GSTHR على <https://gsthr.org/countries/> ويقدم المنشور المصاحب، «دمج الحد من أضرار التبغ في خدمات علاج تعاطي المخدرات والحد من الأضرار»، بعض الاقتراحات بشأن تطبيق الحد من أضرار التبغ (THR) في هذه البيئات.

References

1. UN. (2025). World Drug Report 2025—Special Points of Interest. United Nations : Office on Drugs and Crime. // www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025-special-points-of-interest.html.
2. McNeely, J., Hamilton, L. K., Whitley, S. D., Wiegand, T. J., Stancliff, S. L., Norton, B. L., Gonzalez, C. J., & Hoffman, C. J. (2024, مايو). Table 3, DSM-5-TR Criteria for Diagnosing and Classifying Substance Use Disorders [a,b] [Text]. Johns Hopkins University. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565474/table/table-3/>.
3. Alsuhaibani, R., Smith, D. C., Lowrie, R., Aljhani, S., & Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>.
4. Neale, J., Parkin, S., Hermann, L., Metrebian, N., Roberts, E., Robson, D., & Strang, J. (2022). Substance use and homelessness: A longitudinal interview study conducted during COVID-19 with implications for policy and practice. *International Journal of Drug Policy*, 108, 103818. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103818>.
5. People who inject drugs. (2020). World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>.
6. Rashti, R., Sharafi, H., Alavian, S. M., Moradi, Y., Mohamadi Bolbanabad, A., & Moradi, G. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of Global Prevalence of HBsAg and HIV and HCV Antibodies among People Who Inject Drugs and Female Sex Workers. *Pathogens*, 9(6), 432. <https://doi.org/10.3390/pathogens9060432>.
7. Ngowi, W. S., Mandizadza, O. O., Wang, M., Shao, W. T., & Ji, C. (2025). Prevalence of tuberculosis among People Who Use Drugs 2000–2024: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1635053>, 2024–2000 ص.
8. Baranyi, G., Scholl, C., Fazel, S., Patel, V., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2019). Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health*, 7(4), e461–e471. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30539-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30539-4).
9. Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1–2), 65–69. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008>.
10. Guydish, J., Passalacqua, E., Pagano, A., Martínez, C., Le, T., Chun, J., Tajima, B., Docto, L., Garina, D., & Delucchi, K. (2016). An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction*, 111(2), 220–230. <https://doi.org/10.1111/add.13099>.
11. Jerzynski, T., Mzhavanadze, G., Pikirenia, T., Stimson, G.V., Bessonov, S. (2026). High Smoking Rates and Emerging Alternatives: Nicotine Use Among People Who Use Drugs in the Kyrgyz Republic. Forthcoming, 2026.
12. Lewer, D., Tattan-Birch, H., & Cox, S. (2025). Among people who use heroin, tobacco smoking and illegal drugs cause a similar number of premature deaths. *Addiction*, 120(12), 2573–2579. <https://doi.org/10.1111/add.70140>.
13. Bandiera, F. C., Anteneh, B., Le, T., Delucchi, K., & Guydish, J. (2015). Tobacco-related mortality among persons with mental health and substance abuse problems. *PloS One*, 10(3), e0120581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120581>.
14. Hessol, N. A., Barrett, B. W., Margolick, J. B., Plankey, M., Hussain, S. K., Seaberg, E. C., & Massad, L. S. (2021). Risk of smoking-related cancers among women and men living with and without HIV. *AIDS*, 35(1), 101–114. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002717>.
15. Asfar, T., Perez, A., Shipman, P., Carrico, A. W., Lee, D. J., Alcaide, M. L., Jones, D. L., Brewer, J., & Koru-Sengul, T. (2021). National Estimates of Prevalence, Time-Trend, and Correlates of Smoking in US People Living with HIV (NHANES 1999–2016). *Nicotine & Tobacco Research*, 23(8), 1308–1317. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa277>.
16. Rutledge, S. M., & Asgharpour, A. (2020). Smoking and Liver Disease. *Gastroenterology & Hepatology*, 16(12), 617–625.
17. Duarte, R., Lönnroth, K., Carvalho, C., Lima, F., Carvalho, A. C. C., Muñoz-Torrico, M., & Centis, R. (2018). Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology*, 24(2), 115–119. <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.11.003>.
18. Burhan, H., Young, R., Byrne, T., Peat, R., Furlong, J., Renwick, S., Elkin, T., Oelbaum, S., & Walker, P. P. (2019). Screening Heroin Smokers Attending Community Drug Services for COPD. *Chest*, 155(2), 279–287. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.08.1049>.
19. Hulin, J., Brodie, A., Stevens, J., & Mitchell, C. (2020). Prevalence of respiratory conditions among people who use illicit opioids: A systematic review. *Addiction*, 115(5), 832–849. <https://doi.org/10.1111/add.14870>.

20. Darke, S., Farrell, M., Duflou, J., & Lappin, J. (2024). Chronic obstructive pulmonary disease in heroin users: An underappreciated issue with clinical ramifications. *Addiction*, 119(7), 1153–1155. <https://doi.org/10.1111/add.16407>.
21. Custodio, L., Malone, S., Bardo, M. T., & Turner, J. R. (2022). Nicotine and opioid co-dependence: Findings from bench research to clinical trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 134, 104507. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.030>.
22. Kohut, S. J. (2017). Interactions between nicotine and drugs of abuse: A review of preclinical findings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(2), 155–170. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1209513>.
23. Rupperecht, L. E., Smith, T. T., Schassburger, R. L., Buffalari, D. M., Sved, A. F., & Donny, E. C. (2015). Behavioral Mechanisms Underlying Nicotine Reinforcement. في D. J. K. Balfour & M. R. Munafò (تحقيق), *The Neuropharmacology of Nicotine Dependence* (53–19 ص 24, م). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13482-6_2.
24. Alsuhaibani, Smith, Lowrie, Aljhani, & Paudyal, 2021.
25. Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
26. UN, 2025.
27. Colledge-Frisby, S., Ottaviano, S., Webb, P., Grebely, J., Wheeler, A., Cunningham, E. B., Hajarizadeh, B., Leung, J., Peacock, A., Vickerman, P., Farrell, M., Dore, G. J., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2023). Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 11(5), e673–e683. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00058-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00058-X).
28. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. (2024, 2 يوليو). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>.
29. Lindson, N., Livingstone-Banks, J., Butler, A. R., McRobbie, H., Bullen, C. R., Hajek, P., Wu, A. D., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N. A., Turner, T., Fanshawe, T., & Hartmann-Boyce, J. (2025). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub10>.
30. Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
31. WHO. (2021). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, fourth edition (4th ed). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348537>.
32. World Health Organization. (2025). WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: Warning about the dangers of tobacco (3–978-92-4-011206 عدد). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>.
33. GSTHR. (2022). What is Tobacco Harm Reduction? (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/resources/briefing-papers/what-is-tobacco-harm-reduction/>.
34. GSTHR, 2022.
35. Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
36. Syan, S. K., Belisario, K. L., Rahman, L., Levitt, E. E., McCarron, C., Radman, H., Amlung, M., Praecht, A., George, T. P., & MacKillop, J. (2025). Smoking in Substance Use Disorder Patients: Prevalence, Comorbidities, Impulsivity, and Patterns of Readiness to Change. *Nicotine & Tobacco Research*, 27(10), 1813–1822. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaf089>.
37. Cookson, C., Strang, J., Ratschen, E., Sutherland, G., Finch, E., & McNeill, A. (2014). Smoking and its treatment in addiction services: Clients' and staff behaviour and attitudes. *BMC Health Services Research*, 14, 304. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-304>.
38. Apollonio, D., Philipps, R., & Bero, L. (2012). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance abuse. في The Cochrane Collaboration (تحقيق), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CD010274). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010274>.
39. Apollonio, Philipps, & Bero, 2012.
40. Shapiro, H., Jerzynski, T., Mzhavanadze, G., & Porritt, O. (2024). The Global State of Tobacco Harm Reduction 2024: A Situation Report (4 عدد; GSTHR Major Reports). Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR). <https://gsthr.org/resources/thr-reports/the-global-state-of-tobacco-harm-reduction-2024-a-situation-report/>. S. 1.



GSTHR. (2026). *Smoking among people facing problems with drug use* (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/resources/briefing-papers/smoking-among-people-facing-problems-with-drug-use/>

لمزيد من المعلومات حول عمل الحالة العالمية للحد من أضرار التبغ، أو النقاط المثارة في هذه الورقة الإعلامية، يرجى التواصل عبر info@gsthr.org

عنا: منظمة **المعرفة•العمل•التغيير** (K•A•C) تعزز الحد من الأضرار كاستراتيجية صحة عامة رئيسية مؤسسة على حقوق الإنسان. يتمتع الفريق بأكثر من أربعين عاماً من الخبرة في أعمال الحد من الأضرار في استخدام المخدرات وفيروس نقص المناعة المكتسبة والتدخين والصحة الجنسية والسجون. تدير K•A•C **الحالة العالمية للحد من أضرار التبغ** (GSTHR) التي ترسم خريطة تطوير الحد من أضرار التبغ واستخدام وتوفر والاستجابات التنظيمية لمنتجات النيكوتين الأكثر أماناً، وكذلك انتشار التدخين والوفيات ذات الصلة، في أكثر من 200 دولة ومنطقة حول العالم. لجميع المنشورات والبيانات المباشرة، يرجى زيارة <https://gsthr.org>

التمويل: ينتج مشروع GSTHR بمساعدة منحة من العمل العالمي لإنهاء التدخين (المعروف سابقاً باسم مؤسسة عالم خالٍ من التدخين)، وهي منظمة أمريكية مستقلة غير ربحية 501(c)(3) لتقديم المنح، تسرع الجهود المبنيّة على العلم في جميع أنحاء العالم لإنهاء وباء التدخين. لم يلعب العمل العالمي أي دور في تصميم أو تنفيذ أو تحليل البيانات أو تفسير هذه الورقة الإعلامية. المحتويات والاختيار وعرض الحقائق، وكذلك أي آراء معبر عنها، هي مسؤولية المؤلفين وحدهم ولا يجب اعتبارها انعكاساً لمواقف **العمل العالمي لإنهاء التدخين**.