

الزامات، دستورالعمل ها و، بنمودهای تخصصی مرکز سلامت محیط و کار

راهنمای آموزشی کنترل دخانیات برای دانشجویان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز سلامت محیط و کار



دانشگاه علوم پزشکی تهران
پژوهشگاه محیط زیست

راهنمای آموزشی کنترل دخانیات برای دانشجویان

الزامات، دستورالعمل ها، مینمودهای تخصصی مرکز سلامت محیط و کار

مرکز سلامت محیط و کار

پژوهشگاه محیط زیست

- عنوان گاید لاین: راهنمای آموزشی کنترل دخانیات برای دانشجویان
- کد الزامات: ۱-۱۳۰۱-۲۰۵۰۲۰۲
- تعداد صفحات: ۷۷

مرکز سلامت محیط و کار:

تهران-خیابان حافظ تقاطع جمهوری- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی-مرکز سلامت محیط و کار
 تلفن: ۰۲۱-۶۶۷۰۷۶۳۶، دورنگار: ۰۲۱-۶۶۷۰۷۴۱۷
www.markazsalamat.ir

پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران:

تهران - میدان انقلاب- خیابان کارگر شمالی-نرسیده به بلوار کشاورز- پلاک ۱۵۴۷ طبقه هشتم
 تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۷۸۳۹۹، دورنگار: ۰۲۱-۸۸۹۷۸۳۹۸
<http://IER.tums.ac.ir>

کمیته فنی تدوین راهنما

نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی / سمت	محل خدمت
مهندس سید غلامرضا غلامی	رئیس کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
دکتر نوشین راستکاری	استادیار / عضو کمیته	پژوهشکده محیط زیست
دکتر سید محمد علوی نیا	استادیار	دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی - بجنورد
دکتر حسن آذری پور	پزشک / عضو کمیته سیاستگذاری کنترل دخانیات	سازمان تامین اجتماعی
مهندس طیبه الهی	کارشناس / دبیر کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
خدبچه فریدون محصلی	کارشناس / عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
مهندس بهزاد ولی زاده	کارشناس / عضو کمیته	مرکز سلامت محیط و کار
مهندس لیلا یعقوبی	کارشناس / عضو کمیته	پژوهشکده محیط زیست
مهندس فائزه ایزدپناه	کارشناس / عضو کمیته	پژوهشکده محیط زیست

از جناب آقای دکتر سید محمد علوی نیا که در تهیه این پیش نویس زحمات زیادی را متقبل شده اند صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

فهرست

- ۱ - مقدمه
- ۲- اپیدمیولوژی مصرف دخانیات
 - ۱-۲- اپیدمیولوژی مصرف دخانیات در جهان
 - ۲-۲- اپیدمیولوژی مصرف دخانیات در کشورهای صنعتی
 - ۳-۲- اپیدمیولوژی در کشورهای با درآمد کم و متوسط
 - ۴-۲- اپیدمیولوژی مصرف دخانیات در ایران
- ۳- انواع مواد دخانی
 - ۱-۳- اشکال مختلف دخانیات
 - ۱-۱-۳- دخانیات استنشاقی
 - ۲-۱-۳- دخانیات غیراستنشاقی
- ۴- سیگار و اجزاء زیان آور آن
 - ۱-۴- سیگار
 - ۲-۴- نیکوتین
- ۵- اثرات مهم استعمال دخانیات روی سلامتی
 - ۱-۵- بیماری‌های قلبی-عروقی
 - ۲-۵- بیماری‌های تنفسی
 - ۳-۵- سکته مغزی
 - ۴-۵- بیماری‌های گوارشی
 - ۵-۵- بیماری‌های پوست
 - ۶-۵- سرطان‌ها
 - ۱-۶-۵- سرطان ریه
 - ۲-۶-۵- سرطان پستان در زنان
 - ۳-۶-۵- سایر سرطان‌ها
 - ۶- نیکوتین
 - ۱-۶- وابستگی به نیکوتین
 - ۲-۶- تحمل در برابر نیکوتین
 - ۳-۶- علائم سندرم ترک
 - ۴-۶- سنجش وابستگی
 - ۵-۶- ارزیابی وابسته‌های نیکوتینی

۱۷	۶-۶- اثرات نیکوتین
۲۰	۶-۶- آزمون فاگراشروم جهت ارزیابی وابستگی به نیکوتین
۲۱	۷- برنامه‌های کنترل دخانیات
۲۴	۸- ترک سیگار و روش‌های آن
۲۴	۸-۱- راهنمای 5A برای ترک سیگار در سطح پزشکان عمومی
۲۴	۸-۱-۱- سوال (Ask)
۲۶	۸-۱-۲- ارزیابی (Assess)
۲۹	۸-۱-۳- توصیه (Advice)
۳۱	۸-۱-۴- کمک کردن (Assist)
۳۹	۸-۱-۵- برنامه ریزی‌هایی برای پیگیری (Arrange)
۳۹	دستور جلسه برای یک هفته پیگیری حضوری یا تلفنی
۴۰	دستور جلسه برای ترتیب یک ماه پیگیری حضوری یا تلفنی
۴۲	۸-۲- روش‌های ترک سیگار
۴۲	۸-۲-۱- آموزش بیمار (Education)
۴۳	۸-۲-۲- هیپنوتیزم (Hypnosis)
۴۳	۸-۲-۳- شرطی سازی مخالف (Adversive Conditioning)
۴۳	۸-۲-۴- مشاوره گروهی (Group Counseling)
۴۴	۸-۲-۵- کاهش تدریجی در مقابل ترک یکباره
۴۴	۸-۲-۶- روش‌های ترک دارویی
۴۶	۹- درمان جایگزین با نیکوتین
۴۶	۹-۱- انواع نیکوتین و دوز مورد استفاده
۴۹	۹-۲- انواع جایگزین‌های نیکوتین و دوز مورد استفاده
۵۱	۹-۳- سایر درمان‌های دارویی
۵۲	۱۰- مصرف سیگار در گروه‌های خاص
۵۲	۱۰-۱- زنان
۵۲	عوارض دخانیات در دوران بارداری
۵۳	۱۰-۲- نوزادان و کودکان
۵۳	۱۰-۳- افراد با بیماری‌های مرتبط با سیگار
۵۴	۱۰-۴- افرادی که سایر داروها را مصرف می‌کنند
۵۵	۱۱- قوانین کنترل دخانیات
۵۵	۱۱-۱- آشنایی با معاهده جهانی کنترل دخانیات
۵۵	موارد مهم پیمان نامه

۵۶

۱۱-۲- آشنایی با قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات

۶۰

۱۱-۳- آشنایی با آئین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل دخانیات

۶۵

مراجع

پیشگفتار

یکی از برنامه های مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و انتشار رهنمودهای مربوط به حوزه ها و زمینه های مختلف بهداشت محیط و حرفه ای و سایر موضوعات مرتبط است که با بهره گیری از توان علمی و تجربی همکاران متعددی از سراسر کشور، انجام شده است. در این راستا سعی شده است ضمن بهره گیری از آخرین دستاوردهای علمی، از تجربه کارشناسان و متخصصین حوزه ستادی مرکز سلامت محیط و کار نیز استفاده شود و در مواردی که در کشور قوانین، مقررات و دستورالعمل های مدونی وجود دارد در تدوین و انتشار این رهنمودها مورد استناد قرار گیرد. تمام تلاش کمیته های فنی مسئول تدوین رهنمودها این بوده است که محصولی فاخر و شایسته ارائه نمایند تا بتواند توسط همکاران در سراسر کشور و کاربران سایر سازمان ها و دستگاههای اجرائی و بعضاً عموم مردم قابل استفاده باشد ولی به هر حال ممکن است دارای نواقص و کاستی هایی باشد که بدینوسیله از همه متخصصین، کارشناسان و صاحب نظران ارجمند دعوت می شود با ارائه نظرات و پیشنهادات خود ما را در ارتقاء سطح علمی و نزدیکتر کردن هر چه بیشتر محتوای این رهنمودها به نیازهای روز جامعه یاری نمایند تا در ویراست های بعدی این رهنمودها بکار گرفته شود. با توجه به دسترسی بیشتر کاربران این رهنمودها به اینترنت، تمام رهنمودهای تدوین شده بر روی تارگاہ های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وبدا)، معاونت بهداشتی، پژوهشکده محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز سلامت محیط و کار قرار خواهد گرفت و تنها نسخ بسیار محدودی از آنها به چاپ خواهد رسید تا علاوه بر صرفه جویی، طیف گسترده ای از کاربران به آن دسترسی مداوم داشته باشند.

اکنون که با یاری خداوند متعال در آستانه سی و چهارمین سال پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی این رهنمودها آماده انتشار می گردد، لازم است از زحمات کلیه دست اندرکاران تدوین و انتشار این رهنمودها صمیمانه تشکر و قدردانی نمایم و پیشاپیش از کسانی که با ارائه پیشنهادات اصلاحی خود ما را در بهبود کیفیت این رهنمودها یاری خواهند نمود، صمیمانه سپاسگزاری نمایم.

دکتر کاظم ندافی

رئیس مرکز سلامت محیط و کار

۱- مقدمه

استعمال دخانیات مهمترین عامل قابل پیشگیری مرگ‌های زودرس در جهان است و مضرات ناشی از آن بار مالی سنگین و مشکلات عمده‌ای را بر سیستم‌های بهداشتی تحمیل می‌کند. دود ناشی از استعمال دخانیات نه تنها موجب زیان‌های جسمی و روحی در مصرف‌کنندگان می‌گردد، بلکه موجب آسیب رساندن به افراد در معرض این دود نیز می‌شود. به منظور کاهش این معضلات و عواقب ناشی از این بیماری‌ها برنامه‌های کنترل دخانیات ضروری می‌باشد. ترک سیگار یکی از مهمترین این برنامه‌هاست و می‌تواند تاثیر بسزایی در کاهش بار بیماری‌ها و مرگ‌های ناشی از سیگار ایفا کند. مداخلات کنترل دخانیات باید بخشی از برنامه‌های دائمی فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی باشد و عامل ضروری برای کمک به افرادی است که به دلیل مصرف دخانیات در خطر هستند. سیگار منجر به وابستگی شدید جسمی و روانی در فرد سیگاری می‌شود و توصیه‌های معمولی پزشکان به بیماران برای ترک سیگار تاثیر چندانی در این امر ندارد. برای موفقیت در ترک سیگار پزشکان موظفند که شیوه برخورد با فرد سیگاری و روشهای ترک را بدانند و به آن عمل کنند. متأسفانه در حال حاضر پزشکان دانش کافی برای کمک به افراد سیگاری را ندارند. هدف از تهیه این دستورالعمل پاسخ به نیاز آموزشی پزشکان و دانشجویان پزشکی جهت تلاش در کنترل و پیشگیری از استعمال دخانیات است.

۲- اپیدمیولوژی مصرف دخانیات

۲-۱- اپیدمیولوژی مصرف دخانیات در جهان

مصرف تنباکو یکی از علل مرگ‌های قابل پیشگیری در دنیاست. تخمین زده می‌شود که هر سال ۵ میلیون انسان به این دلیل می‌میرند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ این عدد به ۸ میلیون نفر برسد که ۸۰ درصد این مرگ‌های زودرس در کشورهای با درآمد کم و متوسط به وقوع خواهد پیوست. امروزه بیشتر از ۱/۳ میلیارد مصرف‌کننده تنباکو در دنیا وجود دارند. بانک جهانی تخمین می‌زند در صورتی که شیوع مصرف تنباکو تا سال ۲۰۲۰ به نصف کاهش یابد می‌توان ۱۸۰ میلیون زندگی را در نیمه اول قرن جدید نجات داد.

در سال ۱۹۹۵ در حدود ۱/۱ میلیارد فرد سیگاری ۱۵ سال به بالا در جهان وجود داشت (۲۹ درصد جمعیت کل جهان، ۱۷ درصد مردان و ۱۲ درصد زنان) که به نظر می‌رسد این رقم تا سال ۲۰۲۵ به

۱/۶ میلیارد نفر برسد. مصرف تنباکو منجر به ۱۰۰ میلیون مرگ در قرن ۲۰ شده است که اگر روند مرگ‌ها به همین ترتیب ادامه یابد منجر به مرگ یک میلیارد نفر در قرن ۲۱ خواهد شد. در اغلب کشورها، جوانان مصرف کننده سیگار در حال حاضر، همان افراد سالمند و میانسال سالیان بعدی هستند که حدود ۱۰ میلیون مرگ سالانه در اثر مصرف سیگار خواهند داشت. تقریباً ۵۰۰ میلیون نفر از افرادی که در حال حاضر زنده هستند در انتظار مرگ ناشی از استعمال دخانیات خواهند بود.

۲-۲- اپیدمیولوژی مصرف دخانیات در کشورهای صنعتی

سیگار از راه‌های مختلف می‌تواند موجب مرگ شود. دخانیات در کشورهای صنعتی مسئول ۹۰ درصد موارد سرطان ریه در مردان، ۷۰ درصد سرطان ریه در زنان و ۵۶ تا ۸۰ درصد کل بیماری‌های تنفسی و ۲۲ درصد بیماری‌های قلبی و عروقی است. سیگار بزرگترین علت مرگ در بالغین در کشورهای پیشرفته است به طوری که علت یک سوم مرگ مردان در میانسالی را تشکیل می‌دهد (به علاوه یک پنجم در کهنسالی). در کشورهای پیشرفته اپیدمی مصرف دخانیات در زنان هنوز به اوج خاصی نرسیده است. در کشورهای پیشرفته حدود ۲۴ درصد مرگ‌های مردان و ۷ درصد مرگ‌های زنان در اثر سیگار برآورد شده است (البته این میزان در حال افزایش است). برای مردان این میزان به بیش از ۴۰ درصد در بعضی از کشورهای اروپای مرکزی و شرقی می‌رسد. میزان متوسط کاهش مورد انتظار عمر سیگاری‌ها ۸ سال می‌باشد، هر چند برای آنهایی که در میانسالی می‌میرند (۶۹-۳۵ سالگی) این میزان حدود ۲۲ سال است. استعمال دخانیات در کشورهای با درآمد بالا در طی چندین دهه روند نزولی داشته است.

۲-۳- اپیدمیولوژی در کشورهای با درآمد کم و متوسط

نزدیک به ۸۰ درصد افراد سیگاری در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند. شیوع مصرف سیگار در کشورهای کم درآمد به سرعت رو به افزایش است. ۸۴ درصد از کل جمعیت یک میلیارد و سیصد میلیون نفری مصرف کنندگان مواد دخانی در کشورهای در حال توسعه قرار دارند. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ بیش از ۸۰ درصد مرگ و میرهای ناشی از استعمال دخانیات سراسر جهان در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ دهد، به طوریکه ۱۰۰ میلیون فرد سیگاری کمتر از ۳۰ سال در کشور چین بر اثر مصرف دخانیات جان خود را از دست خواهند داد. در هندوستان نیز در حدود یک چهارم مرگ‌هایی که در بین افراد میانسال به وقوع می‌پیوندد بر اثر استعمال دخانیات می‌باشد. از آنجایی که تعداد افراد سیگاری در این کشورها در حال افزایش است،

تعداد این مرگ و میر نیز افزایش خواهد یافت. صرف ۱۰ تا ۴۰ درصد درآمد خانواده‌های فقیر برای تهیه محصولات دخانی معضلی در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط است. در کشورهای در حال توسعه میزان مصرف دخانیات زنان بزرگسال نسبتاً کم است، در حالیکه این روند در بین دختران نوجوان به سرعت در حال افزایش می‌باشد. در کشورهای آسیای جنوب شرقی میزان استعمال دخانیات مردان بزرگسال ۱۰ برابر بیشتر از زنان بزرگسال است. این مقدار در بین پسران ۱۳ تا ۱۵ سال فقط ۲/۵ برابر بیشتر از دختران است.

۲-۴- آیدمیولوژی مصرف دخانیات در ایران

تعداد مرگ‌های ناشی از سیگار در ایران حدود ۳۵۰۰۰ مورد در سال تخمین زده می‌شود که به طور چشمگیری بالاتر از سایر دلایل اختصاصی مرگ است. مصرف ۵۴ میلیارد نخ سیگار در کشور هر ساله موجب دود شدن حداقل ۱۰۰۰ میلیارد تومان و تحمیل هزینه‌های درمانی به بخش سلامت به میزان ۲ تا ۳ برابر آن می‌شود. در ایران ۲۷/۳ درصد مردان و ۳/۴ درصد زنان سیگار می‌کشند و ۶۶/۳ درصد آنان سیگار کشیدن را بین ۱۵-۲۴ سالگی شروع می‌کنند. به طور متوسط در ایران ۱۳/۴ درصد نخ سیگار در روز مصرف می‌شود.

۳- انواع مواد دخانی

۳-۱- اشکال مختلف دخانیات

۳-۱-۱- دخانیات استنشاقی

انواع دخانیات استنشاقی عبارتند از:

سیگار: که شامل انواع زیر است:

- **سیگار دست پیچ**
- **سیگار تولید شده توسط کارخانجات:** مهمترین محصول دخانی است که در سرتاسر جهان استفاده می‌شود.
- **بیدی:** بیدی سیگارهای دست پیچ کوچکی هستند که مشخصاً در هندوستان و دیگر کشورهای آسیای جنوب شرقی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این نوع سیگار نسبت به سیگارهای معمولی سه برابر مونواکسید کربن بیشتر و پنج برابر نیکوتین و قطران بیشتری تولید می‌کنند. مصرف کنندگان بیدی سه برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری در معرض ابتلا به سرطان دهان می‌باشند و احتمال ابتلا به سرطان‌های ریه، معده و مری نیز در این افراد بالاتر است.
- **کرتکز:** کرتکز نوعی سیگار با اسانس خاص است که عموماً در کشور اندونزی مصرف می‌شود و احتمال بروز آسیب ریه در مصرف کنندگانش را افزایش می‌دهد.
- **سیگار برگ:** به لوله بزرگی مجتمع از تنباکوی خشک شده گفته می‌شود که در داخل یک برگ قرار می‌گیرد. سیگار برگ را همانند سیگار استفاده می‌کنند. این سیگار از اوایل قرن اول میلادی توسط سرخ‌پوستان کشف شد.
- **پیپ:** وسیله‌ای برای کشیدن دود توتون است. انواع این وسیله در میان بومیان آمریکا رایج بود و پس از کشف آمریکا و آوردن توتون به سرزمین‌های قدیمی انواع آن در جاهای دیگر نیز رایج شد. برای کشیدن دود توتون آن را در کاسه پیپ می‌ریزند و آتش می‌زنند و با پک‌زدن به انتهای دسته پیپ دود به داخل دهان و دستگاه تنفس می‌رود.
- **چپق:** چپق یا چوپوق وسیله‌ای برای استعمال دود حاصل از تنباکو است. این وسیله گونه ایرانی شده پیپ غربی است و هر دو از وسایل استعمال دود بومیان آمریکا هستند. چپق معمولاً از دو قطعه، یک دسته چوبی و گاهی فلزی میان تهی و سری عمدتاً سفالی تشکیل می‌شد که این دو قسمت را به یکدیگر پیچ می‌کردند، اندازه و جنس چپق بسته به نحوه استفاده آن (فردی یا جمعی) متفاوت است.

قلیان: بیش از چهار قرن است که مردم فقیر آسیا و آفریقا از قلیان برای استعمال دخانیات و سایر مواد مخدر استفاده می کنند. بر اساس مستندات تاریخی قلیان در هند توسط یک پزشک در دوران سلطنت امپراتور Akbar (از سال ۱۵۵۶ تا ۱۶۰۵) اختراع شد، بطوریکه به نظر می رسد استفاده از قلیان راهی بهداشتی تر و کم آسیب تر برای استعمال دخانیات باشد. توتون قلیان اغلب شیرین شده و طعم دار است و آن را بسیار مطبوع جلوه می دهد، بنابراین بوی شیرین و طعم مطبوع آن باعث می شود برخی مردم به ویژه جوانان، به مصرف قلیان رو آورند. طبق نتایج آخرین مطالعات انجام شده درخصوص وضعیت استعمال دخانیات در بین جوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶، شیوع مصرف قلیان در بین پسران از ۱۶ به ۳۲ و در دختران از ۸/۹ به ۱۹ درصد افزایش پیدا کرده است. به عبارت دیگر مصرف کلی قلیان طی سالهای مذکور از ۱۲/۱ به ۲۶/۱ درصد رسیده است، که افزایش مصرف سیگار را هم از ۲ درصد به ۳ درصد به همراه داشته است. قلیان تشکیل شده است از: سر، بدنه، جام آب و شلنگ. دود حاصل از قلیان حاوی مواد سرطانزا و سمی بیشماری است که باعث سرطان ریه، بیماری های قلبی و دیگر بیماری ها می گردد. مصرف قلیان باعث اعتیاد به نیکوتین می شود و در مقایسه با دیگر مواد دخانی، مصرف بیشتر آن باعث اعتیاد بیشتر می شود. در طی یک بار مصرف قلیان، مصرف کننده در معرض دود بیشتر در مدت زمان بیشتری نسبت به سیگار قرار می گیرد. به عنوان مثال سیگاری های با مصرف ۸ تا ۱۲ سیگار در روز، در مدت ۵ الی ۷ دقیقه، بین ۴۰ تا ۷۵ میلی لیتر پک به سیگار می زنند و ۰/۵ الی ۰/۶ لیتر دود استنشاق میکنند، در حالیکه در طی یک بار مصرف قلیان، که ۲۰ الی ۸۰ دقیقه طول می کشد، مصرف کننده ۵۰ تا ۲۰۰ پک میزند که هر کدام بین ۰/۱۵ تا یک لیتر می باشد، بنابراین در هر بار مصرف قلیان، مصرف کننده دودی معادل ۱۰۰ سیگار یا بیشتر استنشاق می کند.

هر چند آب مقداری از نیکوتین را جذب می کند، مصرف کننده قلیان به اندازه کافی نیکوتین دریافت می نماید که به آن اعتیاد پیدا کند. بطور کلی میزان جذب نیکوتین در فرد سیگاری یک تنظیم کننده برای میزان جذب کلی می باشد، در حقیقت افراد سیگاری به حدی سیگار می کشند که اعتیاد و نیازشان به نیکوتین برطرف شود، نه اینکه دچار حالت تهوع شوند. به نظر می رسد که با کم کردن غلظت نیکوتین در دود قلیان مصرف کننده مقدار دود بیشتری استنشاق می کند و بنابراین مصرف کننده در معرض مقدار زیادی مواد شیمیایی سرطانزا و گازهای خطرناکی چون مونوکسید کربن قرار می گیرد. این عامل باعث می شود که مصرف کنندگان قلیان و افراد غیرسیگاری که در معرض دود سیگار هستند، دچار بیماری های ناشی از دود سیگار شوند.

روند رو به تزاید مصرف قلیان و مواد دخانی خصوصاً در بین جوانان و نوجوانان میهن اسلامی در سال‌های اخیر نگرانی عمده‌ای را در بخش سلامت جامعه ایجاد کرده است. چنانچه هیچ‌گونه اقدامی در زمینه ممنوعیت و عرضه قلیان و مواد دخانی صورت نپذیرد، پیش بینی می‌شود طی ۱۰ سال آینده بیش از نیمی از جوانان کشور در سنین بهره‌وری به جرگه مصرف کنندگان مواد دخانی خصوصاً قلیان وارد شوند که این موضوع تبعات اجتماعی و بهداشتی عديده‌ای را برای کشور از طریق افزایش بار بیماری، کاهش بهره‌وری، غیبت از کار، ایجاد سستی و رکود، آلودگی به سایر مواد دخانی و مخدر، افزایش بزه‌کاریهای اجتماعی و به ارمغان خواهد آورد.

۳-۱-۲- دخانیات غیر استنشاقی

تباکوهای غیر کشیدنی نسبت به نوع کشیدنی کمتر مرسوم می‌باشند، ولی در قسمت‌های زیادی از آسیا و شمال آفریقا جویدن و یا مکیدن تباکو مرسوم است.

مهمترین انواع دخانیات غیر استنشاقی عبارتند از:

دخانیات جویدنی: که شامل موارد زیر است:

- **Loose leaf:** این فرم از تباکو در دسترس‌ترین فرم تباکو بوده و به صورت شیرین شده در داخل کیسه‌های آلومینیومی بسته‌بندی می‌شود. مصرف کننده به طور مستقیم بخشی از آن را از داخل کیسه برداشته مصرف می‌کند.
- **Plug:** به صورت ورقه‌های فشرده شده تباکو به کمک نوعی شربت (عمدتاً ملاس) هستند که شربت نقش شیرین کننده نیز دارد. در هنگام مصرف به میزان دلخواه بریده می‌شود و مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- **Twist:** در این فرآورده تباکو به صورت رشته‌های طنابی شکل پیچیده شده و گره می‌خورد. این فرم رطوبت کمتری نسبت به دو شکل قبلی دارد و علاوه بر جویدن در پیپ هم مورد استفاده قرار می‌گیرد.

دخانیات انفیه‌ای: این گروه شامل دو نوع هستند:

- **خشک:** برای مصرف با بینی بالا کشیده می‌شود.
- **مرطوب:** برای مصرف این نوع انفیه بین گونه و لثه‌ها نگاه داشته می‌شود.

۴- سیگار و اجزاء زیان آور آن

۴-۱- سیگار

استوانه‌ای کاغذی و کوچک، معمولاً به طول ۱۰ سانتی متر و قطر ۱۰ میلی‌متر که با برگ‌های بریده شده و عمل آمده تنباکو پر می‌شود.

سیگار از ۴ قسمت تشکیل شده است که عبارتند از:

- **توتون:** توتون، برگ‌های خشک شده گیاه تنباکو است که می‌تواند به صورت کشیدنی (دود کردن) و احیاناً جویدنی در اشکال مختلف سیگار، سیگار برگ، توتون، پیپ، قلیان و ... مورد استعمال قرار گیرد. از ترکیبات خطرناک سیگار، نیکوتین، تار و مونواکسید کربن است. تنباکو (توتون) در میان قبایل آمریکای شمالی و مرکزی در قرن ۱۶ میلادی کشف شد. این گیاه مصرف پزشکی ندارد و از نظر طبقه‌بندی فارماکولوژی موجب تحریک یا تضعیف سیستم اعصاب مرکزی می‌گردد.

- **کاغذ:** کاغذ (TIPPING) که فیلتر را می‌پوشاند و برخی اوقات برای تهویه بیشتر و کاهش تار(قطران) سیگار دارای سوراخ‌های ریزی (پرفراژ) می‌باشد.

- **اسانس:** اسانس‌ها و عطرهایی که در تنباکو مورد استفاده قرار می‌گیرند حاوی هزاران ماده سمی هستند و کشنده می‌باشند و می‌توانند باعث حساسیت ریوی، آسم و آلرژی شوند.

- **مواد نگهدارنده:** مخمر، سرکه، اوره، انواع روغن‌ها، انواع الکل‌ها، قندها، نشاسته، نمک، جوش شیرین، گلیسرین، کاکائو، کافئین، فیبر، پودر میوه‌ها، انجیر، کشمش، وانیل، آب، عسل، شکلات، کره، موم که به عنوان طعم دهنده، نگهدارنده، افزایش رطوبت و ملایم ساختن طعم سیگار مورد استفاده قرار می‌گیرند.

تنباکو همراه با کاغذ و فیلتر و برخی افزودنی‌ها مواد تشکیل دهنده سیگار هستند. در واقع سوختن این مواد با هم موجب پدید آمدن بیش از ۴۰۰۰ ماده سمی و ۸۰ ماده سرطان‌زا می‌شود. شواهد علمی نشان می‌دهند که تمام انواع محصولات دخانی به هر شکل مضر بوده و مرگ و میر و ناتوانی را سبب می‌شوند.

دود سیگار شامل ۲ قسمت است:

- دود اصلی که از انتهای فیلتر سیگار پک زده و استنشاق می‌شود.
- دود فرعی یا حاشیه‌ای که مجموعه دود خارج شده از دهان فرد سیگاری و دود متصاعد شده از نوک آتش سیگار است.

دود فرعی دود مضرتری می‌باشد، زیرا اولاً به علت حرارت بالای آن (حرارت ۹۰۰ تا ۲۰۰۰ درجه‌ای نوک سیگار در مقابل حرارت ۴۰ درجه‌ای فیلتر) مواد سمی بیشتری را تولید می‌کند و ثانیاً دود اصلی از کل مسیر و فیلتر عبور می‌کند ولی دود فرعی بطور مستقیم از نوک سیگار در محیط پخش می‌گردد و ۴۰ برابر غلیظ‌تر از دود اصلی است. به همین جهت خطرات *passive smoking* (قرار گرفتن در معرض دود دست دوم) بسیار زیاد است، بطوری که مصرف غیرفعال دخانیات در ۳۰٪ موارد باعث بیماری می‌گردد و یک نفر از هر سه نفری که در مجاورت با دود افراد سیگاری قرار دارند مبتلا به سرطان ریه می‌شود که معادل یک سوم بیماری‌زایی در خود افراد سیگاری است. دود سیگار دارای دو فاز است:

(۱) فاز گازی: که حدود ۸۵٪ دود سیگار را تشکیل می‌دهد.

(۲) فاز ذره‌ای: که حدود ۱۵٪ دود سیگار را تشکیل می‌دهد.

ترکیبات مهم **فاز گازی** عبارتند از:

- **مونوکسید کربن:** این ماده میل ترکیبی زیادی با هموگلوبین خون دارد و در رقابت با اکسیژن برای ترکیب با هموگلوبین پیروز می‌شود و در نتیجه انتقال اکسیژن به بافت‌ها کاهش می‌یابد. این عامل جزو مهمترین علل افزایش غلظت خون افراد سیگاری است.

- **سیلیوتوکسین (سموم مژکی):** این سموم بر روی مژک‌های سیستم تنفسی تاثیر می‌گذارند. این مژک‌ها بطور مداوم حرکت جارویی شکلی به سمت بالا دارند و در واقع سیستم دفاعی ریه هستند که باعث خروج مواد به سمت بالا و مانع جمع شدن آنها در ریه می‌شوند. سیلیوتوکسین‌ها باعث فلج شدن این حرکت شده و در نتیجه میکروارگانیسم‌ها و مواد سمی به داخل ریه وارد شده و جایگزین می‌گردند. به همین دلیل اگر فرد سیگاری دیگر سرفه نکند، علامت بدی است، زیرا نشانه فلج شدن سیستم دفاعی ریه بوده و زنگ خطری محسوب می‌گردد.

- **مواد سرطانزا:** این مواد عامل ایجاد سرطان در ارگان‌های متفاوت بدن می‌باشند.

ترکیبات مهم **فاز ذره‌ای** عبارتند از:

- **قطران یا تار:** قطران خطرناک‌ترین ماده شیمیایی سیگار است. در حالیکه افراد سیگاری برای کسب آثار نیکوتین سیگار می‌کشند، ولی به علت اثرات قطران می‌میرند. قطران ماده‌ای است که باعث ایجاد سرطان، فلج شدن مژک‌های پاک‌کننده سیستم دفاعی، تخریب کیسه‌های هوایی و همچنین کاهش کارایی سیستم ایمنی بدن می‌گردد.

- **هیدروکربنهای چند حلقه‌ای:** این مواد می‌توانند در ترکیب با سایر عناصر شیمیایی موجود در بدن، مشتقات بسیار زیاد و غیر قابل کنترلی را ایجاد نمایند و استعداد ابتلا به سرطان در تمام نسوج بدن، بویژه در مجاری تنفسی که مستقیماً در برخورد با دود سیگار هستند را افزایش دهند.
- **مواد رادیواکتیو و پلوتونیوم ۲۱۰:** پلوتونیوم ۲۱۰ ماده رادیواکتیوی است که بر غدد جنسی و تخمدان‌ها اثر کرده و باعث ناتوانی جنسی و انزال زودرس در آقایان و سرد مزاجی در خانم‌ها می‌شود. مقدار پلوتونیوم تولید شده زیاد است، بطوریکه هر ۲۰ نخ سیگار معادل یک عکس رادیوگرافی قفسه سینه پلوتونیوم ۲۱۰ دارد.

۴-۲- نیکوتین

نیکوتین یک ماده قوی و اعتیادآور است. یک قطره مجزای ۶۰ میلی گرمی که به داخل جریان خون تزریق شود، می‌تواند کشنده باشد. مصرف مکرر نیکوتین با تاثیر بر سیستم عصبی مرکزی منجر به اعتیاد یا وابستگی می‌گردد. نیکوتین در ابتدا با تحریک مغز عمل می‌کند و سپس موجب تاخیر در فعالیت آن می‌شود، بنابراین فرد سیگاری در ابتدا برانگیخته است، اما بعداً با هر سیگار، فرد افسرده شده یا آرامش خفیفی می‌یابد. نیکوتین ماده‌ای است که مسئول تداوم استعمال دخانیات شناخته شده است. این ماده روی مغز و بدن اعمال اثر می‌کند و اثرات آن شامل فعال‌سازی الکتروکورتیکال، شل‌سازی عضلات اسکلتی و آثار قلبی و غددی است. نیکوتین موجب اثرات زیر می‌شود:

- ضربان سریع‌تر قلب
- انقباض عروق خونی قلب
- افزایش نبض و فشار خون
- افزایش برون‌ده قلب
- افزایش غلظت خونی اسیدهای چرب.

۵- اثرات مهم استعمال دخانیات روی سلامتی

تمام ارگان‌های بدن تحت تاثیر مصرف سیگار قرار می‌گیرند. در واقع می‌توان گفت هیچ ارگانی از صدمات ناشی از سیگار در امان نیست. از میان شایعترین بیماری‌هایی که با استعمال دخانیات در ارتباط هستند، می‌توان سرطان ریه، بیماری‌های آترواسکلروتیك قلبی - عروقی، بیماری‌های انسدادی مزمن ریه، حملات مغزی و سایر سرطان‌ها را نام برد.

۵-۱- بیماری‌های قلبی-عروقی

استعمال دخانیات به طور واضحی منجر به ایجاد بیماری عروقی قلب (انسداد و تنگی عروق تغذیه کننده قلب) می‌گردد که این مسئله منجر به علائم قلبی همچون درد قفسه سینه، تنگی نفس، حمله قلبی، بستری، ناتوانی و مرگ می‌شود. خطر ایجاد بیماری‌های عروقی قلب در اثر استفاده از سیگار در مردان ۳ برابر و در زنان تا ۶ برابر افزایش می‌یابد.

نتایج تحقیقات مختلف، همراهی بین در معرض دود محیطی سیگار بودن و گسترش بیماری‌های قلبی و عروقی را مورد تاکید قرار داده است. تخمین زده می‌شود که بیماری قلبی ناشی از استعمال تحمیلی دخانیات سومین دلیل قابل پیشگیری مرگ در ایالات متحده پس از استعمال فعال دخانیات و مصرف الکل است و غیر سیگاری‌هایی که با سیگاری‌ها زندگی می‌کنند، افزایش حدود ۳۰ درصدی خطر ابتلا به بیماری ایسکمیک قلبی و سکته قلبی را نشان می‌دهند. استعمال دخانیات عامل خطر عمده‌ای برای بیماری‌های قلبی است. نیکوتین موجود در دود سیگار موجب افزایش واضح در ضربان قلب و بالا رفتن فشار خون می‌گردد. در نتیجه استعمال دخانیات، قلب مجبور به کار بیشتر شده و اکسیژن بیشتری نیاز دارد، با وجود این مونوکسید کربن موجود در دود سیگار موجب کاهش اکسیژن رسانی خون به قلب می‌شود. نیکوتین و مونوکسید کربن دیواره شرایین باز و طبیعی را تخریب می‌کنند و به مواد چربی اجازه تراوش بداخل دیواره را می‌دهند که سبب زخمی و ضخیم شدن دیواره شریان شده و تنگی آن شده و در نهایت تقریباً به طور کامل راه عبور خون را مسدود می‌کند. به این ترتیب نیکوتین و مونوکسید کربن یک فشار اضافی بر قلب وارد می‌سازند که با انقباض عروق خونی موجب یک ضربان قلب نامنظم می‌گردد. بیماری عروق کرونر قلب با تعداد سیگار مصرف شده، عمق پکها و سن شروع استعمال دخانیات در ارتباط است.

خطر بالای ابتلا به بیماری عروق کرونر در سیگاری‌ها، پس از ترک سیگار به سرعت افت می‌کند. پس از حدود ده سال عدم استعمال دخانیات، خطر مرگ ناشی از بیماری‌های عروق کرونر تقریباً

مشابه غیرسیگاری هاست. ادامه استعمال دخانیات پس از حمله قلبی شانس فرد را برای حمله دوم افزایش می‌دهد.

۵-۲- بیماری‌های تنفسی

استعمال دخانیات عامل مهمی در بروز بیماری‌های تنفسی می‌باشد، بطوریکه عامل اصلی تشدید بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD و سرطان ریه بوده و در کنترل آسم نیز تاثیر منفی می‌گذارد. سیگار منجر به طیف وسیعی از اختلالات ریوی شامل آمفیزم و برونشیت مزمن می‌گردد، که با التهاب، انسداد و تخریب مجاری هوایی همراه است. حداقل ۸۰ درصد این بیماری‌ها بدلیل سیگار کشیدن است که منجر به تنگی نفس، بیماری‌های مکرر، بستری، ناتوانی ریوی و اقدامات درمانی پرهزینه با اثربخشی ضعیف می‌شود. دخانیات حداقل به میزان ۲۰ برابر خطر مرگ ناشی از COPD را افزایش می‌دهد. این بیماری‌ها بخش عظیمی از مرگ و میر ناشی از بیماری‌های تنفسی در اروپا را تشکیل می‌دهند. استعمال دخانیات همچنین بر بیماری‌های تنفسی دیگر از جمله پنومونی و سل تاثیر منفی دارد. ترک سیگار از جمله مهمترین مداخله در COPD است.

ظاهراً حمایت و تشویق به ترک سیگار در بین پزشکان اولویتی ندارد، هر چند که این مداخله بسیار مقرون به صرفه بوده و تنها روش مداخله‌ایی است که مانع وخیم شدن COPD شده و از پیشرفت آن می‌کاهد. ترک سیگار باید جزء لاینفک مراحل توانبخشی در بیماران مبتلا به COPD باشد. در یک مطالعه ۵۸۸۷ فرد سیگاری مبتلا به COPD خفیف مورد بررسی قرار گرفتند که طی ۵ سال این افراد مکرراً به ترک سیگار تشویق شده و توصیه‌های لازم را در این زمینه دریافت می‌کردند. میزان ترک پس از ۵ سال معادل ۳۵٪ بود که نتیجه مطلوبی است. مطالعات دیگر نشان داده است که میزان ترک در مبتلایان به COPD کمتر از افراد سیگاری سالم است. این موضوع تاکید می‌کند که موانع بیشتری در ترک سیگار بیماران مبتلا به COPD وجود دارد و ترک سیگار در این بیماران نیازمند تلاش‌های بیشتری است.

۵-۳- سکنه مغزی

تمام سیگاری‌ها در معرض خطر بیشتری برای حملات مغزی هستند. زنان سیگاری که قرص‌های ضد بارداری مصرف می‌کنند تا ۲۰ برابر خطر بیشتری برای حمله قلبی و مغزی نسبت به خانم‌هایی که نه سیگار می‌کشند و نه قرص ضدبارداری مصرف می‌کنند، دارند. ظرف کمتر از یک سال پس از ترک، خطر ابتلا به بیماری‌های عروقی مغز مشابه غیرسیگاری‌ها می‌شود. در مطالعه‌ای تحت عنوان

بررسی فراوانی عوامل خطر بیماران مبتلا به سکنه مغزی ایسکمیک و هموراژیک (توسط خان و وهارا - ۲۰۰۳) نشان داده شد که در سکنه مغزی ایسکمیک و هموراژیک، هیپرتانسیون، دیابت، مصرف سیگار و هیپرلیپیدمی از شایع ترین عوامل خطر هستند، ولی مصرف سیگار در مبتلایان به سکنه مغزی ایسکمیک بیشتر بود.

۵-۴- بیماری های گوارشی

استعمال دخانیات مقاومت معده را در برابر باکتری‌ها پایین می‌آورد و باعث تضعیف معده در خنثی سازی اسید معده و مقاومت در برابر آن بعد از غذا خوردن و بر جای ماندن باقی مانده اسید در معده و در نتیجه تخریب دیواره آن می‌شود. زخم معده افراد سیگاری به سختی درمان می‌شود و احتمال بهبودی آن تا زمانی که فرد سیگار می‌کشد، بسیار اندک است.

۵-۵- بیماری های پوست

پس از صدمات ناشی از نور آفتاب، استعمال سیگار مهمترین عاملی است که ظاهر فیزیکی یک شخص را پیرتر از سن تقویمی وی نشان می‌دهد. این مورد نه تنها در مورد افراد سیگاری بلکه در مورد کسانی هم که در معرض دود سیگار هستند، صادق است. طبق بررسی‌های انجام شده، استعمال سیگار سن واقعی را ۱۰ تا ۲۰ سال بیشتر نشان می‌دهد. استعمال دخانیات روند ایجاد چین و چروک در پوست، که روند اجتناب ناپذیر پیری است را تسریع می‌کند. مطالعات نشان می‌دهند که استعمال سیگار عامل خطر مستقل برای افزایش سرعت چین و چروک است. چین و چروک اطراف دهان می‌تواند ناشی از حرکات مکرر چهره مثل جمع کردن لب‌ها هنگام کشیدن سیگار یا چروک انداختن به چشم‌ها برای جلوگیری از سوزش یا تورم چشم به وسیله دود سیگار باشد. علل دیگری نیز در ایجاد چروک در پوست در افراد سیگاری موثر هستند که از آن میان می‌توان به افزایش تعداد و ضخامت فیبرهای ارتجاعی که در قسمت‌هایی از پوست افراد سیگاری که در معرض آفتاب نیستند و همچنین به کاهش مژمن جریان خون و کمبود اکسیژن و مواد مغذی اشاره کرد. به علاوه سیگار می‌تواند با مکانیسم‌های زیر موجب آسیب جدی به پوست شود.

۱. سیگار کشیدن موجب کاهش ویتامین A ذخیره شده در بدن می‌شود. ویتامین A دارای نقش حفاظتی در برابر آسیب‌های پوستی است.
۲. استعمال سیگار مانع جذب ویتامین C می‌شود. این ویتامین یک آنتی‌اکسیدان قوی است که در حفاظت و سلامت پوست نقش دارد.

۳. استعمال سیگار موجب افزایش تولید آنزیمی می‌شود که در ذخیره کلاژن در بافت پوست اختلال ایجاد می‌کند.

علائم نیکوتینی: یکی از اثرات استعمال دخانیات بر زیبایی، پیدایش لکه‌های زرد بر روی ناخن‌هاست که به علائم نیکوتینی معروف هستند.

۵-۶- سرطان‌ها

سازمان حفاظت محیط زیست آمریکا قرار گرفتن در معرض دود سیگار را در رده مواد سرطان‌زای گروه A قرار می‌دهد. مواد سرطان‌زای گروه A عوامل قطعی در ایجاد سرطان هستند. انواع سرطان‌های ایجاد شده توسط سیگار عبارتند از:

۵-۶-۱- سرطان ریه

مصرف سیگار عامل اصلی بروز سرطان ریه و مرگ ناشی از این سرطان است، بطوریکه ۸۵-۹۰ درصد تمام موارد سرطان ریه به علت سیگار می‌باشد. احتمال ابتلای سیگاری‌ها به سرطان ریه در مقایسه با افراد غیر سیگاری ۲۰-۳۰ برابر بیشتر است. این سرطان در حال حاضر بزرگترین سرطان کشنده در کشورهای اتحادیه اروپاست، به طوریکه در حدود ۲۰٪ از کل مرگ‌های ناشی از سرطان ریه را به خود اختصاص می‌دهد. بین سرطان ریه و مصرف سیگار رابطه قابل توجهی وجود دارد. خطر پیشرفت سرطان ریه تاثیر گرفته از مدت سال‌های مصرف سیگار و تعداد سیگارهای مصرفی (یا سیگار برگ و پیپ و قلیان) روزانه فرد می‌باشد. سن شروع مصرف سیگار نیز از دیگر عوامل افزایشدهنده احتمال بروز سرطان ریه است.

ترک سیگار در سن ۵۰ سالگی احتمال وقوع مرگ ناشی از سرطان ریه و بسیاری از بیماری‌های دیگر را به نصف کاهش می‌دهد. این در حالی است که ترک سیگار در سن ۳۰ سالگی این احتمال را به کلی از بین می‌برد.

۵-۶-۲- سرطان پستان در زنان

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مواجهه با دود دخانیات خطر بروز سرطان پستان در زنان را افزایش می‌دهد. طبق تحقیقات به عمل آمده زنانی که به مدت ۴۰ سال روزی حداقل ۲۰ نخ سیگار مصرف کرده باشند، خطر سرطان پستان در آنها ۸۳ درصد نسبت به زنانی که در این مدت سیگار نکشیده‌اند، بیشتر است. همچنین زنانی که در ۵ سال اول دوران قاعدگی سیگار کشیده‌اند، ۷۰ درصد بیشتر از زنان غیرسیگاری قبل از ۵۰ سالگی مبتلا به سرطان پستان می‌شوند. این واقعیت که ۲۰ نوع عامل شناخته شده سرطان پستان در دود دخانیات وجود دارد، می‌تواند عامل ایجاد کننده سرطان پستان در زنان

جوان تر و احتمالاً در دوره پیش از یائسگی باشد. این ترکیبات شامل هیدروکربن‌های چند حلقه‌ای، آمین‌های معطر و نیتروز آمین‌ها هستند. دود سیگار می‌تواند آسیب‌های ژنتیکی قابل ملاحظه‌ای در سینه‌های زنان ایجاد کند. بررسی DNA افراد سیگاری جهش در ژن P53 و ارتباط بین سیگار کشیدن و بروز سرطان در پستان را تایید می‌کند. زمانی که افراد سیگاری اقدام به استفاده از درمان‌های جایگزین هورمونی در دوران یائسگی می‌کنند خطر ابتلا تا ۱۱۰٪ افزایش می‌یابد.

۵-۶-۳- سایر سرطان‌ها

سیگاری‌ها نسبت به غیر سیگاری‌ها احتمال بیشتری برای ابتلا به سرطان دهان، گلو و مری دارند. خطر این سرطان‌ها برای پیه و سیگار برگ بیشتر از سیگارهای فیلتردار است. در مورد سرطان مثانه، به نظر می‌رسد تغلیظ سرطان‌زها در ادرار فاکتور ایجاد کننده باشد. سرطان‌های معده و پانکراس با شیوع بیشتری در سیگاری‌ها نسبت به غیر سیگاری‌ها رخ می‌دهند.

۶- نیکوتین

نیکوتین مهمترین ماده فاز ذره‌ای است و علی‌رغم باور عموم بر نسبت دادن تمام بیماری‌زایی‌های سیگار به نیکوتین، در واقع این ماده باعث سرطان ریه، برونشیت مزمن، زخم معده و یا سکنه مغزی نمی‌شود. به عبارت دیگر، اگر چه تزریق مقادیر زیاد نیکوتین باعث مرگ می‌شود ولی نیکوتین سم سیگار نیست و در حقیقت این واکنش در اثر تزریق بیش از حد بسیاری از داروهای دیگر نیز ایجاد می‌گردد.

در واقع نیکوتین یک ماده دارویی و آلکالوئیدی بسیار قوی است که هم اثرات خونی و هم اثرات عصبی دارد و از طریق یک سری فعل و انفعالات هورمونی در خون باعث ایجاد حالات مختلف در فرد سیگاری می‌شود، ولی در وی ایجاد بیماری نمی‌کند. تنها مسئله‌ای که نیکوتین برای فرد سیگاری ایجاد می‌کند، اعتیاد و وابستگی به سیگار است که باعث عادت فرد به مصرف سیگار می‌شود. از لحاظ تعریف ماده مخدر ماده‌ای است که چهار ویژگی داشته باشد:

۱. اجبار به مصرف برای فرد ایجاد کند.
 ۲. فرد تداوم مصرف آن را داشته باشد.
 ۳. قطع مصرف باعث بروز یک سری علائم شود.
 ۴. مصرف مجدد باعث بروز پاداش برای فرد شود.
- نیکوتین سیگار این چهار خاصیت را دارد و جزو مواد مخدر تقسیم بندی می‌شود. اثرات نیکوتین بر روی بدن کاملاً شناخته شده است و باعث افزایش انرژی، افزایش تمرکز و کاهش اضطراب و ناراحتی عصبی فرد سیگاری می‌شود. کلیه این موارد به علت اثرات مخدری نیکوتین است. سطح نیکوتین معمولاً در اوایل صبح پایین است و با مصرف اولین سیگار به مقدار زیادی افزایش می‌یابد و در طول روز تقریباً ثابت می‌ماند. در انتهای شب با مصرف آخرین سیگار، بدن همچنان به متابولیسم نیکوتین ادامه می‌دهد. نیکوتین در کبد به کوتینین تبدیل و از طریق ادرار دفع می‌شود. چرخه اعتیادآوری نیکوتین شناخته شده است و در صورت کاهش سطح نیکوتین خون، فرد سیگاری دچار افزایش اشتیاق به مصرف سیگار و احساس بی‌قراری، عصبانیت و بداخلاقی و کاهش تمرکز و کاهش ضربان قلب می‌شود.

۶-۱- وابستگی به نیکوتین

وابستگی به نیکوتین رفتار پیچیده‌ای است که دو عامل محیط و ژنتیک در آن نقش دارند. همان طور که قبلاً گفته شد، ماده اصلی موجود در سیگار و عامل اصلی اعتیاد آور آن نیکوتین است، هر چند که

عوامل عادت‌ی و روانی نیز نقش مهمی در این زمینه ایفا می‌کنند. وابستگی به دخانیات عبارت است از مجموعه‌ای از پدیده‌های رفتاری، شناختی و روانی که بعد از مصرف مکرر سیگار به وجود می‌آیند و مشخصاً موارد زیر را در بر دارد:

- تمایل شدید به مصرف سیگار
- کنترل دشوار در مصرف آن
- تداوم در مصرف با وجود اطلاع از عواقب سوء آن
- افزایش سطح نیکوتین مورد نیاز بدن و وضعیت جسمانی محرومیت از سیگار در صورت عدم مصرف آن.

این وابستگی به دو صورت جسمی و روانشناختی تظاهر می‌کند. وابستگی جسمی به منزله وجود تحمل و شروع نشانه‌های ترک پس از توقف استعمال دخانیات است. وابستگی روانشناختی-اجتماعی اشاره به کشیدن سیگار در وضعیت‌های معین و با افراد بخصوص مثلاً با دوستان، بعد از کار و رفتارهای جستجوی سیگار دارد. عملاً تمایز این دو نوع وابستگی مشکل است، زیرا اکثراً به یکدیگر وابسته بوده و با هم رخ می‌دهند.

۶-۲- تحمل در برابر نیکوتین

هنگامی که بدن به انجام اعمال خود، در سطح معینی از نیکوتین خون عادت می‌کند، با استفاده از مصرف مداوم نیکوتین در پی حفظ این سطح بر می‌آید. در صورتی که میزان نیکوتین خون پائین بیاید، برای مثال به هنگام خواب یا در اماکنی که کشیدن سیگار ممنوع شده است، بدن دچار عارضه سندروم ترک می‌شود. استعمال دخانیات راه مناسبی را برای تجویز خودسرانه صدها بار در روز یک داروی روان‌افزا در اختیار می‌گذارد (حدوداً ۲۰۰ پک در روز برای فرد سیگاری که روزانه ۲۰ عدد سیگار می‌کشد). مصرف هیچ داروی دیگری چنین اثراتی را ایجاد نمی‌کند. اکثریت کسانی که سیگاری هستند به نیکوتین معتادند، حال آنکه اغلب کسانی که از داروهای دیگر استفاده می‌کنند به آن دارو معتاد نیستند. کمتر از ۱۰ درصد افراد سیگاری وجود دارند که به طور متناوب و یا تفننی سیگار می‌کشند، اما مابقی نمی‌توانند بیش از یک یا دو ساعت بدون سیگار دوام بیاورند. نیکوتین نسبت به الکل ۶ تا ۸ بار اعتیادآورتر است. به عقیده معتادین به مواد مخدر و افراد الکلی ترک سیگار به همان اندازه یا حتی مشکل‌تر از ترک اعتیاد به مواد مخدر و یا الکل است.

۶-۳- علائم سندرم ترک

تقریباً ۴ تا ۱۲ ساعت بعد از ترک سیگار، درجات متفاوت علائم ترک پدیدار می‌گردند که عبارتند از بدخلقی، تشویش، حالت عصبی، بی‌قراری، عدم آرامش، عدم تمرکز، نیاز شدید به مصرف سیگار، افزایش اشتها و بدخوابی. این علائم اغلب طی هفته اول افزایش یافته و سپس بعد از چند هفته تا چند ماه کاهش می‌یابند. همچنین طی ۳ ماه اول بعد از ترک، ۲ تا ۳ کیلوگرم به وزن فرد افزوده می‌شود. بیشتر افراد سیگاری که روزانه بیش از ۱۰ نخ (یا ۱۵ نخ) سیگار می‌کشند و صبح‌ها اولین سیگارشان را طی یک ساعت پس از بیدار شدن از خواب مصرف می‌کنند، کاملاً به نیکوتین معتاد هستند.

۶-۴- سنجش وابستگی

ابزارهایی برای اندازه‌گیری میزان وابستگی به نیکوتین جهت استفاده بالینی در دسترس می‌باشند. تست فاگراشتروم غالباً بیشترین کاربرد را برای تعیین وابستگی به نیکوتین دارد. در این تست سؤالاتی در رابطه با الگوی استعمال سیگار مطرح می‌شود به عنوان مثال، آیا فرد سیگاری هنگام ترک دچار مشکل می‌شود؟ چه مدت زمان پس از برخاستن از خواب اولین سیگار کشیده می‌شود؟ آیا اولین سیگار به عنوان مهمترین سیگار در روز برایش محسوب می‌شود؟ و اینکه آیا فرد سیگاری در اماکنی که سیگار کشیدن ممنوع شده است، با مشکل مواجه می‌گردد؟ امتیاز کلی بدست آمده از مجموع سؤالات به عنوان معیاری برای سنجش وابستگی به کار می‌رود.

۶-۵- ارزیابی وابسته‌های نیکوتینی

نیکوتین یکی از عوامل اعتیاد به سیگار کشیدن است، اما این فاکتور عامل مضر بودن سیگار نیست. نیکوتین به عنوان یک آگونیست گانگلیونیک کولینرژیک در سیستم اعصاب مرکزی عمل می‌کند و باعث آزاد شدن تعدادی از فرستنده‌ها و سروتونین مانند Dopamine, Noradrenaline و Acetylcholine می‌شود.

۶-۶- اثرات نیکوتین

اثرات نیکوتین در سیستم‌های مختلف بدن به شرح زیر است.

سیستم اعصاب مرکزی: طیفی از تاثیرهای کوتاه مدت مثل لذت بردن، تحریک، تقویت حافظه کوتاه مدت، تقویت قدرت تمرکز و پایین آوردن هیجان.

سیستم قلبی عروقی: بالا بردن ضربان قلب و فشار خون و تنگی عروق محیطی

سیستم اندروکربن (غدد داخلی): افزایش کاتکول آمین گردشی خون مثل آدرنالین، نورآدرنالین و افزایش سطح کورتیزول خون

سیستم متابولیک: افزایش میزان متابولیک پایه

دستگاه گوارش: کاهش اشتها، حالت تهوع

عضلات اسکلتی: کاهش تون عضلات

نیکوتین به سرعت از دستگاه تنفسی، مخاط دهان و پوست جذب می‌شود. همچنین هنگام غذا خوردن به طور جزئی از طریق دستگاه گوارش جذب می‌گردد. سیگارهای فیلتردار وسیله موثری برای انتقال نیکوتین به بدن هستند. حدود ۱۰ تا ۱۹ ثانیه پس از ورود نیکوتین استنشاقی به جریان خون ریوی، نیکوتین به مغز می‌رسد. از آنجا که متابولیسم نیکوتین سریع و وسیع است، ابتدا در ریه‌ها اثر می‌کند (با میانگین نیمه عمر ۲ ساعت). یک فرد سیگاری در هر روز متناوباً افزایش و افت سطح نیکوتین دارد. این تاثیر موجب افزایش اعتیاد می‌گردد. زمانی که افراد سیگاری اثر ترک زود هنگام را تجربه می‌کنند، به خاطر کاهش سطح نیکوتین دچار درخواست آن و بی‌قراری می‌شوند.

ارزیابی وابستگی به نیکوتین ممکن است برای پیش بینی اینکه آیا فرد سیگاری دوست دارد نیکوتین را ترک و سیگار کشیدن را قطع کند یا خیر، کمک کننده باشد. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا منتشر شده بیان می‌کند که وابستگی به نیکوتین می‌تواند در تمامی فرم‌های دخانیات وجود داشته باشد. مشخصات وابستگی به نیکوتین شامل سیگار کشیدن بلافاصله پس از بیدار شدن از خواب، سیگار کشیدن در هنگام بیماری، مشکل در خودداری از کشیدن سیگار، گزارش اینکه نکشیدن سیگار در روز بسیار مشکل است و صبح‌ها بیشتر از شب‌ها سیگار کشیده می‌شود، می‌باشد.

همچنین برای ارزیابی درجه وابستگی به نیکوتین این سوالات می‌تواند پرسیده شود.

۱. چند دقیقه پس از برخاستن از خواب اولین سیگار کشیده می‌شود؟

۲. روزانه چند نخ سیگار کشیده می‌شود؟

۳. نشانه‌های تقاضا یا ترک در تلاش‌های قبلی برای ترک چه چیزهایی بودند؟

کشیدن سیگار در ۳۰ دقیقه اول بعد از بیدار شدن، کشیدن بیش از ۱۵ سیگار در روز و تاریخچه تلاش‌های قبلی برای ترک، همگی برای تشخیص وابستگی خاطر نشان می‌شود. ممکن است از بیمارانی که در تلاش قبلی خود، ترک داشته‌اند خواسته شود این تجربه و تلاش را دوباره تکرار کنند.

برای تشخیص نشانه‌های محرومیت نیکوتینی باید دقت شود که نشانه‌هایی که مشکلات واضح ایجاد می‌کنند ربطی به وضعیت عمومی بدن ندارند و نباید با سایر مشکلات پزشکی اشتباه شوند. نشانه‌های محرومیت نیکوتین بین ۱۴-۱۰ روز بعد از ترک بهتر می‌شوند، ولی حتی ممکن است تا ۴ هفته هم به طول انجامند. مسائلی که باعث فکر کردن به سیگار کشیدن می‌شوند، می‌توانند تا سال‌ها همراه فرد باشند.

معیار های DSM-IV برای ترک نیکوتین، داشتن ۴ معیار از موارد زیر است:

- خلق افسرده
- بی خوابی، بی قراری، عصبانیت، ناامیدی
- هیجان
- اختلال در تمرکز
- احساس خستگی
- پایین آمدن ضربان قلب
- بالا رفتن اشتها یا اضافه وزن

۶-۶- آزمون فاگراشروم جهت ارزیابی وابستگی به نیکوتین

(۱) چه تعداد سیگار در روز می کشید؟

۰ > = ۱۵ ۱ = ۱۵-۲۵ ۲ < = ۲۵

(۲) محتوای نیکوتین سیگاری که مصرف می کنید چقدر است؟

۰ = mg > ۰/۸ ۱ = mg ۱/۵-۰/۸ ۲ mg < = ۱/۵

(۳) آیا پک های عمیق می زنید؟

۰ = هرگز ۱ = گاهی اوقات ۲ = همیشه

(۴) آیا صبح ها بیشتر از بعد از ظهرها سیگار می کشید؟

۰ = خیر ۱ = بلی

(۵) اولین سیگارتان را چه موقع روشن می کنید؟

۰ = < ۳۰ دقیقه پس از برخاستن از خواب

۱ = > ۳۰ دقیقه پس از برخاستن از خواب

(۶) مهمترین سیگار روز کدام است؟

۰ = هر سیگاری به جز اولین سیگار روز ۱ = اولین سیگار روز

(۷) آیا حتی زمانی که آنقدر بیمار هستید که باید در بستر بمانید به سیگار کشیدن ادامه می دهید؟

۰ = خیر ۱ = بلی

(۸) آیا سیگار نکشیدن در مکان های ممنوع (سینما، وسایط حمل و نقل عمومی و غیره) برای شما

مشکل است؟

۰ = خیر ۱ = بلی

۰-۳ = وابستگی کم ۴-۶ = وابستگی ۷ یا بیشتر = وابستگی شدید

نکته: سوال ۵ به تنهایی معیاری از وابستگی است. سیگاری هایی که طی ۳۰ دقیقه اول پس از برخاستن

از خواب سیگار می کشند، وابستگی شدید دارند..

۷- برنامه‌های کنترل دخانیات

هدف برنامه‌های کنترل دخانیات، کاهش مرگ و میر و ناتوانی ناشی از مصرف سیگار است. برنامه‌های کنترل دخانیات در سه فاز انجام می‌گیرد:

فاز ۱: قانون منع کردن تولید، توزیع و فروش مواد دخانی

فاز ۲: اجرای برنامه‌های درمانی ترک اعتیاد در افراد سیگاری

فاز ۳: پیشگیری از شروع مصرف در افراد غیر سیگاری

هر چند از بین این سه فاز برنامه‌های پیشگیری از شروع مصرف اهمیت بیشتری دارند، ولی نکته مهم در اجرای این برنامه‌ها اجرای همزمان هر سه مرحله با هم است تا نتایج درخشان حاصل شود. در فاز یک راه‌های مختلفی وجود دارد. یکی از راه‌های دستیابی به این هدف تغییر سیاست در قیمت گذاری سیگار است. در نروژ قیمت یک پاکت ۵ دلار است، در حالی که در ایران حدود ۰/۵ دلار می‌باشد. ثابت شده است که هر چقدر قیمت سیگار افزایش یابد، خرید و مصرف سیگار کاهش می‌یابد. با افزایش مالیات سیگار و در نتیجه افزایش قیمت سیگار، دو قشر، شامل نوجوانان و افراد فقیر کاملاً آسیب‌پذیر خواهند بود. مشاهده شده است که مصرف سیگار در این دو قشر زیاد است، بنابراین با افزایش قیمت سیگار می‌توان مصرف سیگار را کاهش داد.

راه دوم، ایجاد اماکن عمومی بدون دود است. می‌توان در هواپیما، کارگاه‌ها، ادارات، رستوران‌ها و مدارس مکان‌های بدون دود را ایجاد کرد تا افراد سیگاری تنها مجاز به مصرف سیگار در محل‌های خاصی باشند.

راه سوم ارائه هشدارهای بهداشتی بر روی پاکت‌های سیگار است. در بسیاری از کشورها نصف سطح روی پاکت سیگار به ارائه یک پیام بهداشتی مصور که بیانگر مضرات سیگار باشد، اختصاص می‌یابد. استفاده از برچسب‌های هشدار بهداشتی نوع خاصی از اقدامات کنترل دخانیات است که از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا درست در زمان مصرف دیده می‌شوند. در حقیقت همه افراد سیگاری با برچسب‌های هشدار بهداشتی مواجه می‌شوند. به طور مثال افراد سیگاری با مصرف یک پاکت در روز بیش از ۷۰۰۰ بار در سال با این هشدارها مواجه می‌شوند. دیده شده است که شعارها و هشدارهای بهداشتی چشمگیر بر روی پاکت‌های محصولات دخانی منجر به افزایش آگاهی از مضرات آن و همچنین افزایش میزان تمایل به ترک، حتی در افراد جوان سیگاری شده است. طی مطالعه تطبیقی بین المللی مشاهده شد که در کشورهایی که هشدارهای بهداشتی مشکل یا بیماری خاصی ناشی از مصرف سیگار را بیان می‌کنند، افراد سیگاری نسبتاً از آن آگاهی دارند. تا کنون در سراسر جهان دولت‌ها تلاش بسیاری کرده‌اند تا هشدارهای بهداشتی روی پاکت‌های سیگار اعمال شوند. بزرگی

درج این هشدارها رو به افزایش است و تعداد زیادی از کشورها نیازمند اعمال هشدارهای مصور می‌باشند.

هشدارهای بهداشتی برای تاثیر بیشتر باید صریح، به یاد ماندنی و چشمگیر بوده و به نگرانی‌های افراد سیگاری پردازند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که:

- به منظور جلب توجه لازم است هشدارهای بهداشتی حداقل ۵۰٪ بالایی هر دو طرف اصلی پاکت سیگار را به خود اختصاص دهند. این هشدارها باید رنگی باشند و اندازه و شیوه چاپ آنها باید به گونه‌ای باشد که تلاش شرکت‌های دخانیاتی به منظور از بین بردن تاثیر هشدارها را خنثی نماید.
- از آنجایی که افراد سیگاری به خطرات ناشی از مصرف دخانیات آگاه نمی‌باشند، لازم است این هشدارها نوع و بزرگی خطر بیماری‌های ناشی از آن را بیان کنند. همچنین درج هشدارهای مصور نیز ضروری می‌باشند، مخصوصاً در کشورهای کم سواد یا جاهایی که تحقیقان نشان می‌دهد که افراد سیگاری به هشدارهای بهداشتی استاندارد توجهی ندارند.
- برای جلوگیری از تکرار زیاد یک جمله لازم است این هشدارها مرتباً تغییر کنند. برخی از این هشدارها عبارتند از: سیگار باعث مرگ می‌شود؛ توتون اعتیادآور است؛ مصرف سیگار باعث بیماری‌های قلبی می‌شود؛ مصرف سیگار باعث ۸۵ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان ریه می‌باشد؛ دود سیگار باعث آزار اطرافیان شما می‌شود؛ ترک سیگار احتمال وقوع حمله قلبی را در شما می‌کاهد.
- هشدارهای بهداشتی باید برای همه محصولات دخانی به کار رود نه فقط سیگار. فاز دوم شامل برنامه‌های ترک سیگار است.

افراد جامعه از نظر مصرف سیگار به سه گروه تقسیم می‌شوند:

- سیگاری‌ها
- غیر سیگاری‌ها
- ترک کرده‌ها

(۱) افراد سیگاری: سیگاری‌ها از نظر آمادگی برای ترک به سه دسته‌ی ناآماده، نامطمئن و آماده تقسیم می‌شوند.

در گروه ناآماده افرادی قرار می‌گیرند که تمایلی به ترک سیگار ندارند. به این افراد باید فقط توصیه‌های مختصری نمود و نباید به هیچ عنوان برنامه‌های ترک برای این افراد انجام شود، زیرا یک

تجربه شکست در ترک برایشان به وجود خواهد آمد. معمولاً افراد سیگاری با گذر زمان از این گروه خارج می‌شوند.

گروه نامطمئن شامل افرادی است که هنوز تصمیم قطعی برای ترک سیگار نگرفته‌اند. حدود ۴۰ درصد سیگاری‌ها در این گروه قرار دارند. برای افراد این گروه هم برنامه‌های ترک شروع نمی‌شود، بلکه با انجام مصاحبه‌های برانگیزاننده باید این افراد را به ترک تشویق کرد و به سوالات آنها در زمینه ترک سیگار و عوارض ناشی از آن پاسخ گفت.

گروه آماده، افرادی هستند که برای ترک آماده شده‌اند. روش‌های ترک سیگار فقط باید برای این افراد انجام گیرد.

۲) غیر سیگاری‌ها: این گروه شامل دو دسته می‌باشند:

- بزرگسالان که احتمال مصرف سیگار در آنان کم است.
- نوجوانان که گروه هدف برای اجرای برنامه‌های پیشگیری (فاز ۳) مصرف سیگار هستند.

۳) ترک کرده: افرادی که سیگار خود را ترک می‌کنند وارد این مرحله می‌شوند. نکته بسیار مهم در فرآیند ترک، خارج کردن افراد ترک کرده از این مرحله و ورود آنها به گروه افراد غیرسیگاری است، زیرا اگر فرد سیگاری در این مرحله بماند، احتمال عود وی افزایش می‌یابد. بنابراین با ارائه برنامه‌های آموزشی و پیگیری این افراد باید به آنها کمک کرد تا از این مرحله خارج شده و در گروه غیرسیگاری قرار گیرند.

۸- ترک سیگار و روش‌های آن

بر اساس گزارش وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۵، در هر سال حدود ۷۵ هزار فرد ایرانی بر اثر سیگار کشیدن جان خود را از دست می‌دهند. این فصل به منظور راهنمایی پزشکان عمومی برای شناسایی موثرتر افراد سیگاری و کمک به ترک دادن آنها طراحی شده است. در این قسمت به طور خلاصه از رویکرد 5As جهت ارائه مداخلات بالینی و درمان مصرف سیگار و رفع وابستگی به سیگار استفاده شده است.

۸-۱- راهنمای 5A برای ترک سیگار در سطح پزشکان عمومی

رویکرد 5As راهنمای پیشرفته‌تر روش 4As (کتابچه آموزشی در انگلستان) است. روش 5As به عنوان راهنمای پایه‌ای خلاصه شده در کشورهای آمریکا، نیوزیلند و استرالیا استفاده می‌شود. راهنمای 5A چهار چوبی بر پایه شواهد برای ایجاد برنامه‌های ترک سیگار در سطح مراقبت‌های بهداشتی است. راهنمای 5A که در زیر توضیح داده شده است بر گرفته از ۵ توصیه مختصر در درمان مصرف دخانیات و وابستگی بالینی آن می‌باشد. مراحل ۵ گانه برای آموزش ترک سیگار در پزشکان عمومی شامل: سوال (Ask)، ارزشیابی (Assess)، توصیه (Advice)، کمک (Assist) و برنامه‌ریزی پیگیری (Arrange) است.

۸-۱-۱- سوال (Ask)

برای شناسایی افراد سیگاری، سوال کردن اولین قدم می‌باشد. متأسفانه شواهدی وجود دارد که متخصصین امور بهداشتی، از جمله پزشکان و پرستاران در اغلب موارد بیماران را شناسایی نمی‌کنند و به آنها برای ترک مشاوره نمی‌دهند. در استرالیا پزشکان دو سوم از بیماران سیگاری خود را شناسایی کرده‌اند، اما تنها نیمی از آنها برای ترک مشاوره شده‌اند. اگر وضعیت سیگار کشیدن نامشخص باشد، باید از تمامی بیماران در این مورد سوال و پرونده وضعیت سیگار کشیدن برای افراد بالای ۱۶ سال تهیه شود. مشخص شده است که تشکیل سیستمی برای شناسایی وضعیت سیگار کشیدن در پیشبرد تلاش‌ها برای ترک کردن و بالا بردن میزان ترک سیگار موثر است. باید در هر فرصت ممکن وضعیت سیگار کشیدن در افراد بالای ۱۰ سال مشخص شود. برای مثال فرصت مناسب پرسش در مورد وضعیت مصرف سیگار در افراد ۱۰ تا ۱۶ ساله زمانی است که فرد با مشکلاتی نظیر علائم ربوی مثل آسم و یا واکنش‌های منگوکوک مراجعه نموده است که در این شرایط می‌توان راجع به این موارد صحبت کرد.

می توان پرسشهای زیر را مطرح کرد:

آیا سیگار می کشید؟ آیا تا به حال سیگار کشیده اید؟

همچنین اولین باری که یک فرد سیگاری توسط پزشک عمومی یا پرستار شناسایی می شود، می توان تاریخچه سیگار کشیدن را به صورت زیر از او پرسید:
تعداد سیگارهایی که فرد در روز یا هفته می کشد، سالی که شروع به سیگار کشیدن کرده است و آخرین باری که اقدام به سیگار کشیدن کرده است.

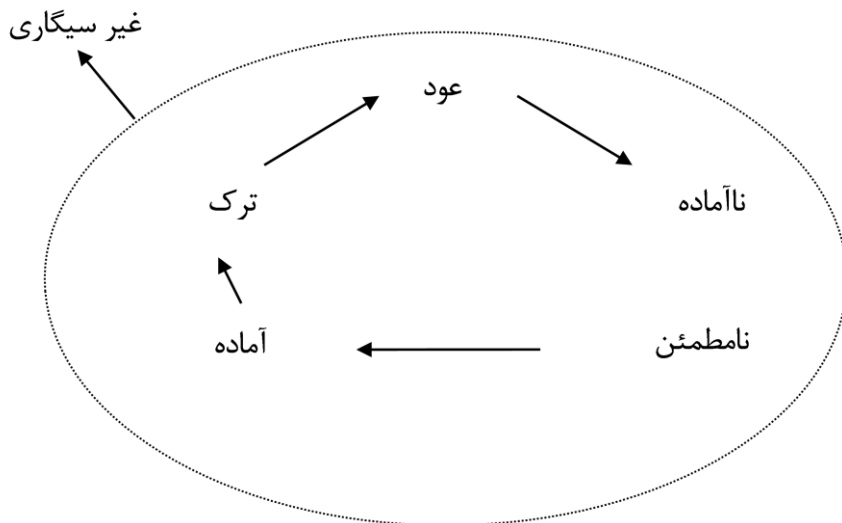
وجود بیماری های مربوط به سیگار

وضعیت سیگار کشیدن فرد در ابتدا باید به صورت فرد سیگاری، مصرف قبلی سیگار یا فردی که اصلاً سیگار نکشیده است، ثبت شود. برای افراد سیگاری، مصرف باید به صورت روزانه، هفتگی، یا نامنظم طبقه بندی شود. میزان (تعداد مصرف سیگار در روز) و سال شروع سیگار کشیدن و برای افرادی که قبلاً سیگار می کشیدند و ترک کرده اند، روز ترک باید ثبت شود.
شواهد: ایجاد یک سیستم برای شناسایی و ثبت میزان مصرف دخانیات معمولاً میزان مداخله پزشک را دو برابر کرده و میزان ترک سیگار را بالا می برد.
توصیه باید شناسایی تمام افراد سیگاری و مستند کردن مصرف سیگار در هر ویزیت انجام شود.

۸-۱-۲- ارزیابی (Assess)

بر آورد آمادگی شخصی برای تغییر به عنوان ارزیابی تعریف می‌شود. طرح باارزش و موثری که معمولاً جهت بررسی میزان آمادگی سیگاری‌ها برای ترک به کار میرود، الگوی مراحل تغییر نام دارد. الگوی فرضی تغییر که توسط پروچسکا و دی کلمنت و ولیسر و همکارانش به وجود آمد. این طرح سه مرحله را در فردی که می‌خواهد ترک کند نشان می‌دهد. این سه مرحله عبارتند از: ناآماده، نامطمئن و آماده.

بر اساس مطالعاتی که در استرالیا بر روی پزشکان عمومی انجام شد، سهم افراد سیگاری در هر مرحله تغییر به صورت ۳۷ درصد ناآماده، ۴۲ درصد نامطمئن و ۲۱ درصد آماده بود. این ارقام مشابه مطالعات وسیعی است که در ایالات متحده آمریکا با در نظر گرفتن ۱۸۵۰۰ فرد سیگاری صورت گرفت و مشخص شد که ۴۰ درصد این افراد ناآماده، ۴۰ درصد از آنها نامطمئن و ۲۰ درصد از آنها جزو گروه آماده بودند. میزان این درصدها برای خانم‌ها و آقایان یکسان بود. این آمار در سطوح مختلف تحصیلات فرق می‌کرد. در این مطالعه افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر ناآماده‌تر و نامطمئن‌تر بودند. تفاوت میزان آگاهی در گروه‌های مختلف در برنامه smoke screen به شرح زیر توصیف شده است: (این برنامه اولین برنامه برای به کارگیری مرحله تغییر مدل در سطح پزشکان عمومی است که انگیزه‌های شخصی افراد سیگاری را برای ترک شناسایی می‌کند و بر اساس آمادگی ترک افراد، به آنها مشاوره ارائه می‌شود).



جدول ۱ - مراحل آمادگی برای ترک سیگار از برنامه smoke screen

ناآماده (پیش انتظار)

این افراد به طور جدی به ترک کردن ظرف ۶ ماه آینده فکر نمی‌کنند. آنها معمولاً جنبه مثبت سیگار کشیدن را می‌بینند و علاقه‌ای به دانستن جنبه‌های منفی و عوارض آن ندارند، یا به خاطر شکست در تلاش‌های قبلی مایوس شده‌اند. نکات مثبت سیگار کشیدن برای آنان بیش از نکات منفی آن است و بنابراین در حال حاضر نیازی به تغییر کردن نیست.

نامطمئن

این افراد سیگاری به طور جدی به ترک سیگار ظرف ۶ ماه آینده فکر می‌کنند. آنها در مورد سیگار کشیدن متزلزل یا نامطمئن هستند و در مورد تغییر در عادت سیگار کشیدن خود فکر می‌کنند. این گروه برای مداخلات مختصر مناسبند.

آماده

این گروه برنامه ریزی دارند تا ظرف ۳۰ روز آینده ترک کنند و معمولاً ظرف سال گذشته بین ۲ تا ۴ بار اقدام به ترک نموده‌اند. این گروه انگیزه دارند که سریع ترک کنند و بیشتر آنها در آینده نزدیک واقعاً اقدام به ترک می‌کنند. این مورد پنجره‌ای برای موفقیت است که ممکن است برای تنها یک دوره کوتاه باز شود. این گروه اکثراً برای ترک کردن، تقاضای کمک می‌کنند.

عود

این افراد سیگاری‌های سابق هستند که در مدت ۶ ماه گذشته اقدام به ترک کرده‌اند. در این زمان خطر بازگشت مجدد در آن‌ها بالا است. ۷۵ درصد از این افراد در هفته اول دچار عود می‌شوند. افراد غیر سیگاری جدید (تازه ترک کرده) سعی می‌کنند تا ارتباطات خود را با کلیه محرک‌های سیگار قطع کنند و سیگار نکشند و از خود یک شخص غیر سیگاری بسازند. در این دوره حمایت و داشتن راهکار برای پیشگیری از عود بسیار مهم است. (بخش جلوگیری از عود را ببینید). اگر بازگشت به سیگار کشیدن رخ دهد، بسیار مهم است که آن را خطا تلقی نکرد، بلکه از تجربه‌های این دوره استفاده شود و دقت نماییم که آن را قسمتی از یک مرحله ترک ناموفق به حساب نیاوریم.

دوره باقی ماندن

در این مرحله هم بیمار و هم پزشک امیدوارند که بتوان به ترک طولانی مدت دست یافت. در این حالت پرهیز از سیگار ادامه یافته و وسوسه برای سیگار کشیدن به تدریج کاهش می‌یابد و از بین می‌رود. اگر چه احتمال دارد زمان و موقعیت‌هایی پیش آید که شخص را به سیگار کشیدن وسوسه کند اما تفکر درباره سیگار کشیدن در میان این تازه ترک کرده‌ها نادر است.

ارزش الگوی تغییر در فعالیت های بالینی

طبقه بندی سیگاری ها بر اساس آمادگی برای تغییر فواید زیادی را در بر دارد. این الگو موجب حداکثر استفاده پزشک از منابع خود گشته، اتلاف وقت برای سیگاری هایی که هنوز آمادگی لازم برای تغییر عادتشان را ندارند به حداقل می‌رساند و زمان بیشتری برای بیمارانی که احتمالاً از نصایح پزشک بهره‌ی بیشتری می‌برند، صرف می‌شود. شیوه مداخله‌ای مختصر به جای فراهم آوردن رویکردی یکسان برای تمام سیگاری‌ها، متناسب با نیازها و علائق هر یک از گروه‌های آماده برای تغییر طراحی شده است. با این روش پزشک دچار ناامیدی ناشی از شکست‌های مکرر نمی‌شود و نشاط او برای کمک کردن به فرد سیگاری بعدی باقی می‌ماند، زیرا بدین ترتیب نیروی بیشتری از مداخله‌های موفقیت آمیز به دست می‌آورد.

مراحل الگوی تغییر یک زنجیره، وقتی پویاست که افراد سیگاری در نتیجه شرایط اجتماعی، کاری و شخصی متفاوت از مرحله آمادگی به مرحله‌ای دیگر حرکت می‌کنند. پزشک زمانی موفق خواهد بود که به بیمار در عبور از این مراحل به منظور پرهیز جدی از مصرف سیگار یا ترک واقعی یاری رساند. به تمام سیگاریها، بدون در نظر گرفتن مرحله آمادگی‌شان می‌توان کمک نمود.

نکاتی مهم در رابطه با مرحله تغییر

سیگاری‌های شناسایی شده فکر می‌کنند که باید مستقیماً از مرحله آمادگی به ترک برسند. ۸۰ تا ۹۰ درصد سیگاری‌ها به ترک فکر می‌کنند، اما تنها ۲۰ درصد از آنها در حال حاضر تصمیم به ترک دارند. مشکلات ترک سیگار در زمینه مسائل فیزیکی و روانی باید شناسایی شود. تمامی گروه‌ها نیازمند کمک کردن هستند، ولی هر گروه نیازمند مداخله‌ی خاص و هدفدار مخصوص به خود است. بیمار محوری و برخورد بدون قضاوت در تمامی مراحل راهکاری موثر و همراه با موفقیت است.

موفقیت را دوباره شناسایی کنید. موفقیت نه تنها از طریق تغییر مدل بلکه بصورت حرکت در جهت مدل شناسایی می‌شود. پزشک باید شانس موفقیت شخص را برای دو سال بعد، دو برابر کند. ممکن است تغییرات با تاخیر همراه باشد و در کوتاه مدت مشخص نشود. انگیزه تغییرات می‌تواند برای مدت کوتاهی تغییر کند و بدین ترتیب پنجره‌ای برای کمک کردن گشوده می‌شود و انگیزه شخص می‌تواند تقویت گردد.

در این زمینه باید راهکاری مناسب را انتخاب کرد و برای افراد که بیشتر مایل به نفع بردن و علاقمند به دریافت کمک هستند، زمان بیشتری صرف شود. پرسنل کلینیک باید از شکست کسانی که ناآماده بوده‌اند چشم‌پوشی کنند و به آنها آموزش دهند که میزان مقاومت ممکن است کم شود.

عود یک بخش عادی در مرحله ترک کردن است. بیشتر افرادی که سیگار را ترک کرده‌اند، بعد از ۳ تا ۴ بار تلاش جدی به ترک نهایی عادت خود نائل شده‌اند.

سوالات کلیدی:

می‌توان مرحله تغییر را با استفاده از یک سوال، بدون قضاوت، ارزیابی کرد. سوالات کلیدی زیر جهت آسان نمودن ارزشیابی است:

در حال حاضر احساس شما در مورد سیگار کشیدن چیست؟

آیا در حال حاضر مایل به ترک سریع هستید؟

آیا در آینده نزدیک تصمیم به ترک دارید؟ (می‌توان به عنوان مثال در مورد ۳۰ روز آینده نیز سوال کرد).

آیا در حال حاضر آماده ترک کردن هستید؟ توجه به این نکته بسیار مهم است که بدون انتقاد تنها به ارزشیابی عقیده شخص بپردازیم.

ارزیابی همچنین شامل بررسی موانع ترک کردن، علل شروع به کشیدن سیگار (مانند موقعیت‌های اجتماعی، استرس، احساس منفی)، حمایت اجتماعی و استفاده از تجربیات فرد سیگاری در تلاش‌های گذشته وی برای ترک می‌باشد.

ارزیابی دارو درمانی‌های قبلی نیز برای بررسی اینکه آیا این داروها بدرستی تجویز شده‌اند یا مشکلاتی در حین مصرف آنها رخ داده است، کمک کننده خواهد بود. اجرای سایر مسائل و مشکلات پزشکی مانند مشکلات فکری، سایر مشکلات فیزیکی و همچنین حاملگی باید مورد بررسی قرار گیرد، زیرا ممکن است بیماران نیاز به خدمات و راهنمایی‌های بیشتری داشته باشند. شواهد: عواملی که با درصد بالایی از ترک همراه هستند، شامل انگیزه بالا، آمادگی برای ترک، توانایی فردی بالا و حمایت رسانه‌های جمعی می‌باشند.

توصیه

ارزیابی آمادگی برای ترک یک مرحله گرانها در برنامه ریزی درمان است.

۸-۱-۳- توصیه (Advice)

تمامی افراد سیگاری باید به طور جدی در مورد ترک سیگار مشاوره شوند و نصایح ارائه شده باید:

- واضح و بدون پیچیدگی باشند.
- حمایت کننده باشند نه تحریک کننده.

می‌توان به عنوان نمونه از این جملات استفاده کرد: من پیشنهاد می‌کنم، ولی تصمیم با خودت است. به عنوان یک پزشک توصیه می‌کنم که سیگار خود را ترک کنی، یا بهترین کاری که در حال حاضر و در آینده برای سلامتی خود می‌توانی انجام دهی، ترک کردن سیگار است و یا وقتی مریض هستی کم کردن سیگار کافی نیست. بر اساس تحقیقات، در مشاوره‌هایی که به افراد سیگاری مکرراً دستور داده می‌شود که سیگار را ترک کنند، به خصوص در مشاوره‌های غیر مرتبط با سیگار، ممکن است رابطه نزدیک بین پزشک و بیمار از بین برود. برای اجتناب از وقوع چنین امری بولستر و رولینک (۲۰۰۲) بر اهمیت ایجاد رابطه عاطفی در مشاوره تاکید می‌کنند و متذکر می‌شوند که باید از بیمار برای صحبت و بحث کردن در باره سیگار کشیدن کسب اجازه کرد.

می‌توان منافع ترک سیگار را با توجه به شرایط هر شخص مشخص کرد. به عنوان مثال در نظر گرفتن پیشرفت بیماری‌های مختلف با استمرار مصرف سیگار، اهمیت در نظر گرفتن سیگار به عنوان یک عامل ایجاد بیماری در آینده، نشان ندادن سیگار کشیدن به دیگران، اهمیت الگو بودن برای بچه‌ها و نوجوانان و پس‌انداز پول، می‌توانند منافع ترک سیگار برای افراد مختلف باشند. تمامی افراد سیگاری باید اطلاعاتی در مورد ترک و استفاده از مراکز حمایتی و مراکز ترک دریافت کنند.

توصیه

در مشاوره‌های معمول هر جا که امکان داشت یک مشاوره مختصر برای ترک سیگار بدهید (حداقل سالانه).

۸-۱-۴- کمک کردن (Assist)

انجام کمک هدفدار بر پایه ارزیابی مراحل است که در بالا توصیف شد. این کمک‌ها می‌توانند توسط طیف وسیعی از پزشکان ارائه شوند، مانند:

- مشاوره مختصر و فراهم کردن اطلاعات نوشتاری و اختیاری در مراجعه به سرویس‌های حمایتی
 - کمک با همکاری پزشکان عمومی (توسط پزشک عمومی یا یکی از اعضاء کلینیک)
 - کمک توسط پزشک عمومی به همراه کمک گرفتن از سایر مراکز خدماتی
- مثال‌هایی از نوع خدماتی که متخصصین پزشکی می‌تواند ارائه دهند شامل سرویس‌های سلامت روانی، توان بخشی سیستم قلبی و عروقی، کلینیک پیش از زایمان، آموزش دیابت، آموزش آسم، توان بخشی ریه و استفاده از دارو درمانی می‌باشد.
- تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه تلفیقی از کمک‌ها باید اعمال شود. این کمک‌ها بر اساس احتیاج و ارجحیت دادن بیمار و اینکه پزشک عمومی تا چه اندازه صلاح می‌بیند که این درمان انجام شود، می‌باشد.

مشاوره‌های کوتاه و پیگیری

مشاوره‌های کوتاه شامل موارد زیر است:

- مشاوره کوتاه برای ترک
- تهیه مواد آموزشی مانند جزوه آموزشی ترک و سایر موارد مناسب (مثل جمع آوری مطالب آموزشی کامپیوتری)
- پیشنهاد مراجعه به مراکز و سازمان‌های مناسب
- توصیه به مصرف دارو در صورت لزوم

کمک‌های پزشکان عمومی

کمک بر اساس مرحله آمادگی بیمار برای ترک، شناسایی موانع ترک و ... برنامه ریزی می‌گردد. راهکارهای زیر بر اساس برنامه smoke screen است که بطور وسیعی در سطح پزشکان عمومی استرالیا اجرا و ارزیابی شده است:

آماده نبودن برای ترک (مرحله پیش تفکر)

- خاطر نشان کردن ارتباط سیگار کشیدن با سلامتی در حال حاضر و در آینده
- تشویق بیماران به فکر کردن در مورد سیگار کشیدن خود
- دعوت برای کمک گرفتن بیشتر از پزشکان عمومی
- تهیه متون آموزشی مانند جزوه آموزشی ترک

- فراهم کردن امکان مراجعه به سرویس‌های حمایتی

نامطمئن بودن برای ترک (مرحله تفکر)

- کمک به بیماران برای واکنش نشان دادن به رفتارهای مصرف سیگار با استفاده از مصاحبه‌های برانگیزنده
- بررسی بیماری‌های مربوط به سیگار و موانع ترک
- بررسی سایر مشکلات جسمی یا روحی در این رابطه
- فراهم کردن کمک بیشتر از سوی پزشک عمومی
- تهیه جزوه اطلاعاتی مانند جزوات ترک
- فراهم کردن امکان مراجعه به سرویس‌های حمایتی

آماده بودن برای ترک (مرحله عمل)

- تایید و تشویق تصمیم برای ترک
- کمک به بیماران برای پیشبرد برنامه ترک شامل:
 - انتخاب یک روز مشخص برای ترک ظرف ۲ هفته آینده
 - کمک کردن از طریق برخورد با مشکلات ترک مانند ترس از شکست خوردن، غلبه بر استرس، مشغولیات فکری در مورد اضافه وزن، محیط اجتماعی و فرهنگی
- استراتژی شناخت و رفتار
- حمایت اجتماعی
- کمک با تکیه بر مشکلات پیچیده مانند مشکلات روحی یا جسمی، محیط اجتماعی و حاملگی
- کمک به مشاوره بر اساس Nicotin Replacement Therapy (NRT)، تجویز بوپروپیون در صورت لزوم، ترتیب دادن ملاقات‌های پیگیری برای مشاهده اثرات دارویی ظرف یک هفته پس از تاریخ ترک در NRT یا در روز ترک برای بوپروپیون.
- فراهم کردن امکان ارائه کمک بیشتر در تمرینات عملی و یا اطلاعات (مثل جزوه‌های ترک) و امکان مراجعه به مراکز حمایتی

مصاحبه برانگیزنده

مصاحبه‌های برانگیزنده یک تکنیک مشاوره‌ای است که بر اساس آن اعضا تیم درمان در مورد تردید بیماران نسبت به رفتار خود آگاهی می‌دهند. مصاحبه‌های هدفدار شامل سوالات باز، گوش کردن با حوصله و خلاصه کردن می‌باشند. پزشک مسئول مراحل مصاحبه برانگیزنده می‌باشد، اما تصمیم‌گیری برای ترک و مسئولیت آن را بر عهده بیمار می‌گذارد. مصاحبه‌های برانگیزنده نباید منجر به موقعیتی

شود که رابطه نزدیک بین پزشک و بیمار را از بین ببرد یا ایجاد مقاومت در برابر تغییر نماید. ایجاد شک و تردید در مصاحبه‌های برانگیزنده می‌تواند بین انتخاب سیگار کشیدن و اهداف شخصی مانند سلامتی، تناسب اندام، ظاهر مناسب، پس‌انداز و حفظ پول بحث نمایند.

افراد سیگاری که نسبت به ترک خود نامطمئن هستند می‌توانند با تغییرات زیر برانگیخته شوند.

۱. کمک به ارزیابی نقاط مثبت و منفی سیگار کشیدن. همچنین می‌توان از بیماران خواست انگیزه ترک و اطمینان خود را در ترک بالا ببرند.

۲. بحث در مورد مسائل بهداشتی مرتبط و نگرانی‌ها راجع به ترک سیگار

نکات مثبت و منفی سیگار را ارزیابی کنید

- سوال ۱: از چه چیز سیگار خوشتان می‌آید؟
 - سوال ۲: از چه چیز سیگار بدتان می‌آید؟
 - نکات مثبت و منفی را که بیماران می‌گویند خلاصه کنید.
 - سوال: چه موقع سیگار کشیدن را ترک می‌کنید؟
- بعنوان یک تمرین در خانه می‌توان از بیماران سوال کرد تا فکر کنند و لیستی از دوست داشتن و دوست نداشتن‌های خود در مورد سیگار کشیدن و ترک کردن را تهیه کنند.

ارزیابی میزان انگیزه و اطمینان فرد

از بیماران باید خواسته شود تا میزان انگیزه و اطمینان خود در مورد ترک سیگار را از نمره ۱ به ۱۰ برسانند. این کار می‌تواند در کنار مصاحبه‌های برانگیزنده، کمک کننده باشد. تشخیص انگیزه و اطمینان می‌تواند موانع ترک را روشن نماید و برای شروع بحث در مورد چگونگی بالا بردن انگیزه و اطمینان استفاده شود.

راهنمای اصول مصاحبه برانگیزنده

میلرودرول (۲۰۰۷) ۴ اصل را بطور خلاصه در مورد مصاحبه برانگیزنده به شرح زیر بیان کرده است:

۱. ابزار همدردی
۲. گسترش تفاوت‌ها
۳. مقابله با مقاومت‌ها
۴. حمایت از کارآیی فرد

سایر توصیه‌ها به شرح زیر است:

- مشخص کردن مصاحبه‌ها و مشاوره بر اساس نیازهای فرد سیگاری و مشغولیات وی در زمان مراجعه، مثلاً مشاوره در مورد بالا رفتن وزن، استرس، و علائم محرومیت.
- عمل کردن بدون سبزه و بدون قضاوت و خودداری از هر بحثی که منجر به مقاومت در برابر تغییر شود.
- مثبت بودن و تأکید بر جنبه‌های مثبت ترک، مثل تأکید بر بهبود وضعیت سلامتی به جای استفاده از تکنیک‌های ترساننده.
- لغزش و بازگشت خطا نیست، بلکه باید از این تجربیات استفاده کرد. هرگاه که لازم است به آنها هدیه بدهید و از این طریق آنها را تشویق کنید.
- از تفاوت استفاده کنید. تشخیص اختلاف در جایی است که بیمار در یک زمان بین عقاید مختلف سرگردان است و احساس ناراحتی می‌کند. باید این گونه افراد را وادار کرد تا در هدف و منافع خود بازنگری کنند و از روش‌هایی مانند دوست داشتن و دوست نداشتن، و سوالاتی مثل: اگر در آینده به سیگار کشیدن خود ادامه دهید چه پیش می‌آید؟ و یا اگر ترک کنید چه پیش می‌آید؟ استفاده کنید.

به ترک کنندگان اخیر (ظرف ۱۲ ماه گذشته)

- (۱) تبریک بگویید.
- (۲) مزایای یک فرد غیرسیگاری را دوباره مرور و تقویت کنید.
- (۳) از استراتژی‌های جلوگیری از عود کمک بگیرید. این استراتژی‌ها شامل:
 - بیان علایق و نگرانی‌ها برای باقی ماندن به عنوان یک فردی که سیگار را ترک کرده است.
 - کمک به بیماران برای شناسایی موقعیت‌های پرخطر مانند غم‌ها و شادی‌ها، استرس عاطفی و حضور در مراکز تجمع افراد سیگاری
 - استفاده از راهکار مدارا کردن و خاطر نشان کردن موانع ترک (مطالب زیر را ببینید)
 - ایجاد کمک بیشتر برای تمرین و یاد گرفتن اطلاعات (مثل جزوه های آموزشی ترک) یا مراجعه به مرکز ارائه خدمات
 - استفاده از راهکار مدارا کردن و خاطر نشان کردن موانع ترک

کمک پزشک عمومی در کنار کمک سایر مراکز خدماتی

کمک بر پایه مرحله آمادگی برای تغییر که بطور مفصل در بالا شرح داده شد، از سوی پزشک عمومی ارائه می‌شود که بر اساس همکاری با سایر مراکز خدماتی است. بررسی وضعیت سلامت و

مشکلات روحی یا جسمی فرد برای ترک سریع، مراجعه یا همکاری داشتن با سرویس‌های ویژه در هنگام احتیاج به عنوان مثال: استفاده از روان‌شناس، پزشکان متخصص توان‌بخشی، قلب، غدد و ریه از موارد این همکاری‌ها می‌باشند.

موانع ترک

در نظر گرفتن موانع ترک برای تمامی افراد سیگاری مهم است. باید با اطلاعات صحیح توهمات و اشتباهات رفع گردد. مهم‌ترین موانع ترک در زیر تشریح شده است:

علائم محرومیت

بیش از ۸۰ درصد از افراد سیگاری علائم محرومیت را تجربه می‌کنند. تقاضا برای سیگار و بی‌قراری دو مولفه شایع هستند. با استفاده از NRT و بوپروپیون علائم محرومیت را می‌توان درمان کرد. اگر افراد از دارو درمانی استفاده می‌کنند، می‌توان از استراتژی‌های شناخت و رفتاردرمانی استفاده کرد تا در مراحل اولیه ترک، به آنها کمک شود. نشانه‌های نامطلوب فیزیکی ظرف ۲ تا ۳ روز اول ظاهر می‌شوند و اغلب ظرف ۱۰ تا ۱۴ روز برطرف می‌شوند، اما می‌توانند تا ۴۰ هفته نیز دوام یابند. اگر علائم محرومیت بیشتر طول کشید باید به دنبال مشاوره بود. اگر علائم محرومیت در افرادی که از NRT و بوپروپیون استفاده می‌کنند، وجود داشت، باید دوز NRT را بالا ببریم.

استرس

اغلب افراد سیگاری برای غلبه بر اضطراب خود از سیگار استفاده می‌کنند. مشخص شده است که نیکوتین علاوه بر اثر آرام‌بخشی مستقیم روی مغز، دارای اثرات تحریکی نیز می‌باشد. اگر چه بعضی از اثرات آرام‌بخشی سیگار کشیدن به علت توقف فعالیت استرس‌زا و تنفس عمیق می‌باشد، با این حال ممکن است افراد سیگاری از راه‌های دیگری برای غلبه بر استرس استفاده کنند، مثلاً یاد بگیرند که چطور ماهیچه‌های خود را شل کنند و از تکنیک‌های تنفسی استفاده نمایند. می‌توان این مسائل را از طریق یک پزشک عمومی یا یک کاست آرامبخش به عنوان بخشی از برنامه ترک سیگار آموزش داد.

ترس از شکست

عود یک امر شایع در مرحله ترک است و بیشتر سیگاری‌ها ۳ تا ۴ بار قبل از موفقیت نهایی برای ترک، بازگشت دارند. افراد سیگاری باید تشویق شوند تا به شکست خود به عنوان مرحله آموزش خود نگاه کنند (نه شکست). این امر باعث می‌شود که شانس موفقیت در تلاش بعدی آنها بالا برود. باید روی راهکارها برای غلبه بر موقعیت‌های خطرناک بحث شود و سیگاری‌ها را تشویق به تلاش دوباره کرد. همچنین افراد سیگاری باید تشویق شوند تا برای ترک دیگری تلاش کنند تا بتوانند موفق

گردند. سایر پیشنهادات برای بالا بردن شانس موفقیت مثل استفاده از دارودرمانی و خدمات حمایتی را می‌توان در تلاش‌های بعدی ترک، عنوان کرد.

فشار اجتماعی/فشار دوستان

موقعیت‌های خطرناک مثل اجتماعات دوستان و مهمانی‌ها اغلب شدیداً تداعی کننده تمایل به سیگار هستند. باید از چنین موقعیت‌هایی در اوایل ترک پرهیز شود. همچنین باید افراد آموزش ببینند که چطور در مقابل تعارف سیگار دیگران جواب منفی بدهند. در چند هفته اول باید بیماران را تشویق کرد که وقت بیشتری را با افراد غیرسیگاری بگذرانند، به جلسات افراد غیرسیگاری بروند یا وقت خود را در اماکنی که کشیدن سیگار در آنها ممنوع است، سپری کنند.

اضافه وزن

اضافه وزن یک مانع بسیار مهم، بخصوص برای خانم‌ها است. برای اغلب افراد، این موضوع دلیل بازگشت و حتی آغاز سیگار کشیدن به شمار می‌آید. مکانیزم اضافه وزن شامل بازگشت به وضعیت متابولیک طبیعی بعد از توقف رسیدن نیکوتین به بدن و افزایش ورود غذا به بدن می‌باشد. معمولاً ۷۵ درصد افرادی که سیگار را ترک می‌کنند دچار اضافه وزن می‌شوند. میزان متوسط اضافه وزن معمولاً ۲ تا ۴ کیلوگرم است و ۱۰ درصد از افراد معمولاً بیش از این میزان اضافه وزن پیدا می‌کنند (تا ۱۳ کیلوگرم). معمولاً هنگامی که فرد از داروهای جایگزین نیکوتین یا بوپروپیون استفاده می‌کند اضافه وزن متوقف می‌شود. توصیه‌هایی برای کاهش وزن می‌توان ارائه داد، مانند یک رژیم کم چربی متعادل و اجتناب از خوردن غذاهای چرب، نوشیدن آب یا نوشیدنی‌های کم کالری به عنوان جانشینی برای تنقلات، ورزش روزانه و شناسایی غذاهای محرک اشتها و یادگیری راه‌های جدید برای غلبه بر افزایش وزن و استفاده از مشاور تغذیه.

راهکارهای شناختی در ترک

پزشکان و سایر اعضاء کلینیک می‌توانند چند راهکار شناختی را برای ترک سیگار برای کمک به افرادی که در حال ترک هستند، جهت غلبه بر محرک‌ها ارائه دهند که به شرح ذیل هستند: بعضی بیماران می‌توانند از ثبت سیگار کشیدن خود به طور روزانه از چند روز قبل از ترک به منظور کمک رسانی به آگاهی یافتن از الگوی سیگار کشیدن خود سود ببرند. این موضوع می‌تواند روشن کننده محرک‌های تمایل به سیگار و شناخت موقعیت‌های پرخطر مصرف سیگار برای این افراد باشد و شانس انتخاب فعالیت جایگزین را برای آنها بالا ببرد. به عنوان مثال افراد می‌فهمند که چای صبحانه آنها خاصیت افزایش تمایل به مصرف سیگار را به همراه دارد و بنابراین می‌توانند آن را به آب میوه یا

حتی قهوه تغییر دهند تا این محرک را برطرف سازند و این تداعی ذهنی را برای خود فرو نشانند. هدف شناخت راهکارهای شناختی استفاده از قدرت تفکر منطقی برای غلبه بر اعتیاد به سیگار می‌باشد. افراد سیگاری باید تشویق شوند که منافع ترک و پیامد شروع دوباره سیگار را در نظر بگیرند. باید منافع سیگار کشیدن را ارزیابی کنند. بسیاری از سیگاری‌ها بر این باورند که نمی‌توانند بدون سیگار بر استرس خود غلبه کنند، اما در حقیقت، هنگامی که سیگار کشیدن را متوقف می‌کنند، در می‌یابند که حتی شاید بهتر از زمانی که سیگار می‌کشیدند، می‌توانند از پس آن برآیند.

سایر تلقی‌ها این است که از سیگار به عنوان ابزاری برای کنترل وزن خوداستفاده کنند. افراد سیگاری معمولاً سال‌ها است که با سیگار رابطه دارند و خداحافظی کردن با این عادت ممکن است زمان و تلاش زیادی را بطلبد.

راهکارهای شناخت می‌توانند به افرادی که سیگار را ترک کرده‌اند، کمک کنند تا بر اشتیاق خود غلبه نمایند. فکر کردن در مورد سیگار نکشیدن مستلزم تصمیم‌گیری آگاهانه برای سیگار نکشیدن و فکر کردن در مورد جایگزین کردن چیزی بجای سیگار و تصمیم به فکر کردن به مورد دیگر است.

راهکارهای رفتاری در ترک

می‌توان چند راهکار رفتاری را برای غلبه بر محرک‌ها و موقعیت‌های پرخطر در نظر گرفت. در حالت ایده‌آل بیمار باید شانس خود و فعالیت‌های جایگزین را در نظر بگیرد. فرمول 4D که در زیر آورده شده یک یادآوری ساده برای ترک و جز راهکارهای رفتاری غلبه بر سیگار است.

- **تاخیر (Delay):** این کار را هنگام میل به سیگار کشیدن انجام دهید. بعد از ۵ دقیقه میل به سیگار کشیدن ضعیف می‌شود و عزم شما برای ترک کردن دوباره جزم می‌شود.
- **تنفس عمیق (Deep breathing):** به آرامی نفسی عمیق بکشید و به آرامی آن را رها سازید. این کار را ۳ بار تکرار کنید.

- **نوشیدن (Drink):** آب را به آرامی در دهان خود نگاه دارید تا طعم آن را احساس کنید.
- **منحرف کردن فکر (distract):** برای اینکه فکر خود را از کشیدن سیگار منحرف سازید کار دیگری انجام دهید. به عنوان مثال انجام دادن ورزش می‌تواند جایگزین خوبی باشد. این برنامه راهکارهایی را برای تاخیر و منحرف کردن حواس پیشنهاد می‌کند.

پیشنهاد دیگر، دوری گزیدن از محرک‌های سیگار در مراحل اولیه ترک است. شدیدترین محرک‌ها الکل، قهوه و دوستان سیگاری هستند. این برنامه همچنین پیشنهاد می‌کند که نشانه‌های موجود در محیط را تعدیل کنید (مثلاً زیرسیگاری را دور از دسترس قرار دهید) و آخرین پیشنهاد و راهکار این است که هر محیطی را که فشار برای سیگار کشیدن زیاد است را ترک کنید. حمایت

اجتماعی اقوام و دوستان برای ترک کردن خیلی مفید است و پزشک می‌تواند هر جا که لازم بود این موضوع را بررسی کند. هنگامی که حمایت اجتماعی وجود نداشت، پزشک باید تلاش کند تا حمایت را ایجاد نماید و یا پیشنهاد کند که فرد از خدمات مراکز حمایتی استفاده کند. باید از بیماران خواست که به خاطر داشته باشند، این فکر که من آسیب نمی‌بینم باعث می‌شود که دوباره به کشیدن سیگار روی آورند.

۸-۱-۵- برنامه ریزی‌هایی برای پیگیری (Arrange)

پیگیری بیماران برای بالا بردن میزان ترک مفید است. تمامی افراد سیگاری که قصد دارند سیگار خود را ترک کنند باید پیگیری داشته باشند. مشاهده شده است که وجود پیگیری پس از مشاوره برای ترک باعث افزایش تمایل به ترک طولانی مدت در فرد می‌گردد.

اگر بیمار برای کمک گرفتن ارجاع شد، پزشک می‌تواند ترتیب پیگیری را بدهد. اگر تلاش بیمار برای ترک به همراه حمایت یک پزشک باشد، می‌توان زمان‌هایی را برای ملاقات‌های پیگیری در اولین جلسه مشاوره تنظیم کرد. یک راهکار برای تشویق بیمار به شرکت در ملاقات‌های پیگیری، اختصاص دادن یک زمان مشخص در اولین جلسه مشاوره برای تنظیم ملاقات‌های پیگیری است. معمولاً فرد مشاور می‌تواند هر روز از طریق تلفن با بیمار در تماس باشد تا وضعیت بیمار تایید شود. مناسب‌ترین زمان برای مشاوره یک هفته تا یک ماه بعد از تاریخ ترک است. پیگیری می‌تواند حضوری یا از طریق تلفن انجام شود.

دستور جلسه برای یک هفته پیگیری حضوری یا تلفنی

• در هنگام ترک

- ۱) تبریک بگویید و تصمیم به سیگار نکشیدن بیمار را تایید کنید و به بیمار منافع غیر سیگاری بودن را یادآوری کنید.
- ۲) وضعیت پیشرفت و مشکلات را مرور کنید.
- ۳) با دارو درمانی کمک کنید که بیمار پایدار بماند و وی را تشویق کنید در صورت بروز هر گونه مشکل به ترک ادامه دهد.
- ۴) در مورد جلوگیری از عود زود هنگام بحث کنید. در باره راهکارهای غلبه بر موقعیت‌های پر خطر مانند استرس‌ها و وضعیت‌های احساسی منفی، الکل و محیط اجتماعی آگاهی دهید.
- ۵) حمایت‌های اجتماعی و استفاده از خدمات حمایتی (مثل جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات و خدمات ارائه دهنده دارو درمانی) را پیشنهاد کنید.

• اگر عود رخ داد

- ۱) همدلی کنید و از آن به عنوان یک تجربه یاد کنید.
- ۲) دلایل عود را بررسی کنید.
- ۳) کمک کنید تا انگیزه بازگشت به مرحله آمادگی را دوباره ایجاد کنید.

• اگر بیماران سریع ترک نکرده اند

- (۱) دلایل تأخیر را بررسی کنید.
- (۲) بیمار را تشویق کنید تا تاریخ ترک را تعیین کند.

دستور جلسه برای ترتیب یک ماه پیگیری حضوری با تلفنی

• در هنگام ترک:

- (۱) تصمیم وی را تحسین و تایید کنید.
- (۲) پیشرفت و مشکلات را مرور کنید.
- (۳) وی را تشویق کنید تا دوره دارودرمانی خود را به طور کامل طی کند.
- (۴) در مورد جلوگیری از بازگشت بحث کنید و یاد آور شوید که نباید اولین سیگار را بکشد تا خطر بیشتر شدن آن به وجود نیاید.

اگر عود رخ داده است از آن به عنوان یک تجربه استفاده کنید (مطلب زیر را ببینید). پیگیری‌ها بیشتر می‌توانند بر اساس نیاز بیمار طراحی شوند. اگر فرد سیگاری با بیماری جسمی یا روحی روبرو بود یا سایر فاکتورهای خطر رفتاری را داشت، باید این موارد در ملاقات‌های پیگیری مطرح شود. در مورد سایر متخصصین امور پزشکی می‌توان این مشکلات را از طریق استفاده از مراقبت چند تخصصی حل کرد.

• جلوگیری از بازگشت

هدف و استراتژی جلوگیری از بازگشت، کمک به افراد برای جلوگیری یا غلبه بر موقعیت‌های پر خطر است. چنین راهکارهایی با هدف جلوگیری از لغزش صورت می‌گیرد تا اگر لغزش رخ داد، منجر به بازگشت کامل به سیگار کشیدن نشود.

استراتژی‌های پیشنهادی به شرح زیر است:

- (۱) شناسایی موقعیت‌های پرخطر برای سیگار کشیدن و محرک‌های مهم مصرف سیگار
- (۲) برنامه‌ریزی راهکارهای تطابق در مراحل پیشرفته
- (۳) در نظر گرفتن ایجاد تغییرات در مدل زندگی که بتواند میزان موقعیت‌های پرخطر را کاهش دهد، مثل: مدیریت بحران (استرس) و عدم مصرف الکل
- (۴) تشویق بیماران به داشتن برنامه‌ریزی برای غلبه بر لغزش یا جلوگیری از تبدیل لغزش به یک بازگشت کامل

ترک کردن یک مرحله پویا و ادامه‌دار است که اغلب بیش از وقایع منفصل، شامل تلاش‌های مکرر است. عودهای پشت سر هم یک اتفاق رایج در این مرحله است. بیشتر افرادی که موفق به ترک

سیگار شده‌اند به طور متوسط ۴ بار تلاش و عود داشته‌اند تا بتوانند موفقیت نهایی را حاصل کنند. میزان عود در تمامی روش‌های ترک سیگار بالاست.

لغزش و خطا یک مسئله متداول در ترک کردن است. لغزش و خطا به معنی سیگار کشیدن گاه به گاه است (تنها یک یا دو سیگار در روز)، که معمولاً هنگام استرس یا موقعیت‌های خاص اجتماعی رخ می‌دهد. بیمار نیاز به بازنگری در علت ترک خود دارد تا دوباره پرهیز کند و راهکارهای خود را برای غلبه بر لغزش‌های بعدی قوی‌تر کند.

برای اجتناب از لغزش بیشتر و کمک به افرادی که سیگار را ترک کرده‌اند، مشاوره باید روی راهکارهای شناختی و رفتاری مانند روش 4Ds استوار باشد. عود به معنای از سرگیری سیگار کشیدن است. خطر عود در هفته اول بعد از ترک بالا است.

۷۵ درصد عودها در ۶ هفته اول پس از ترک رخ می‌دهد. حتی بعد از یک سال از ترک حدود یک سوم افراد ترک کرده ممکن است دوباره عود داشته باشند. بعد از ۲ سال احتمال عود به حدود ۴٪ کاهش می‌یابد. عود به خاطر این است که افراد برای غلبه بر اشتیاقشان برنامه ریزی نمی‌کنند. محرک‌های متداول برای عود عبارتند از: احساسات منفی مانند شکست شخصیتی، خشم، محرومیت و هیجان و تداوم لغزش‌ها.

پیشگیری از عوامل موثر در عود می‌تواند میزان عود را کاهش دهد.

توصیه می‌شود تمامی افراد سیگاری که قصد دارند سیگار خود را ترک کنند در مورد راه‌های جلوگیری از عود مشاوره شوند.

۸-۲- روش‌های ترک سیگار

طیف وسیعی از فنون رفتاری جهت درمان اعتیاد به سیگار مورد استفاده قرار گرفته‌اند. اینها شامل آموزش (Education)، مشاوره فردی و گروهی، شرطی کردن مخالف (Adversive Conditioning)، روان‌درمانی، مدیتیشن، محرومیت حسی (Sensory Deprivation)، هیپنوتیزم و حساسیت زدایی (Desensitization) می‌باشند. شیوه مداخله جزئی (Minimal Intervention Method) که مجموعه‌ای از آموزش، مشاوره فردی و گروهی، درمان جایگزین نیکوتین و رفتار درمانی شناختی است به عنوان بهترین شیوه ترک مورد تایید سازمان بهداشت جهانی (WHO) می‌باشد. در زیر به توضیح بعضی از این شیوه‌ها می‌پردازیم.

۸-۲-۱- آموزش بیمار (Education)

سال‌ها به سیگار کشیدن عمدتاً به عنوان یک عادت اجتماعی یا روانشناختی نگاه می‌شد. بدین گونه، توانایی ترک، معیاری از انگیزه شخصی یا اراده فرد تصور می‌شد و برانگیختن به توقف سیگار همراه با ریشه‌های روانشناختی کافی، به منزله نیروی پیش برنده، پشت سر ترک‌های موفق دیده می‌شد.

جدول ۱: پنج شرط درمان مصرف و اعتیاد به دخانیات

مصرف دخانیات و میزان آن را در هر ویزیت بررسی کنید.	پروسی در مورد مصرف (Ask about tobacco use)
به وضوح و صریح هر شخص مصرف کننده را ترغیب به ترک نمایند.	توصیه به عدم مصرف (Advise to quit)
در صورت مصرف، آیا شخص مایل به ترک است؟ برای افرادی که به تازگی ترک کرده‌اند، زمان ترک کی بوده و آیا مشکلاتی در ادامه ترک رخ داده است؟	ارزیابی میزان مصرف (Assess)
برای فرد مایل به ترک، دارو درمانی، مشاوره و رفتار درمانی توصیه می‌شود. برای افرادی که تمایل به ترک ندارند، اقدامات تشویقی برای ترک که ممکن است در آینده سودمند باشد توصیه می‌شود.	راهنمایی (Assist)
برای افرادی که بتازگی ترک کرده‌اند و دیگرانی که با مشکل مواجه‌اند، اقدامات پیشگیری توصیه می‌شود.	
کلیه اشخاصی که موارد بالا در مورد آنها در نظر گرفته شده است، همواره نیاز به پیگیری دارند.	پیگیری (Arrange)

بنابراین به طور تئوریک، با آموزش افراد سیگار در مورد خطرات بهداشتی و سلامتی سیگار، آنها به اندازه کافی تحریک شده و از نظر روانشناختی قدرت می‌یابند تا ترک کنند. متأسفانه، فواید پیش‌بینی شده برای دستیابی به ترک از طریق آموزش، ساده‌انگارانه و بیش از حد خوش بینانه بود. بیش از ۸۰ درصد سیگاری‌های فعلی می‌گویند که می‌خواهند ترک کنند اما نمی‌توانند.

۸-۲-۲- هیپنوتیزم (Hypnosis)

هدف هیپنوتیزم در ترک سیگار، قادر ساختن فرد سیگاری در به دست آوردن تغییری در سطح آگاهی اوست که توانایش را برای ترک افزایش دهد. با وجود این جاذبه، هیپنوتیزم عموماً تفاوت چندانی با یک شل سازی (Relaxation) عضلانی عمیق ندارد. آثار هیپنوتیزم اغلب کوتاه مدت هستند و مطالعات کنترل شده روی هیپنوتیزم، تاثیر دراز مدت آن را در ترک سیگار، اثبات نکرده است.

۸-۲-۳- شرطی سازی مخالف (Adversive Conditioning)

شرطی سازی مخالف براساس این عقیده است که سیگار کشیدن یک پاسخ یاد گرفته شده است که می‌توان آن را با ایجاد همراهی بین سیگار کشیدن و یک احساس منفی، خاموش کرد. از میان شیوه‌های مختلف آن می‌توان: شوک الکتریکی، استفاده از مواد تهوع آور، گرما، هوای دود آلود و سریع سیگار کشیدن را نام برد. در مطالعات اولیه ترک سیگار با این شیوه، میزان‌های ترک بالایی گزارش می‌شد. با وجود این، ارقام بالا ممکن است تا حدی ناشی از عوامل مرتبط با انتخاب بیمار باشد، چرا که تنها افراد بسیار با انگیزه حاضر به قبول درمان‌هایی نظیر شوک الکتریکی یا تنفس هوای گرم و دود آلود هستند. به علاوه، فنون شرطی سازی مخالف ممکن است به سلامتی فرد آسیب برسانند. برای مثال، استنشاق سریع هوای گرم و دود آلود ممکن است سبب القاء برونکواسپاسم در افراد با زمینه آسم شود.

۸-۲-۴- مشاوره گروهی (Group Counseling)

برنامه‌های مشاوره گروهی جهت ترک سیگار، توسط سازمان‌های بهداشتی متعددی پیشنهاد شده است. این برنامه‌ها در محتوا مشابهند و شامل: سخنرانی‌ها، همکاری‌های گروهی، تمرین روی تشخیص عادت فرد، بعضی شیوه‌های کاهش میزان مصرف سیگار تا رسیدن به روز ترک، گسترش مهارت‌های مقابله‌ای و پیشنهاداتی برای جلوگیری از عود هستند.

۸-۲-۵- کاهش تدریجی در مقابل ترک یکباره

به نظر می‌رسد کاهش تدریجی کم صدمه‌ترین راه ترک سیگار باشد. با وجود این وقتی مصرف سیگار به زیر آستانه بحرانی نیکوتین برسد، فرد سیگاری علائم ترک را تجربه خواهد کرد و اغلب کم‌کننده‌ها پیش از رسیدن به این مرحله به سطح متعارف سیگار خود باز می‌گردند. به‌علاوه اغلب سیگاری‌ها، با افزایش در تعداد پکها و عمق آنها سطح نیکوتین خون خود را در محدوده ثابتی نگاه می‌دارند. یکی از عواقب منفی کم کردن این است که این شیوه قویاً می‌تواند فرد سیگاری را متقاعد کند که اساساً نیازمند سیگار است. ترک ناگهانی (Cold Turkey) اغلب فشار آور است و می‌تواند سبب بروز علائم ترک شود، اما با وجود این طی چند هفته از ترک کامل، این افراد به میزان کمتری نسبت به کم‌کننده‌ها دچار وسوسه می‌شوند و آمادگی کمتری برای عود دارند. کم کردن تعداد سیگار، اغلب جزئی از برنامه‌های گروهی متعددی است که در آن‌ها کاهش تدریجی سیگار به عنوان مرحله آماده‌سازی جهت رفتن به سوی یک "روز ترک هدف" مورد استفاده قرار می‌گیرد. معمولاً پس از رسیدن تعداد نخ‌های سیگار کشیده شده در یک روز به ۷-۵ عدد فرد می‌تواند به طور یکباره سیگار را ترک کند.

۸-۲-۶- روش‌های ترک دارویی

گسترش دارو درمانی در جهت از بین بردن وابستگی به نیکوتین و کاهش علائم محرومیت است. این روش‌ها اگر چه بسیار پرهزینه می‌باشند و در همه نقاط دنیا قابل استفاده نیستند، ولی به افراد سیگاری در ترک سیگار بسیار کمک می‌کنند. یکی از روش‌های درمان دارویی درمان با داروهای جایگزین نیکوتین (Nicotine Replacement Therapy-NRT) است. NRT به سیگاری‌ها کمک می‌کند تا به تدریج ذخایر نیکوتین بدن خود را کاهش دهند و در نهایت مصرف آن و در نتیجه مصرف سیگار را ترک کنند. در این روش با حذف مواد مضر، مقدار نیکوتین کمتری نیز به فرد می‌رسد و این امر منجر به بالا رفتن میزان ترک می‌شود. ابتدائی‌ترین شکل درمان جایگزین نیکوتین قرص‌های لوزی شکل نیکوتین بودند که در درمانگاه‌های ترک سیگار در استکهلم در سال ۱۹۵۰ استفاده می‌شدند. شکل‌هایی از نیکوتین که امروزه در دسترس هستند شامل آدامس نیکوتین (Nicotin gum)، نیکوتین جلدی (Skin patch)، افشانه بینی، آئروسول‌ها، مرطوب‌کننده‌ها و خلال دندان‌های نیکوتین است. دو شکل شایع‌تر نیکوتین جایگزین که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند، آدامس نیکوتین و نیکوتین جلدی می‌باشند. در حال حاضر در کشور ما قرص‌های نیکوتین تولید می‌گردند و در کلینیک‌های ترک مورد استفاده قرار می‌گیرند.

ماده ۱۴ FTCT تشویق به ترک مصرف دخانیات و روش‌های درمان مناسب برای وابستگی به دخانیات را از کشورها خواستار است. جزء بسیار مهم در فرآیند ارزیابی فرد سیگاری برای ترک، بررسی نیاز بیمار به درمان جایگزین نیکوتین است. با این بررسی می‌توان دریافت که آیا بیمار بدون کمک و استفاده از درمان جایگزین نیکوتین، قادر به ترک سیگار خواهد بود یا خیر. معیار سهل‌الوصل و ساده آزمون فاگراشروم است که قبلاً توضیح داده شد.

در حال حاضر به دلیل قوانین نظارتی و هزینه بالای آن استقبال چندانی از این روش نمی‌شود. با توجه به اهمیت موضوع روش‌های ترک دارویی در فصل بعد به تفصیل توضیح داده خواهند شد.

۹- درمان جایگزین با نیکوتین

وابستگی به نیکوتین یکی از جنبه‌های اعتیاد به دخانیات است، بنابراین یک روش استاندارد برای ترک دارویی سیگار استفاده از درمان جایگزین نیکوتین می‌باشد. هدف از این درمان جایگزینی نیکوتین کسب شده از مصرف سیگار است، بنابراین به هنگام ترک سیگار، از علائم ترک می‌کاهد. انواع مختلف داروهای جایگزین نیکوتین (آدامس، برچسب‌های پوستی، وسیله استنشاقی دهانی، افشانه بینی، قرص زیرزبانی و آبنبات مکیدنی) بسیار موثر و قابل تحمل می‌باشند. در ایران، اسپری‌های استنشاقی و قرص‌های زیرزبانی در داروخانه‌ها با نسخه پزشک در دسترسند و آدامس نیکوتینی، برچسب‌ها و سایر انواع آن را نیز می‌توان تهیه نمود.

یک متآنالیز توسط کتابخانه کوکران و پانل راهنمای ایالات متحده کارآیی NRT را مورد بررسی قرار دادند و هر دو به این نتیجه رسیدند که NRT روشی موثر است. بررسی کوکران شامل ۶۵ مطالعه بود که درصد ترک ۱۲ ماهه انواع مختلف NRT را با شبه دارو و بدون دارو مقایسه می‌کرد. مقدار موثر (تفاوت در درصد ترک بین گروه مداخله و کنترل) برای انواع مختلف NRT از ۵ درصد تا ۱۲ درصد متفاوت بود، ولی هیچ نوعی بر دیگری برتری واضحی نداشت.

نشان داده شده است که سطوح خونی نیکوتین در افرادی که از NRT استفاده می‌کنند نسبت به کسانی که سیگار می‌کشند پایین‌تر است. بنابراین بیمارانی که در آنها دوزهای استاندارد NRT منجر به علائم پایدار محرومیت می‌شود و این مسئله احتمال عود را در آنها افزایش می‌دهد، میتوانند از داروهای جایگزین طولانی مدت استفاده کنند. افراد سیگاری که از NRT برای ترک استفاده می‌کنند. ممکن است علائم محرومیت را با مسمومیت ناشی از NRT (موارد بسیار نادر) اشتباه بگیرند. به نظر می‌رسد درمان با NRT، افزایش وزن ناشی از ترک سیگار را به تعویق می‌اندازد.

۹-۱- انواع نیکوتین و دوز مورد استفاده

آدامس نیکوتینی

اولین NRT که در دسترس مصرف کنندگان قرار گرفت یک آدامس نیکوتینی بود که از طریق مخاط نیکوتین را به بدن می‌رساند. این آدامس‌ها که به عنوان قدم اول در درمان دارویی ترک سیگار محسوب می‌شوند، به شکل نیکورت و نیکورت نعنایی در انواع ۲ و ۴ میلی گرمی موجودند که هر یک ۵۰ درصد از نیکوتین خود را ظرف ۱۵ تا ۳۰ دقیقه آزاد می‌کنند. بنابراین وقتی آدامس‌های ۲ یا ۴ میلی گرمی با یک برنامه ثابت ۱۰ قطعه در روز جویده شوند به ترتیب حدود ۱۰ یا ۲۰ میلی گرم نیکوتین به بدن فرد سیگاری می‌رسد. نوع ۴ میلی گرمی برای سیگاری‌های قهار و ۲ میلی گرمی برای

کسانی که کمتر از ۵ سیگار در روز می‌کشند، مناسب است. میزان مصرف آدامس‌ها ۱ تا ۲ عدد در هر ساعت و کمتر از ۲۴ عدد در روز برای ۱ تا ۶ ماه است. بعد از چند هفته یا چند ماه تعداد دوزهای مصرفی در روز به تدریج کاهش می‌یابد تا قطع شود. این دوره کاهش تدریجی برای بسیاری از مصرف‌کنندگان چندین هفته است، اما ممکن است ادامه پیدا کند تا بدن شخص به کاهش نیکوتین عادت کند و از عود جلوگیری شود. از آنجائی که جذب متوسط نیکوتین سیگار حدود ۳۰ میلی‌گرم در روز است، اغلب کسانی که آدامس می‌جویند به همان سطح نیکوتین سیگار نمی‌رسند. به علاوه به دلیل جذب نسبتاً آهسته نیکوتین از آدامس در مقایسه با دود سیگار، آدامس‌ها سطوح بالای ناگهانی نیکوتین را ایجاد نمی‌کنند. سیگاری‌هایی که از قطعات کمتری آدامس استفاده می‌کنند به غلظت پایین‌تری از نیکوتین می‌رسند که ممکن است کارآیی درمان را کاهش دهد. موفقیت درمان با آدامس نیکوتینی تا حدی به تعداد قطعات آدامسی که فرد سیگاری در روز می‌جوید و نحوه جویدن بستگی دارد. آدامس نیکوتینی نباید مانند آدامس‌های معمولی جویده شود بلکه باید به تناوب جویده و بیش از ۳۰ دقیقه در دهان نگهداشته شود تا نیکوتین آن آزاد شود. عوارض جانبی این آدامس‌ها عبارتند از زخم دهانی، سسکه، درد معده و درد فک.

برچسب‌های نیکوتینی

برچسب‌های نیکوتینی علائم ترک را به طور موثری کاهش داده و میزان ترک سیگار را افزایش می‌دهند. میزان ترک با استفاده از برچسب نیکوتین عموماً نسبت به دارونما ۲ برابر است و نسبت به آدامس‌های نیکوتینی، از میزان ترک بالاتری برخوردار است. غلظت‌های پلاسمائی بدست آمده با استفاده از برچسب‌های نیکوتین حاوی ۲۱ میلی‌گرم نیکوتین در روز، در حدود ۵۰-۴۰٪ سطح نیکوتین حاصل از سیگار کشیدن عادی را فراهم می‌کند. دوره استفاده توصیه شده برای برچسب‌ها بر اساس توصیه‌های تولیدکننده فرق می‌کند، اما احتمالاً حداقل ۴ هفته درمان مورد نیاز است تا به بدست آوردن ترک طولانی مدت کمک کند. میزان ترک موفقیت آمیز ۶ ماهه عموماً در حدود ۴۰-۲۰ درصد است.

استنشاق کننده نیکوتینی

این دستگاه از یک قسمت دهانی پلاستیکی و یک کارتریج محتوی ۱۰ میلی گرم نیکوتین تشکیل شده است. با اینکه این دستگاه استنشاق کننده نامیده می شود، ولی جذب نیکوتین آن از طریق مخاط دهان است نه از طریق مجاری تنفسی. استنشاق غلظت خونی نیکوتین را در حدود یک سوم سیگار کشیدن ایجاد می کند. استنشاق برای سیگاری هایی به کار می رود که عادت بردن دست به دهان آنها را رنج می دهد. یک مطالعه که چهار نوع NRT از شش نوع را مستقیماً مقایسه می کرد نشان داد که هیچ تفاوتی در درصد ترک یا عدم محرومیت در این انواع وجود ندارد. اگر چه پذیرش استنشاق کننده و اسپری بینی کمتر بود. درمان پیشنهادی، ۱۲-۶ کارتریج در روز برای ۱۲ هفته، ۶-۳ تا برای ۲ هفته و ۳-۱ عدد برای ۲ هفته می باشد. شایعترین عوارض جانبی شامل سرفه، سردرد، سوزش سردل، تهوع، سسکسکه، تحریک گلو و گاهی اختلال در چشایی و تحریک سینوس ها است.

قرص های لوزی شکل نیکوتین

قرص های لوزی شکل از سال ۲۰۰۲ در دسترس می باشند. در یک بررسی ۱۲ ماهه، نسبت شانس ترک برای دوز های ۲ میلی گرمی $1/2$ و برای دوز ۴ میلی گرمی $2/69$ بود. انتخاب دوز مناسب در این مطالعه بر اساس زمان کشیدن اولین سیگار در روز تعیین شده بود. اگر بیماران اولین سیگار خود را در نیم ساعت اول پس از برخاستن از خواب روشن کنند دوز ۴ میلی گرمی مناسب است. جذب نیکوتین قرص های زیر زبانی از طریق مخاط دهانی می باشد. این نوع از NRT برای افرادی مناسب است که انواع سریع NRT دهانی را می پسندند، ولی به علت مشکلات آدامس نیکوتینی از آن استفاده نمی کنند (مانند آنانی که دندان مصنوعی دارند).

جدول ۲: پروتکل درمان با جایگزین های نیکوتینی در ترک سیگار

طول مدت درمان	دوز ابتدایی	گروه بیماران
حداقل ۸ هفته	۲۱ میلی گرم در ۲۴ ساعت یا ۱۵ میلی گرم در ۱۶ ساعت	بیشتر از ۱۰ سیگار در روز و وزن بیشتر از ۴۵kg
حداقل ۸ هفته	۱۴ میلی گرم در ۲۴ ساعت یا ۱۰ میلی گرم در ۱۶ ساعت	کمتر از ۱۰ سیگار در روز یا وزن کمتر از ۴۵kg یا بیماری های قلبی عروقی

قرص‌های زیر زبانی نیکوتینی

این قرص‌ها جدیدترین نوع NRT موجود می‌باشند. قرص‌های کوچک زیر زبانی در زیر زبان نگاه داشته می‌شوند تا بتدریج طی ۳۰ دقیقه حل شوند و نیکوتین آن از طریق زیر زبان جذب شود. مزیت آن این است که احتیاج به جویدن ندارد. سطح نیکوتین بدست آمده از قرص‌های ۲ میلی گرمی زیرزبانی مشابه با دوز مشابه آدامس و قرص لوزی شکل می‌باشد.

سیگاری‌هایی که بسیار وابسته هستند، باید از دو قرص دو میلی گرمی هر یک تا دو ساعت استفاده کنند. در یک مطالعه تصادفی درصد ترک در ۶ ماه در مقایسه با شبه دارو دو برابر بود که قابل مقایسه با سایر انواع NRT می‌باشد.

۹-۲- انواع جایگزین‌های نیکوتین و دوز مورد استفاده

سیگاری‌های بسیار وابسته (۲۰ سیگار یا بیشتر در روز) از آدامس‌های ۴ میلی گرمی بیشتر از دو میلی گرمی سود می‌برند. همچنین ممکن است برچسب‌های با دوز بالاتر نسبت به برچسب‌های ۱۵ تا ۵۲ میلی گرمی ۱۶ یا ۲۴ ساعته فواید بیشتری داشته باشند، اگرچه هنوز در اطلاعات دارویی NRT ثابت نشده است، درمان‌های سریع‌الاث‌ر مانند آدامس‌ها که تسکین سریع ایجاد می‌کنند و داروهای کند اثر مانند برچسب‌ها که در مطالعات مختلفی مورد تجویز قرار گرفته‌اند و با یکدیگر مقایسه شده‌اند بر یکدیگر ارجحیت ندارند.

یک متآنالیز از درمان‌های ترکیبی نشان داد که درمان‌های ترکیبی تقریباً شانس ترک در ۱۲ ماه را در مقایسه با درمان با یک نوع دارو دو برابر می‌کنند. همانند سایر بیماران که از NRT استفاده می‌کنند بیمارانی که از دوزهای بالا و درمان‌های ترکیبی استفاده می‌کنند باید از نظر علائم افزایش دوز یا کاهش آن مورد بررسی قرار گیرند.

در بسیاری از سیگاری‌های وابسته استفاده از درمان‌های ترکیبی با انواع مختلف NRT، مؤثرتر از یک نوع درمان به تنهایی می‌باشد.

توصیه می‌شود درمان ترکیبی NRT در بیمارانی که قادر نیستند در ترک بمانند یا علائم محرومیت آنها علیرغم مصرف یک نوع NRT ادامه دارد، تجویز شود.

بوپروپیون

بوپروپیون (زیبان) یک درمان خوراکی غیرنیکوتینی است که به طور موثری به ترک کمک می‌کند. بوپروپیون یک بازدارنده ضعیف نسبی جذب نورونی نورآدرنالین و دوپامین است که حداقل اثرات را بر سروتونین دارد و منوآمین اکسیداز را مهار نمی‌کند. مکانیسمی که توسط آن بوپروپیون توانایی

بیماران را برای ترک سیگار افزایش می‌دهد، شناخته نشده است. اگر چه به نظر می‌رسد که این عمل توسط مکانیسم‌های مرکزی نورآدرنژیک یا دوپامینرژیک انجام می‌شود. بوپروپیون به کاهش علائم محرومیت در ارتباط با ترک سیگار کمک می‌کند. در مطالعات کارآزمایی بالینی یا در بررسی بر روی جمعیت عمومی ثابت شده است که این دارو دارای خاصیت وابستگی آور نمی‌باشد. بوپروپیون در یک برنامه درمانی، به عنوان یک درمان کمکی کوتاه مدت برای افراد وابسته به نیکوتین، با هدف افزایش باقی ماندن در ترک تجویز می‌شود. بوپروپیون به صورت یک درمان اولیه ۳۰ قرص و سپس ۶۰ قرص تجویز می‌شود. تنظیم باید در اولین مشاوره انجام شود و سپس در جلسه پیگیری ارزیابی گردد.

استفاده از بوپروپیون در طی ۶ ماه پیگیری تقریباً شانس ترک را در مقایسه با شبه دارو دو برابر می‌کند (۳۰/۵ درصد در مقابل ۱۷/۳ درصد). یک بررسی اخیر در مورد استفاده از بوپروپیون در ترک سیگار نشان می‌دهد که این دارو در طیفی از جمعیت بیماران که مشکلات قلبی، تنفسی و افسردگی دارند، موثر است. بوپروپیون به طور مشخصی موثرتر از شبه دارو در بیماران COPD می‌باشد (ترک در ۱۶ ماه ۱۶ درصد در مقایسه با ۹ درصد می‌باشد). این در شرایطی است که ترک سیگار حداکثر اهمیت را دارد. در یک مطالعه بوپروپیون موثرتر از برچسب نیکوتینی گزارش شده است، اما شواهد بیشتری برای مقایسه درمان‌های دارویی با یکدیگر مورد نیاز می‌باشد.

شواهد: بوپروپیون آهسته رهش یک درمان دارویی موثر برای ترک سیگار است. توصیه بوپروپیون باید برای افراد سیگاری که از نظر کلینیکی برای این درمان مناسبند، همراه با مشاوره تجویز شود.

دوز حداکثر و دوز توصیه شده بوپروپیون ۳۰۰ میلی‌گرم در روز می‌باشد که به صورت ۱۵۰ میلی‌گرم دو بار در روز داده می‌شود. دوز ابتدایی ۱۵۰ میلی‌گرم است که یک بار در روز برای ۷ روز تجویز می‌شود و به ۱۵۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز افزایش داده می‌شود. درمان با بوپروپیون باید در زمانی که بیماران هنوز سیگار می‌کشند، آغاز شود و ترک باید در هفته دوم درمان انجام شود و دارو حداقل برای ۷ هفته ادامه یابد. به نظر می‌رسد که درمان با بوپروپیون افزایش وزن مرتبط با ترک سیگار را به تاخیر می‌اندازد.

شواهد: درمان ترکیبی با بوپروپیون و برچسب نیکوتینی موثر است. توصیه درمان ترکیبی با بوپروپیون و برچسب نیکوتینی باید برای درمان افرادی بکار رود که قبلاً در ترک با یکی از این درمان‌ها موفق نبوده‌اند. فشار خون باید در طی درمان اندازه‌گیری شود.

۹-۳- سایر درمان‌های دارویی

نورترپیتیلین

بررسی سیستماتیک کوکران بر روی ضدافسردگی‌هایی که در ترک سیگار به کار می‌روند، نشان داد که شواهدی از تاثیر نورترپیتیلین وجود دارد. اثر نورترپیتیلین توسط فیور و همکاران در سال ۲۰۰۰ نیز بررسی شد. در یک متاآنالیز بر روی سه مطالعه درصد ترک ۳۰/۱ درصد در مقابل ۱۱/۷ درصد در گروه شبه دارو بود. مصرف نورترپیتیلین بدلیل عوارض جانبی آن مانند خواب‌آلودگی، خشکی دهان، سرگیجه و سبکی سر محدود است. همچنین خطر آریتمی در بیمارانی که بیماری قلبی عروقی دارند، وجود دارد. به نظر نمی‌رسد در افراد با سابقه افسردگی کارآیی نورترپیتیلین تحت تاثیر قرار گیرد.

شواهد: نورترپیتیلین یک درمان موثر ترک سیگار در افراد با یا بدون سابقه افسردگی می‌باشد. توصیه نورترپیتیلین باید به خاطر عوارض جانبی‌اش به عنوان یک داروی خط دوم در نظر گرفته شود.

کلونیدین

کلونیدین یک آگونیست مرکزی آدرنژیک است که برای کاهش علائم محرومیت به ویژه هوس سیگار کشیدن بکار می‌رود. در یک متاآنالیز بر روی ۵ مطالعه توسط فیور و همکاران (۲۰۰۰)، درصد ترک با کلونیدین در ۵ ماه در مقایسه با شبه دارو ۲ برابر بود. عوارض جانبی کلونیدین به ویژه هیپوتانسیون وضعیتی، به طور گسترده‌ای مصرف آن را در ترک محدود کرده است.

نالتروکسن

نالتروکسن یک آگونیست مخدر طولانی اثر است که کمکی در ترک سیگار به شمار نمی‌رود. در یک مطالعه که ۶۸ سیگاری در آن شرکت داشتند، هیچ تفاوت واضحی در درصد ترک بین نالتروکسن و گروه شبه دارو وجود نداشت. بررسی کوکران در مورد مصرف ضد اضطراب‌ها در ترک سیگار نشان داد که هیچ شواهدی در تاثیر این داروها بر ترک سیگار وجود ندارد، هر چند نتایج موجود نتوانستند اثرات احتمالی آن را رد کنند.

۱۰- مصرف سیگار در گروه‌های خاص

۱۰-۱- زنان

مصرف دخانیات به ویژه سیگار و قلیان تاثیر مخربی بر سلامتی دختران و زنان دارد. این امر آن‌ها را در خطر ابتلا به سرطان ریه، حملات قلبی، آمفیزم، و دیگر بیماری‌های کشنده ناشی از مصرف دخانیات قرار می‌دهد.

عوارض دخانیات در دوران بارداری

دود سیگار حاوی گازهای سمی تقریباً ۴۰۰۰ ماده‌ی شیمیایی است که بعضی از آن‌ها می‌توانند موجب مرگ یا آسیب به نوزادان و افزایش خطر سقط جنین شوند. از جمله گازهای سمی در دود سیگار نیکوتین ماده اعتیادآوری که رگ‌های خونی را تنگ می‌کند، مونوکسید کربن (مانع جذب اکسیژن می‌شود)، بنزن، آمونیاک و فرمالدئید است.

استعمال دخانیات در دوران بارداری نتایج نامطلوبی در تولد نوزادان به همراه دارد. این نتایج نامطلوب موجب افزایش خطر بارداری خارج رحمی، سقط خودبه‌خودی جنین، پارگی پیش از موعد کیسه آب، جدایی ناگهانی جفت از رحم و تولد نوزادان کم وزن می‌شود. استعمال سیگار در طی دوران بارداری حتی در زندگی نوزادان پس از تولد تاثیر گذار است. نوزادان مادرانی که در دوران بارداری بسیار سیگار می‌کشند (۱۰ نخ یا بیشتر) خطر بروز دیابت در هنگام بزرگسالی آنها چهار برابر افزایش می‌یابد. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد زنانی که در دوران بارداری سیگار می‌کشند از توان کمتری در شیر دادن به کودکانشان برخوردارند.

سیگار کشیدن در دوران بارداری هزینه‌بر است. هزینه‌های زایمان افراد سیگاری در سال ۱۹۹۵ در ایالات متحده، ۱/۴ میلیارد دلار تخمین زده شد که این هزینه حدود ۶۶ درصد بالاتر از هزینه‌های زایمان در زنان غیرسیگاری برآورد شد. از سوی دیگر ترک سیگار توسط مادر می‌تواند منجر به کاهش ۱۰ درصدی مرگ و میر در نوزادان و کاهش ۱۲ درصدی سقط جنین گردد.

مدارکی موجود است که نشان می‌دهد مواجهه با دود سیگار در زنان باردار، حتی در مادرانی که سیگار نمی‌کشند، موجب افزایش خطر سقط جنین و مرده‌زایی می‌شود. بعضی شواهد حتی بیانگر این است که سیگار کشیدن زیاد توسط پدر (بیش از ۲۰ نخ سیگار در روز)، حتی قبل از بارداری همسر، ممکن است خطر سقط جنین را افزایش دهد.

سیگار کشیدن می‌تواند به صورت‌های مختلف موجب سقط جنین شود که مشکلات کروموزومال از رایج‌ترین علل سقط جنین مادران سیگاری است. همچنین شواهدی از کاهش توانایی جفت در انتقال

اکسیژن و مواد غذایی به جنین به عنوان علتی قوی تر از ارتباط با مسائل کروموزومی در بروز سقط در باردان سیگاری مشاهده شده است.

۱۰-۲- نوزادان و کودکان

تهدیدهایی که سیگار بر سلامت نوزادان و کودکان ایجاد می کند اغلب از دوران بارداری آغاز می شوند. این تهدیدها عبارتند از: افزایش خطر سندروم مرگ ناگهانی شیرخوار، عفونت های دوران کودکی، عفونت های گوش میانی، نقص تکامل ریه، برونشیت و کاهش کلی وضعیت سلامت ریه ها، کاهش عملکرد و ظرفیت های ریوی، کاهش کلی در تکامل شناختی و فیزیکی، تغییر وضعیت رفتاری و هوش کودکان و افزایش میزان بستری در بیمارستان. مواجهه محیطی با دود سیگار همچنین منجر به افزایش خطر ابتلا به آسم در دوران کودکی و نیز افزایش تعداد حملات آسم می گردد.

۱۰-۳- افراد با بیماری های مرتبط با سیگار

شواهد واضحی دال بر افزایش فوق العاده خطر بیماری در کسانی که علی رغم داشتن بیماری های وابسته به دخانیات، همچنان به کشیدن سیگار ادامه می دهند، وجود دارد. برای مثال در بیماران قلبی اگر به کشیدن سیگار ادامه بدهند، حملات قلبی ثانویه شایعتر است. همچنین افراد مبتلا به سرطان های درمان شده موفق، اگر به سیگار کشیدن ادامه دهند در معرض خطر سرطان ثانویه قرار دارند. در افراد دیابتی که به کشیدن سیگار ادامه می دهند خطر بیماری های قلبی عروقی، بیماری های عروق محیطی، نوروپاتی و نوروپاتی افزایش می یابد. یک رابطه واضح بین ادامه سیگار کشیدن و پیشرفت COPD نیز وجود دارد.

در یک مطالعه بر روی جمعیت سیگاری مزمن با سابقه مصرف ۵۰ پاکت سیگار در سال (PACK/YEAR) و حداقل ۵ تلاش قبلی برای ترک، نشان داده شد که نیمی از افراد از آنفاریکتوس میوکاردرنج می برند و یک چهارم آنها COPD با یا بدون دیابت داشتند.

افراد با بیماری های وابسته به دخانیات یا با سایر عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی مانند دیابت، فشار خون و اختلالات چربی برای برنامه پیشگیری چندین منظوره مناسب می باشند. این افراد بیمارانی هستند که شواهد واضحی از خطرات بیماری های وابسته به دخانیات را ندارند و پزشکان عمومی می توانند نقشی حیاتی در این امر ایفا کنند. مثال هایی از مشارکت سایر متخصصان بهداشتی در این زمینه بستگی به مشکلات بهداشتی موجود دارد که می توان از آموزش دهندگان در مورد دیابت، داروسازان، پزشکان متخصص، پرستاران کادر درمانی و پرستاران سیستم مراقبت اولیه نام برد. در

بعضی مناطق، مشاوران خطوط تلفنی ترک نیز این فعالیت را دارند که در یک برنامه مراقبتی وارد شوند.

۱۰-۴- افرادی که سایر داروها را مصرف می‌کنند

مصرف سیگار اثراتی روی متابولیسم داروها به‌ویژه داروهای آنتی‌سایکوتیک، تئوفیلین، انسولین و وارفارین دارد. داروهای آنتی‌سایکوتیک که متابولیسم آنها تحت تاثیر مصرف سیگار قرار می‌گیرند، شامل کلوزاپین، فلوفنازین، هالوپریدول و اولانزاپین هستند. ممکن است در بیمارانی که سیگار را ترک می‌کنند لازم باشد دوز این داروها کم شود. در این موارد مشاوره با روانپزشک در مورد تعدیل دوز داروها توصیه می‌شود. سیگاری‌ها تئوفیلین را سریع‌تر متابولیزه می‌کنند، بنابراین در هنگام ترک سیگار دوز تئوفیلین باید کم شود.

جذب انسولین در سیگاری‌ها کاهش پیدا می‌کند، بنابراین ترک ممکن است باعث افزایش جذب انسولین شود و در نتیجه ریسک هیپوگلیسمی افزایش یابد. در این موارد کنترل قند خون همراه با کاهش دوز انسولین ممکن است ضروری باشد. کنترل ضد انعقادها در زمان ترک سیگار و آزمایشات مربوطه مثل PT و تنظیم دوز وارفارین نیز توصیه می‌شود.

۱۱- قوانین کنترل دخانیات

۱۱-۱- آشنایی با معاهده جهانی کنترل دخانیات

معاهده بین المللی کنترل دخانیات نخستین معاهده جهانی است که به وسیله سازمان بهداشت جهانی در اکتبر سال ۱۹۹۹ پیشنهاد و بعد از ۶ جلسه اصلی عمومی در اول مارس ۲۰۰۳ به تائید هیئت‌های مذاکره کننده کشورهای عضو رسید و در نشست جهانی بهداشت در ماه می ۲۰۰۳ توسط وزرای بهداشت ۱۹۲ عضو سازمان ملل تصویب شد.

هدف از این معاهده حفاظت نسل کنونی و آینده از اثرات زیان‌بار بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی ناشی از استعمال دخانیات و قرار گرفتن در معرض دود آن می‌باشد. اساس این پیمان‌نامه ایجاد تکلیف برای کشورهای مختلف است تا اولویت خاصی برای حفظ سلامت عمومی در این زمینه قائل شوند. این پیمان به کشورهای عضو این رهنمود را می‌دهد که توافق‌های این معاهده حداقل‌های لازم برای کنترل دخانیات است و کشورها بر اساس شرایط خاص خود بایستی مقررات و اقدامات جدی‌تر به کار ببندند.

موارد مهم پیمان نامه

- تبلیغات مستقیم و غیرمستقیم دخانیات در برنامه‌های آموزشی، سرگرمی و ورزشی کاملاً ممنوع گردد.
- پیام‌های سلامتی و زیان‌های دخانیات باید مصور و حداقل ۵۰ درصد سطح هر طرف پاکت سیگار را پوشش دهد.
- استفاده از تعبیر گمراه کننده مانند ملایم، لایت، سبک و ... ممنوع گردد.
- سلامتی افراد غیرسیگاری در محل کار، وسایل نقلیه عمومی و اماکن عمومی از طریق ممنوعیت جدی استعمال دخانیات در این اماکن تامین گردد.
- مبارزه جدی و ریشه‌ای با قاچاق سیگار از طریق الصاق برچسب کددار تعریف شده که منشاء تولید و مقصد مصرف نهایی سیگار را پایش نماید.
- افزایش مستمر و سالیانه قیمت سیگار از طریق افزایش مالیات
- -ممنوعیت عرضه سیگار در فروشگاه‌های معاف از مالیات
- -محتوی و ترکیبات سیگار روی پاکت آن توضیح داده شود.
- اولویت بخشیدن به تدوین قوانین و مقررات مربوط به مبارزه جدی با استعمال دخانیات

- دولتها مکلف می شوند تا از امکانات و منابع موجود هزینه‌های لازم برای مبارزه با استعمال دخانیات را فراهم آورند.
- از جمله تعهدات بسیار مهم این معاهده موارد ذیل نیز می‌باشد:
- دولت‌ها مکلفند ستاد ملی و هسته محوری برای برنامه کنترل دخانیات ایجاد نمایند.
- دولت‌ها مکلفند تا روش‌های ترک دخانیات را در برنامه‌های بهداشت ملی قرار دهند.
- دولت‌ها مکلفند از هر گونه پخش و توزیع رایگان محصولات دخانی خودداری کنند.
- دولت‌ها مکلفند جمعیت‌های غیردولتی را در تدوین و اجرای برنامه‌های ملی مبارزه با دخانیات مشارکت دهند.
- دولت‌ها مکلفند فروش مواد دخانی توسط و به افراد زیر ۱۸ سال را ممنوع سازند.

۱۱-۲- آشنایی با قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات

ماده ۱- به منظور برنامه‌ریزی برای مبارزه با مصرف مواد دخانی و حفظ سلامت عمومی، ستاد کشوری کنترل و مبارزه با دخانیات که در این قانون به اختصار، ستاد نامیده می شود با ترکیب زیر تشکیل می‌شود:

- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان رئیس ستاد.
- وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی
- وزیر آموزش و پرورش
- وزیر بازرگانی
- فرماندهی نیروی انتظامی
- دو نفر اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر
- رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران به عنوان ناظر
- نماینده یکی از سازمان‌های غیردولتی مرتبط با دخانیات به انتخاب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

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

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

ماده ۲- وظایف ستاد به شرح زیر است:

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

ب) تدوین و تصویب برنامه‌های آموزشی و تحقیقات با همکاری دستگاه‌های مرتبط.

ج) تعیین نوع پیام‌ها، هشدارها، تصاویر و طرح‌های مرتبط با آثار سوء اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و سلامتی دخانیات و دوره‌های زمانی آن، موضوع ماده (۵) این قانون. مصوبات این ستاد پس از تأیید رئیس جمهور قابل اجراست.

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

ماده ۴- سیاست‌گذاری، نظارت، و مجوز واردات انواع دخانی صرفاً توسط دولت انجام می‌گیرد.

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

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

ماده ۶- کلیه فرآورده‌های دخانی باید در بسته‌هایی با شماره سریال و برچسب ویژه شرکت دخانیات عرضه شوند. درج عبارت (مخصوص فروش در ایران) بر روی کلیه بسته بندی‌های فرآورده‌ای دخانی وارداتی الزامی است.

ماده ۷- پروانه‌های فروش فرآورده‌های دخانی توسط وزارت بازرگانی و بر اساس دستورالعمل مصوب ستاد صادر می‌شود.

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

ماده ۸- هر ساله از طریق افزایش مالیات، قیمت فرآورده‌های دخانی به میزان ده درصد افزایش می‌یابد.

تا ۲ درصد از سر جمع مالیات مأخوذه از فرآورده‌های دخانی واریزی به حساب خزانه‌داری پس از طی مراحل قانونی در قالب بودجه‌های سنواتی در اختیار نهادها و تشکل‌های مردمی مرتبط به منظور تقویت و حمایت این نهادها جهت توسعه برنامه‌های آموزشی، تحقیقاتی و فرهنگی در زمینه پیشگیری و مبارزه با استعمال دخانیات قرار می‌گیرد.

ماده ۹- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است فعالیت‌های پیشگیرانه، درمان و توانبخشی افراد مبتلا به مصرف فرآورده‌های دخانی و خدمات مشاوره‌ای ترک دخانیات را در خدمات اولیه بهداشتی ادغام و زمینه‌های گسترش و حمایت از مراکز مشاوره‌ای و درمانی غیردولتی ترک مواد دخانی را فراهم نماید.

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

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

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

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

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

ب- سایر مرتکبین به جزای نقدی از هفتاد هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم می شوند

تبصره ۱- مصرف دخانیات در اماکن عمومی یا وسایل نقلیه عمومی موجب حکم به جزای نقدی از پنجاه هزار ریال تا یکصد هزار ریال است

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

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

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

ماده ۱۶- فروشندگان مکلفند فرآورده‌های دخانی را در بسته‌های مذکور در ماده (۶) عرضه نمایند، عرضه و فروش بسته‌های باز شده فرآورده‌های دخانی ممنوع است. متخلفین به جزای نقدی از پنجاه هزار ریال تا دوپست هزار ریال محکوم می‌شوند.

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

ماده ۱۸: آیین‌نامه اجرایی این قانون، ظرف سه ماه به وسیله‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری شرکت دخانیات ایران، تدوین و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ماده ۱۹- احکام جزایی و تنبیهاات مقرر در این قانون شش ماه پس از تصویب به اجرا گذاشته می‌شود.

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

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

۱۱-۳- آشنایی با آئین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل دخانیات

آئین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی - وزارت صنایع و معادن - شرکت دخانیات ایران:

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۶/۷/۱ بنا به پیشنهاد شماره ۴۳۸۵۵۶ مورخ ۱۳۸۵/۱۲/۲۳ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد ماده ۱۸ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات- مصوب ۱۳۸۵ آئین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- در این آئین‌نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌رود:

- قانون: قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات- مصوب ۱۳۸۵
- ستاد: ستاد کشوری کنترل و مبارزه با دخانیات
- تبلیغ: هر گونه فعالیت یا اقدام که به شکل مستقیم یا غیرمستقیم در معرفی، تحریک و تشویق افراد به خرید و مصرف محصولات دخانی انجام شود.
- بسته بندی: محصولات دخانی عرضه شده در بسته‌هایی از قبیل پاکت، کارتن، قوطی و لفافه.
- محصولات دخانی: هر ماده یا فرآورده‌ای که تمام یا بخشی از ماده خام تشکیل دهنده آن گیاه توتون یا تنباکو یا مشتقات آن (به استثنای مواد دارویی مجاز ترک دخانیات به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد.
- استعمال دخانیات: هر گونه مصرف مواد دخانی از قبیل دود کردن، مکیدن، جویدن یا استنشاق از راه بینی و دهان.
- سازمان‌های غیر دولتی: تشکل‌ها و نهادهای غیردولتی و مردمی از قبیل انجمن، جمعیت، کانون، مرکز، گروه، مجمع، خانه و موسسه، که توسط گروهی از اشخاص حقیقی یا حقوقی غیردولتی با رعایت قوانین و مقررات مربوط تاسیس شده و به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پیشگیری از استعمال محصولات دخانی و یا مبارزه با تولید، استعمال و ترویج مواد دخانی هدف اصلی یا از جمله اهداف آن‌ها می‌باشد.
- اماکن عمومی: محل‌هایی که مورد استفاده و مراجعه جمعی یا عموم مردم است، از قبیل اماکن متبرکه دینی، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، سالن‌های نمایش، سینماها، فضاهای عمومی، مهمانخانه‌ها و مهمانسراها و مهمانپذیرها، خوراک‌سراها (رستوران‌ها)، قهوه‌خانه‌ها، کارخانجات، گنجینه‌ها(موزه‌ها)، پایانه‌های مسافری، فروشگاه‌های بزرگ، اماکن فرهنگی، اماکن ورزشی، کتابخانه‌های عمومی، مدارس، دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی و پژوهشی، وسایل نقلیه عمومی،

مؤسسات و سازمان‌های دولتی و عمومی، نهادهای انقلاب اسلامی، بانک‌ها و شهرداری‌ها و هر نوع مرکز و محل جمعی دیگر.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ماده ۱۳- وزارت بازرگانی موظف است فهرست اشخاص حقیقی و حقوقی را که طبق ماده (۷) قانون دارای پروانه فروش (فروشنده‌گان مجاز) محصولات دخانی می‌باشند را در اختیار ستاد قرار دهد. تبصره- مجوز عاملیت بازرگانی محصولات دخانی توسط شرکت دخانیات ایران براساس قوانین و مقررات مربوط صادر خواهد شد.

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

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

ماده ۱۶- کلیه محصولات دخانی باید در بسته بندی و با شماره سریال و برجسب ویژه شرکت دخانیات ایران عرضه یا به فروش برسد. درج عبارت مخصوص فروش در ایران بر روی کلیه بسته‌بندی‌های فرآورده‌های دخانی وارداتی الزامی است.

تبصره ۱- فروش محصولات دخانی به صورت فله‌ای، باز و یا نخ‌ی ممنوع است.

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

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

تبصره ۴- از محل درآمد حاصل، حق‌الکشف کارکنان نیروی انتظامی و بازرسین و هزینه مربوط به فروش شرکت دخانیات پرداخت می‌گردد.

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

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

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

وزارتخانه‌های جهاد کشاورزی و صنایع و معادن موظفند در صورت کاهش میزان نیاز به توتون و تنباکو کارخانجات داخلی، جایگزین تدریجی زراعت و توتون و تنباکو را با سایر محصولات کشاورزی در الگوی کشت مناطق تولید و فرآوری محصولات دخانی مورد مطالعه و اجرا قرار دهند. تبصره- پرداخت یارانه در زمینه کاشت، داشت و برداشت توتون و تنباکو به هر شکل مجاز نمی‌باشد.

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

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

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

ماده ۲۱- دستگاه‌های موضوع ماده (۱۶) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران موظفند برنامه‌های آموزشی و تبلیغی مصوب ستاد را برای پیشگیری از استعمال دخانیات و مبارزه با آن اجرا نمایند.

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

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

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

ماده ۲۵- وظایف دبیرخانه ستاد به شرح زیر تعیین می‌گردد:

- انجام بررسی‌های لازم در خصوص پیشنهادهای قابل طرح در ستاد و تنظیم دستور جلسات آن.
- پیگیری مصوبات ستاد
- راه‌اندازی کار گروه‌های تخصصی ملی و استانی و نظارت بر آن‌ها.
- انجام هماهنگی‌های لازم با سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها برای دعوت آن‌ها به شرکت در جلسات بر حسب مورد.
- تدوین و ارائه گزارش عملکرد ستاد.
- انجام سایر اموری که توسط ستاد به دبیرخانه محول می‌گردد.

- جمع آوری و ثبت اطلاعات و آمار
 - هماهنگی امور اجرایی مربوط به ستاد.
- ۵۵۶-۲۶** - تعداد اعضا، ترکیب، وظایف و سایر مقررات مربوط به کارگروه‌های تخصصی طی دستورالعملی که به تصویب ستاد می‌رسد تعیین می‌گردد.

مراجع

- 1) -<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>
- 2) -Peto R. Smoking and death: the past 4.years & the next 40. BMJ 1994; 309:937-9
- 3) -Peto R, et al. Mortality from smoking in developed counreies 1950-2000 oxfords, UK: Oxford University Press, 1994: a 22
- 4) -Liu BQ et .al. Emerging tobacco hazard in china: I.Retrospective Proportional mortality study of one milion deaths. British medical Journal, 1998, 317(7170):1411.1422
- 5) -Gilmore A, et al. prevalence of smoking in 8 countries of the former soviet union: results from the living conditions, lifestyles and health study. American Journal of public Health, 2004, 49(12):2177-2187
- 6) -Chattopadhyay A. Emperor as a healer and his eminent physicians.Bulletin of the Indian Institute of the history of Medicine, 2002, 30:151-158.
- 7) -Rastam S, et al. Estimating the beginning of the water pipe epidemic in Syria. BMC public Health, 2004, 4:32
- 8) -Knishkowsy B, Mitai A Y. Water-pipe (narghile) smoking: an emerging health risk behavior pediatrics, 2005, 116(1):e113-e119
- 9) -Mazik w, ward KD, Eissenbreng T. Factors related to frequency of narghile (water pipe) use: the ferst insights on tobacco dependence in narghile users.Drug and Alcohol Dependence, 2004, 79:101-106
- 10) -D Jordjevic MV, Stellman SD, Zang E. Doses of nicotine and lung carcinogens delivered to cigarette smokers. Journal of the National councer Institute, 2002, 92(2):106-111
- 11) -Shihadeh A, et al.Towards a topographical model of narghile water-pipe café smoking: A pilot study in a high socioeconomic status neighborhood of Beirut, Lebanon.Biochemistry pharmacology, and Behavior, 2004, 79(1):75-82
- 12) -Mazik w, et al. Tobacco smoking using a water pipe: a re-emerging strain in a global pidemic.Tobacco Control: 2004, 13:327-333
- 13) -Shafagoj YA, Mohammed FI, Hadidi KA. Hubble-bubble (water pipe) smoking: levels of nicotine and cotinine in plasma, salivaand urine.International Journal of clinical pharmacology and therapeutics, 2002. 40(6):249-255
- 14) -Sajid KM, Akhtar M, Malik GQ. Carbon monoxide fractions incigarettevand hookah (hubble-bubble) smoke.Journal of the Pakistan medical Association, 1993, 43(9):179-182
- 15) -Shihade A, Saleh R. Polycyde aromatic hydrocarbons, carbon monoxide,"tar" and nicotine in the mainstream smoke aerosol of the narghile water pipe.Food and Chemical toxi cology. 2002, 43(5):655-664
- 16) -Chapman S and Wong WL.Use of tobacco in LDCs.In: Tobacco control in the Third world: A Resousce Atlas. International organization of consumers unions, 1990
- 17) -Beaglehole R. Does Passive smoking cause heart diseases (Editorial). British medical Jornal, 1990; 301:1343-1344
- 18) -Dobson A, Alexander HM, Heller RF, Ployd DM. Passive smoking and the risk of heartbattak or coronary death. Medical Journal Australia, 1991; 154:793-797
- 19) -World Health organization.Tobacco Alert, World Health organization, World No Tobacco Day 1996 special issue, Geneva.

- 20) -Bichers C. Regaining us leafs word share: long, slow but possible process.Tobacco INT, 1987:189:5-8
- 21) -Postma DS, Siafakas NM, eds. Managment of chronic obstructive pulmonary Disease. Eur Respir Mon 1998:7.
- 22) -Global Initiative for chronic obstructive lung disease.NHLBI/WHO work shop.usnDept of HEALTH and Human services, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute.NIH Publication o.2701 A.Bethesda, National Institutes ofHealth.2001
- 23) -Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic air flow obstruction. BMJ 1997; 1: 1645-1648
- 24) -Anthonisen NR, Connect JE, kiley JP, et.al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic brouchodilator on the rate of decline of FEV1.The lung health study.JAMA 194; 272:1497-1505
- 25) -Hand S, Edwards S, Campbell IA, Caning S R.C ontrolled trial of three weeks nicotine replacement in hospital patients also given advice and suppot.Thorax 2002; 57:715-718
- 26) -Taskkin DP, Kanner R, Bailey W.et.al. smoking cessation in patients with chronic abstructive pulmonary disease: a double- blind, placebo-controlled, randomized trial.Lancet 2001, 357:1571-1575
- 27) -Us Department of health and human services.The Health consequences of smoking for women.A Report of the surgeon General us Department of Helth and Human services, public Health service, office on smoking and Health.1981
- 28) -Doll R, Peto R, Boreharm J, Sutherland I.Mortality in relation to smoking: 50 years, observation on male British doctor.BMJ 2004;328:1529-1533
- 29) -La uacchia.c, Franceschi S; Levi F. Epidemiological research on cancer with a focus on Europe.Eur J cancer prev 2003; 12:5-14
- 30) -US Department of Health and Human Servicess. The health consequences of smoking;a report of the surgeon General, 2004.www.cdc.dov 1 tobacco/sgr/sgr-2004/index.htm.Date last access d: November 28,2006.Date last updated:February15,2002
- 31) -Alberg AJ, Samet JM. Epidemiology of lung cancer .chest2003; 123:suppl.1, 21s-495
- 32) -Chisato Negata et al. Tobacco smoking and Breast cancer Risk.An Evaluation Based on a systematic Review of Epidemiological Evidence among the Japanese population ; Japanesc Journal of clinical oncology 2006.36(6):387-394tistical manual of mental disorders, 4 th Edn.Washington, American psychiatric Association,1994.394
- 33) -Batra V, Patkar AA, Barretini WH, Weinstein SP,Leone FT. The genetic deteninants of smoking.chest 2003; 123:1730-1739
- 34) -American Psychiatric Association. Diagnostic andstatistical manual of mental disorders, 4 th Edn.Washington, American psychiatric Association, 1994.
- 35) -US Department of Health and Human Services. TheHealth Consequences of Smoking:Nicotine Addiction.A Report of the Surgeon Generel, 1988.US Department of Health and Human Services,Public Health Services,Centers for Disease Control,Center for HealthnPromotion and Education, Office on Smoking and health. DHHS Publication NO.88-8406, 1988.
- 36) -Benowitz NL. Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction.New England Journal of Medicine.1988; 319:1318-1330

- 37) -Russell MAH. The nicotine addiction trap: a 40-year sentence for four cigarettes. *British Journal of Addiction*, 1990; 85:293-300
- 38) -Pollin W. Addiction is the key step in causation of all tobacco-related disease (editorial). *World Smoking and Health*, and *American Cancer Society Journal Spring* 1985:2-3
- 39) -Kozlowski LT, Wilkinson A, Skinner W, Kent C, Ranklin T, Pope M. Comparing tobacco cigarette dependence with other drug dependencies. *JAMA*, 1989; 261
- 40) -Hughes JR, Gusst SW, Skoogk, Keenan RM, Fenwick JW. Symptoms of tobacco with drawal. A reevaluation and extension. *Arch Gen psychiatry* 1991; 48:52-59
- 41) -Shiffman S, West RJ, Gilbert D6. SRNT Work Group on the Assessment of craving and with drawal in clinical trials. *Nicotine Tob Res* 2004; 6:599-614
- 42) -Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco Smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviour*, 1978
- 43) -Pomerleau CS, Carton SM, Lutzke MK, Flessland KA, Pomerleau QF. Reliability of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Addictive Behaviour*, 1994;19:33-39
- 44) -Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *cochrane Database syst Rev* 2004;3:CD 000146
- 45) -National Health Committee. Guidelines for Smoking Cessation. New Zealand Ministry of Health, Wellington, 2002, www.nzgg.org.nz
- 46) -Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco use and Dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000
- 47) -Young JM, Ward JE. Implementing Guideline for smoking cessation advice in Australian General practice: options, current practices, readiness to change and perceived barriers. *Family Practice* 2001;18(1):14-20
- 48) -Wiggers JH, Sanson-Fisher RW. Practitioner provision of preventive care in general medical consultations: association with patients' educational and occupational status. *Social Science and Medicine* 1997; 44:13-146
- 49) -Prochaska JO, Di Clemente CC. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N (eds). *Treating Addictive Behaviours: process of change*. New York, plenum press, 1986: 3-27
- 50) -Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO, Abrams DB, Emmons KM, Pierce JP. Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive medicine*, 1995; 24; 401-411
- 51) -Zwar NA, Richmond RL, Harris MF. What proportion of general practice patients are ready to stop smoking? Poster presentation. First National Tobacco controls conference 12-14 June 2001. Adelaide.
- 52) -Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO, Abrams DB, Emmons KM, Pierce JP. Distribution of stages of change in three representative samples. *Preventive Medicine* 1995; 24:401-411
- 53) -Richmond R., Webster L., Elkins L., Mendelsohn C, Rollnick S. Smokescreen for the 1990s: A Stop smoking Programme for General Practitioner to use with smoker. NSW Department of Health, 2 edition, 1991.
- 54) -Richmond RL, Kehoe L, de Almeida Neto AC. Three year continuous abstinence in a smoking cessation study using the nicotine transdermal path. *Heart* 1997;7806:(617-618)

- 55) -Bulter CC, Rollnick S, Cohen D, et al. Motivational consulting versus brief advice for amokers in general practice: A randomized trail. British Journal of General Practice 1999; 49(445):11-616
- 56) -Richmond, RL. The physician can make a difference with smokers: evidence based clinical approaches. Int J Tub Lung Dis 1999; 3(2):100-112
- 57) -Richmond, R., Anderson, P. Research in general practice for smoker and excessive drinkers in Australia and the United Kingdom. I. Addiction 1994; 89:35-47
- 58) -Richmond RL, Makinson RJ, Kehoe LA, Giugni AA, Webster IW. One-year evaluation of three smoming cessation antervention administered by general practitioner. Addictive Behaviours 1993;18:187-199
- 59) -National Helath Committee. Guideline for smoking cessation. New Zealand Ministry of Helath, Wellington, 1999. www.nzgg.org.nz
- 60) -Kenford SL, Flore MC, Jorenby D, et al, Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. Journal of the Americal Medical Association, 1994; 21:589-594
- 61) -Hughes JR. Nicotine withdrawal, dependence and absue. In DSM-IV Sourcebook vol 1, Ed Widiger T, Frances A, Princus H, et al. Washington DC. American Psychiatric Association 1994,19-116
- 62) -Silagy C, Mant D, Fowler G, et al. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. Lancet 1994; 343 (8890): 139-142
- 63) -Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (COCHRANE Library, Issue 1, 2003. Oxford: update softward (a).
- 64) -Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health. Loudon, Board of science and Education and tobacco Resource centre, eb 2004
- 65) -Floyd R. Smoking During Pregnancy: Prevalence, Effects, and In tervention strategies; Birth volum 18 Issue 1, Pages 48-53

۶۶) -حیدری غلامرضا، آنچه همه باید درباره دخانیات بدانند. چاپ اول ۱۳۸۹، انتشارات گنج معرفت.

۶۷) -حیدری غلامرضا و همکاران، تازه ترین دستورالعمل‌های درمان ترک سیگار، ترجمه دکتر فیروزه طلپس چی و پریرزاد سینایی، چاپ اول ۱۳۸۹، انتشارات گنج معرفت.

۶۸) -ریچموند رایین، راهنمای آموزش جهت تعلیم دانشجویان پزشکی در مورد دخانیات. ترجمه دکتر محمدرضا مسجدی و همکاران، چاپ اول، پاییز ۱۳۸۷، انتشارات مرکز آموزشی پژوهشی درمان سل و بیماری‌های ریوی، ص ۷۳-۷۲

۶۹) -مسجدی محمدرضا، روش‌های ترک سیگار در بیماران ریوی، ترجمه پریرزاد سینایی، چاپ اول، پاییز ۱۳۸۶، انتشارات مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی، ص ۱۶

۷۰) -حیدری غلامرضا و همکاران، راهنمای ترک سیگار، چاپ اول، پاییز ۱۳۸۶، انتشارات مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی، ص ۳۴-۳۲

- (۷۱) -مسجدی محمدرضا و همکاران، سیگار، زیان‌ها و روش ترک، چاپ اول، پاییز ۱۳۷۸، انتشارات مرکز آموزشی پژوهشی درمان سل و بیماری‌های ریوی
- (۷۲) -عبداللهی نیا علی و همکاران، زنان و دخانیات، چاپ اول، بهار ۱۳۸۹، انتشارات جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران، ص ۲۸-۳۰
- (۷۳) -مجدی محمدرضا، رفیعی‌منش احسان، دخانیات و سلامتی. چاپ اول، بهار ۱۳۸۸، انتشارات موسسه فرهنگی هنری البرز، نشر همدل

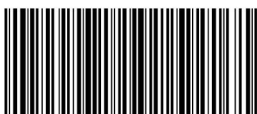


Tehran University of Medical Sciences
Institute for Environmental Research



Islamic Republic of Iran
Ministry of Health and Medical Education
Environmental and Occupational Health Center

A Guide to
Smoking Cessation Guidelines
for Medical Students



2050202- 1301- 1

2050202-1301-1