

کنترل دخانیات

تنها ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی کنترل دخانیات کشور
شماره ۴ دی ماه ۱۳۸۸ - تیراز ۱۰۰۰ نسخه - بها، ۱۵۰۰۰ ریال

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای زبوی

بیمارستان دکتر سیم دانشوری

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی



شماره



سیگار نکشید،

با سیگار کشیدن گل زندگی خود را میسوزانید

کنترل دخانیات

تنها ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی
کنترل دخانیات کشور - شماره ۴ دی ۱۳۸۸

ماهنامه کنترل دخانیات

مجوز انتشار

به شماره ۱۲۴/۳۶۴۲ مورخه ۱۳۸۸/۷/۲۷ هیات نظارت بر مطبوعات

صاحب امتیاز

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مرکز آموزشی پژوهشی سل و بیماریهای ریوی

بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مدیر مسئول و سردبیر

دکتر غلامرضا حیدری

هیأت تحریریه

دکتر حبیب امامی، دکتر مسلم بهادری،

دکتر علی رمضانخانی، دکتر بابک شریفکاشانی،

دکتر هومن شریفی، دکتر سعید فلاح‌تفتی،

دکتر محمدرضا مسجدی

مشاوران علمی

دکتر مهشید آریابابور،

دکتر شبنم اسلام‌پناه، دکتر زهرا حسامی

مدیر اجرایی و مترجم

پریزاد سینایی

تایپ و حروفچینی

سعیده طباطبایی‌زاده

همانگی

علیرضا مظفریان

امور تبلیغات

دکتر زهرا حسامی

گرافیکست و صفحه آرا

فائزه صفرعلی

آدرس

تهران، نیاوران، انتهای دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

کدپستی

۱۹۵۵۸۴۱۴۵۲

تلفکس

۲۶۱۰۹۵۱۵ - ۲۶۱۰۶۰۰۳

E-mail: info@tpcrc.ac.ir Website: www.tpcrc.ac.ir

با همکاری

جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

تیراژ

۱۰۰۰ نسخه

بهاء

۱۵۰۰۰ ریال

چاپ و صحافی

سازمان چاپ و انتشارات - کیلومتر ۴ جاده مخصوص کرج - جنب بلوار شیشه مینا

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منبع بلامانع است.

کنترل دخانیات

تنها ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی
کنترل دخانیات کشور - شماره ۲ دی ۱۳۸۸

- ۳ معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
- ۴ سخن روز
- ۵ فعالیتهای مرکز
- ۷ اخبار کشوری
برگزاری پایگاه مردمی پژوهشکده سل و بیمار بهای ربوی
به مناسبت روز جهانی COPD
- ۱۱ اخبار بین المللی
افزایش قاچاق در صنعت سه هزار میلیارد تومانی سیگار کشور
- ۱۵ زیر ذربین
اعلام دور هفتم برنامه اهدای بورسیه مؤسسه Bloomberg
ارتباط استنشاق دود سیگار با پوکی استخوان
کارمندانی که مجبورند سیگار بکشند!
افزایش تعداد زنان سیگاری در جهان
تاثیر مثبت استفاده از برچسبهای جدید ترک سیگار
ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی قزاقستان
- ۱۷ مقالات منتخب
اطلاعات ضروری درباره مصرف سیگار در اتومبیل
بررسی سن و مصرف سیگار از طریق اتوبیسی شفاهی
- ۱۹ معاهده جهانی کنترل دخانیات
معاهده بین المللی سازمان بهداشت جهانی درباره کنترل دخانیات
- ۲۱ مروری بر کتب چاپ شده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات



معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

در پی تلاش ده ساله و مقارن با روز جهانی بدون دخانیات (۱۰ خرداد ۱۳۸۶) اولین مرکز تحقیقاتی در زمینه کنترل دخانیات توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شروع به کار نمود. پیشنهاد تشکیل این مرکز توسط واحد کنترل دخانیات مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی به دانشگاه متبوع ارائه شد. بعد از بررسی و تصویب در هیئت رئیسه دانشگاه مراتب به معاونت پژوهشی وزارت بهداشت اعلان گردید که در این معاونت هم به تأیید رسید.

این مرکز توسط ۶ نفر عضو هیئت علمی دانشگاه تأسیس شده است و با همکاری ۶ پزشک و ۳ کارشناس در بیمارستان مسیح دانشوری تهران فعالیت می‌کند و دیدگاه آن ایجاد جامعه‌ای عاری از دخانیات می‌باشد. یکی از اهداف مرکز تبدیل شدن به قطب پژوهشی کنترل دخانیات در سطح منطقه و جهان می‌باشد. در همین راستا این مرکز از سال ۱۳۸۶ به عنوان مرکز همکاری‌های منطقه شرق مدیترانه (EMRO) شناخته شده است. همچنین این مرکز به انجمن‌های بین‌المللی کنترل دخانیات (FCA) پیوسته است. به لطف بیش از یک دهه تجربه خدمات درمانی ترک سیگار در قالب کلینیک‌های ترک سیگار و خط مشاوره تلفنی، ما آماده ارائه خدمات فوق به صورت رایگان می‌باشیم.





سخن روز

مدیر عامل شرکت دخانیات ایران سال ۸۸ را سال مبارزه با قاچاق مارلبرو نام گذاری کرده‌اند (روزنامه اعتماد یکشنبه ۱ شهریور سال ۸۸ صفحه ۴) و مقرر بود تا تعداد زیادی از سیگارهای مارلبرو ضبط شده امحا گردد. همچنین قصد این بود که برای مبارزه با قاچاق آن با کمپانی سازنده وارد مذاکره شوند و به طور قانونی تولیدات سازند (که این خود یک طرفند اصلی تولیدکنندگان سیگار در دنیا است و کشورهایی که انحصار دخانیات دولتی دارند را با آن به زانو در می‌آورند) ولیکن بر اساس وجود شبهاتی که این کمپانی با برخی سهامیونست‌ها ارتباط دارد اجازه این کار صادر نشد و این اقدام نا میمون صورت نگرفت (خداوند متعال را شکر می‌کنیم).

سوال اینجاست که با گذشت ۳ ماه از آن تاریخ چه مبارزه‌هایی با مارلبرو شده است؟ هنوز هم مارلبروها در کنار سیگارهای تولید داخل و وارداتی قانونی در قفسه‌های رنگین سوپر مارکت‌ها و کیوسک‌های روزنامه فروشی با تنوع قابل وصفی در دسترس است. لازم به ذکر است که بر اساس مطالعه‌ای انجام شده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات سیگار مارلبرو به عنوان اولین سیگار مصرف شده در افراد سیگار شهر تهران بوده است و سهمی حدود ۱۰ درصد بازار داشته است. نکته آخر اینکه به نظر می‌رسد مبارزه با قاچاق یک محصول وظیفه تولیدکننده آن محصول نمی‌باشد بلکه ارگان مشخص دیگری باید به این امر بپردازد.

سردبیر

فعالیت‌های مرکز

تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

برگزاری پایگاه مردمی پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی به مناسبت روز جهانی COPD

مراسم روز جهانی COPD امسال ۲۷ آبان ماه ۱۳۸۸ (۱۹ نوامبر ۲۰۰۹)، به همت گروه گارد ایران، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی (بیمارستان مسیح دانشوری) مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی و با همکاری مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات و شهرداری منطقه یک برگزار شد. این پایگاه از ساعت ۹ الی ۱۵ با هدف آشنایی عموم مردم با بیماریهای انسدادی ریوی، پیشگیری، تشخیص و درمان زود هنگام بیماری COPD و هشدار درباره مضرات مصرف دخانیات از جمله نقش مصرف دخانیات به عنوان مهمترین عامل ایجاد بیماری COPD در میدان تجریش مستقر بود.



تجربش با اشاره به برگزاری چنین پایگاهی توسط پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی در سال گذشته گفت: خوشبختانه امسال با اطلاع رسانی گسترده گروه گارد ایران در برخی از استانها پایگاههای مردمی به منظور افزایش دانش عمومی مردم راجع به بیماری COPD و انجام تست تنفس برگزار شد.

وی با بیان این مطلب که متأسفانه برنامه‌های پزشکی از لحاظ اطلاع‌رسانی از سوی رسانه‌های جمعی مظلوم واقع شده‌اند اظهار کرد: از رسانه‌های جمعی بویژه صدا و سیما انتظار می‌رود تا در انعکاس برنامه‌هایی نظیر پایگاههای مردمی مرتبط با موضوع سلامت و سمینارهای پزشکی همکاری بیشتری داشته باشند.

دبیر گروه گارد ایران در پایان سخنان خود ابراز امیدواری کرد سال آینده با ایجاد تسهیلات کافی از سوی ارگانهای مرتبط تعداد پایگاههای این چنینی در سطح شهر و مراکز استانها افزایش یابد.

لازم به ذکر است گارد ایران یک هم‌پیمانی ملی در برابر بیماریهای مزمن تنفسی است و دکتر محمدرضا مسجدی، قائم مقام پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی نماینده رسمی کشور ایران در گارد جهانی هستند.

در این پایگاه مردمی علاوه بر حضور یک پزشک فوق تخصصی ریه از مرکز مسیح دانشوری ۳ تن از پزشکان مرکز فعالانه حضور داشتند و به مشاوره و راهنمایی علاقمندان و مراجعه کنندگان به پایگاه پرداختند.

ارائه مشاوره پزشکی، اطلاع رسانی درباره مضرات مصرف دخانیات و نقش ترک آن در پیشگیری و علائم بیماریها و بویژه بیماریهای ریوی، ارائه خبرنامه‌ها و کتابهای منتشر شده مرکز و همچنین بروشورها و پمفلت‌های جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات، بخش دیگری از فعالیتهای پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی در روز جهانی COPD به شمار می‌رود.

در این پایگاه اعضای مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات علاوه بر معرفی فعالیتهای مرکز و راهنمایی افراد سیگاری جهت استفاده از کلینیکهای ترک سیگار مونوکسید بازدمی ناوطلبین (Pico) را اندازه‌گیری کرده و موارد هشدار را یادآوری نمودند.

لازم به ذکر است تست Pico نشان دهنده آن است که ریه‌های افراد تا چه اندازه در معرض مونوکسیدکربن بوده که مهمترین علت قابل پیشگیری این امر مصرف دخانیات در کل دنیاست.

دکتر مرعشیان، دبیر گروه گارد ایران مستقر در پایگاه



اخبار کشور

مطلب پیش رو گزارشی درباره افزایش میزان قاچاق سیگار طی سال‌های اخیر در کشورمان می‌باشد که در ادامه آن نیز نقطه نظرات مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات و جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات در این خصوص آمده است.

افزایش قاچاق در صنعت سه هزار میلیارد تومانی سیگار کشور

صنعت سیگار با گردش مالی سالانه سه هزار میلیارد تومانی خود نقش مؤثری در اقتصاد ملی کشور ایفا می‌کند، اما میزان قاچاق سیگار طی سال‌های اخیر افزایش زیادی داشته است.

در نهم آذر ماه سال جاری خبرگزاری ایرنا گزارش داده است، از این مبلغ، هزار میلیارد تومان مربوط به فروش سیگارهای تولید داخل در بازار، هزار میلیارد تومان به واردات قانونی و هزار میلیارد تومان دیگر به سیگارهایی که توسط قاچاقچیان و از طریق راه‌های غیرقانونی از مرزهای کشورهای همسایه وارد کشور می‌شوند، اختصاص دارد. براساس بررسی‌های انجام شده هم اکنون سه نوع سیگار پین، سیما و ایسه از طریق مرزهای افغانستان و سیگارهای مارلبرو، کنت و اسلیم از طریق مرزهای جمهوری آذربایجان به صورت قاچاق و غیرقانونی وارد کشور می‌شود. همچنین برخی از سیگارهای قاچاق از جمله مارلبرو، سیما و وینستون از طریق ارمنستان، سیگارهای پرستیژ، روکتیس، ایسه، مارلبرو، سیما و وینستون از طریق مرزهای ترکیه توسط قاچاقچیان وارد کشور می‌شوند. این در حالی است که شبکه‌های قاچاق انواع سیگارهای جدید بی‌کیفیت با نام تجاری سوئیس، بهمن جعلی، پرستیژ، روکتیس، مارلبرو، پین، سیما، ایسه، ویکتوریا، الگاتس و برایانت را از کردستان عراق وارد کشورمان می‌کنند.

مدیرعامل شرکت دخانیات ایران چندی پیش در گفت‌وگو با خبرنگار روزنامه اعتماد با بیان اینکه قاچاق سیگار مارلبرو به ایران زیاد است، افزود: سال ۸۸ را سال مبارزه با قاچاق سیگار مارلبرو (Marlboro) نامگذاری کرده‌ایم.

سیدمحمود ابطحی یادآور شده بود: هر چند حجم سیگار قاچاق به کشور ۵/۶ میلیارد نخ اما سهم مارلبرو در مصرف سیگارهای وارداتی قاچاق به کشورمان برابر ۳/۲ درصد است. یک کارشناس مبارزه با قاچاق کالا و ارز در خصوص واردات غیرقانونی سیگار، گفت: ۱۲ تا ۱۵ درصد مصرف سالانه سیگار به ویژه مارلبرو به صورت غیرقانونی از طریق قاچاق وارد کشور می‌شود.

مستندات موجود نشان می‌دهد واردات غیرقانونی سیگار از جمله سیگار مدرن، بن، پین، موند، سیما و ناوی از طریق مرزهای جنوبی کشور از جمله امارات متحده عربی و دیگر کشورهای حاشیه خلیج فارس وارد استان هرمزگان می‌شود. همچنین سیگارهای موند و زست از طریق این کشورها به صورت غیرقانونی وارد استان خوزستان می‌شود.

علاوه بر مرز کشورهای یادشده، مافیای قاچاق سیگار از طریق مرز پاکستان سیگارهای مارلبرو، ایسه و پلیرز را به استان سیستان و بلوچستان وارد می‌کند تا در نقاط مختلف کشور توزیع شود. کارشناسان مبارزه با مواد دخانی معتقد هستند: در پشت پرده قاچاق سیگار مارلبرو به کشور کارتل‌های بزرگ مالی به صورت شبکه‌ای منسجم این سیگار را بدون اعمال کنترل‌های قانونی و عدم پرداخت عوارض مربوطه وارد بازار کشور می‌کنند.

محسن نادى کارشناس مبارزه با مواد دخانى در گفت و گو با خبرنگار ايرنا، افزود: سالانه بيش از ۶۰ ميليارد نخ سيگار در کشور مصرف مى‌شود که ۵۰ درصد آن توليد داخل است و بيش از ۲۵ درصد آن به شکل قانونى و با پرداخت عوارض مربوطه و کنترل‌هاى بهداشتى وارد کشور مى‌شود و حدود ۱۵ درصد ديگر آن از طريق قاچاق وارد کشور مى‌شود. وي تاکيد کرد: سيگارهايى که از طريق قانونى وارد کشور مى‌شوند علاوه بر پرداخت عوارض قانونى با کنترل شاخص‌هاى بهداشتى آن و با برچسب هشداردهنده در بازار توزيع مى‌شوند اما همچگونه کنترل بهداشتى و سلامتى بر روى سيگارهايى که به صورت قاچاق وارد کشور مى‌شوند، وجود ندارد.

براساس آمارهاى موجود بيشترين سهم بازار سيگار کشور طى چند سال گذشته به قاچاق محصولات شرکت فيليب موريس و سيگار مارلبرو اختصاص داشته است.

در سال ۲۰۰۴ حدود ۲۷ درصد بازار سيگار کشور در اختيار J. T. I (شرکت بين المللى دخانيات ژاپن) بود اما بيشترين سهم سيگار قاچاق به سيگار توليدى مارلبرو اختصاص داشت. در اين سال، ۱۷/۳۰ درصد بازار سيگار کشور به شرکت T. C. (شرکت دخانيات ايران)، يك درصد از طريق قاچاق توليدات شرکت PMI (فيليب موريس) و ۱۷ درصد به توليدات شرکت BAT (شرکت دخانيات انگليس و امريكا) اختصاص داشت و ۳۹ درصد بازار سيگار کشور به سيگارهاي ديگر و متفرقه اختصاص يافت.

در سال ۲۰۰۹ باز هم بيشترين سهم بازار کشورمان با ۳۲/۳۰ درصد به محصولات شرکت بين المللى دخانيات ژاپن تعلق گرفت و سهم شرکت ITC نسبت به سال ۲۰۰۷ به بيش از ۲۶ درصد رسيد.

در اين سال، سهم سيگارهاي شرکت فيليب موريس PMI از يك به پنج درصد رسيد، ۱۷ درصد بازار سيگار کشور به شرکت BAT تعلق گرفت و حدود ۲۰ درصد بازار سيگار نيز به ساير سيگارهاي موجود در بازار اختصاص يافت.

بررسى اين آمارها حاكى است شرکت فيليب موريس که طى سال‌هاى ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۷ در مجموع يك درصد از سهم بازار سيگار وارداتى غيرقانونى و قاچاق را در اختيار داشت در سال ۲۰۰۹ به يك باره به پنج برابر افزايش يافته است.

اين موضوع سبب شده قاچاقچيان و واردکنندگان سيگار مارلبرو به کشور بدون توجه به سلامت جامعه، اين سيگار را بدون کنترل‌هاى بهداشتى و الصاق برچسب‌هاى هشداردهنده به سهولت در کشور توزيع کنند.

يك کارشناس جمعيت مبارزه با استعمال دخانيات به ايرنا، گفت: افزايش واردات غيرقانونى و قاچاق اين کالاي دخاني

واردات خود را به دولت پرداخت نکنند. جعفر حسين زاده مى‌گويد: پياده‌سازى قانون چاپ تصاوير هشداردهنده بهداشتى بر روى محصولات قانونى سيگار، فقدان نوآوری در بسته‌بندى و توليد محصولات دخاني قانونى نيز از ديگر دلایل افزايش سيگار قاچاق بخصوص مارلبرو در سال‌هاى اخير به کشور بوده است.

به گفته وي، سال گذشته هفت ميليارد نخ سيگار بصورت غيرقانونى و قاچاق وارد کشور شده و پيش‌بيني مى‌شود تا پايان امسال ۱۴ ميليارد نخ سيگار بصورت غيرقانونى وارد کشور شود که حجم عمده آن را سيگار مارلبرو تشکيل مى‌دهد.

آمار نشان مى‌دهد در حالى که سهم بازار از محصولات غيرقانونى و قاچاق شرکت فيليب موريس (مارلبرو) بين سال‌هاى ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۷ ثابت بوده ناگهان در بين سال‌هاى ۲۰۰۷ و ۲۰۰۹ به پنج برابر افزايش يافته است. يك کارشناس مبارزه با قاچاق کالا پيش‌بيني کرد: با توجه به روند افزايش قاچاق سيگار به کشور، تا پايان سال جارى ۱۵ ميليارد نخ سيگار بصورت غيرقانونى و قاچاق وارد کشور شود.

حسين رضايى افزود: سال گذشته ۵۰ درصد سيگار مورد نياز کشور توسط شرکت دخانيات و کمپاني‌هاى خارجى بصورت مشارکتى در داخل توليد شد، ۳۵ درصد از طريق واردات قانونى تأمين و ۱۵ درصد ديگر توسط شبکه قاچاق در داخل کشور توزيع شد.

اين کارشناس مبارزه با قاچاق کالا با بيان آنکه در سال جارى ۳۸ درصد سيگار کشور توسط شرکت دخانيات تأمين مى‌شود، پيش‌بيني کرد: ۱۴ درصد آن توسط کمپاني‌هاى طرف قرارداد بصورت مشارکتى در داخل توليد و ۱۹ درصد از طريق واردات قانونى تأمين شود، ضمن آنکه با افزايش ۱۰۰ درصدى قاچاق سيگار ۲۹ درصد سيگار مورد نياز از طريق راههاى غير قانونى و بصورت قاچاق و بدون پرداخت عوارض و حقوق گمرکى وارد کشور مى‌شود.

وي با اشاره به افزايش قاچاق سيگار طى سال‌هاى اخير به کشور، يادآور شد: از ۱۵ ميليارد نخ سيگار قاچاق به کشور در سال جارى حداقل يك سوم آن به محصولات کمپاني فيليب موريس مارلبرو اختصاص دارد.

يادآور مى‌شود، هم اکنون هر واردکننده سيگار به ازاي هر کارتن حدود ۱۵۰ هزار تومان عوارض گمرکى، ۵۰ هزار تومان حق انحصار و ۲۰ هزار تومان بابت هولوگرام به دولت عوارض پرداخت مى‌کند.

اين در حالى است که تصميمات منطقى و صحيح شرکت

دخانیات در خصوص واردات سیگار به کشور بصورت قانونی نقش زیادی در افزایش درآمدهای دولت در این زمینه خواهد داشت.

هم اکنون عوارض گمرکی واردات قانونی سیگار به خزانه و عوارض مربوط به برجسب هولوگرام و حق انحصار به حساب‌های شرکت دخانیات واریز می‌شود.

برآوردها نشان می‌دهد در زمان حاضر بیش از ۱۲ میلیون نفر در ایران سالانه بیش از ۶۰ میلیارد نخ سیگار می‌کشند که بیش از ۱۰ درصد آن از طریق غیرقانونی و بصورت قاچاق وارد کشور می‌شود.

برخی کارشناسان برای برون رفت از معضل قاچاق سیگار، اعتقاد دارند: تأمین بازار مصرف سالانه سیگار از طریق واردات قانونی تا مرز ۲۵ میلیارد نخ و روان‌سازی واردات قانونی آن با دریافت ۱۵ درصد ارزش FOB از واردکنندگان، در کاهش قاچاق سیگار به داخل کشور تأثیرگذار خواهد بود. آنها معتقد هستند: صدور مجوز و دریافت عوارض قانونی توسط شرکت دخانیات برای سیگارهایی که بازار مصرف آنها زیر پنج هزار کارتن در هر ماه است نیز نقش مؤثری در کاهش قاچاق سیگار به کشور ایفا کرده است.

اعتمادسازی و تعامل با کمپانی‌های بزرگ خارجی به منظور سرمایه‌گذاری برای تولید مشارکتی سیگار در کشور برای کاهش حجم قاچاق ضروری است و حذف تصاویر هشداردهنده بهداشتی از روی پاکت سیگارهای وارداتی و تولیدی و نیز افزایش واردات قانونی سیگار در کاهش این معضل اجتماعی و اقتصادی بسیار تأثیرگذار خواهد بود.

به دنبال مطلب فوق جا دارد که به اظهارات مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در خصوص تجارب خصوصی‌سازی دخانیات در کشورهای مختلف به شرح زیر اشاره نمود:

خصوصی‌سازی انحصار دولتی دخانیات امر مهمی در برنامه‌های کنترل دخانیات است. امروزه تعداد اندکی از شرکت‌های دخانیات در انحصار دولت می‌باشد. شرکت‌های دخانیات چند ملیتی توانسته‌اند انحصار دولتی را از شرکت‌های دخانیات لغو نمایند. اولین اقدام آنها پیشنهاد کمک در فن‌آوری است.

در کشور تایلند شرکت دخانیات یک شرکت دولتی تحت نظارت وزارت دارایی بوده که تنها تولیدکننده سیگار در این کشور می‌باشد. در سال ۱۹۹۳ شرکت «فیلیپ موریس» (جزء چهار غول شرکت صنایع دخانی جهان و بزرگترین شرکت آمریکایی این محصولات) به وزارت دارایی این کشور پیشنهاد همکاری داد که به موجب آن قصد داشت بخش کوچکی از مواد وارداتی سیگار

«مارلبرو» را بسته‌بندی نماید. وزارت دارایی این پیشنهاد را نپذیرفت. در سال ۱۹۹۶ سفارت ایالات متحده آمریکا از وزارت امور خارجه تایلند درخواست کرد که وزارت دارایی را برای پذیرفتن این همکاری راضی نماید ولی مدیرعامل شرکت دخانیات تایلند بار دیگر این درخواست را نپذیرفت. در اواسط سال ۱۹۹۷ کشور تایلند نیز به یکی از قربانیان اقتصاد جهانی تبدیل شد بطوریکه مجبور گردید ۱۷۰۰۰ میلیون دلار از صندوق جهانی پول قرض نماید. یکی از شرایط این قرض، خصوصی‌سازی شرکت دخانیات بود. در ماه مه ۱۹۹۸ دکتر Hatai Chitanondh نامه‌ای به نخست وزیر وقت (وزیر بهداشت طی سالهای ۸۹-۱۹۸۸) فرستاد و از وی رد خصوصی‌سازی این شرکت را درخواست نمود. در ماه دسامبر ۱۹۹۸ نیز ۳ سناتور و ۱۴ نماینده آمریکایی طی نامه‌ای از مدیرعامل صندوق جهانی پول درخواست نمودند تا به خصوصی‌سازی شرکت دخانیات تایلند اصرار نورزد. آخرین تلاش جهت خصوصی‌سازی این شرکت در اکتبر ۲۰۰۱ اتفاق افتاد هنگامی که نخست‌وزیر جدید وقت طی مصاحبه مطبوعاتی اعلام کرد که این خصوصی‌سازی هر چه سریعتر باید انجام گیرد. در آن زمان دکتر Chitanondh تلاش زیادی برای مخالفت در این خصوص نمود. نهایتاً طی جلسه سه ساعته‌ای وی عواقب جدی این خصوصی‌سازی را برای معاون نخست‌وزیر و معاون وزیر بهداشت شرح داد. پس از آن کمیته بهداشت عمومی مجلس سنا طی جلسه علنی در نهم جولای ۲۰۰۲ حقایق و عواقب این خصوصی‌سازی را مطرح نموده و بالاخره در نوامبر ۲۰۰۲ هیأت دولت تصمیم گرفت که شرکت دخانیات تایلند را خصوصی‌سازی نماید.

کنترل دولت بر روی صنایع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از دلایل موفقیت سیاستهای شرکت دخانیات در تایلند این است که شرکت دخانیات تایلند که به راحتی تحت نظارت دولت اداره می‌شود و بدین ترتیب از هر گونه معضلی پیشگیری می‌گردد.

صنایع دخانیات خصوصی کاملاً آگاه نمی‌باشند هنگامی که زمان «پایان تدریجی» دخانیات فرا می‌رسد، دولت یک کشور انحصار دولتی صنایع دخانی را در دست می‌گیرد. صنایع می‌دانند که این اقدام بخشی از سیاست دیرپایی آنهاست. در خصوص تجربه کشور تایلند نباید داستان واردات دریایی سیگارهای ارزان «مارلبرو» و چگونگی رفتن آنها به سازمان تجارت جهانی را فراموش کرد.

شروع چاره‌جویی جدی برای «پایان تدریجی» دخانیات کار مشکلی نیست. هر زمان که این امر رخ دهد ما گواهی خواهیم داد که بیشتر حامیان این امر دوست‌هایی خواهند

بود که کاملاً صنایع دخانی را در انحصار دارند. در کشور ژاپن، انحصار شرکت دخانیات (از سال ۱۹۴۸ ولی در حقیقت از سال ۱۹۰۴ شروع به کار نمود) در سال ۱۹۸۵ به بخش خصوصی واگذار شد و بخش گمرک نیز در ۱۹۸۷ از آن کناره گرفت.

در حال حاضر میزان فروش سیگار خارجی در کشور ژاپن یک سوم کل فروش سیگار است و همواره معطل مبارزه با افراد سیگاری قدیمی و افرادی که به تازگی سیگاری می‌شوند در این کشور نیز وجود داشته است.

در گذشته نیز چندین مورد وجود داشته که تریاک تحت انحصار و نظارت دولت برای بیماران مصرف‌کننده به فروش می‌رسید. کره و تایوان نمونه‌هایی از این کشورها می‌باشند.

در اینجا قصد تعریف یا انتقاد از انحصار را نداریم ولی هنگامی که شرکت دخانیات در انحصار دولت باشد می‌تواند برنامه‌های کنترل دخانیات جدی‌تری اعمال نماید و از تبلیغات برای فروش سیگارهای خارجی جلوگیری کند.

از آنجایی که از دید مدافعان کنترل دخانیات، سلامت مقدم بر تجارت است، نظر جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات نیز در این خصوص به شرح زیر می‌باشد:

در پی تأکیدات مقام معظم رهبری مبنی بر اجرایی شدن اصل ۴۴ قانون اساسی، افقهای روشنی از پیشرفت و سرفرازی نظام اسلامی نمایان شده است. این حرکت اصولی که می‌تواند سبب جهش در کلیه عرصه‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه گردد، می‌بایست هوشمندانه و مدبرانه مورد توجه و پیگیری قرار گیرد. آنچه در این میان حائز اهمیت است، تعیین میزان اختیارات و حدود و نحوه واگذاری صنایع مختلف به بخش خصوصی می‌باشد.

اکنون اندیشمندان جامعه از یک سو و سرمایه‌گذاران از سوی دیگر در تلاشند تا با شفاف شدن حدود و نحوه واگذاری شرکتها نسبت به تسریع در عملیاتی شدن این اصل اقدام نمایند.

از آنجا که هدف از اجرایی شدن اصل ۴۴ قانون اساسی افزایش سرمایه‌گذاریها و تولید مضاعف و به تبع آن سود و درآمد بیشتر است، این سؤال که «آیا می‌توان تمام شرکتها و کارخانجات دولتی را به بخش خصوصی واگذار نمود؟» مطرح می‌شود. طبیعتاً هر گونه استثنا نمودن در این وادی نوعی چالش در اجرایی شدن این اصل تلقی می‌شود. با این وجود صاحبان تدبیر و اندیشه در کلیه کشورها نسبت به واگذاری شرکتها و صنایع ملی خود، که با امنیت اجتماعی و اقتصادی جامعه گروه خورده است، با احتیاط برخورد می‌نمایند.

در کشور ما، تصمیم دولت دهه ۳۰ در ملی‌نمودن صنعت نفت ایران موجب گردید تا دست غارتگران ثروت ملی کوتاه و

و زمام امور نفت، در اختیار ملت قرار گیرد. پیش از آن نیز تصمیم شجاعانه مرجع عالیقدر تشیع، میرزای شیرازی، در تحریم تنباکو باعث کوتاه‌شدن دست بیگانگان از صنعت دخانیات کشور و کنترل تولید و عرضه این محصول گردید.

امروزه صنعت دخانیات یکی از پرسودترین سرمایه‌گذاری‌ها در کشورهای مختلف می‌باشد. مصرف روزافزون دخانیات به ویژه در کشورهای در حال توسعه، صاحبان سرمایه را به سرمایه‌گذاری در این صنعت پرسود و زود بازده وسوسه می‌نماید. در این راستا اجازه ساخت و واگذاری کارخانجات دخانیات به بخش خصوصی به معنای تسلیم شدن در برابر تولید بیشتر مواد دخانی و به تبع آن رضایت به افزایش تعداد بیماران و معتادان جامعه می‌باشد.

جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران، هر تلاشی را که مستند به اصل ۴۴ قانون اساسی در جهت حمایت از واگذاری صنعت دخانیات کشور صورت پذیرد را مانعی در جهت کاهش مصرف و تشویقی برای عرضه بیشتر این محصول دانسته و آن را مغایر با مصلحت نظام اقتصادی و آینده سلامت جامعه می‌داند.

آنچه مسلم است بخش خصوصی حق دارد تا نسبت به سوددهی سرمایه‌گذاری خود مطمئن بوده و در راستای آن حرکت کند. لیکن سود مورد نظر سرمایه‌گذاران صنعت دخانیات، همان ضرر بزرگی است که دلسوزان سلامت جامعه سالهاست در تلاشند تا با راهکارهای مختلف از گسترش آن بکاهند.

اخیراً علی‌رغم وجود قانون انحصار دخانیات در ایران از سال ۱۳۰۸ و رد لغو انحصار در سال ۱۳۸۳ در مجلس شورای اسلامی، مشاهده می‌شود که تلاشهایی برای لغو انحصار این صنعت صورت می‌پذیرد. اجرای اصل ۴۴ در مورد صنایع دخانیات ضربه‌ای جبران‌ناپذیر بر سلامت عموم جامعه و تجربه تلخی است که اسناد آن در کشورهای اجراکننده این برنامه نشاندهنده زیانهای اقتصادی و اجتماعی بیشماری می‌باشد.

کشور فرانسه علی‌رغم فشارهای فراوان هنوز هم دخانیات را در انحصار سیستم دولتی نگهداشته و تجربه کشورهای در حال توسعه همانند کشور همسایه، ترکیه داستان عبرت‌انگیزی شده است.

خیرخواهان و دوراندیشان جامعه اسلامی می‌بایست در این تقابل سلامتی و بیماری، با تضعیف و ریشه‌کنی عوامل بیماری‌زای به پایان زیبا و افتخارآمیز جامعه سالم بیاندیشند و از انجام چنین اقدامی که می‌تواند به حکایت تلخ و غمباری تبدیل گردد که آثار آن را در اشکان چشمان بیماران سرطانی کشورمان می‌توان مشاهده نمود اجتناب نمایند.

این جمعیت بار دیگر با هر گونه واگذاری این صنعت به بخش خصوصی مخالفت و آن را مغایر با قانون، نظر مراجع عظام، صلاح ملت شریف و نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران می‌داند.

اعلام دور هفتم برنامه اهدای بورسیه مؤسسه Bloomberg



در حال حاضر ایده‌های طرح‌های تحقیقاتی مختلف برای دور هفتم اهدای بورسیه این مؤسسه پذیرفته می‌شوند. بدین وسیله اعلام می‌گردد آخرین مهلت ثبت‌نام برای این برنامه تا پایان روز جمعه ۲۲ ژانویه ۲۰۱۰ می‌باشد. مؤسسه Bloomberg که در دسامبر ۲۰۰۶ شروع به کار نمود قصد دارد مصرف دخانیات در کشورهایی با درآمد کم و متوسط را کاهش دهد و با برگزاری برنامه‌های تشویق کننده و اهدای بورسیه در بین این کشورها به فعالیت خود می‌پردازد. این مؤسسه را Michael R. Bloomberg پایه‌گذاری نمود.

برنامه‌ریزی و مدیریت این بورسیه توسط اتحادیه جهانی مبارزه با سل و بیماری‌های ریوی (IUATLD) و انجمن مبارزه با دخانیات به نفع کودکان (Campaign for Tobacco-Free Kids) می‌باشد.

پروپوزال‌های پیشنهادی باید با هدف کاهش استعمال دخانیات باشند. طرح‌های تحقیقاتی که باعث بهبود سیاست‌های ضد دخانی در موارد زیر گردند دارای اولویت می‌باشند:

- اقداماتی در زمینه مالیات و قیمت محصولات شامل اقدامات مبارزه با قاچاق
 - ممنوعیت تبلیغات مستقیم و غیرمستقیم و نظارت شدید بر آنها
 - ایجاد محیط‌های کاری و اماکن عمومی عاری از دخانیات و اعمال جدی سیاست‌های قوی ضد دخانی
 - درج هشدارهای بهداشتی مصور بر پاکت محصولات دخانی
 - اعمال سایر قوانین در جهت مبارزه با استعمال دخانیات
- این بورسیه همچنین در صورتیکه پیشبرد سیاست‌های ضد دخانی در موارد زیر هدف اصلی کشورها باشد به آنها کمک می‌نماید:
- توسعه اتحادیه‌ها و انجمن‌های استراتژیک
 - پایش عملکرد صنایع دخانی

www.tobaccocontrolgrants.org

ارتباط استنشاق دود سیگار با پوکی استخوان

افراد سیگاری زندگی می‌کرده‌اند. بنا بر این تحقیق خطر ابتلا به پوکی استخوان در میان زنان غیرسیگاری که در سنین پیش از یائسگی هستند و با فردی سیگاری زندگی می‌کنند، دو برابر زنان دیگر است و این آمار در میان زنانی که با بیش از یک فرد سیگاری زندگی می‌کنند سه برابر می‌شود.

تحقیق دیگری که هزار مرد در گروه سنی ۱۸ تا ۲۰ سال را مورد مطالعه قرار داده، نشان داده است که تراکم نسج استخوان گروهی که سیگار می‌کشیدند کمتر از غیرسیگاری‌ها بوده است.

ظاهراً کشیدن سیگار در ابتدا بر استخوانی به نام «کورتیکال» تأثیر می‌گذارد و از قطر آن می‌کاهد. این استخوان که نسج بسیار فشرده‌ای دارد، به مینای دندان که استخوانی نرم‌تر و اسفنج مانند را می‌پوشاند، شباهت دارد.

تأثیر سوء دود سیگار بر تراکم بافت استخوان به ویژه در ناحیه لگن مشاهده شده است.

در حالی که متخصصان پوکی استخوان می‌گویند که تحقیقات در زمینه تشدید این بیماری به استنشاق دود سیگار محدود است، سازمان‌های مختلف استعمال سیگار می‌گویند وقتی تحقیقات بارها ثابت کرده که کشیدن سیگار با زیان‌های جسمانی زیادی مرتبط است، پس قرار گرفتن افراد غیرسیگاری در معرض دود سیگار نیز قاعدتاً باید منجر به عارضه‌های جسمانی متعدد در این افراد شود.

International Osteoporosis Foundation
<http://www.ifo.org/>

بررسی محققان نشان می‌دهد استنشاق دود سیگار خطر ابتلا به بیماری پوکی استخوان را افزایش می‌دهد.

«بنیاد بین‌المللی بیماری پوکی استخوان» اعلام کرد مردان سیگاری نیز مانند زنان در معرض ابتلا به این بیماری هستند.

محققان گفته‌اند نتیجه این مطالعه ابعاد تازه‌ای را در مورد ارتباط استعمال دخانیات و بیماری‌های استخوانی آشکار کرده است.

پوکی استخوان موجب می‌شود استخوان‌های بدن به سهولت شکسته شود و حتی در موارد پیشرفته راه رفتن را به فعالیتی خطرناک تبدیل می‌کند.

اما زنان مبتلا به پوکی استخوان در کشورهای مختلف جهان چشمگیر است، از جمله حدود ۳۳ درصد زنان انگلیسی به پوکی استخوان مبتلا هستند و این آمار در میان مردان انگلیسی به حدود ۸ درصد می‌رسد.

با اینکه بسیاری بر این تصور هستند که پوکی استخوان یکی از بیماری‌های دوران سالمندی است، اما گفته می‌شود که ابتلا به آن در دوران نوجوانی آغاز می‌شود و دانشکده بهداشت عمومی دانشگاه هاروارد آمریکا برای این مطالعه، بیش از ۱۴ هزار مرد و زن در سنین پیش و پس از یائسگی را در مناطق روستایی کشور چین تحت نظر قرار داده‌اند.

محققان در این مطالعه میزان ماده معدنی موجود در نسج استخوان لگن این افراد را اندازه‌گیری کردند و دفعات شکستگی استخوان و تاریخچه مصرف دخانیات آنها را نیز در گزارشات خود ثبت کردند. افرادی که در این مطالعه تحت نظر بودند همچنین به طور میانگین با یک یا دو نفر

کارمندانی که مجبورند سیگار بکشند!

را مصرف کنند جریمه می‌شوند. مقامات این استان هدف از دستور خود را حمایت از اقتصاد این استان در بحران اقتصادی فعلی اعلام کرده‌اند. شرکت‌های تولید سیگار در استان Hobi به شدت با دیگر شرکت‌ها در استان‌های دیگر چین در رقابت هستند. سیصد و پنجاه میلیون نفر در چین از جمله بیش از نیمی از پزشکان مرد در این کشور سیگاری هستند.

Fox News Networks & Studios

مقامات یکی از استان‌های چین برای حمایت از اقتصاد داخلی، کارمندان را به مصرف هرچه بیشتر سیگارهای داخلی تشویق می‌کنند.

به نقل از شبکه تلویزیونی Fox News مقامات چینی در استان Hobi در مرکز چین به کارمندان زیر دست خود دستور داده‌اند سالیانه دست کم دویست و سی هزار پاکت از سیگارهای ساخت داخل را مصرف کنند و شرکت‌ها و وزارت خانه‌هایی که نتوانند این میزان سیگار

افزایش تعداد زنان سیگاری در جهان

جهان سیگار می کشند، اما انتظار می رود این رقم در حال کاهش باشد. به گفته فعالان مبارزه با مصرف دخانیات، بازاریابی دخانیات میزان سیگار کشیدن در زنان در کشورهای در حال توسعه را بالا برده است، همان اتفاقی که در دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ در آمریکا رخ داد. متاسفانه تبلیوردهای تبلیغاتی سیگار معمولاً زنانی را نشان می دهد که در حال سیگار کشیدن هستند.

<http://www.who.int>

تعداد زنان سیگاری در سراسر جهان با وجود کاهش تعداد مردان سیگاری در حال افزایش است که به گفته فعالان ضد دخانیات، بازاریابی شرکت های تولید دخانیات در کشورهای در حال توسعه موجب این افزایش است.

گزارش سازمان بهداشت جهانی حاکی از آن است که ۱۲ درصد زنان در جهان سیگار می کشند. انتظار می رود این رقم تا سال ۲۰۲۵ به ۲۰ درصد افزایش یابد. براساس این گزارش حدود ۴۸ درصد مردان در سراسر

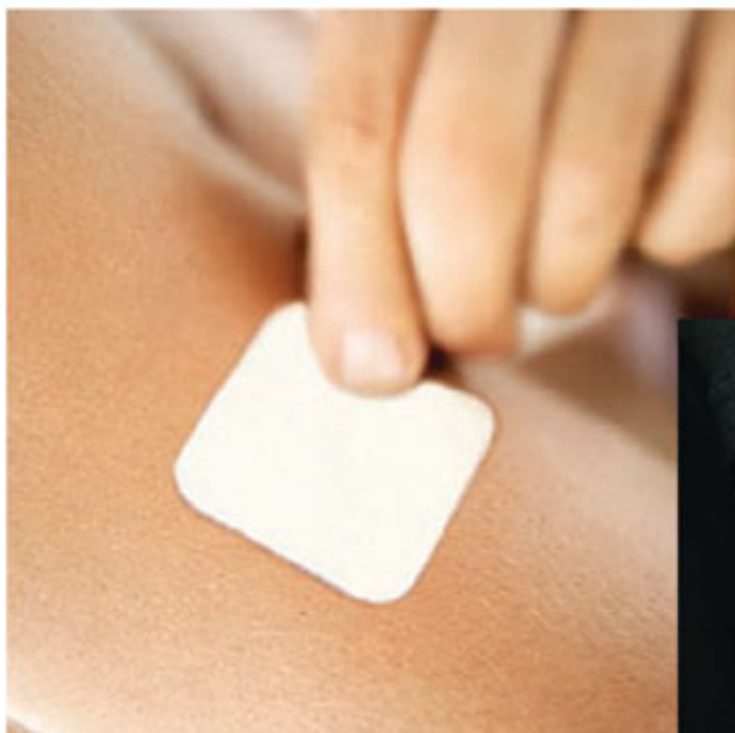
تاثیر مثبت استفاده از برچسب های جدید ترک سیگار

در برچسب های جدید نیکوتین که حاوی یک داروی جدید به نام وارنیکلین است میزان موفقیت در ترک سیگار افزایش یافته است. این دارو سازوکار درمانی متفاوتی دارد و نخستین درمانی است که با اثر وابستگی روانی به نیکوتین در مغز مقابله می کند. این دارو موجب مهار گیرنده های نیکوتین و فعال شدن گیرنده های دوپامین می شود.

www.news.bbc.co.uk/1/hi/health

بررسی ها نشان می دهند افرادی که از برچسب های نیکوتین حاوی داروی جدید برای ترک سیگار استفاده می کنند به احتمال دو برابر ممکن است در ترک سیگار موفق شوند.

بسیاری از افرادی که برای ترک سیگار اقدام می کنند پس از مدتی کنار گذاشتن سیگار مجدداً به مصرف آن روی می آورند که در بسیاری موارد میزان شکست ترک سیگار به حدود هشتاد درصد می رسد.



ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی قزاقستان

باشگاههای شبانه این کشور به پرودترین بارها در بین کشورهای آسیای میانه شهرت داشتند.

اگر چه بسیاری از کشورهای اروپایی مصرف سیگار در اماکن عمومی را ممنوع اعلام کرده‌اند ولی تعداد اندکی از کشورهای سابق اتحاد جماهیر شوروی این قانون را وضع کرده‌اند و به جز کشور تاجیکستان که سن قانونی مصرف مشروبات الکلی را افزایش داده، هیچ کشور دیگری تاکنون دست به چنین اقدامی نزده بود.

مصرف الکل و بیماریهای ناشی از مصرف دخانیات مهمترین معطل بهداشتی در اتحاد جماهیر شوروی سابق بودند که به دنبال فروپاشی کمونیسم طی دو دهه گذشته نیز میانگین امید به زندگی مردان بطور چشمگیری کاهش یافته است.

قبل از وضع این قانون حداقل سن قانونی مصرف مشروبات الکلی ۱۸ سال بود.

به نقل از دکتر Vera Luiza Da Costa عضو Globalink
سپتامبر ۲۰۰۹

به نقل از دولت قزاقستان این کشور قصد دارد استعمال دخانیات را بطور کامل در اماکن عمومی ممنوع اعلام کند و حداقل سن مجاز مصرف مشروبات الکلی را به ۲۱ سال افزایش دهد.

به نقل از Agmagul Abenova سخنگوی وزارت بهداشت این کشور: «در حال حاضر ما به توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت عمل می‌کنیم، زیرا طبق آمار این سازمان سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر بر اثر مصرف سیگار در قزاقستان جان خود را از دست می‌دهند.»

وی در ادامه افزود: «همچنین ما قصد داریم با مصرف مشروبات الکلی مبارزه کنیم و قوانین جدیدی نیز در این خصوص وضع کرده‌ایم.»

چنانچه در روزنامه Kazakh نیز آمده است، قوانین فوق الذکر از نهم اکتبر سال جاری به اجرا گذاشته شده است. سابق بر این، قزاقستان مصرف سیگار را در اماکن عمومی همچون استادیوم‌ها و وسایل نقلیه عمومی ممنوع کرده بود ولی طبق این قوانین جدید، منع مصرف سیگار تا بارها و باشگاههای شبانه نیز آمده است زیرا بارها و



زیر ذره بینی

اطلاعات ضروری درباره مصرف سیگار در اتومبیل

مقدمه:

خطرات مواجهه با دود تحمیلی سیگار به خوبی آشکار گردیده و در انگلستان نیز مصرف سیگار در اتومبیل‌های ویژه محل کار از ماه July سال ۲۰۰۷ برخلاف قانون می‌باشد؛ ولی با این وجود هیچ نوع ممنوعیتی برای مصرف سیگار در اتومبیل‌های شخصی وجود ندارد، هر چند که محققان دریافته‌اند غلظت دود تحمیلی سیگار در خودروها اغلب بیشتر از هر محیطی در سطح میکروسکوپی یا سلولی است. بنابراین حمایت عموم مردم نیز بر ممنوعیت مصرف سیگار در خودروها رو به افزایش است.

تأثیر بهداشتی دود تحمیلی:

استنشاق دود سیگار افراد سیگاری (دود تحمیلی سیگار) باعث بروز طیف وسیعی از انواع اختلالات از تحریک جزئی چشم و حلق تا بیماری‌های قلبی و سرطان ریه می‌گردد.

در انگلستان سالانه بیش از ۱۰۰۰۰ مرگ زودهنگام ناشی از دود تحمیلی سیگار به وقوع می‌پیوندد. بیشتر این موارد مرگ و میر برای افراد غیر سیگاری رخ می‌دهد که با فرد یا افراد سیگاری زندگی می‌کنند.

دود تحمیلی سیگار در اتومبیل‌ها:

مقدار دود تحمیلی سیگار موجود در اتومبیل‌ها بسیار زیاد می‌باشد زیرا این محیط بسته می‌باشد و دود پراکنده می‌شود. طبق مطالعه‌ای مشخص گردید، سطح کربوکسی‌هموگلوبین خون افرادی که در اتومبیل‌هایشان سه نخ سیگار کشیده می‌شود بطور قابل ملاحظه‌ای بالا می‌باشد.

آژانس حفاظت محیط کالیفرنیا نیز در رابطه با این موضوع موارد زیر را هشدار داده است:

- حضور در اتومبیل‌هایی که در آنها سیگار مصرف می‌شود قابل مقایسه با میزان مواجهه دودی است که افراد آتش‌نشان طی ۴ تا ۸ ساعت تلاش برای مهار آتشیهای شدید جنگل‌های کالیفرنیا انجام می‌دهند.
- مقدار ذرات ریزی که یک فرد سیگاری با مصرف سیگار درون اتومبیل وارد فضا می‌سازد، پنج برابر بیشتر از ذراتی است که از لوله اگزوز اتومبیل طی مسافت یک مایلی به هوا ساطع می‌شود.
- غلظت دود تحمیلی موجود در اتومبیل‌ها می‌تواند از غلظت این دودها در منازل و بارها بین ۱۰ تا ۱۰۰ برابر بیشتر باشد.

در سال ۲۰۰۵ انجمن منابع هوایی ایالات کالیفرنیا (California's Air Resources Board) مطالعات جامعی بر غلظت ذرات دود تحمیلی دخانیات در فضاهای مختلف انجام داد. نتایج این مطالعات نشان داد که غلظت این دودها در اتومبیل تا ۶۰ برابر بیشتر از یک خانه عاری از دخانیات و تا ۲۷ برابر بیشتر از خانه یک فرد سیگاری است.

باز کردن پنجره اتومبیل مقدار دود تحمیلی موجود در فضای درون خودرو را کاهش نمی‌دهد زیرا این دود به راحتی به فضای درون باز می‌گردد و اغلب تا ساعتها باقی می‌ماند. طی مطالعه‌ای که در ایالات متحده آمریکا انجام شد ۱۰۰ نوع مختلف میزان تغییرات هوا در چهار خودرو بررسی گردید. نتایج بدست آمده نشان داد که با وجود هر نوع شرایط تهویه‌ای حتی با باز کردن پنجره‌ها و تنظیم کردن دستگاه فن روی بیشترین درجه نیز غلظت دود تحمیلی سیگار درون خودرو بیشتر از هر فضای مسقف کوچک دیگری می‌باشد.

مصرف سیگار در حین رانندگی:

در مطالعه‌ای که طی سال ۲۰۰۳ در مرکز تحقیقات تصادفات وابسته به دانشگاه Monash استرالیا بر روی مصرف سیگار و ایمنی در اتومبیل انجام گرفت، نتایج بدست آمده نشان داد که احتمال تصادفات در افراد سیگاری بیشتر بوده و حواس‌پرتی یا اختلال در تمرکز ناشی از مصرف سیگار به هنگام رانندگی عامل اصلی این تصادفات می‌باشد. در نتیجه‌گیری این مطالعه چنین آمده: «بدیهی است که مصرف سیگار به هنگام رانندگی خطرناک می‌باشد».

مطالعه دیگری بر روی مصدومیت رانندگان سیگاری که در تایوان انجام شد نشان داد که مصرف سیگار احتمال مرگ ناشی از تصادفات را دو برابر می‌کند. در این مطالعه مصرف سیگار باعث مرگ حداقل یک مورد از پنج مورد مرگ و میر مردان در حین تصادفات می‌باشد.

مصرف سیگار در اتومبیل‌های حامل کودکان:

از آنجایی که در کودکان تعداد متابولیسم و تنفس بسیار بیشتر از بزرگسالان است، وجود دود تحمیلی سیگار در اتومبیل‌ها مشکل جدی برای در خطر انداختن سلامت آنهاست.

یک مطالعه استرالیایی نشان داد کودکانی که در اتومبیل‌های والدینشان دود تحمیلی سیگار استنشاق

می‌کنند دو برابر بیشتر از کودکانی که در معرض این معرض این دود نیستند مبتلا به خس‌خس مداوم می‌گردند. کارشناسان معتقدند از نظر اخلاقی باید مصرف دخانیات در اتومبیل‌های حامل کودکان ممنوع اعلام گردد زیرا کودکان از خود اختیاری ندارند و بنابراین قادر به حمایت از حقوق و منافع خود نیستند.

نظر افراد جامعه در مورد مصرف سیگار در اتومبیل:

از زمان مطرح کردن قانون ممنوعیت مصرف سیگار در اتومبیل در سال ۲۰۰۷ حمایت افراد جامعه از این قانون رو به افزایش بوده است. به ویژه هنگامی که کودکان نیز جزو سرنشینان خودرو باشند.

• طی نظرسنجی YouGov در سال ۲۰۰۸ مشخص گردید که ۷۷٪ پاسخ‌دهندگان انگلیسی با ممنوعیت مصرف سیگار در اتومبیل‌های حامل کودکان موافق بودند.

• طی مطالعات انجام شده توسط GEM Motoring Assist مشخص گردید که در کشور انگلستان اکثریت مردم (۷۲٪) خواستار ممنوعیت کامل مصرف سیگار به هنگام رانندگی بودند.

• طی مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۵ در کشور استرالیا، نظر عمومی جامعه بیان می‌کرد که ۹۰٪ استرالیایی‌ها موافق با ممنوعیت مصرف سیگار در اتومبیل‌های حامل کودکان بودند.

• در یک بررسی بین‌المللی در آمریکای شمالی، انگلستان و استرالیا مشخص گردید که اکثریت جامعه (۷۶٪) با وضع قانون ممنوعیت مصرف سیگار در اتومبیل‌ها موافق بودند. در چهار منطقه (ایالات ویکتوریا و کالیفرنیا، زلاندنو و استرالیای جنوبی) سطح حمایت عمومی از ۹۰٪ نیز بیشتر بود.

قانون بین‌المللی:

قانون ممنوعیت مصرف سیگار در اتومبیل‌های حامل کودکان در بسیاری از ایالات کانادا، آمریکا و استرالیا در حال اجرا می‌باشد. آفریقای جنوبی نیز اخیراً این قانون را در سراسر کشور معرفی کرده است.

تعداد زیادی از کشورها از جمله شیلی و آلمان مصرف سیگار را در اتومبیل‌های وابسته به ادارات و ارگانها ممنوع کرده‌اند، حال آنکه کویت نیز با مصرف سیگار در هر نوع وسیله نقلیه مخالف می‌باشد.

www.ash.org.uk

ASH Essential Information on Smoking in Cars

بررسی سن و مصرف سیگار از طریق اتوپسی شفاهی

دکتر زهرا حسامی، دکتر هومن شریفی، دکتر علی رمضانخانی، دکتر سعید فلاح تفتی، دکتر بابک شریف کاشانی، دکتر غلامرضا حیدری

پیش زمینه: مصرف سیگار به عنوان اولین علت قابل پیشگیری از مرگ و میر در دنیا می باشد و باعث بروز بیماریهای مختلف و ناتوانی زندگی و در نهایت مرگ می گردد. در حال حاضر مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات در دنیا ۵ میلیون نفر در سال می باشد که بیشتر آن در هر دو جنس در کشورهای در حال پیشرفت رخ می دهد و نیمی از این مرگ ها در سنین میانه (۶۹-۳۵ سالگی) می باشد. هر ساله بیش از ۴۰۰،۰۰۰ فرد آمریکایی در اثر بیماریهای وابسته به استعمال دخانیات می میرند در حقیقت یک مرگ از هر ۵ مرگ وابسته به استعمال دخانیات می باشد. در مورد شیوع استعمال دخانیات در ایران طبق آمار اعلام شده از طرح سلامت وزارت بهداشت ۱۲/۵٪ کل جمعیت کشور سیگاری هستند (در ۲۵٪ آقایان ۲/۵٪ خانمها) و براساس نتایج مطالعه مصرف سیگار در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران سال ۱۳۸۲ ۲۸/۹٪ از دانش آموزان بصورت گاهگاهی سیگار می کشیدند و ۴/۴٪ دانش آموزان (۱/۶٪ دختران و ۶/۰۱٪ پسران) بصورت روزانه سیگار مصرف می کردند. از آنجایی که چنین مطالعه ای در کشور ما انجام نشده است بر آن شدیم تا در این مطالعه سن مرگ در افراد سیگاری و غیرسیگاری را برآورد کنیم.

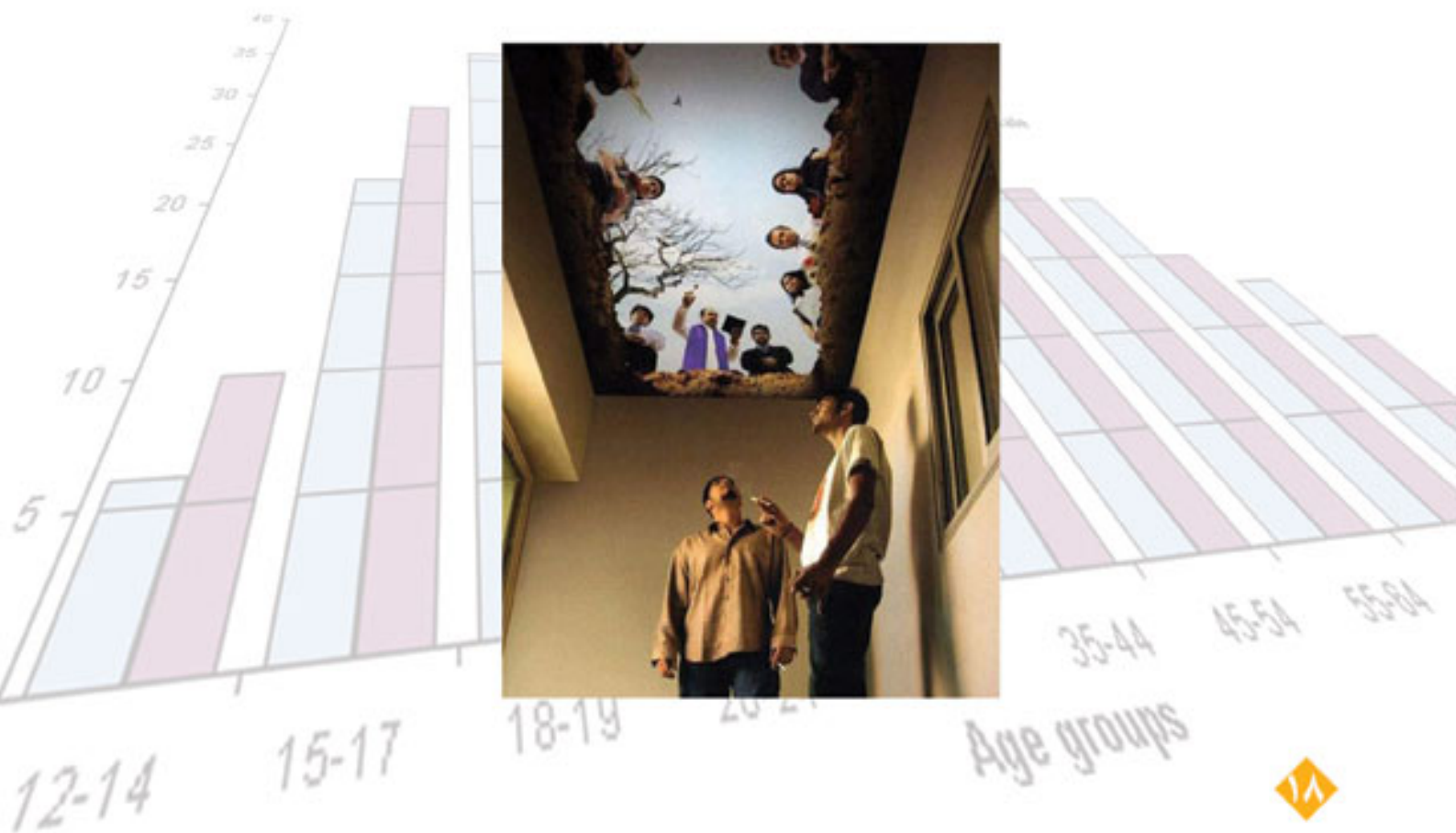
روش اجرا: این یک مطالعه مقطعی و توصیفی می باشد که در خلال شهریور ۸۴ لغایت فروردین ۸۵ در بهشت زهرا تهران انجام شده است. جهت برآورد حجم نمونه یک مطالعه پایلوت بروی ۱۱۲ مورد مرگ در فروردین ۸۴ صورت گرفت که براساس نتایج و فرمول مربوطه حجم نمونه ۲۵۰۰ برآورد گردید. موارد مورد بررسی ۷۸۵۸ مورد مرگ اتفاق افتاده در این مقطع زمانی بوده است. روش نمونه گیری ما سیستماتیک تصادفی بود. به این صورت که در هر ماه ۵ روز انتخاب شده و تمام متوفیان این ۵ روز مورد ارزیابی قرار گرفتند. ضمن مراجعه به دفتر بهشت زهرا اطلاعات مربوطه توسط همکار پزشک طرح و اپراتور دفتر جمع آوری گردید. این اطلاعات از بستگان درجه یک متوفی با کسب اجازه از آنها اخذ گردید. شاخص های مهم اندازه گیری شده سن در هنگام مرگ و مصرف سیگار بود که بوسیله نرم افزار SPSS ۱۱ و آزمون T و کای دو بررسی گردید.

مردان ترک کرده ۵۷/۹ سال گزارش شده است. میانگین سن مرگ زنان غیرسیگاری ۵۶/۹ سال، میانگین سن مرگ زنان سیگاری ۵۵ سال و میانگین سن مرگ زنان ترک کرده ۵۳/۹ سال بوده است. در گروه سنی زیر ۲۰ سال ۹۰٪ غیرسیگاری بوده‌اند. و پس از آن در گروه سنی بالای ۶۰ سال ۸۰/۹٪ غیرسیگاری بودند. در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال: ۷۹/۲٪ افراد سیگاری و در گروه سنی ۴۰-۶۰ سال ۲۳/۵٪ سیگاری بودند. در گروه سنی: ۴۰-۶۰ سال بیشترین درصد ترک کرده بودند. (۳۹/۷٪)

بحث: این نتایج نشان می‌دهد که افراد سیگاری در سنین پایین‌تری فوت می‌کنند، اما نمی‌توان با این بررسی ارتباط دقیقی بین مصرف سیگار و مرگ در این افراد مشخص نمود. این مطالعه می‌تواند فرضیات جدیدی را مطرح کرده که برای اثبات آنها نیاز به انجام مطالعات بیشتری در آینده می‌باشد.

کلمات کلیدی: سیگار، مرگ، سن چاپ شده در فصلنامه تنفس، دوره هفتم- شماره چهارم- پاییز ۱۳۸۷

نتایج: در این تحقیق ۷۸۵۸ نمونه مورد بررسی قرار گرفتند از این تعداد ۴۵۰۴ (۵۷/۳٪) مرد بودند. ۲/۳۷٪ موارد مطالعه مجرد، ۵۷/۲٪ متأهل و ۱۰/۵٪ مطلقه یا بیوه بودند. در کل موارد ۳۱/۲٪ زیر دیپلم بودند. ۵۰/۱٪ دیپلم و لیسانس و ۱۸/۸٪ فوق لیسانس و بالاتر بودند. از نظر شغل ۳۴/۵٪ کارمند، ۲۱٪ شغل آزاد، ۲۱/۸٪ خانه دار، ۱۱/۴٪ دانشجو و ۱۱/۴٪ سایر موارد از نظر علت مرگ با استناد به گزارشهای گواهی فوت صادر شده ۴۶/۹٪ علت مرگ‌های اتفاق افتاده بیماریهای قلبی، ۳۱/۳٪ بیماریهای تنفسی، ۱۰/۵٪ سرطان و ۱۱/۴٪ سایر موارد بوده است. از نظر مصرف سیگار ۴۶۹۰ نفر (۶۳/۱٪) غیرسیگاری، ۱۹۷۱ (۲۵/۱٪) سیگاری و ۹۲۷ (۱۱/۸٪) ترک کرده بودند میانگین سن مرگ در کل ۵۵/۸ سال بوده است. که میانگین سن مرگ مردان ۵۵/۱ سال و میانگین سن مرگ زنان ۵۶/۷ سال گزارش شده است. میانگین سن مرگ غیرسیگاریها ۵۷/۹ سال و میانگین سن مرگ سیگاریها ۵۰ سال بوده است. میانگین سن مرگ افراد ترک کرده ۵۶/۸ سال بوده است. میانگین سن مرگ مردان غیرسیگاری ۵۹/۴ سال، میانگین سن مرگ مردان سیگاری ۴۹/۲ سال میانگین سن مرگ



معاهده جهانی

کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی



پنجاه و ششمین اجلاس سازمان بهداشت جهانی
دستور جلسه شماره ۱۳
۲۱ مه ۲۰۰۳

معاهده بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی درباره کنترل دخانیات

پنجاه و ششمین اجلاس سازمان بهداشت جهانی

با توجه به قطعنامه ۴۹/۱۷ و ۵۲/۱۸ که در راستای اجرای بند ۱۹ منشور سازمان خواستار تدوین معاهده‌ای در مورد کنترل دخانیات شده بود و به منظور حفظ نسلهای آینده و امروز از استعمال دخانیات و قرار گرفتن آنها در معرض دود دخانیات، و با ابراز نگرانی از افزایش استعمال سیگار و دیگر اشکال دخانیات در سراسر دنیا، و با قدردانی از گزارش رئیس هیات مذاکره با نمایندگان دولتهای عضو در مورد نتایج کار این هیئت و چون دریافته که این معاهده قدم اول در همکاری‌های جهانی و اقدامات ملی و منطقه‌ای و بین‌المللی برای حفظ سلامت بشر از تأثیرات سوء استعمال دخانیات و قرار گرفتن افراد در معرض دود حاصل از دخانیات است و با عنایت به این نکته که موقعیت خاص کشورهایی که اقتصاد در حال گذار دارند توجه بیشتری می‌طلبند و با تأکید بر نیاز میرمی که به اجرای سریع و مؤثر این معاهده وجود دارد:

(۱) معاهده ضمیمه این قطعنامه را تصویب می‌کند.

(۲) تأکید می‌کند که طبق بند ۳۴ معاهده باید از تاریخ ۱۶ ژوئن ۲۰۰۳ تا ۲۲ ژوئن ۲۰۰۳ در دفتر مرکزی سازمان در ژنو و پس از آن از تاریخ ۳۰ ژوئن ۲۰۰۳ تا تاریخ ۲۹ ژوئن ۲۰۰۴ در مقر سازمان ملل در نیویورک باز باشد تا اعضا بتوانند آن را امضاء کنند.

(۳) از همه دولتها و سازمانها ادغام اقتصادی منطقه‌ای که در این زمینه حق امضا دارند تقاضا می‌کند که در اولین فرصت این معاهده را امضا و تأیید و تصویب کنند و رسماً آن را بپذیرند تا هر چه سریعتر بتوان آن را به اجرا گذاشت.



- ۴) همه دولتها و سازمانها اقدام اقتصادی منطقه‌ای را ترغیب می‌کنند در مدتی که این معاهده هنوز قابلیت اجرایی نیافته همه اقدامات مقتضی را برای کاهش که صرف دخانیات و قرار گرفتن افراد در معرض دود دخانیات به اجرا بگذارند.
- ۵) همه دولتهای عضو و سازمان‌های ادغام اقتصادی منطقه‌ای و ناظران و دیگر طرفهای ذینفع را ترغیب می‌کند که از اقدامات اولیه که در این قطعنامه به آنها اشاره شده حمایت کنند و برای اجرای این معاهده گامهای مؤثری بردارند.
- ۶) از سازمان ملل و دیگر سازمان‌های بین‌المللی ذیربط تقاضا می‌کند که همچنان از برنامه‌های ملی و بین‌المللی مربوط به کنترل دخانیات حمایت کرده و از تأیید و تقویت آنها کوتاهی نکنند.
- ۷) تصمیم می‌گیرید که در اجرای اصل ۴۲ نظامنامه داخلی اجلاس اخیر یک گروه کاری بین دولتی تشکیل داده که به روی تمام دولتها و سازمانهای ادغام اقتصادی موضوع ماده ۳۴ این معاهده باز بوده و هدف آن بررسی و آماده‌سازی طرحهای مرتبط با مسائلی است که در نخستین جلسه مجمع عمومی برای بررسی و تصویب در نظر گرفته شده‌اند این مسائل باید شامل موارد زیر باشد:
- ۱) نظامنامه داخلی مجمع عمومی (ماده ۲۳/۳) و از جمله معیارهای مشارکت ناظران در نشست‌های مجمع عمومی
- ۲) اختیارات لازم برای تعیین یک دبیرخانه دائمی و فراهم ساختن مقدمات شروع به کار آن (ماده ۲۴/۱)
- ۳) مقررات مالی مجمع عمومی و هیأت‌های فرعی آن و شرایط مالی حاکم بر دبیرخانه (ماده ۲۳/۴)
- ۴) تهیه پیش‌نویس بودجه برای نخستین دوره مالی (ماده ۲۳/۴)
- ۵) بررسی منابع مالی بالقوه و موجود و سازوکار حمایت از اعضا در اجرای تعهداتی که بر اساس این معاهده دارند (ماده ۲۵/۶)
- ۸) به علاوه تصمیم می‌گیرد که این گروه کاری بین دولتی بر مقدمات تشکیل نخستین جلسه مجمع عمومی نظارت داشته و مستقیماً به آن گزارش دهد.
- ۹) تصویب می‌کند که تصمیماتی که هیئت مذاکره برای طرح معاهده کنترل دخانیات درباره مشارکت سازمانهای غیر دولتی گرفته در مورد این گروه کاری بین دولتی قابل اطلاق باشد.
- ۱۰) از دبیرکل می‌خواهد که:
- تا زمانی که دبیرخانه دائمی تأسیس نشده وظایف دبیرخانه را برعهده بگیرد.
 - برای حمایت از دولتهای عضو و به خصوص کشورهای در حال توسعه و کشورهای که اقتصاد در حال گذار دارند، در اجرای این معاهده گامهای مؤثری بردارد.
 - در فاصله ۱۶ ژوئن ۲۰۰۳ تا تشکیل اولین نشست مجمع عمومی جلسات گروه کاری بین دولتی را به طور مرتب و هر قدر که لازم است برگزار نماید.
 - کوشش کند که سازمان بهداشت جهانی در توصیه‌های فنی و جهت‌دهی و حمایت از کنترل دخانیات نقش مؤثری داشته باشد.
 - سازمان را از پیشرفت‌هایی که در راه اجرایی‌کردن این معاهده تهیه مقدمات تشکیل اولین نشست مجمع عمومی صورت گرفته آگاه سازد.

مروری بر کتب چاپ شده

در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات



در این بخش جهت آشنایی خوانندگان عزیز با کتابهای به چاپ رسیده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات (شامل تألیف، ترجمه و گردآوری) طی هر شماره ماهنامه چند صفحه‌ای از آنها را در اختیار شما قرار می‌دهیم. این کتابها حاصل تلاش همکاران این مرکز طی سالهای پیشین بوده که امید است مورد استفاده عزیزان واقع گردد. عنوان اولین کتابی که در اینجا می‌بینید «راهنمای ترک سیگار، شما می‌توانید» است. این کتاب تألیف دکتر غلامرضا حیدری و زیر نظر دکتر محمدرضا مسجدی می‌باشد که در پاییز سال ۱۳۸۶ به چاپ رسیده است.

دکتر غلامرضا حیدری در پیشگفتار این کتاب چنین آورده است: «در طی سالهای فعالیت در کلینیک‌های ترک سیگار همواره با پزشکانی روبرو شدیم که روشهای درمانی ترک سیگار برایشان جالب و ناشناخته بود. وقتی این اشتیاق آموزش را با سالهای تحصیل در دانشکده طب مقایسه می‌کنیم متوجه جای خالی آموزش روشهای ترک سیگار در دروس دانشگاهی علوم پزشکی می‌شویم و چه مفید می‌بود اگر این مطالب که برای فعالیت پزشک عمومی بسیار سودمند است را در دوران تحصیل می‌آموختیم.» سپس در ادامه این مطلب آمده است که این کتاب برای عموم افراد (سیگاری و غیرسیگاری) مورد استفاده واقع می‌شود. «امید است متن پیشرو جهت ارتقاء سطح آگاهی پزشکان درباره روشهای ترک سیگار مفید قرار گیرد.»

نکاتی مهم در رابطه با مرحله تغییر مدل سیگاری‌های شناسایی شده فکر می‌کنند که باید مستقیماً از مرحله آمادگی به ترک برسند. ۸۰ یا ۹۰ درصد سیگاریها به ترک فکر می‌کنند اما تنها ۲۰٪ از آنها در حال حاضر تصمیم به ترک دارند. مشکلات ترک سیگار در زمینه مسائل فیزیکی و روانی باید شناسایی شود.

تمامی گروهها نیاز به کمک کردن دارند ولی هر گروه نیازمند مداخله خاص و هدفدار مخصوص به خود می‌باشد.

بیمار محوری و برخورد بدون قضاوت در تمامی راهکارها مؤثر است.

موفقیت را دوباره شناسایی کنید. موفقیت نه تنها از طریق مدل بلکه بصورت حرکت در جهت مدل شناسایی می‌شود. شما باید شانس موفقیت شخص را برای دو سال بعد، دو برابر کنید. ممکن است تغییرات با تأخیر 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 راهکاری مناسب را انتخاب کنید. برای افراد که بیشتر مایل به نفع بردن و علاقه‌مند به دریافت کمک هستند، زمان بیشتری صرف کنید. اعضای کلینیک همچنین باید از شکست کسانیکه "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 ترک سیگار کرده‌اند، بعد از ۳ تا ۴ بار تلاش جدی به ترک نهایی عادت خود نائل شده‌اند.

سؤالات کلیدی

می‌توان مرحله تغییر را با استفاده از یک سؤال بدون قضاوت، ارزیابی کرد. (ریچموند و همکاران ۱۹۹۷). سؤالات کلیدی برنامه smoke screen جهت آسان نمودن ارزیابی است و شامل: "در حال حاضر احساسات در مورد سیگار کشیدن چیست؟" و جواب با این سؤال از بیمار که "آیا در حال حاضر مایل ترک سریع هستید؟ یا در آینده نزدیک تصمیم به ترک دارید یا خیر؟" مشخص کرد. (به عنوان مثال در مورد ۳۰ روز آینده سؤال کرد). مثلاً می‌توان پرسید "آیا در حال حاضر آماده ترک کردن هستید؟" توجه به این نکته بسیار مهم است که بدون انتقاد تنها به ارزشیابی عقیده شخص بپردازیم.

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

ارزشیابی دارودرمانی‌های قبلی نیز برای بررسی اینکه آیا این داروها بدرستی تجویز شده‌اند یا اینکه 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. چرا که شاید بیماران نیاز به استفاده از سایر خدمات و راهنمایی‌های بیشتر داشته باشند.

شواهد

فاکتورهایی که با درصد بالایی از ترک همراه هستند شامل انگیزه بالا، آمادگی برای ترک، تعدیل توانایی فردی بالا و حمایت رسانه‌های جمعی می‌باشند.

توصیه

ارزیابی‌ها آمادگی برای ترک یک مرحله گرانبها در برنامه ریزی درمان است.

ارزیابی وابسته‌های نیکوتینی

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

تظاهرات نیکوتین به شرح زیر است:

- بر سیستم اعصاب مرکزی: طیفی از تأثیرهای کوتاه مدت مثل لذت بردن، تحریک، تقویت حافظه کوتاه مدت، تقویت قدرت تمرکز و پائین آوردن هیجان.
- بر سیستم قلبی عروقی: بالا بردن ضربان قلب و فشار خون و تنگی عروق محیطی
- بر سیستم آندروکرین (غدد داخلی): افزایش کاتکول‌آمین گردش خون مثل آدرنالین، نورآدرنالین و افزایش سطح کورتیزول خون
- بر سیستم متابولیک: افزایش میزان متابولیک پایه
- بر دستگاه گوارش: کاهش اشتها، حالت تهوع
- بر عضلات اسکلتی: کاهش تون عضلات

ارزیابی وابستگی به نیکوتین ممکن است برای پیش بینی اینکه آیا فرد سیگاری دوست دارد نیکوتین را ترک کند و سیگار کشیدن را قطع کند یا خیر، کمک کننده است. DSM-IV بیان می کند وابستگی به نیکوتین و ترک آن می تواند در تمامی فرم های 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 می شود، می باشد. تست اندازه گیری وابستگی نیکوتین فاگشروم برای ارزیابی درجه وابستگی استفاده می شود. (فاگشروم ۱۹۹۰)

نیکوتین به سرعت از دستگاه تنفسی، مخاط دهان و پوست جذب می شود. همچنین هنگام غذا خوردن بطور جزئی از طریق دستگاه گوارش جذب می گردد. سیگارهای فیلتردار وسیله مؤثری برای انتقال نیکوتین به بدن هستند. نیکوتین استنشاقی هنگامیکه وارد جریان خون ریوی می شود، حدود ۱۹-۱۰ ثانیه زمان می برد تا به مغز برسد. از آنجا که نیکوتین یک متابولیسیم سریع و وسیع دارد ابتدا در ریه ها اثر می کند (با میانگین نیمه عمر ۲ ساعت). یک فرد سیگاری متناوباً تعدادی افزایش و افت سطح نیکوتین در هر روز دارد (NSW بخش سلامت ۲۰۰۲). این تأثیر موجب افزایش اعتماد می گردد. زمانیکه افراد سیگاری اثر ترک زود هنگام را تجربه می کنند بخاطر کاهش سطح نیکوتین دچار درخواست آن و بی قراری می شوند.

تست فاگشروم برای ارزیابی درجه وابستگی به نیکوتین

نمره	پاسخها	سؤالات
۴	غرف ۵ دقیقه	بلافاصله چه زمان پس از بیدار شدن اولین سیگار خود را می کشید؟
۳	۶-۲۰ دقیقه	
۱	۳۱-۶۰ دقیقه	
۰	نه	آیا خودداری از کشیدن سیگار در اماکن ممنوعه برای شما ممکن است؟
۱	خیر	
۱	اولین سیگار هر روز	ترک کدام سیگار برای شما مشکل تر است؟
۰	هر سیگاری	
۰	۱۰ یا کمتر	در روز چند عدد سیگار می کشید؟
۱	۱۱-۲۰ عدد	
۲	۲۱-۳۰ عدد	
۳	۳۱ یا بیشتر	
۱	نه	شما بیشتر در صبح سیگار می کشید تا در باقی روز؟
۰	خیر	
۱	نه	آیا حتی زمانیکه در بستر بیماری هستید سیگار می کشید؟
۰	خیر	

نمره:

۰-۲ وابستگی خیلی پائین

۳-۴ وابستگی پائین

۵ وابستگی میانه

۶-۷ وابستگی بالا

۸ و بیشتر وابستگی خیلی بالا

همچنین برای ارزیابی درجه وابستگی دوتایی به نیکوتین این سؤالات می تواند انجام شود:

۱) چند دقیقه پس از برخاستن از خواب اولین سیگار کشیده می شود.

۲) تعداد سیگار مصرفی روزانه

۳) نشانه های تقاضا یا ترک در تلاشهای قبلی برای ترک

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 خاطرنشان می شود. ممکن است از بیمارانی که در تلاش قبلی خود، ترک داشته اند خواسته شود این تجربه و تلاش را دوباره تکرار کنند.

ادامه دارد.....