

# کنترل دخانیات

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی کنترل دخانیات کشور  
سال دوم شماره ۹ خرداد ماه ۱۳۹۰ - تیراز ۱۰۰۰ نسخه - بهاء ۱۵۰۰۰ ریال



## سه راه برای نجات زندگی



**FCTC**

WHO FRAMEWORK CONVENTION  
ON TOBACCO CONTROL

31 MAY: WORLD NO TOBACCO DAY

[www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco)



World Health  
Organization

خرداد ۹۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی شماره ۲۱ خرداد ۱۳۹۰

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 و درمانی 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 شریف کاشانی،

دکتر هومن شریفی، دکتر سعید فلاح تفتی،

دکتر محمدرضا مسجدی

مشاوران علمی

دکتر مهشید آریاتیپور،

دکتر شبنم اسلام پناه، دکتر زهرا حسامی

مدیر اجرایی، مترجم و ویراستار

پریزاد سینایی

تایپ و حروفچینی

سعیده طباطبایی زاده

همکاران

لیلا آزادی، مونا آقایی، بهروز الماس نیا، نازی دوزنده طبرستانی، دکتر فیروزه طلپسچی

گرافیکست و طراح

فائزه صفرعلی

صفحه آرایی

علیرضا مظفریان

امور تبلیغات و بازاریابی

دکتر زهرا حسامی، کامییز بابایی

آدرس

تهران، نیاوران، انتهای دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

کدپستی

۱۹۵۵۸۴۱۴۵۲

تلفکس

۲۶۱۰۹۵۰۸-۲۶۱۰۶۰۰۳

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

استفاده از مطالب نشریه با ذکر

منبع بلامانع است.



|    |  |
|----|--|
| ۳  | معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات   |
| ۴  | سخن روز  |
| ۵  | مقالات منتخب   |
| ۹  | روند نمایان شدن دخانیات در فیلم‌های آمریکایی از سال ۱۹۵۰، یک بررسی تاریخی<br>زیر ذره بین   |
| ۱۳ | روز جهانی بدون دخانیات موضوع سال ۲۰۱۱: معاهده جهانی کنترل دخانیات<br>ما توانستیم، شما هم می‌توانید   |
| ۱۵ | فعالیت‌های مرکز<br>جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما پیوندید<br>برگزاری جلسه شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات<br>ارزشیابی فعالیت‌های پژوهشی  |
| ۱۹ | اخبار کشوری<br>در آستانه روز جهانی بدون دخانیات مطرح شد<br>کشف محموله‌های قاچاق در استان‌های کشور<br>گزارش اهداء خون<br>سیگاری‌ها پنج برابر بیشتر در معرض بی‌دندانی<br>دختران بیشتر تحت تاثیر والدین سیگاری قرار می‌گیرند<br>درآمد یکسال کمیابی‌های سیگار برابر با ۲۰ سال فروش نفت ایران |
| ۲۳ | اخبار بین‌المللی<br>اسپانیا قوانین سخت ضد سیگار را به اجرا در می‌آورد<br>ترک سیگار بازاگ اوپاما<br>اینترنت، سلاح جدید مبارزه با سیگار<br>هشدار برای درج هشدارهای بهداشتی مصور در استرالیا<br>سیگار کشیدن موجب مرگ زودرس مردها می‌شود   |
| ۲۷ | نشستی با صاحب‌نظران<br>دکتر رامین سامی   |
| ۲۹ | تغذیه و دخانیات<br>اثر سیر بر برخی عوارض ناشی از سیگار   |
| ۳۱ | قانون جامع کنترل دخانیات   |
| ۳۳ | مروری بر کتب چاپ شده<br>درباره سیگار   |

# 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 ۵ 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.

## دیدگاه:

ما برآنیم که جامعه‌ای عاری از دخانیات داشته باشیم.

## اهداف:

- ارتقاء سطح سلامت جامعه از طریق کاهش موارد شروع مصرف دخانیات و کاهش میزان مواجهه با دود سیگار
- بهبود کیفیت زندگی افراد سیگاری از طریق کمک به ترک دخانیات به منظور ارتقاء سطح سلامت جامعه
- تولید علم و افزایش سطح آگاهی عمومی و تخصصی جامعه در حوزه پیشگیری و کنترل دخانیات
- تولید و توسعه برنامه‌های تحقیقاتی و اجرای آن در راستای پیشگیری و کنترل دخانیات
- تربیت نیروی انسانی محقق مورد نیاز در زمینه پیشگیری و کنترل دخانیات





۳۱ ماه مه میلادی برابر با ۱۰ خرداد هر سال به پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی «روز جهانی بدون دخانیات» نامگذاری شده است و نیز شعار این روز در امسال «معاهده جهانی کنترل دخانیات» می‌باشد. دلیل این امر اهمیت دادن به موضوع انتخاب شده است تا هر سال فعالیت‌ها حول و عوش یک محور در مبارزه با دخانیات تمرکز بیشتری یابد و ازهان عمومی تحت تاثیر قرار گیرد.

معاهده جهانی کنترل دخانیات که در یک روند ۳ ساله مذاکرات نمایندگان کشورهای مختلف از سال ۱۹۹۹ شروع شد و در سال ۲۰۰۳ میلادی به تایید نهایی و امضا رسید، از آن سال تاکنون کشورهای مختلف براساس شرایط قانونی خود به این معاهده پیوسته‌اند. کشور ما نیز در سال ۲۰۰۵ میلادی یکصد و سومین کشور عضو بوده است و تاکنون این معاهده یکصد و هفتاد و دو کشور را شامل شده است. در این معاهده راهکارهای علمی و عملی مناسب برای مبارزه با دخانیات پیش‌بینی شده است و هر کشور عضو موظف است براساس شرایط داخلی خود راهکارهای اجرای آن را عملی سازد و هر سال گزارش فعالیت را ارائه نماید. در کشور ما اولین قدم تصویب قانون جامع کنترل دخانیات در سال ۱۳۸۵ توسط مجلس بوده است و پس از آن ستاد کشوری کنترل دخانیات مستقر در وزارت بهداشت و قیفه تهیه دستورالعمل‌ها و اجرای مفاد آن را به عهده داشته است. امیدواریم در امسال هر چه بیشتر به این معاهده و برنامه‌های آن عمل شود تا وضعیت مناسبی از حفظ و ارتقا سطح سلامت جامعه مهیا شود. انشاء...

سر دبیر

## Trends in US movie tobacco portrayal since 1950: a historical analysis

Patrick E Jamieson, Dan Romer

Adolescent Risk Communication Institute (ARCI), Annenberg Public Policy Center, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA

**Correspondence to:** Patrick E Jamieson, Adolescent Risk Communication Institute (ARCI), Annenberg Public Policy Center, University of Pennsylvania, 202 South 36th Street, Philadelphia, Pennsylvania 19104, USA; Patrick@arc.upenn.edu

Received 10 November 2008  
Accepted 20 January 2010

### ABSTRACT

**Objective** Portrayal of tobacco use in films has been causally linked to youth smoking initiation. However, findings regarding trends in portrayal in US films since 1950 are inconsistent, potentially due to differences in sampling densities, intercoder reliabilities and time periods covered. The present study was designed to overcome these inconsistencies with a common sampling frame and methodology.

**Methods** A half sample of the 30 top-grossing US films per year from 1950 to 2006 (N=855) was coded in 5-min segments for total tobacco-related content and main character tobacco use. Film tobacco trends were identified using linear regression and compared to national per capita cigarette consumption and historically significant tobacco control events.

**Results** Tobacco content declined considerably since 1950. Total tobacco-related content peaked around 1961, while the decline in portrayal of main character use was already underway in 1950. Cigarette consumption peaked around 1965 with a trend that closely paralleled total tobacco content and that coincided with major tobacco control events.

**Conclusions** This study, which had high reliability, dense sampling and covered a long time period, indicates that tobacco content has declined in top-ranked US movies since 1950 with a trend in total tobacco content that closely paralleled the drop in per capita cigarette consumption and the increase in significant tobacco control efforts. Despite the inability to draw causal conclusions, tobacco portrayal in films may serve as barometer of societal support for the habit and thus efforts should continue to limit exposure to such content.

Tobacco use is responsible for over 430 000 deaths a year in the US and remains a major source of preventable morbidity and mortality across the world.<sup>1</sup> It is estimated that in the 21st century, tobacco use could result in as many as 1 billion deaths worldwide.<sup>2</sup> Despite efforts to reduce adolescent tobacco use in the US, a recent study shows that nearly half (46%) of 12th graders have tried cigarette smoking and 22% have smoked at least one cigarette in the past 30 days.<sup>3</sup> An important influence on youth smoking is exposure to smoking and tobacco-related content in popular feature length films.<sup>4-6</sup> Adolescents are heavy movie watchers,<sup>6</sup> who imitate the smoking of their favourite movie actors.<sup>7-9</sup> Longitudinal studies have also found that early adolescents, ages 10-14,<sup>10</sup> and children, ages 9-12,<sup>11</sup> exposed to movie smoking were much more likely to start the behaviour. Furthermore, a review by Charlesworth *et al*<sup>12</sup> found strong evidence that movie smoking

promotes youth smoking initiation and a meta-analysis by Wellman *et al*<sup>13</sup> that controlled for a wide range of confounding variables found that exposure to pro-tobacco media and marketing, including tobacco portrayal in films, more than doubled the odds of youth becoming tobacco users. Additionally, a 2008 US National Cancer Institute report concluded that the link between movie tobacco exposure and youth smoking initiation is causal.<sup>14</sup>

Given the important role of films in youth culture, reliable and valid assessments of trends in movie tobacco use should inform smoking prevention efforts. Indeed, tobacco portrayal in US made films is particularly critical because these movies are popular in the US and the world. In 2007, North American box office sales were \$9.7 billion and foreign ticket sales from major studios were estimated at \$9.4 billion.<sup>15</sup> Thus, if tobacco content in popular films were on the increase, this would be a serious source of concern for tobacco control efforts.

Research on time trends in tobacco portrayal in films has produced seemingly contradictory results (see table 1). Our review of this literature includes publications indexed in a variety of search engines using the search terms 'smoking', 'tobacco', 'movies' and 'films'. Studies were included if they reported on tobacco portrayal trends in (a) top-selling US films that (b) covered all film ratings and types (not subgroups) and that (c) spanned more than 5 years of time since 1950. As seen in table 1, three studies found increasing trends in tobacco portrayal, six reported no change and four studies had decreasing trends for various time periods from 1950 to 2000.

The inconsistent tobacco trends in table 1 may be attributable to differences in time periods covered, the density and sales rank of films sampled per year, and either weak or no intercoder reliability reported. The 3 studies that reported an increase in tobacco content tended to have small samples (5 or fewer films per year) taken from a relatively narrow (top 20) sales range with no evidence of reliability.<sup>16-18</sup> The 6 studies that reported no overall trend either covered a small time period (11 or fewer years)<sup>19-21</sup> or had small sample sizes (between 62<sup>22</sup> and 110 films<sup>19</sup> or weak<sup>20, 23</sup> or no reported reliability<sup>19, 21, 22, 24a</sup>). The four studies that reported declines had large dense samples with strong reliability. However, they only covered the period from 1990 to 2007.

Our review indicates that no study with a wide time frame, sufficiently dense sample and high reliability has been published to justify conclusions about long-term tobacco portrayal trends in





Tobacco Control 2010; 19:179-184.  
doi:10.1136/tc.2009.034736

ترجمه و نقد: دکتر غلامرضا حیدری

## روند نمایان شدن دخانیات در فیلم‌های آمریکایی از سال ۱۹۵۰، یک بررسی تاریخی

**هدف:** صحنه‌های نمایش مصرف دخانیات از علت‌های مرتبط با شروع سیگار کشیدن جوانان است. به هر حال یافته‌های مرتبط با این موضوع متناقض هستند که بالقوه ناشی از تفاوت‌هایی در نمونه‌ها، قابل اعتماد بودن و زمان پوشش داده است. این مطالعه برای جمع بندی این تفاوت‌ها با یک روش یکسان طراحی شده است.

**روش:** ۳۰ فیلم برتر آمریکایی در هر سال (۸۵۵ عدد بین سالهای ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۶) (در دو بخش، محتوا مرتبط با دخانیات و مصرف سیگار نقش اصلی کدگذاری گردید و نیمی از آنان انتخاب شدند. روند فیلم‌های دخانیاتی بر اساس رگرسیون خطی و مقایسه با سرانه مصرف سیگار سالیانه و اتفاقات معنی‌دار کنترل دخانیات تاریخی مشخص گردید.

**یافته‌ها:** از سال ۱۹۵۰ محتوی دخانیاتی کاهش بارزی یافته است. در حدود سالهای ۱۹۶۱ مجموع محتوای مرتبط با دخانیات بیشترین بوده است در حالی که کاهش نمایش صحنه مصرف سیگار نقش اصلی فیلم از ۱۹۵۰ وجود دارد. مصرف سیگار در فیلمها حول و حوش سال ۱۹۶۶ بیشترین بوده است که این روند خیلی موازی با محتوی کلی دخانیاتی فیلم و همزمان با شروع برنامه‌های کنترل دخانیات مهم بوده است.

**نتیجه گیری:** این مطالعه که قابلیت اعتماد بالا و نمونه‌های یکسان داشته و مدت زمان طولانی را بررسی کرده است نشان می‌دهد محتوای دخانیاتی فیلم‌های آمریکایی کاهش یافته است که موازی با مصرف سرانه سیگار و افزایش اتفاقات مهم کنترل دخانیات می‌باشد. این وضعیت می‌تواند به عنوان نمایانگر حمایت اجتماعی عمل کند و بایستی این محدودیتها ادامه یابد.

**نقد:** محقق در یک نگاه کلی موضوع مهمی را مورد

بررسی قرار داده است و آن اثر تبلیغاتی سیگار در فیلم‌های معروف به اذهان جامعه است. در مقدمه آمده است که مصرف سیگار در فیلم‌های دهه‌های ۳۰ و ۴۰ میلادی به صورت فزاینده‌ای وجود داشت که همین امر بر افزایش شیوع مصرف دخانیات در ایالات متحده موثر بوده است. در خلال سالهای بعد مطالعات مختلفی از میزان تأثیر صحنه‌های مصرف سیگار و مقایسه آن با میزان مصرف دخانیات در جامعه انجام شده است که به لحاظ روش اجرا و نوع بررسی متفاوت بوده‌اند ولیکن اکثراً به اثر مستقیم این نمایش سیگار و بدآموزی آن در جوانان اشاره نموده‌اند. این تحقیق جدید با یکسان سازی ابزار جمع آوری اطلاعات و روش مشخص تمامی تفاوت‌های قبلی را برطرف کرده است و دو متغیر اساسی که یکی محتوای کلی تبلیغ مصرف سیگار در فیلم و دیگری مصرف سیگار در نقش اصلی است را بررسی می‌کند. این یکسان سازی از یک بخش ۵ دقیقه‌ای از همه ۳۰ فیلم برتر هر سال بوده است. این کار بدان علت انجام شده است که بر اساس نتایج جدول ۱، ۲ مطالعه افزایش مصرف سیگار در فیلمها، ۶ مطالعه عدم تغییر مصرف سیگار و ۴ مطالعه کاهش روند سیگار کشیدن را در سالهای ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۸ نشان می‌دهد که متناقض می‌باشند. برای این تناقض دلایل مختلفی از جمله روش جمع‌آوری داده‌ها، تفاوت زمانی و محدودیت‌های اجرایی بیان شده است. محققین در این مطالعه روش جالبی را به کار می‌برند. آنان فیلم را به بخشهای ۵ دقیقه‌ای تقسیم می‌کنند و در کل ۳ قسمت را به صورت تصادفی برای مقایسه برمی‌گزینند و دو متغیر اساسی تحقیق را در این قسمت‌ها مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این کار که توسط ۲۴ دانش آموز دوره دیده انجام می‌گردد در بررسی نهایی با استفاده از فرمول کربیندورف روایی بودن و قابل اعتماد بودن آن آزمون می‌گردد.

در شکل ۱ قسمت a درصد محتوای کلی مصرف سیگار در فیلمها و در قسمت b مصرف سیگار نقش اصلی و در قسمت c روند مصرف سیگار در کشور آمده است. مقایسه این ۳ نمودار بسیار ارزشمند و جالب نشان می‌دهد که این ۳ پدیده با هم ارتباط مستقیم دارند.

در شکل ۲ این ۲ پدیده را در روند تاریخی و وقایعی



G: ممنوعیت مصرف سیگار در پروازهای داخلی کمتر از ۶ ساعت.  
 H: توافقنامه مجلس سنا با کمپانی‌های دخانیاتی است. مقاله به درستی اجرای هدفمند برنامه‌های کنترل دخانیات در ایالت متحده را نشان می‌دهد. کشوری که به طور مستقیم و غیر مستقیم در تولید بیش از ۹۰٪ سیگارهای دنیا سهم دارد خود به چنین زیبایی مصرف آن را کاهش می‌دهد و به نوعی از سیگار سازی فقط سود آن را هدف دارد و بیماری‌های ناشی از مصرف آن را برای دیگر کشورها خواهان است. بایستی به هوش باشیم.

که در برنامه‌های کنترل دخانیات بوجود آمده است مقایسه شده است.

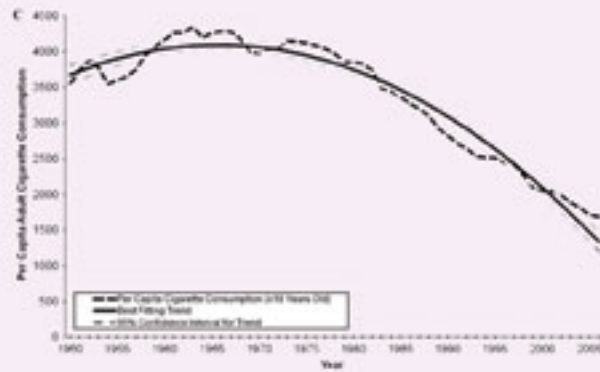
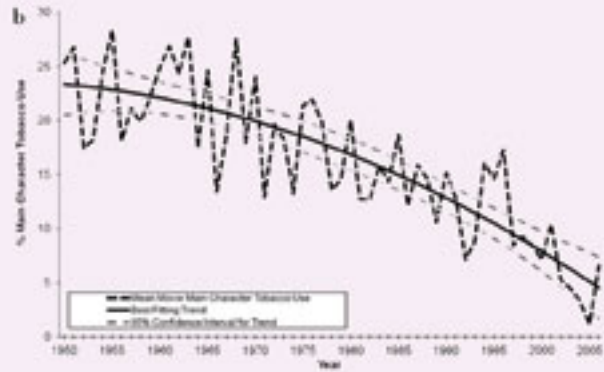
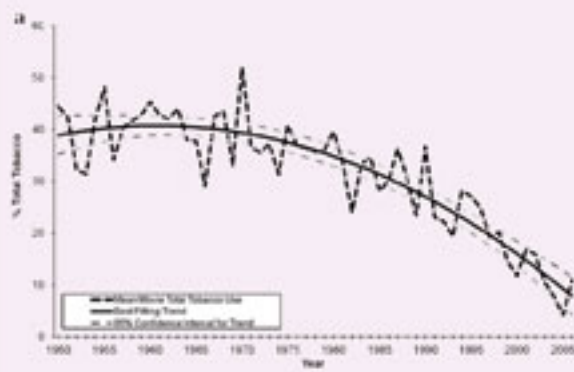
### این وقایع به ترتیب شامل:

- A: مطالعه ارتباط سیگار و سرطان،  
 B: اولین گزارش سازمان پزشکی آمریکا درباره مصرف سیگار،  
 C: الصاق هشدار بهداشتی مضرات سیگار به پاکت آن،  
 D: ممنوعیت تبلیغ سیگار در رادیوتلوویزیون،  
 E: مطالعه خطرات سیگار کشیدن دست دوم،  
 F: افزایش ۲ برابری مالیات سیگار.

**Table 1** Major movie tobacco trend publications' description

| Authors   | Year | Movie trend                                       | Years covered        | Films sampled  | Sample size   | Density of sampling  | Reliability level ext        |
|---|------|---|----------------------|--|---|--|------------------------------|
| Tobacco movie portrayal has increased:                    |      |   |                      |  |   |  |                              |
| Stockwell and Glantz <sup>16</sup>                        | 1997 | Up 1990–1996                                      | 1960–1990, 1990–1996 | Top 20   | 35 films added to Hazan et al <sup>23</sup>   | Five per year  | Not reported                 |
| Kacirk and Glantz <sup>17</sup>                           | 2001 | Down 1960–1989, up 1990–2000                      | 1960–1997, 1998–2000 | Top 20   | 15 films added to Hazan et al. <sup>23</sup> Stockwell and Glantz <sup>16</sup> , and Tati and Glantz <sup>24</sup> | Five per year  | Not reported                 |
| Glantz et al <sup>8</sup>                                 | 2004 | Same in 2002 as 1950, up 1990s until 2002         | 1950–2002            | 20 top 20 films 1950–1959, 5 from 2001–2002              | 25 films added to Kacirk and Glantz <sup>17</sup>   | Average two films per year 1950–1959 and five from 2001–2002 | Not reported                 |
| Tobacco movie portrayal has not changed:                  |      |   |                      |  |   |  |                              |
| Hazan et al <sup>23</sup>                                 | 1994 | No change 1960–1990                               | 1960–1990            | Top 20   | 62 films  | Two films per year 1960–1990                                 | Comparison ratio 0.92        |
| Everett et al <sup>19</sup>                               | 1998 | No change 1985–1995                               | 1985–1995            | Top 10   | 110 films   | 10 per year  | Not reported                 |
| Dalton et al <sup>20</sup>                                | 2002 | No change 1988–1997                               | 1988–1997            | Top 25   | 250 films   | 25 per year  | At least 70% agreement       |
| The American Lung Association of Sacramento <sup>21</sup> | 2004 | Same in 1994–1998 and 2003                        | 1994–2003            | Top 50   | 500 films   | 50 per year  | Not reported                 |
| Polansky and Glantz <sup>22</sup>                         | 2007 | No change 1999–2006                               | 1999–2006            | Nearly all available films per year >=\$500 000 in sales | 1261  | Nearly all major films                                       | Not reported                 |
| Tsui, K et al <sup>24</sup>                               | 2009 | No change 1991–2007                               | 1991–2008            | Top ranked films   | 1769  | Between 50 and 150 per year                                  | Not reported                 |
| Tobacco movie portrayal has decreased:                    |      |   |                      |  |   |  |                              |
| Mekenson et al <sup>25</sup>                              | 2004 | Modest downward trend 1991–2000                   | 1991–2000            | Top 50   | 497 films   | 50 per year  | K<0.85                       |
| Worth et al <sup>27</sup>                                 | 2006 | Down in adolescent and adult characters 1996–2004 | 1996–2004            | Top 100  | 900 films   | 100 per year   | Inter-rater 99.6% agreement  |
| Worth et al <sup>28</sup>                                 | 2006 | Down tobacco occurrences 1996–2004                | 1996–2004            | Top 100  | 900 films   | 100 per year   | Inter-rater correlation=0.99 |
| Sargent and Heatherton <sup>7</sup>                       | 2009 | Down 1990–2007                                    | 1990–2007            | Top 25   | 450 films   | 25 per year  | Inter-rater correlation 0.96 |







بوده که به سرعت و به وسعت زیادی توسعه یافته و بیش از ۱۷۰ کشور عضو یا هم‌پیمان را در بر گرفته است. معاهده جهانی کنترل دخانیات برحق داشتن بالاترین استانداردهای بهداشتی برای افراد جامعه تاکید دارد و ابعاد قانونی جدیدی برای همکاری در زمینه کنترل دخانیات فراهم می‌آورد. روز جهانی بدون دخانیات در سال ۲۰۱۱ به گونه‌ای طراحی شده است تا بر اهمیت کلی این معاهده تاکید کند، تعهدات کشورهای هم‌پیمان معاهده را یادآور شود و نقش مجمع اعضای معاهده و سازمان بهداشت جهانی در جهت حمایت از کشورها برای اجرای تعهداتشان را پررنگ سازد. مجمع اعضای معاهده، هسته مرکزی و حکمران این معاهده است. سراسر جهان نیازمند اجرای این معاهده است زیرا استعمال دخانیات اولین

طی نخستین روزهای سپری شده از سال ۲۰۱۱ یعنی در تاریخ سیزدهم ژانویه سازمان بهداشت جهانی، «معاهده جهانی کنترل دخانیات» را به عنوان موضوع مورد بررسی و پوشش روز جهانی بدون دخانیات در سال جاری برگزید. این روز هر سال مورخ سی‌ویکم ماه مه میلادی مطابق با دهم خرداد هجری شمسی برگزار می‌شود. معاهده جهانی کنترل دخانیات که از سوی سازمان بهداشت جهانی تهیه شده است موثرترین ابزار در جهت کنترل دخانیات می‌باشد. این معاهده نخستین معاهده از سوی سازمان بهداشت جهانی بوده که در جهت بهداشت عمومی در سطح کلان اقدامات و پیشرفت چشمگیری داشته است. این معاهده از سال ۲۰۰۵ به اجرا درآمده است و می‌توان گفت در تاریخ سازمان ملل متحد یکی از معاهداتی

## THREE WAYS TO SAVE LIVES.



**FCTC**

WHO FRAMEWORK CONVENTION  
ON TOBACCO CONTROL

This treaty is the world's answer to the tobacco epidemic, which kills nearly 6 million people each year. Already legally binding in more than 170 countries, it's our most powerful tobacco-control tool. **Let's use it!**

31 MAY: WORLD NO TOBACCO DAY

[www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco)



World Health  
Organization

## به مناسبت فرارسیدن روز جهانی بدون دخانیات

سازمان بهداشت جهانی سی و یکم ماه مه مصادف با دهم خرداد ماه هر سال را به عنوان روز جهانی بدون دخانیات جشن می‌گیرد و در عین حال بر مضرات ناشی از استعمال دخانیات و سیاست‌های لازم در جهت کاهش مصرف دخانیات تأکید می‌کند. خوب است بدانیم که استعمال دخانیات دومین عامل مرگ و میر (بعد از فشارخون) در سراسر جهان می‌باشد، بطوریکه در حال حاضر از هر ده نفر یک نفرشان بر اثر استعمال دخانیات جان خود را از دست می‌دهند. شعار روز جهانی دخانیات در سال ۲۰۱۱ «معاهده جهانی کنترل دخانیات» می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی در این روز توجه ویژه‌ای به این معاهده دارد و قصد دارد توجه مردم سراسر جهان را به آن معطوف سازد. در این روز شرایطی فراهم می‌گردد تا هشدارهای بهداشتی ویژه کنترل دخانیات مطرح شوند و بر نقش مؤثر معاهده جهانی کنترل دخانیات نیز تأکید گردد. استعمال دخانیات اولین عامل مرگ و میری بوده که قابل پیشگیری می‌باشد.

سازمان بهداشت جهانی با اعلام رسمی روز سی و یکم ماه مه در سراسر جهان به عنوان روز جهانی بدون دخانیات اهداف زیر را مد نظر داشته است: آگاه سازی عموم مردم نسبت به مضرات استعمال دخانیات، بیان روش‌های بازاریابی و تبلیغاتی صنایع دخانی در جذب مصرف‌کنندگان محصولاتشان، اقدامات سازمان بهداشت جهانی در مبارزه با شیوع استعمال دخانیات، چگونگی دفاع از حقوق بشری و مدنی افراد جامعه برای داشتن یک زندگی سالم و حمایت از نسل آینده.

روز جهانی بدون دخانیات اولین بار در سال ۱۹۸۷ توسط سازمان بهداشت جهانی به رسمیت شناخته شد و سعی داشت توجه جهان را به شیوع استعمال دخانیات و جلوگیری از این اپیدمی مرگ بار قابل پیشگیری جلب نماید. هیأت مقننه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۷ جهت اختصاص یک روز جهانی به این موضوع، مصوبه WHA۴۰.۳۸ را با

عامل مرگ قابل پیشگیری در جهان می‌باشد. طبق آمار بدست آمده تا پایان سال جاری بیش از پنج میلیون نفر بر اثر سکت قلبی، سکت مغزی، سرطان، بیماری‌های ریوی و سایر بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات جان خود را از دست خواهند داد. لازم به ذکر است که این رقم شامل بیش از ششصد هزار نفری (بیش از یک چهارم آنها را کودکان تشکیل می‌دهد) نیست که بر اثر استنشاق دود دست دوم (تحمیلی) دخانیات جان خود را از دست می‌دهند. به این ترتیب آمار سالانه مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات در سطح جهان تا سال ۲۰۳۰ به هشت میلیون نفر می‌رسد. از آنجایی که استعمال دخانیات در قرن بیستم باعث مرگ صد میلیون نفر شده است می‌توان پیش‌بینی کرد که این رقم در قرن بیست‌ویکم به یک میلیارد نفر خواهد رسید. تعهداتی که کشورهای عضو معاهده موظف به اجرای آنها می‌باشند عبارتند از:

- محافظت از سیاست‌های بهداشت عمومی در برابر آگهی‌ها، تبلیغات و سرمایه‌گذاری‌های صنایع دخانی
- تعیین قیمت و وضع مالیات به منظور کاهش تقاضای محصولات دخانی
- محافظت از افراد در برابر استنشاق دود دخانیات
- نظارت بر موارد تشکیل‌دهنده محصولات دخانی
- نظارت بر اسناد و مدارک پنهان در صنایع دخانی
- نظارت بر بسته‌بندی و درج هشدارهای بهداشتی بر محصولات دخانی
- آگاه‌سازی عموم نسبت به مضرات استعمال دخانیات
- ممنوعیت هرگونه تبلیغات و آگهی‌های بازرگانی محصولات دخانی
- کمک به افراد برای ترک استعمال دخانیات
- کنترل تجارت غیرقانونی دخانیات
- ممنوعیت خرید و فروش دخانیات توسط افراد زیر سن قانونی
- حمایت اقتصادی در برابر رشد دخانیات

سال ۲۰۰۲ - ورزش بدون دخانیات  
 سال ۲۰۰۱ - دود تحمیلی دخانیات کشنده است  
 سال ۲۰۰۰ - دخانیات کشنده است، فریب نخورید  
 سال ۱۹۹۹ - پاکت سیگار را دور بیندازید  
 سال ۱۹۹۸ - رشد بدون دخانیات  
 سال ۱۹۹۷ - اتحاد برای یک دنیای بدون دخانیات  
 سال ۱۹۹۶ - ورزش و هنر بدون دخانیات، بدون دود بازی کنیم  
 سال ۱۹۹۵ - هزینه‌های دخانیات بیش از تصور شماست  
 سال ۱۹۹۴ - رسانه‌ها و دخانیات: اطلاع‌رسانی همه جانبه رسانه‌ها  
 سال ۱۹۹۳ - خدمات بهداشتی: پنجره‌ای به سوی دنیای بدون دخانیات  
 سال ۱۹۹۲ - محیط‌های کاری بدون دخانیات: سالم‌تر و ایمن‌تر  
 سال ۱۹۹۱ - اماکن و وسایل نقلیه عمومی بدون دخانیات  
 سال ۱۹۹۰ - کودکی و جوانی بدون دخانیات: رشد کردن بدون دخانیات  
 سال ۱۹۸۹ - زنان و دخانیات: زنان سیگاری متوجه خطرات بیشتری می‌باشند  
 سال ۱۹۸۸ - دخانیات یا سلامت: سلامت را انتخاب کنید

[www.who.int](http://www.who.int)



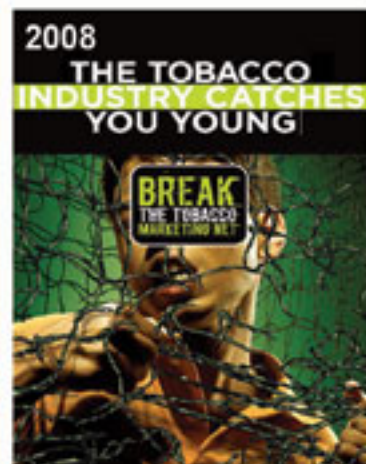
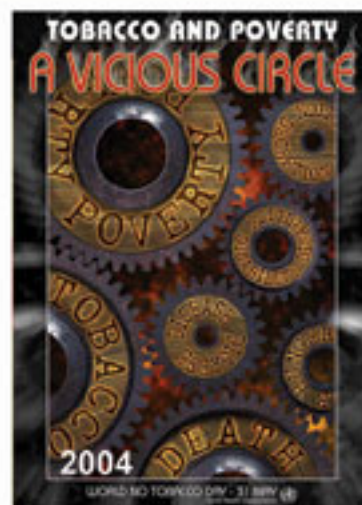
**2010**  
**Make every day World No Tobacco Day.**  
[www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco)  
**31 MAY**  
 World Health Organization

عنوان «روز جهانی بدون دخانیات» مطرح نمودند که نهایتاً در سال ۱۹۸۸ مصوبه WHA۴۲.۱۹ تصویب گردید. به موجب این مصوبه در سراسر جهان بزرگداشت روز جهانی بدون دخانیات بطور باشکوهی برگزار می‌گردد. از آن زمان تاکنون این روز هر سال دارای یک شعار ویژه بوده که در طی همان سال مورد توجه و عنایت خاصی قرار می‌گرفت. شعارهای نامگذاری شده در این سال‌ها به شرح زیر می‌باشد:

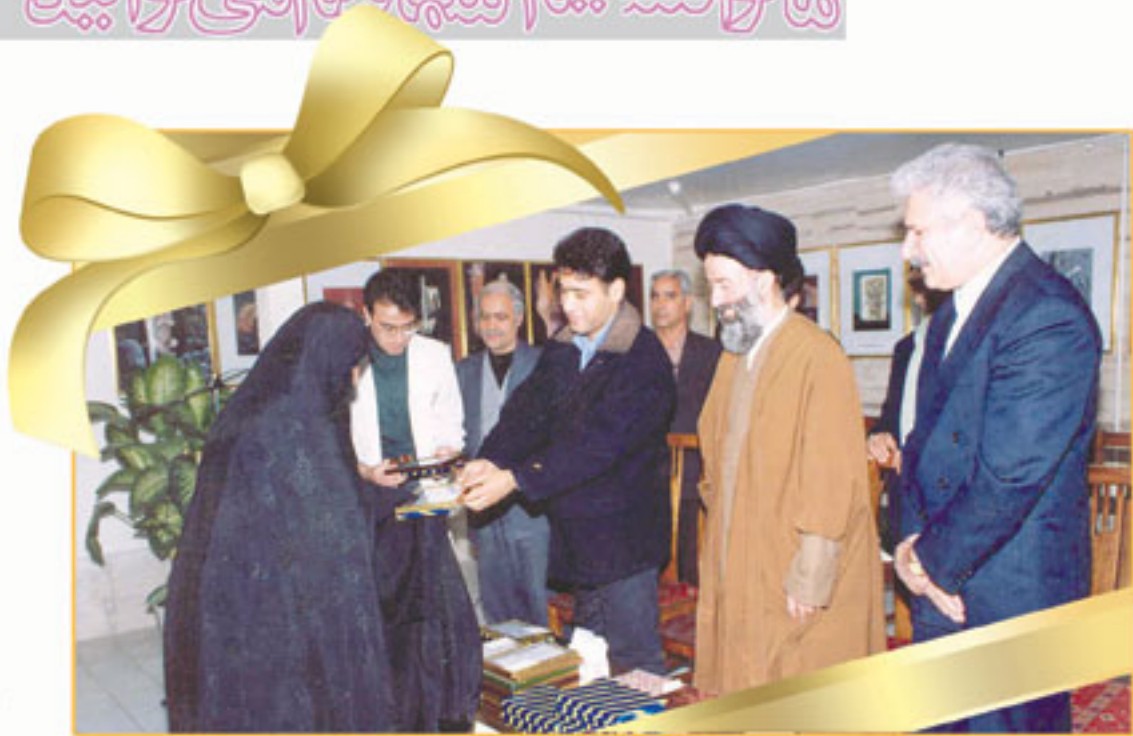
سال ۲۰۱۱ - معاهده جهانی کنترل دخانیات  
 سال ۲۰۱۰ - جنسیت و دخانیات، با تأکید صنایع دخانی در جذب زنان  
 سال ۲۰۰۹ - هشدارهای بهداشتی محصولات دخانی  
 سال ۲۰۰۸ - دوران جوانی بدون دخانیات  
 سال ۲۰۰۷ - فضاهای سرپوشیده بدون دخانیات  
 سال ۲۰۰۶ - دخانیات به هر شکلی کشنده است  
 سال ۲۰۰۵ - شاغلین گروه بهداشت و سلامت علیه دخانیات  
 سال ۲۰۰۴ - دخانیات و فقر، یک چرخه معیوب  
 سال ۲۰۰۳ - سینمای بدون دخانیات، دنیای مد بدون دخانیات



**Show the truth. Picture warnings save lives.**  
 Tobacco companies use pretty packaging to make their products seem cool. In truth, tobacco kills and sickens. Picture warnings convince people to quit. Don't just tell the truth, Show it!  
[www.who.int/tobacco](http://www.who.int/tobacco)  
 World Health Organization  
**WORLD NO TOBACCO DAY 31 MAY**  
**TOBACCO CAUSES MOUTH DISEASES**  
**2009**



## ما توانستیم شاهانه‌تری نتوانید



در پایان هر دوره به افرادی که موفق به ترک سیگار شده‌اند لوح تقدیر اهدا می‌گردد و این افراد نیز در صورت تمایل از احساس موفقیت و نظر خود درباره این اقدام و شرکت در این کلاسها یادداشتی می‌نویسند و همچنین مصاحبه‌ای با آنها انجام می‌گیرد. شاید با خواندن این مصاحبات و یادداشتها، سایر افراد سیگاری نیز تشویق به ترک سیگار گردند. فراموش نکنید که هیچ‌وقت برای ترک سیگار دیر نیست. ما توانستیم، شما هم می‌توانید!

۱- لطفا خودتان را معرفی کنید و بگوئید سیگار کشیدن را از چه سنی شروع کردید؟

عبدالله... گاهدی هستم کارمند وزارت نیرو. سیگار کشیدن را از سن هفده سالگی شروع کردم. پدرم سیگاری بود ولی وقتی سیگارش را روشن می‌کرد از او دوری می‌کردم با وجود این جالب است که در حال حاضر خودم یک سیگاری تمام عیار شده‌ام. افکار عمومی در آن زمان بر این بود که اگر دست هرکس سیگاری بود یعنی او بزرگ است. هرچند که

کلینیک ترک سیگار پیروزی در سال ۱۳۷۷ به عنوان اولین مرکز درمانی تخصصی ترک سیگار کشور توسط مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات و با همکاری شهرداری منطقه ۱۴ افتتاح گردید. طی این سالها افراد سیگاری بسیاری توانستند با شرکت در دوره‌های این کلینیک موفق به ترک سیگار گردند. هر دوره این کلاسها شامل ۴ جلسه بصورت هفتگی یک بار می‌باشد.

از سال ۷۷ تاکنون در حدود ۵۵۰۰ نفر در این کلینیک ثبت‌نام کردند که از این تعداد حدود ۴۰۰۰ نفر دوره‌های ترک را آغاز نمودند. خدمات ارائه شده در تمام این سالها رایگان بوده است. میانگین میزان موفقیت در دوره (کسانی که دوره را کامل به پایان رساندند) طی این سالها ۸۵٪ بوده و ۱۵ درصدشان کاهش مصرف داشتند. میانگین موفقیت در کل ۶۵٪ برآورد شده است.

میزان موفقیت یک ساله در این کلینیک ۳۶ تا ۴۰ درصد می‌باشد که در مقایسه با آمار بسیاری از کلینیکها در سراسر جهان قابل قبول می‌باشد.

این فکر غلط بود، بارها و بارها از دیگران شنیده‌ایم که دوست ناباب انسان را به کجاها که نمی‌کشاند! ولی هرگز باور نمی‌کنید من هم اولین سیگار را دوستم به من داد و جالب است که او در حال حاضر دزد و کارتون خواب شده و من ارتباط خودم را با او کاملاً قطع کردم.

۲- از سختی‌های خودتان در این مدت برای ما بگوئید؟  
هفته اول یک مقدار سخت بود ولی از آنجایی که تصمیم‌م جدی بود و خانواده نیز تنها مشوق من در این راه بود، سختی حس نکردم. من این کلینیک را قبلاً دیده بودم ولی فرصت نداشتم به آن مراجعه کنم. یک روز به خاطر شرکت در این کلاس‌ها از خانه خارج و به همراه همسرم به این کلینیک مراجعه کردم.

۳- از وضعیت روحیتان بعد از ترک برای ما بگوئید؟  
اصلاً فکر نمی‌کردم به این راحتی سیگار کشیدن را ترک کنم. ترک سیگار برای افرادی که سیگار کشیدن را برای مدت طولانی تجربه کردند بسیار سخت است چراکه جامعه یکی از مشوقین این راه می‌باشد.

۴- چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟  
همه افراد از مضرات دخانیات اطلاعات کافی دارند، ولی توصیه‌ای به مسئولین دارم و آن هم برگزاری چنین کلاس‌های مفیدی در محیط کار افراد است.

۵- آیا می‌دانید چند نفر با شما در کلاس شرکت کردند و چند نفر موفق شدند؟  
بله، دوازده نفر شرکت کردند و ده نفر ترک کردند.

۶- حالا فرض می‌کنیم شما موفق نمی‌شدید در آن صورت چه می‌کردید؟  
باز هم ثبت نام می‌کردم و دوباره در این کلاس‌ها شرکت می‌کردم.

۷- چطور با این کلینیک آشنا شدید؟  
محل کار بنده در بازار است و من قبلاً این کلینیک را دیده بودم یک روز برای خرید سیگار به یک مغازه مراجعه کردم مغازه‌دار که خودش قبلاً سیگاری بود و با شرکت در این کلاس‌ها موفق به ترک شده بود من را به ترک تشویق کرد و من هم به اینجا مراجعه کردم و موفق هم شدم.

۸- چطور شد که تصمیم گرفتید سیگار خود را ترک کنید؟  
اولین علت آن خانواده‌ام بود و سپس خودم.

۹- برای رسیدن به هدفتان چقدر تلاش کردید؟  
خیلی زیاد. چون تنها هدفم ترک سیگار بود، اصلاً سختی نکشیدم. دوست دارم زندگی جدید بدون دخانیات را با موفقیت به اتمام برسانم و در حال حاضر جز این تصمیم، تصمیم دیگری ندارم.

۱۰- اگر روزی دست یکی از فرزندانان سیگار ببینید با او چه برخوردی می‌کنید؟  
قبلاً که خودم سیگار می‌کشیدم هیچ حرفی برای گفتن نداشتم ولی الان در صورتی که او را در حال سیگار کشیدن ببینم ابتدا او را نصیحت سپس او را به این کلینیک می‌آورم.

۱۱- دیدم که یک لوح افتخار دریافت کردید با این لوح چه می‌کنید؟

افتخار می‌کنم و آن را به سیگاری‌ها نشان می‌دهم چرا که فکر می‌کنم تمام سیگاری‌ها دوست داشته باشند که چنین لوحی دریافت کنند.



مهره اخلاقی  
مرواسن تراستین است  
من تراستینم که هم من تراستینم  
عبدالله کاظمی ۴۶ ساله هستم و مدت ۳۰ سال است سیگار می‌کنم  
و همیشه از عوارض آن می‌ترسیدم که مرا با یک کتف منوادم سیگار را  
ترک کنم  
از زبان مراجعین به این کلینیک در روش ترک تراستینم سیگار  
را ترک کنم و حتی گفتند تراستینم ترک کردم دکتر ارناز انزاد  
سیگاری را به ترک نشدین من کنم  
برای من گفتند که تراستینم را ترک کردم و کتف منوادم را ترک کردم  
نه نفس من در ترک من را داشته

۲۸/۷/۸۹

### جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما پیوندید

هدف عاری بودن محیط از دخانیات می‌باشد. تا کنون اسامی ذیل در این حرکت پیشرو بوده‌اند:

- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- بیمارستان دکتر مسیح دانشوری
- بیمارستان کسری
- منطقه پارس جنوبی
- شهرداری تهران
- فروشگاه‌های زنجیره‌ای شهروند
- پارک قیطره
- پارک قائم
- پارک ارم
- پارک هنرمندان
- پارک بعثت
- پارک معلم
- پارک شفق

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات که بر اساس برنامه استراتژیک خود و دیدگاه (برآنیم تا جامعه‌ای عاری از دخانیات داشته باشیم) در نظر دارد اتحادی تشکیل دهد و بدینوسیله از کلیه ادارات، سازمان‌ها، مراکز و دفاتر مختلف دولتی و غیردولتی که با انگیزه ارتقاء سطح سلامت کارکنان و شهروندان در محیط خود خواستار اجرای قانون ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی می‌باشند درخواست می‌کند تا با ارسال مشخصات و آدرس خود از این طریق به ما پیوسته و با حرکتی نمادین موجبات تقویت این مبارزه را فراهم سازند. همچنین این مرکز بر حسب تجربیات بدست آمده آماده ارائه آموزشهای مربوطه درباره اجرای این قانون و چگونگی برنامه‌ریزی برای رسیدن به





## برگزاری جلسه شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

### چکیده طرح

#### زمینه:

در ایران تدخین تریاک یک از شایعترین طرق مصرف این ماده در میان معتادین به آن است.

#### هدف:

این مطالعه به منظور تعیین تأثیر تدخین تریاک بر آزمون‌های عملکرد ریوی انجام شد.

#### مواد و روش‌ها:

در این مطالعه مورد-شاهدی دو گروه ۲۵ نفری از مردان ۳۰ تا ۵۰ ساله بررسی شدند. گروه هدف به تریاک تدخینی معتاد بودند که ۲۲ نفر سیگار به اضافه تریاک و ۳ نفر فقط تریاک مصرف می‌کردند و گروه شاهد ۲۲ نفر سیگاری و ۳ نفر غیرسیگاری بودند که تریاک مصرف نمی‌کردند. این دو گروه مورد اسپیرومتری قرار گرفتند و نتایج دو گروه مقایسه شد.

#### یافته‌ها:

مصرف تریاک به صورت تدخینی اثر اضافی بر روی کاهش عملکرد ریوی افراد گروه مورد نداشت. این اثر چه در گروه افراد سیگاری معتاد به تریاک و چه در گروه افراد غیرسیگاری معتاد به تریاک مشاهده نشد. فشارخون سیستولی در گروه معتادین نسبت به گروه غیرمعتاد به تریاک کاهش معنی‌داری را نشان داد ( $P=0/021$ ). همچنین حجم ذخیره بازدمی (ERV) به طور معنی‌داری در گروه معتادین بیش از گروه غیرمعتاد به تریاک بود ( $P=0/006$ )

#### نتیجه‌گیری:

مصرف تدخینی تریاک اثر کاهنده بر آزمون‌های عملکرد ریوی نداشت.

#### واژه‌های کلیدی:

تریاک، آزمون‌های عملکرد ریوی، سیگار، فشارخون سیستولی، حجم ذخیره بازدمی

پنجاه و هشتمین جلسه شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در روز پنجشنبه مورخ ۹۰/۲/۱ با حضور اعضاء تشکیل و موارد زیر مطرح و مورد تصویب قرار گرفت:

۱- نامه درخواست کشتیرانی جمهوری اسلامی ایران جهت برگزاری دوره آموزشی برای پرسنل خود مطرح و با انجام آن توسط مرکز موافقت شد.

۲- درخواست شورای علمی مرکز برای تغییر وضعیت همکاران شاغل در مرکز مطرح و مقرر گردید این امر بر اساس امتیازات پژوهشی کسب شده هر سال همکاران انجام گیرد.

۳- مقرر گردید مطابق برنامه شورای علمی پژوهشکده، مرکز بصورت ماهانه طرح‌های مصوب خود را در جلسات گزارش صبحگاهی دوشنبه پژوهشکده مطرح کند.

۴- عنوان طرح «بررسی روند اجرای قانون جامع کنترل دخانیات در ایران» توسط خانم دکتر حسامی مطرح شد و مورد تأیید قرار گرفت.

۵- طرح «بررسی نتایج اسپیرومتری مراجعین مبتلا به بیماری COPD بر حسب سابقه مصرف تریاک توأم با دخانیات در مرکز پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی» توسط دکتر اسلام‌پناه مطرح و داوری آن مورد تأیید قرار گرفت.

۶- گزارش ارزشیابی امتیازات پژوهشی مرکز در سال ۸۹ که در حال انجام می‌باشد به صورت کلی ارائه و مقرر گردید در جلسه آینده مطرح و امتیاز همکاران غیرهیئت علمی و هیئت علمی اعلام می‌گردد.

۷- بر اساس برنامه استراتژیک مرکز و به پیشنهاد دکتر بهادری مقرر گردید از بالاترین امتیاز کسب شده پژوهشی همکاران قدردانی صورت گیرد.

پایلوت طرح بررسی نتایج اسپیرومتری مراجعین مبتلا به بیماری COPD بر حسب سابقه مصرف تریاک توأم با دخانیات در مرکز پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی به شرح ذیل است:

## ارزشیابی فعالیت‌های پژوهشی



تهیه و تنظیم: علیرضا مظفریان  
مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دختلیات

روند ارزشیابی طی سالهای ۸۴ تا ۸۶ با توجه به تغییرات عمده ایجاد شده در شاخصهای تعیین شده، از ۱۳۸۶ در دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور انجام می‌گیرد.

هدف اصلی ارزشیابی، ارتقاء وضعیت پژوهش در زمینه علوم پزشکی و ارتقای سطح سلامت در کشور می‌باشد.

**محورهای ارزشیابی** عبارتند از: محور تولید علم و دانش، محور ظرفیت‌سازی و محور طرح‌های تحقیقاتی تولید و انتشار دانش که محور اصلی سنجیده شده در ارزشیابی است شامل:

تألیف، گردآوری و یا ترجمه کتاب، ارائه مقاله در همایش‌های داخلی و بین‌المللی، تعداد ارجاع به مقالات منتشر شده در نمایه نامه‌های بین‌المللی، ارجاع به مقالات مرکز تحقیقات در کتب مرجع، نوآوری، اکتشاف و ثبت اختراع، تعداد مقالات منتشر شده در مجلات علمی پژوهشی خارجی و داخلی ایندکس شده و یا ایندکس نشده می‌باشد. شایان ذکر است کلیه مواردی که زیر مجموعه محور تولید و انتشار دانش می‌باشد، بر حسب کارایی (Efficiency)، میزان تأثیر (Effectiveness) و شاخص تأثیر (Impact) مورد ارزشیابی قرار می‌گیرند.

**محور ظرفیت‌سازی** شامل:

برگزاری همایش‌های بین‌المللی و کشوری، میزبانی تورهای علمی و تحقیقاتی دانشجویی، کسب رتبه‌های برتر در جشنواره‌های رازی و خوارزمی و همچنین همکاری رسمی به عنوان (Collaborating center) با سازمان‌های بین‌المللی می‌باشد.

و در آخر محور **طرح‌های تحقیقاتی** شامل:

طرح‌های مداخله‌ای، طرح‌هایی که بودجه آنها از منابع خارج از کشور تأمین شده باشد و جذب بودجه از سازمان‌های دولتی و خصوصی داخل کشور می‌باشد.

منبع:

www.hbi.ir

منظور از فرایند ارزشیابی (Evaluation) توصیف و تحلیل کمی و کیفی عملکرد سیستم در چارچوب معیارهای تعیین شده و قضاوت ارزشی در مورد کارآمدی آن سیستم می‌باشد. یکی از اهداف مهم در فرایند ارزشیابی مقایسه نتایج واقعی با برنامه استراتژیک مراکز تحقیقاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌باشد.

طراحی فرم اولیه ارزشیابی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در پاییز سال ۱۳۷۹ با نظر کارشناسان حوزه معاونت تحقیقات و فناوری انجام شد. پس از ارسال، جمع‌آوری و اعمال نقطه نظرات معاونین پژوهشی در فرم اولیه ارزشیابی، با حضور کارشناسان رابط دانشگاهها در ستاد معاونت، فرم طراحی شده بازنگری شد.

پس از انجام مطالعه آزمایشی و تکمیل فرم در دو دانشگاه قزوین و ارومیه در تابستان سال ۱۳۸۱، فرم نهایی در چهل و ششمین اجلاس روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی در آذر ماه ۱۳۸۱ ارائه و نقطه نظرات کتبی آنان در فرم جمع‌آوری و اعمال شد. پس از تکمیل فرم‌های ارزشیابی در ۵ دانشگاه علوم پزشکی بعنوان پایلوت در بهمن ماه سال ۱۳۸۱ با در نظر گرفتن پایلوت انجام شده اصلاحات نهایی در اردیبهشت ۱۳۸۲ صورت گرفت. سپس فعالیتهای پژوهشی ۴۱ دانشگاه و دانشکده‌های علوم پزشکی بر اساس فرم نهایی شده در بهار و تابستان سال ۱۳۸۲ مورد ارزیابی قرار گرفت.

### ارزشیابی فعالیت‌های پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در سال ۱۳۸۹

در اردیبهشت ماه سال جاری فعالیت‌های پژوهشی انجام شده توسط مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در سال ۱۳۸۹ و برای چهارمین سال متوالی بعد از تأسیس مرکز مورد ارزیابی قرار گرفت.

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در دوره‌های قبلی ارزشیابی به ترتیب در سال اول ۳۷۰/۰۷۲ امتیاز، در سال دوم ۲۶۴/۸۴۶ امتیاز و در سال سوم ۴۵۹/۶۵ امتیاز کسب کرده بود، امسال با کسب ۵۷۸/۰۳ امتیاز، نسبت به امتیازات کسب شده در سال‌های گذشته، در زمینه‌های مختلف پژوهشی به رشد چشم‌گیر و پیشرفت قابل توجهی دست یافت.

جزئیات فعالیت‌های پژوهشی و امتیازات کسب شده توسط مرکز در سال ۱۳۸۹ به شرح زیر است:

در زمینه تالیف کتاب مرکز با ۳ کتاب ترجمه، یک کتاب گردآوری و یک کتاب تألیف شده توسط محققین مرکز ۲۶ امتیاز کسب کرد.

در زمینه مقالات ارائه شده در همایش‌ها و کنگره‌ها، مرکز با ارائه ۲۰ مقاله، به صورت پوستر و سخنرانی در کنگره‌های ERS, IUATLD, World Congress of Cardiology ۱۲/۵ امتیاز کسب نمود.

در زمینه مقالات منتشر شده در مجلات علمی بین‌المللی (مقالات نوع ۱ و ۲) مرکز با انتشار ۹ مقاله نمایه شده در کتابخانه دیجیتال پزشکی (Pubmed) و نمایه نامه بین‌المللی ISI ۲۰۷/۷۷ امتیاز کسب نمود.

در مورد مقالات منتشر شده در مجلات علمی بین‌المللی خارجی و داخلی (نوع ۳ و ۴) مرکز با انتشار ۱۹ مقاله نمایه شده در سایر نمایه‌نامه‌های تخصصی از جمله Embase, Scopus (... و) ۱۷۲/۵ امتیاز کسب کرد.

در زمینه تعداد ارجاع به مقالات، مرکز با ۱۲ مورد ارجاع به مقالات منتشر شده با نام مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، ۸۴/۲۶ امتیاز کسب کرد.

در زمینه برگزاری همایش‌های منطقه‌ای و بین‌المللی، مرکز با توجه به همکاری در برگزاری اولین کنگره منطقه‌ای ملاحظاتی دندانپزشکی در بیماران خاص نوپدید و باز پدید موفق به کسب نیمی از امتیاز برگزاری همایش، برابر با ۵۰ امتیاز گردید.

و در آخر مرکز به عنوان امتیاز ویژه، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات به عنوان تنها مرکز همکار با سازمان بهداشت جهانی در زمینه کنترل دخانیات، به عنوان چهارمین سال همکاری با سازمان بهداشت جهانی ۲۵ امتیاز کسب کرد.

جدول مقایسه امتیازات مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در ارزشیابی فعالیت‌های پژوهشی طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۹۰

| سال ارزشیابی          |                                      | ۱۳۸۶                    | ۱۳۸۷                   | ۱۳۸۸                    | ۱۳۸۹                    |
|-----------------------|--------------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| مقالات                | مقالات ایندکس نوع ۱                  | مورد ۵<br>۱۲۳/۶۷ امتیاز | مورد ۳<br>۸۴/۲۲ امتیاز | مورد ۳<br>۸۸/۰۴۶ امتیاز | مورد ۸<br>۱۹۹/۴۷ امتیاز |
|                       | مقالات ایندکس نوع ۲                  | مورد ۳<br>۶۰ امتیاز     | -                      | مورد ۲<br>۵۰ امتیاز     | مورد ۱<br>۸/۳ امتیاز    |
|                       | مقالات ایندکس نوع ۳                  | مورد ۸<br>۷۸/۵ امتیاز   | مورد ۸<br>۱۰۱/۵ امتیاز | مورد ۱۱<br>۱۵۱ امتیاز   | مورد ۱۷<br>۱۶۴ امتیاز   |
|                       | ارائه مقالات در همایش‌های بین‌المللی | مورد ۱۹<br>۲۴/۵ امتیاز  | مورد ۱۷<br>۲۲/۵ امتیاز | مورد ۲۶<br>۲۸ امتیاز    | مورد ۲۰<br>۱۲/۵ امتیاز  |
| سایر امتیازات         |                                      | ۸۳/۴۰۲                  | ۵۵/۶۲۶                 | ۱۳۲/۶۱                  | ۱۹۲/۷۵                  |
| امتیاز کل در ارزشیابی |                                      | ۳۷۰/۰۷۲                 | ۲۶۴/۸۴۶                | ۴۵۹/۶۵                  | ۵۷۸/۰۳                  |

## اخبار کشوری

۵۱۱۱۲۲ نخ سیگار و ۱۶۱۵۰ گرم تنباکوی معسل قاچاق در طی ۱۵ گشت کشف و ضبط گردید. کشف بیش از ۳۸۷۶۰۰ نخ سیگار قاچاق در استان قزوین:

در پی عملیات مشترک مامورین مبارزه با قاچاق دخانیات استان قزوین و مامورین نیروی انتظامی استان بیش از ۳۸۷۶۰۰ نخ سیگار قاچاق در مورخه ۲۶ اسفند ماه کشف و ضبط گردید که محموله فوق همراه با متهمان تحویل مقامات قضایی شد. به گزارش روابط عمومی شرکت دخانیات این محموله در بازرسی‌های روزمره بین جاده‌های کشف و ضبط گردید. کشف بیش از ۶۱۵۷۰۰ نخ سیگار قاچاق در استان سیستان و بلوچستان:

در پی عملیات مشترک مامورین مبارزه با قاچاق دخانیات استان سیستان و بلوچستان و اداره اطلاعات شهرستان چابهار در مورخه ۲۴ اسفند ماه تعداد ۶۱۵۷۰۰ نخ سیگار قاچاق کشف و ضبط گردید که محموله فوق همراه با متهمان تحویل مقامات قضایی شد. به گزارش روابط عمومی شرکت دخانیات این محموله در بازرسی‌های روزمره کشف و ضبط گردید. برگرفته از سایت شرکت دخانیات ایران

### گزارش اهداء خون

پایگاه انتقال خون در روزهای پایانی سال ۸۹ جهت خون‌گیری در شرکت دخانیات مستقر شد. به گزارش روابط عمومی شرکت دخانیات با هماهنگی‌های به عمل آمده با نماینده سازمان انتقال خون ایران و با همکاری اداره بهداشت کار و ایمنی فنی در تاریخ‌های ۲۴ و ۲۵/۱۱/۸۹ در مجتمع دخانیات تهران و ۲۶/۱۱/۸۹ در دخانیات نازی‌آباد در محل اداره بهداشت خون‌گیری به عمل آمد که در مجتمع تهران تعداد ۲۲۶ نفر و در نازی‌آباد ۳۸ نفر و در مجموع ۲۶۴ واحد خون اهداء گردید.

<http://www.irtobacco.com/portal/newsite/Page.aspx?mID=2416&Page=News/shownews&NewsId=1630>

در آستانه روز جهانی بدون دخانیات مطرح شد: افزایش سرطان ریه در بین زنان سالمند انگلیسی

یک بررسی جدید نشان داده است که نرخ ابتلا به سرطان ریه در بین زنان انگلیسی بالای ۶۰ سال رو به افزایش است و علت اصلی آن استعمال دخانیات عنوان شده است.

به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنا، طبق آمار جدید که در آستانه روز جهانی بدون دخانیات منتشر شده، بین سالهای ۱۹۷۵ تا ۲۰۰۸ تعداد موارد ابتلا به این سرطان در انگلیس در ۵۷۰۰ نفر به بیش از ۱۵ هزار و ۱۰۰ نفر رسیده است. هم‌چنین نرخ ابتلا به سرطان در زنان بالای ۸۰ سال از ۸۰۰ نفر در سال ۱۹۷۵ به بیش از ۴۷۰۰ نفر در سال ۲۰۰۸ افزایش یافته است.

به گزارش روزنامه دیلی اکسپرس، جین کینگ رئیس کنترل دخانیات مرکز تحقیقات سرطان انگلیس در این رابطه متذکر شد، ۹ مورد از هر ۱۰ مورد ابتلا به سرطان ریه در اثر کشیدن سیگار اتفاق می‌افتد و هم‌چنین از هر ۵ نفر در این کشور یک نفر هنوز سیگار می‌کشد.

<http://isna.ir/isna/NewsView.aspx?ID=News-1731076>

### کشف محموله‌های قاچاق در استان‌های کشور

طبق آمارهای ارائه شده از سوی شرکت دخانیات ایران طی آخرین روزهای سال ۸۹ مامورین مبارزه با قاچاق دخانیات استان‌های گیلان، قزوین و سیستان و بلوچستان توانستند محموله‌های قاچاق به شرح زیر را کشف و ضبط کنند.

کشف سیگار قاچاق در استان گیلان:

گزارش عملکرد این اداره در خصوص کشفیات قاچاق از مورخه ۸۹/۱۲/۱۴ لغایت ۸۹/۱۲/۲۰ به شرح ذیل می‌باشد: از مجموع بازرسی‌های به عمل آمده از ۱۷۲ واحد خرده فروشی و ۱۵ واحد عمده فروشی به میزان

## سیگاری‌ها پنج برابر بیشتر در معرض بی‌دندانی

طبق تحقیقات سازمان جهانی بهداشت در هر ۸ ثانیه یک نفر در دنیا به علت استعمال دخانیات جان خود را از دست می‌دهد.

به گزارش ایسنا، نتایج تحقیقات حاکی از آن است چنانچه افراد در سنین نوجوانی شروع به کشیدن سیگار کنند (بیش از ۷۰ درصد موارد سیگاری شدن در این مرحله اتفاق می‌افتد) و مدت ۲۰ سال یا بیشتر به این عمل ادامه بدهند بین ۲۰ تا ۲۵ سال زودتر از افرادی که به هیچ وجه در زندگی سیگار نکشیده‌اند، خواهند مرد.

تنها سرطان ریه یا بیماری‌های قلبی پیامدهای استعمال دخانیات نیست بلکه مجموعه‌ای از مسایل و مشکلات بهداشتی در ارتباط با مصرف مواد دخانی وجود دارد که می‌تواند به لحاظ شرایط جسمانی و مقاومت ایمنی در افراد سیگاری بروز می‌کند، که برخی از آنها عبارتند از:

۱- از دست دادن موها

با تضعیف سیستم ایمنی افراد سیگاری در اثر مصرف مواد دخانی، بدن این افراد مستعد ابتلا به انواع بیماری‌ها از جمله «لوپوس اریتماتوز» می‌شود که این بیماری می‌تواند عامل از دست دادن موها، ایجاد زخم در دهان، جوش‌های پوست روی صورت، سر و دست‌ها شود.

۲- آب مروارید (کاتاراکت)

افراد سیگاری ۴۰ درصد بیش از افراد دیگر در معرض ابتلا به آب مروارید، کدر شدن عدسی چشم و ممانعت از عبور نور و در نهایت نابینایی هستند.

۳- چین و چروک

استعمال دخانیات باعث از بین بردن پروتئین‌های انعطاف‌دهنده پوست می‌شود؛ همچنین باعث تحلیل بردن ویتامین A و محدود کردن جریان خون در عروق پوست می‌شود. پوست افراد سیگاری خشک و دارای خطوط و چین‌خوردگی‌های ریزی در اطراف لب‌ها و چشم‌هاست.

۴- ضایعات شنوایی

افراد سیگاری ۳ برابر بیش از افراد غیرسیگاری به عفونت گوش میانی دچار می‌شوند.

۵- سرطان پوست

افراد سیگاری ۲ برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری در معرض خطر ابتلا به نوعی سرطان پوست (پوسته پوسته شدن، برجستگی روی پوست) قرار دارند.

۶- فساد دندان‌ها

افراد سیگاری یک و نیم مرتبه بیشتر از افراد غیرسیگاری در معرض خطر از دست دادن زودرس دندان‌ها هستند.

۷- یوکی استخوان

مونوکسیدکربن یکی از اصلی‌ترین گازهای سمی در خروجی اگزوز اتومبیل و دود سیگار است، میل ترکیبی این گاز با خون بسیار بالاتر از اکسیژن است. این گاز باعث کاهش قدرت عمل اکسیژن در خون افراد سیگاری حرفه‌ای تا ۱۵ درصد می‌شود.

استخوان‌های افراد سیگاری تراکم خود را از دست داده و به راحتی شکسته می‌شود، همین طور زمان التیام یافتن و جوش خوردن آنها پس از شکستگی تا ۸۰ درصد افزایش پیدا می‌کند.

۸- بیماری‌های قلبی

بیماری‌های قلبی - عروقی ناشی از استعمال دخانیات بیش از ۶۰۰ هزار نفر را در سال در کشورهای توسعه یافته از بین می‌برد. استعمال دخانیات باعث افزایش ضربان قلب، بالا رفتن فشارخون، افزایش خطر ابتلا به فشارخون بالا و گرفتگی عروق و نهایتاً ایجاد حمله قلبی و سکته می‌شود.

۹- زخم معده

استعمال دخانیات مقاومت معده را در برابر باکتری‌ها پایین می‌آورد؛ همچنین باعث تضعیف معده در خنثی سازی اسید معده و مقاومت در برابر آن بعد از غذا خوردن و بر جای ماندن باقیمانده 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 اکثراً اندک است.

۱۰- تغییر رنگ انگشتان

قطران موجود در دود سیگار در اثر استعمال مستمر

دخانیات روی انگشتان و ناخن‌ها جمع شده و باعث تغییر رنگ آنها به قهوه‌ای مایل به زرد می‌شود.

۱۱- سرطان رحم و سقط جنین

استعمال دخانیات در دوران بارداری می‌تواند باعث افزایش خطر زایمان نوزاد با وزن کم و بروز مسایل بهداشتی در آینده شود. سقط جنین در مادران سیگاری ۲ تا ۳ برابر بیشتر است.

۱۲- تغییر شکل دادن سلول‌های جنسی در مردان استعمال دخانیات باعث کاهش تعداد اسپرم و کاهش جریان خون در آلت تناسلی مردان و ناتوانی جنسی در این افراد می‌شود. ناباروری جنسی در مردان سیگاری نیز متداول‌تر از افراد غیرسیگاری است

۱۳- سرطان

بیش از ۴۰ عنصر سرطانزا در دود سیگار وجود دارد احتمال سرطان ریه ۲۲ برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری است. طبق تحقیقات بی‌شماری که انجام شده است در صورت ادامه استعمال دخانیات توسط افراد سیگاری، احتمال مبتلا شدن آنها به انواع سرطان‌های دیگر از قبیل زبان، دهان، غدد، بزاغ و حلق (۶ تا ۲۷ برابر)، سرطان بینی (۲ مرتبه بیشتر)، گلو (۱۲ مرتبه)، مری (۸ تا ۱۰ برابر)، حنجره (۱۰ تا ۱۸ برابر)، معده (۲ تا ۳ برابر)، کلیه (۵ برابر)، آلت تناسلی مرد (۲ تا ۳ برابر)، لوزالمعده (۲ تا ۵ برابر) مقعد (۵ تا ۶ برابر) وجود دارد

سید حبیب مکی

جام جم آنلاین ۲ دی ۱۳۸۹

والدین در شروع مصرف سیگار بسیار موثر بوده و این تاثیر در دختران و پسران متفاوت است.

وی با عنوان این مطلب که مصرف سیگار توسط والدین بیشتر دختران را تحت تاثیر قرار می‌دهد افزود: فشارهای اجتماعی از جمله دوستان سیگاری و تعارف سیگار توسط همسالان از عوامل عمده و بسیار موثر در گرایش نوجوانان به سیگار است.

آذری‌پور در تشریح سایر علل گرایش نوجوانان و جوانان به سمت مصرف مواد دخانی گفت: عدم موفقیت در تحصیل، اعتماد به نفس پایین، عدم توانایی در ایجاد ارتباط با دیگران و منزوی بودن، نداشتن توانایی مقابله با فشار دوستان و دانش ناکافی و نگرش غلط در مورد خطرات سیگار از جمله فاکتورهای شخصیتی است که می‌تواند در شروع مصرف سیگار موثر باشد.

وی همچنین از محرومیت‌های اجتماعی و اقتصادی و در دسترس بودن سیگار به عنوان دیگر فاکتورهای مهم در گرایش به سمت مصرف سیگار نام برد و افزود: تبلیغات سیگار در رسانه‌ها نیز اثر محرک دارد و می‌تواند جوانان را از مرحله اولین تجربه سیگار به مرحله مصرف مداوم بکشانند.

عضو کمیته سیاستگذاری و کنترل دخانیات خاطرنشان کرد: رواج فروش سیگار در مغازه‌ها و کیوسک‌ها و به طور کلی در اماکن عمومی، تاثیر عوامل محیطی استعمال دخانیات توسط نوجوانان را در کشور ما افزایش داده است.

[www.mehrnews.com/fa/NewsDetail.aspx?NewsID=1238527](http://www.mehrnews.com/fa/NewsDetail.aspx?NewsID=1238527)

## درآمد یکسال کمپانی‌های سیگار برابر با ۲۰ سال فروش نفت ایران

تجارت دخانیات آنقدر پر سود است که صاحبان کمپانی‌های معروف سیگار در دنیا حاضرند بابت تبلیغات محصولات خود رقم‌های نجومی پرداخت کنند. بررسی‌ها نشان می‌دهد درآمد یک سال این کمپانی‌ها رقمی بالغ بر ۳۰۰ میلیارد دلار است که با

## دختران بیشتر تحت تاثیر والدین سیگاری قرار می‌گیرند

عضو کمیته سیاستگذاری کنترل دخانیات با اشاره به تاثیر خانواده در گرایش نوجوانان و جوانان به سمت مصرف مواد دخانی گفت: مصرف سیگار توسط والدین بیشتر دختران را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

دکتر حسن آذری‌پور در گفتگو با خبرنگار مهر اظهار داشت: فشارهای خانوادگی و داشتن رابطه ضعیف با

۲۰ سال فروش نفت ایران برابری می‌کند.

به گزارش خبرنگار مهر، در حالی که هر پنج ثانیه یک نفر در دنیا بر اثر مصرف سیگار جان خود را از دست می‌دهد آمارها نشان می‌دهد که در قرن بیستم حدود ۱۰۰ میلیون نفر در اثر مصرف مواد دخانی جان خود را از دست دادند و سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند اگر این روند به همین شکل ادامه پیدا کند تا پایان قرن ۲۱ نزدیک به یک میلیارد نفر در اثر مصرف سیگار جان خود را از دست خواهند داد.

این در حالی است که سالانه حدود ۵۸ میلیارد نخ سیگار در ایران مصرف می‌شود که ۵ میلیارد و ۱۵ میلیون نخ آن از طریق تولیدات داخل، ۷ میلیارد و ۱۱ میلیون نخ از طریق تولیدات مشارکتی، ۲۱ میلیارد نخ از طریق واردات قانونی و ۱۰ میلیارد نخ از طریق قاچاق تامین می‌شود.

دکتر محمدرضا معدنی، دبیر اجرایی جمعیت مبارزه با دخانیات با عنوان این مطلب که دود سیگار باعث می‌شود هر سال ۲۶ هزار کودک در کشور مبتلا به آسم شوند، گفت: روزانه ۲۰۰ نفر سیگاری در کشور فوت می‌کنند.

وی با اعلام این که حدود ۱۲ میلیون نفر در کشور سیگار مصرف می‌کنند، گفت: هزینه سیگار این تعداد افراد روزانه ۴ تا ۵ میلیارد تومان است. در حالی که ۲ تا ۳ برابر این مبلغ نیز توسط دولت صرف هزینه‌های درمان ناشی از عوارض مصرف سیگار می‌شود. بنابراین روزانه ۲۰ میلیارد تومان بابت مصرف سیگار در کشور هزینه می‌شود.

بدون شک استنشاق تحمیلی دود مواد دخانی برای سلامتی بسیار مضر است و بیش از ۴۰۰۰ ماده شیمیایی خطرناک در دود سیگار موجود است که بیش از ۵۰ نوع از این مواد سرطان‌زا بوده و استنشاق تحمیلی، باعث ابتلا افراد به بیماری‌های قلبی، عروقی، گوارشی و تنفسی شده و در نتیجه منجر به مرگ می‌شود. طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی بیش از ۷۰۰ میلیون کودک در جهان در معرض استنشاق تحمیلی دود سیگار قرار دارند. این آلودگی خصوصا در خانه بیشتر است. به طوری که تحقیقات انجام شده بر روی

دانش‌آموزان ۱۳ تا ۱۵ سال در ۱۳۲ کشور جهان نشان می‌دهد که ۴۶ درصد از دانش‌آموزان در خانه و ۵۶ درصد آنها در اماکن عمومی در معرض دود دخانیات قرار می‌گیرند و ۷۶ درصد از دانش‌آموزان از قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی استقبال می‌کنند.

دکتر کاظم ندافی، رئیس مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت از مصرف سیگار به عنوان دروازه ورود به اعتیاد یاد کرد و گفت: بررسی‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهد در پیچه ورود به مواد مخدر و انواع اعتیادها استعمال دخانیات است.

این در حالی است که دکتر حسن آذری‌پور، عضو کمیسیون سیاست‌گذاری کنترل دخانیات از سیگار به عنوان مهمترین عامل تهدیدکننده سلامت یاد کرد و گفت: ۹۰ درصد از سیگاری‌ها از دوران نوجوانی به کشیدن سیگار روی می‌آورند.

وی اظهار داشت: نوجوانان تحت تاثیر تبلیغات صنعت دخانیات، مصرف سیگار و سایر مواد دخانی را عامل جذابیت، آزادی، رهایی، هوش و زیبایی می‌دانند و فکر می‌کنند همه همسالان آنها سیگاری هستند.

در هر حال، سیگار تنها ماده اعتیادآوری است که به طور قانونی در دسترس همگان قرار دارد. از این رو مصرف آن نیز به دور از هر گونه مشکل و محدودیتی در اختیار تمام افراد جامعه در هر رده سنی و جنسی قرار دارد. این وضعیت باعث شده که سن مصرف سیگار در کشور کاهش یابد که این مسئله علاوه بر تشدید بیماری‌ها، باعث می‌شود که عوارض ناگوار استعمال مواد دخانی منجر به تشدید هزینه‌های سلامت جامعه شود.

<http://www.mehrnews.com/fa/NewsDetail.aspx?NewsID=1246605>

## اخبار بین الملل

محوطه مدارس و بیمارستان‌ها نیز ممنوع می‌کند. کافه‌ها و رستوران‌ها باید تابلوهایی را در کنار درها یا پنجره‌هایشان با عنوانی «منطقه سیگار ممنوع» یا «سیگار کشیدن ممنوع» یا نشانه‌ای به صورت یک سیگار روشن که خطر قرمزی آن را قطع کرده است، نصب کنند.



خوزه، مدیر یک کافه در مادرید می‌گوید: «هنوز خیلی زود است که پیش‌بینی کرد این قوانین موثر واقع می‌شود یا نه.»

یک فرد سیگاری در این کافه که می‌خواست سیگار را روشن کند، با یادآوری پیشخدمت در مورد مجاز نبودن سیگار کشیدن از این بعد روبه‌رو شد. این مرد، کارلوس مونتسینوس، ۴۷ ساله، در مورد قوانین جدید گفت: «احمقانه است. به نظر من آنها باید جاهای جداگانه برای سیگار کشیدن فراهم می‌کردند.»

یک مشتری دیگر، یک توریست فرانسوی، لیونل روسل، گفت به نظر او اسپانیایی‌ها دوره سخت‌تری را برای پذیرش این محدودیت‌های جدید نسبت به شهروندان فرانسه هنگام اعمال محدودیت‌های مشابه در دو سال قبل خواهند گذراند.

این مرد ۴۷ ساله که در شهر مون‌پلیه مدیر مالی است، گفت: «در فرانسه همه ما در اول اجرای ممنوعیت شکایت داشتیم، اما اکنون می‌توانید بچه‌ها را هم به کافه‌ها ببرید.»

اسپانیا قوانین سخت ضد سیگار را به اجرا در می‌آورد

سیگاری‌های اسپانیایی با شروع اجرای یکی از سخت‌ترین قوانین ضدسیگار اروپا از روز یکشنبه ۲ ژانویه سیگارهایشان را در کافه‌ها و رستوران‌ها خاموش کردند.

به گزارش خبرگزاری فرانسه پس از یک عفو یک روزه به مناسبت آغاز سال جدید، قوانین جدید سیگار کشیدن را در همه کافه‌ها، رستوران‌ها و سایر مکان‌های عمومی - حتی برخی مکان‌های باز - از نیمه شب یکشنبه ۲ ژانویه به اجرا درآمد.

این قوانین جدید برای بسیاری از اسپانیایی‌ها که فرهنگ کافه‌نشینی بخش اساسی در زندگی روزانه شان بوده است، شوک‌آور بوده است.

النادلوسیا، پیشخدمت ۲۲ ساله، در یک از کافه‌های مرکز مادرید می‌گوید: «همه چیز تمام شده است. همه جاسیگاری‌ها را جمع کرده‌ایم. هنگامی موضوع سلامت مطرح است، من با این اقدام موافقم و ولی به نظر من باید حداقل جای مجازی برای سیگار کشیدن وجود داشته باشد.»

همکار او، کریستینا مادرید، ۲۲ ساله، که سیگاری نیست، از قوانین جدید استقبال می‌کند و می‌گوید: «هر روز باید کلی دود سیگار محیطی را تنفس می‌کردم و این وضع در آینده بر سلامت شما اثر می‌گذارد.»

اسپانیا از ژانویه ۲۰۰۶ دارای قوانین ضدسیگار بوده، اما تاثیر آن چندان قابل توجه نبوده است.

این قانون سیگار کشیدن در محل‌های کار، وسائل نقلیه عمومی و در فروشگاه‌ها را ممنوع کرده بود. اما به صاحبان کافه‌ها و رستوران‌ها اجازه داده بود که در مورد ممنوع کردن سیگار کشیدن در محل کسب‌شان خودشان تصمیم بگیرند. طبیعی بود که اغلب این صاحبان مشاغل که به خاطر نگرانی از کاهش مشتریان‌شان، به آنها اجازه سیگار کشیدن می‌دادند.

قوانین جدید ضدسیگار همه اماکن عمومی در بسته، شامل کافه‌ها و رستوران‌ها را در برمی‌گیرد و همچنین سیگار کشیدن در پارک‌های کودکان و هر جایی در



### ترک سیگار باراک اوباما

باتوی اول ایالات متحده به طور رسمی اعلام کرد که رئیس جمهور آمریکا، باراک اوباما، مصرف سیگارش را قطع کرده است. میشل اوباما ابراز داشت که رئیس جمهور بالاخره سیگارش را ترک کرد.

مدافعان بهداشت و سلامتی این اقدام رئیس جمهور را نقطه مثبتی دیدند برای تاثیر بر سایرین در جهت ترک سیگار.

باراک اوباما سال‌های متمادی درگیر تلاش برای ترک سیگار بود. در آن سال‌ها وی نیز مانند میلیون‌ها شهروند آمریکایی معتاد به مصرف نیکوتین بود. Shawki Tucker یک شهروند آمریکایی در این زمینه گفته است: «ترک سیگار چقدر سخت است؟ خیلی مشکل است. سعی می‌کنی که هر پاکت سیگار آخرین پاکت سیگار باشد ولی...»

میشل اوباما ابراز داشت که همسرش در حدود یک سال است که سیگار را ترک کرده است.

این اقدام وی هم برای سلامتی خودش و هم خانواده‌اش سودمند بوده است و مدافعان بهداشت نیز رئیس جمهور را تحسین کردند.

دکتر Brian Stello در این باره می‌گوید: «بسیاری از افراد لازم است چندین بار اقدام به ترک کنند؛ هر چند که اولین بار شانس موفقیت‌شان بیشتر است ولی آنها نباید ناامید شوند و باید بر تصمیم‌شان باقی بمانند.»

باراک اوباما گفته است که وی هرگز در اماکن عمومی سیگار نمی‌کشید و این عمل را یک رفتار ناشایست می‌دانست.

مردم معمولاً از افراد مطرح جامعه در رفتارهایشان الگوبرداری می‌کنند. هنگامی که رئیس جمهور آمریکا «ریگان» به سرطان روده بزرگ مبتلا شد، بسیاری از مردم اقدام به انجام کلونوسکوپی کردند تا از سلامت خود اطمینان یابند.

مدافعان بهداشت آمریکا امید دارند که چنین اقدام مثبتی از سوی رئیس جمهور می‌تواند انگیزه‌ای برای ترک سیگار بسیاری از افراد سیگاری باشد.

«اما به نظر من وضعیت در اسپانیا سخت‌تر است. در اسپانیا فرهنگ قدرتمند سیگارکشیدن در کافه‌ها وجود دارد. سیگارکشیدن با یکدیگر نوعی ابراز صمیمیت است.»

در کافه دیگری در همان نزدیکی، متصدی کافه می‌گوید مشتریان کمتری برای صرف صبحانه به آنجا آمده‌اند. او می‌گوید: «فردا می‌خواهند به داخل کافه بیایند تا سیگاری دود کنند.»

مسئول یک کافه دیگر در مرکز مادرید، خوان مائوئل کاسادو ۶۰ ساله، یک سیگاری سابق، پیش‌بینی کرد تنها کاهش اندکی در شروع در کسب و کار در روزهای شروع این ممنوعیت رخ دهد.

او گفت: «به مرور مردم به این وضعیت عادت خواهند کرد. همان طور که در ایتالیا، یونان، ایرلند و کشورهای دیگر عادت کردند. اگر می‌خواهید همراه دوستان‌تان سیگار بکشید باید این کار را در خیابان انجام دهید.»

فعالان ضدسیگار در اسپانیا، که تخمین زده می‌شود سالانه ۵۰۰۰۰ مرگ مربوط به سیگار در آن رخ می‌دهند، بسیار خوشحالند.

خوزه لوئیس دیاز ماروتو مونوز، یک پزشک خانواده و کارشناس اثرات مصرف سیگار می‌گوید: «۱۰ سال، در ۲۰۱۱، آن سه دیه بزرگی را برای سال میلادی جدید آوردند؛ اعلام این قوانین جدید.»

او گفت این قوانین مانع از ترغیب کودکان به سیگارکشیدن می‌شود، سیگاری‌ها را تشویق می‌کند سیگار را ترک کنند و «به همه ما امکان می‌دهد هوایی را تنفس کنیم که با دود سیگار آلوده نشده است.» اما صنعت تهیه و عرضه غذا نگران اثرات این ممنوعیت است.

خوزه لوئیس گوئرا، معاون رئیس انجمن هتل‌داران و کترینگ اسپانیا، می‌گوید: رستوران‌ها در ۳۱ ماه گذشته به خاطر بحران اقتصادی تحت فشار بوده‌اند. او تخمین زد که این ممنوعیت ممکن است باعث افت ۵ درصدی دیگری در فروش رستوران‌ها شود.

<http://www.notobacco.blogfa.com/post-57.aspx>

به گفته این محقق، چنین اتفاقی درست خلاف چیزی است که در محوطه مدارس رخ می‌دهد. وی افزود: ما می‌دانیم که جوانان برای ارتباط با یکدیگر، به طور فزاینده‌ای از اینترنت استفاده می‌کنند و از این رو می‌توانیم از این فرصت بیشترین بهره را ببریم.

<http://www.jamejamonline.ir/newstext.aspx?newsnum=100840490864>

### هشدار برای درج هشدارهای بهداشتی مصور در استرالیا

رسانه‌های رسمی استرالیا اعلام کردند که دولت این کشور به تولیدکنندگان مواد دخانی و سیگارها تاکید کرد تا برای کاهش مصرف بر روی پاکت‌های سیگار از طرح‌های زشت و هشدار دهنده استفاده کنند. به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنا، «تیکلا روکسون» وزیر بهداشت استرالیا در این باره به رسانه‌های رسمی این کشور گفت: در تصمیم‌گیری جدید از تمامی تولیدکنندگان محصولات دخانی خواسته شد تا به جای عکس‌های جالب و چشمگیر به کار رفته بر روی بسته‌های سیگار از تصویر امراض مرتبط با مصرف سیگار چون سرطان حنجره، دهان و پوکی استخوان استفاده کند.

به گزارش ایسنا، این مقام مسوول در ادامه به روزنامه دیلی میل، خاطرنشان کرد: البته دولت استرالیا به این موضوع کاملاً واقف است که کمپانی‌ها و کارخانجات بزرگ تولید مواد دخانی با این زبان به مقابله می‌پردازند، اما باید به این موضوع اشاره شود که هر ساله ۱۵ هزار استرالیایی در پی مصرف مواد دخانی و سیگار جان خود را از دست می‌دهند، اما اگر این تصمیم‌گیری و برنامه اجرا شود به طور حتم این کشور اولین در جهان خواهد بود.

همچنین در گزارش سالانه دپارتمان بهداشت استرالیا آمده است که دولت این کشور هر ساله ۲۰ میلیارد پوند برای هزینه‌های درمانی ناشی از مصرف سیگار

یک شهروند آمریکایی به نام Carmen Medina-Cruz که سیگارش را ترک کرده است بیان کرد: «در مورد ترک سیگار آقای رئیس جمهور باید بگویم که به نظر من این اقدام به دیگران نیز کمک می‌کند.» سخن گوی کاخ سفید نیز گفته است «نقش میشل اوباما را در ترک سیگار رئیس جمهور نباید نادیده گرفت. من فکر می‌کنم وقتی فردی تصمیم به ترک سیگار می‌گیرد، این فقط به دلیل خواسته خودش نیست بلکه خواسته دیگران است که او را وادار به انجام این کار می‌کند.»

<http://www.wfnz.com/news/26808477/detail.html>

### اینترنت، سلاح جدید مبارزه با سیگار

محققان می‌گویند اینترنت سلاحی قدرتمند برای کاهش استعمال سیگار در میان جوانان محسوب می‌شود. پژوهشگران استرالیایی معتقدند پیام‌های رادیویی مبارزه با سیگار که به دهه ۱۹۸۰ باز می‌گردد به دلیل ارتباط اندک با دنیای جوانان عملاً بی‌فایده بوده و تاثیر اندکی بر روی جوانان داشته است و از این رو آنان در حال ارزیابی انتقال این پیام‌ها از طریق اینترنتند.



کریستین کارسون از محققان بیمارستان ملکه الیزابت در آدلاید می‌گوید: جوانان با فشار زیادی در دانشکده‌ها و در جامعه برای کشیدن سیگار مواجه‌اند؛ با این حال، در قالب‌های جدید شبکه‌های اجتماعی افراد تشویق می‌شوند که خود را غیرسیگاری معرفی کنند و یا حتی اعلام کنند که به ارتباط با افراد سیگاری علاقه‌ای ندارند.

صرف می‌کند. علاوه بر این، تبلیغ برای سیگار و سایر موارد دخانی پیش از این در استرالیا منع شده بود. همچنین مصرف سیگار در مکان‌های عمومی و رستوران‌ها هم منع شده است و افراد تنها می‌توانند در بخش‌هایی که مشخص شده است، سیگار بکشند.

[www.ishna.ir](http://www.ishna.ir)

### سیگار کشیدن موجب مرگ زودرس مردها می‌شود

این که سیگار مضر است چیز تازه‌ای نیست. اینکه طول عمر مردها نسبت به زن‌ها پایین‌تر است نیز موضوع تازه‌ای نیست. اما از تازه‌های علمی این است که سیگار کشیدن در مردها زیان‌بخش‌تر از زن‌ها است و باعث مرگ زودرس آنها می‌شود.

محققین اسکاتلندی با مطالعه اطلاعات موجود در سازمان بهداشت جهانی دریافته‌اند که سیگار کشیدن یکی از عوامل کمتر بودن طول عمر مردها نسبت به زن‌ها است.

این محققین پس از بررسی آمار مربوط به ۳۰ کشور اروپایی، از جمله آلمان، دریافته‌اند که موارد مرگ و میر مردان بر اثر استعمال سیگار دو برابر همین موارد بر اثر مصرف الکل است.

نتایج این بررسی که در مجله علمی «توباکو کنترل» به چاپ رسیده همچنین نشان می‌دهد که در ۴۰ تا ۶۰ درصد موارد، سیگار عامل اصلی بالاتر بودن مرگ و میر مردها نسبت به زنان است.

کارشناسان اروپایی معتقدند، از دلایلی که باعث می‌شود زن‌ها از طول عمر بیشتری برخوردار باشند این است که بیشتر به پزشک مراجعه می‌کنند. همچنین ساختار جسمی و روانی آنها نیز می‌تواند ساده‌ترین دلیل برای طول عمر بیشتر آنها محسوب شود.

به گزارش دویچه‌وله، مطالعه موارد مرگ و میر در ۳۰ کشور اروپایی نشان می‌دهد که سیگار با ایجاد سرطان‌های دستگاه تنفسی و همچنین بیماری‌های قلبی - عروقی و ریوی باعث مرگ زودرس شده است. در موارد مرگ بر اثر نوشیدن الکل نیز بیماری‌های

در موارد مرگ بر اثر نوشیدن الکل نیز بیماری‌های کبدی و سرطان مری از عوامل اصلی بوده است. محققین همچنین دریافته‌اند که تفاوت طول عمر زنان و مردان در کشورهای مختلف اروپایی به یک اندازه نیست. در ایسلند این تفاوت کم است و در اوکراین به بیشترین حد خود می‌رسد، در حالی که در آلمان میزان آن متوسط است.

در آلمان نیمی از اختلاف میزان مرگ و میر مردان و زنان را می‌توان به سیگار نسبت داد. در حالی که یک پنجم از این میزان به مصرف الکل برمی‌گردد.

مرگ و میر بر اثر مصرف الکل در کشورهای اروپای شرقی ۲۰ تا ۳۰ درصد نسبت به سایر کشورها بالاتر است. در حالی که در مالت استعمال سیگار مسبب اصلی مرگ و میر بوده و ۷۴ درصد از این موارد را شامل می‌شود.

محققین همچنین بر این نظرند که تغییر عادت‌ها در کشورهای مختلف موجب می‌شود که مرگ و میر بر اثر استعمال سیگار در همه کشورها بالا رفته و تفاوت آمار مربوطه در آنها به حداقل ممکن برسد.

<http://www.hamshahrionline.ir/news-131339.aspx>

## نشستی با صاحب نظران

از عوامل مهم در تشدید آلرژی تماس با دود سیگار چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیرمستقیم است. همچنین مصرف سیگار آسم را از کنترل خارج می‌کند.

۵- درباره تاثیر مصرف قلیان بر ریه‌ها لطفا شرح بفرمایید.

کشیدن روزانه یک یا دو بار قلیان باعث اعتیاد می‌شود. باور غلط عمومی بر این است که دود قلیان چون از آب عبور می‌کند، مواد سمی آن از بین می‌رود، اما اینگونه نیست. هر وعده کشیدن قلیان برابر مصرف یک پاکت سیگار است. یک نخ سیگار نیم تا یک لیتر دود تولید می‌کند اما یک بار مصرف قلیان ۱۰ تا ۲۰ لیتر. این دود نه تنها سموم کمتری ندارد، بلکه سطح برخی از سموم آن بالاتر نیز می‌باشد. نیکوتین که ماده آرامبخش قلیان است تا حدودی در آب جذب می‌شود، بنابراین فرد باید مقدار بیشتری از دود قلیان را استنشاق کند تا سطح نیکوتین بدن به آستانه مورد نظر برسد، که این امر منجر می‌شود. سموم دود با مقدار بسیار بیشتری از سیگار وارد بدن بشود. تنباکوهای معطر که امروزه معمول شده‌اند، نه تنها عوارض کمتری ندارند بلکه میزان ایجاد آلرژی‌های ریوی را هم زیاد می‌کنند. از عوارض دیگر قلیان افزایش عفونت‌های مجاری تنفسی است.

۶- به نظر شما جهت افزایش آگاهی مردم از مضرات مصرف سیگار چه باید کرد؟

دنیای امروز، دنیای اطلاعات است و روش‌های مختلفی برای اطلاع‌رسانی وجود دارد که باید کارآمدترین آنها را یافت و براساس آن اقدام به اطلاع‌رسانی کرد. کتب آموزشی مدارس برنامه‌های صدا و سیما، روزنامه‌ها، اینترنت و ... عواملی هستند که بر روی آگاهی فرد تاثیر مستقیم و غیرمستقیم دارند. بنابراین باید هر تصمیمی در جهت افزایش آگاهی عمومی در مورد عوارض دخانیات تمام این اجزا را پوشش بدهد.

۷- علل گرایش جوانان و نوجوانان به دخانیات چیست؟



دکتر رامین سامی  
دستیار فوق تخصصی  
بیماری‌های ریه دانشگاه  
علوم پزشکی شهید بهشتی

۱- لطفا درباره علل و علائم بیماری مزمن انسدادی ریوی توضیح دهید.

بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی (COPD) دسته‌ای از بیماری‌های ریوی را شامل می‌شوند که بر اثر انسداد برگشتناپذیر مجاری هوایی ایجاد می‌شوند. در تمام جوامع شایع‌ترین علت این بیماری‌ها استعمال دخانیات است (۸۰٪). این بیماران در ابتدا به تدریج دچار علائم ریوی مثل سرفه، خلط و تنگی نفس می‌شوند و در مراحل پیشرفته‌تر دچار یک بیماری با درگیری کل سیستم‌های بدن می‌شوند. یعنی COPD شبیه دیابت و یا ایدز بیماری است که با درگیری تمام سیستم‌های بدن همراه خواهد بود.

۲- درباره مضرات استنشاق دود تحمیلی دخانیات توسط افراد غیرسیگاری کمی توضیح دهید.

در این مورد کافی است بدانیم که سموم اصلی دود سیگار در خون فرد غیرسیگاری در مجاورت فردی که سیگار می‌کشد، با خود فرد سیگاری برابر است. بنابراین همان عوارض سیگار بر روی فرد سیگاری یا فرد غیرسیگاری که در مجاورت فرد سیگاری است بروز می‌کنند.

۳- حضور یک خانم باردار در فضایی آغشته به دود دخانیات چه تاثیری بر دستگاه تنفسی جنین می‌گذارد؟ مصرف سیگار توسط مادر باردار باعث می‌شود، رشد ریه‌های جنین کند شود و نه تنها باعث بروز COPD در آینده می‌شود، بلکه خطر بروز آسم و عفونت‌های ریوی را هم بالا می‌برد. همچنین مصرف سیگار توسط مادر باعث کاهش وزن هنگام تولد می‌شود که عوارض زیادی را به دنبال دارد.

۴- دود سیگار چه تاثیری بر آلرژی دارد؟

بسیاری از جوانان، مصرف دخانیات را جهت کاهش استرس‌های ناشی از بیکاری، مشکلات خانوادگی و ... در پیش می‌گیرند. عدم نظارت کافی والدین بر رفتارهای فرزندان، الگوپذیری از والدین سیگاری، الگوپذیری از فیلم‌های سینمایی، رفع کمبودهای شخصیتی نیز از دیگر علل استعمال دخانیات هستند.

۸- به عنوان یک پزشک چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟

هر چه سریع‌تر تصمیم به ترک سیگار بگیرند. برای ترک سیگار هیچ‌گاه دیر نیست و اگر توان ترک سیگار را ندارند، به پزشک و یا به کلینیک‌های ترک سیگار مراجعه نمایند.

۹- آیا مصرف دخانیات در روند درمان تأثیری خواهد داشت؟

قطعاً همین‌گونه است. مثلاً مصرف ممتد سیگار می‌تواند، بیمار کاندیدای پیوند را از لیست پیوند خارج کند. همچنین تأثیر داروها را کم کرده و میزان عفونت‌ها را بیشتر می‌کند.

۱۰- لطفاً از مزایای ترک سیگار در بهبود روند درمان برای خوانندگان این مجله کمی توضیح دهید.

ترک سیگار در مرحله اول از نظر روحی- روانی وضعیت بیمار را ارتقا می‌دهد، به نحوی که هم کیفیت زندگی و هم تلاش برای ورود درمان را بیشتر می‌کند. ترک سیگار به مدت ۲ ماه باعث افزایش خلط می‌شود که باور برخی بر آن است که وضعیت ریه بدتر شده است، اما اینگونه نیست و بعد از این دوره زمانی وضعیت کنترل می‌شود. همچنین این اعتقاد غلط در بین برخی از مردم وجود دارد که ترک ناگهانی سیگار باعث سکته قلبی و ... می‌شود که باور غلطی است. ترک سیگار در هر زمان سرعت افت عملکرد ریه را کند می‌کند و از پیشرفت تخریب ریه جلوگیری می‌کند.

۱۱- مصرف دخانیات چه نقشی در بروز سرطان ریه دارد؟ سرطان ریه علت ۳۰٪ مرگ‌های ناشی از سرطان است که از علل بسیار مهم بروز آن مصرف سیگار است به ویژه اگر

مصرف سیگار از سن پایین شروع شده باشد و برای مدت طولانی هم ادامه یافته باشد.

۱۲- قبل و بعد از عمل پیوند ریه سیگار کشیدن و ترک آن هر یک چه تأثیری بر نتیجه کار می‌گذارد؟

بهبودی زخم‌های جراحی، کاهش عفونت‌های ریوی، کاهش حوادث قلبی- عروقی هنگام جراحی، بهبودی در اکسیژن‌رسانی گلبول‌های قرمز به بافت‌های بدن از مزایای ترک سیگار قبل و بعد از پیوند ریه است.

۱۳- به نظر شما توصیه‌های یک پزشک سیگاری چه تأثیری بر بیمارش دارد؟

بستگی به میزان و نحوه توصیه کردن دارد و اینکه چه مقدار در ویزیت‌های بعدی بر توصیه‌های خودش اصرار بورزد و به صورت فعال خودش را در این امر دخیل کند. به طور کلی ترک خود به خودی سیگار سالانه ۱٪ است و ترک با توصیه ساده پزشک به ۳٪ می‌رسد. اگر مداخلات مناسب دارویی و غیردارویی هم انجام شود می‌تواند تا ۲۵٪ منجر به ترک سیگار بشود.

۱۴- آیا تا کنون بیمارانتان را جهت ترک سیگار به پزشک ویژه ترک سیگار ارجاع داده‌اید یا خودتان

شخصاً از پروتکل درمانی خاصی پیروی کردید؟ از آنجایی که در مرکز ما کلینیک ترک سیگار فعال است، اگر بیماری با توصیه‌های اولیه موفق به ترک نشده باشد را به این کلینیک ارجاع می‌دهم.

۱۵- آیا تا کنون مقاله علمی به چاپ رسیده‌ای در زمینه دخانیات و بیماری‌های تنفسی داشته‌اید؟

خیر

۱۶- آیا با فعالیت‌های مرکز تحقیقات کنترل دخانیات آشنایی دارید؟

بله، تا حدودی با فعالیت‌های فرهنگی- اجتماعی و درمانی این مرکز آشنایی دارم.

خود را با آن معالجه کنید زیرا در سیر شفا و بهبودی هفتاد مرض و بیماری است. بقراط پدر علم طب در نوشته های خود از خواص آن یاد کرده و یکی دیگر از دانشمندان قدیم ۶۱ خاصیت مختلف برای سیر قائل شده است.

### خواص دارویی:

سیر از نظر طب قدیم ایران، گرم و خشک است و همچنین الیسن موجود در سیر به این گیاه خواص آنتی بیوتیکی می دهد. مصرف سیر در افراد سیگاری اثر سمی نیکوتینی را تا حدودی برطرف می کند. اثر خوبی در معالجه سرماخوردگی و زکام مزمن، سل، تنگی نفس، زخم های ریه و برخی سنگ های کلیه، رفع دردهای روماتیسمی، ضد انعقاد خون و بیماری های قلبی و عروقی دارد. همچنین سیر با توجه به دارا بودن فلاوونوئیدها و خواص آنتی اکسیدانی می تواند سلول های سرطانی را از بین ببرد.

مصرف سیر مقدار کلسترول و LDL را کاهش می دهد و الیسن موجود در آن از سخت شدن رگ ها و سکنه مغزی جلوگیری می کند.

برای دستگاه گوارش خاصیت آنتی بیوتیکی (ضدمیکروبی) دارد و در درمان برخی از ناراحتی های گوارشی مؤثر می باشد.

همچنین به عنوان خلط آورنده در التهاب مخاطات برونشها مصرف سیر توصیه می شود. برای درد گلو می توانید یک حبه از سیر را رنده کرده و یک قاشق مربا خوری ایلیمو به آن اضافه نمایید سپس میل کنید، اگر این کار را چند بار انجام دهید برای درد گلو داروی مفیدی می باشد. سیر داروی سرماخوردگی و زکام می باشد.

مصرف روزانه سیر تازه، از کبد در برابر این سموم محافظت می کند. تعداد زیادی از انواع باکتری ها از جمله گرم مثبت و گرم منفی را از بین می برد.

نتایج یک مطالعه علمی اخیر نشان داده بدن افراد



### اثر سیر بر برخی عوارض ناشی از سیگار

تهیه و تنظیم: غزال بابا رحمتی  
کارشناس تغذیه و رژیم درمانی

نیکوتین ماده مؤثر و اصلی توتون جز کوچکی از دود سیگار است. علاوه بر آن بیش از ۴۳ ماده سرطانزای دیگر نیز در دود سیگار وجود دارد که علاوه بر بروز سرطان باعث بیماری های قلبی و عروقی امفیزم و سایر بیماری های تنفسی ناراحتی های گوارشی و افزایش پوکی استخوان می شود.

در این خصوص با مصرف سیر می توانیم برخی عوارض ناشی از اینگونه آسیب های بدنی را کاهش دهیم.

### سیر:

سیر از سبزی هایی است که تاریخ کهن دارد. انسان خواص درمانی این گیاه را پنج قرن قبل از میلاد مسیح شناخته بود.

نام علمی آن (*Allium Sativum*) از تیره سوسن Liliaceae می باشد. امروزه در سراسر جهان به عنوان یکی از گیاهان دارویی مشهور به کار برده می شود. سیر گیاهی است علفی و دائمی که ساقه آن تا ارتفاع ۴۰ سانتیمتر نیز می رسد. قسمت زیر زمینی آن متورم و مرکب از ۵ تا ۱۲ قطعه و محصور در غشاهای نازک و ظریف برنگ خاکستری مایل به سفید می باشد. برگ های آن باریک و نواری شکل برنگ سب تیره و گل های آن کوچک و صورتی رنگ که بصورت یک چتر در انتهای ساقه ظاهر می شود. سیر و پیاز رابطه ای نزدیک با هم دارند که شاید بدلیل بوی بد آنها می باشد. بوی تند سیر عمدتاً ناشی از ترکیبات گوگردار آن است که بیشتر خواص دارویی سیر هم به همین ترکیبات مربوط است.

سیر در ایران به خصوص در شمال کشور به طور گسترده پرورش می یابد.

اهمیت و خواص سیر در احادیث اسلامی مورد توجه است، از این رو رسول خدا (ص) فرمودند: سیر بخورید و



پوست دفع می‌شود و بهترین راه برای برطرف کردن بوی سیر خوردن سبزیجات برگ تیره مانند کاهو و سبزیجات معطر نظیر جعفری و گشنیز است و نوشیدن ۱ لیوان شیر و یک قاشق عسل نیز می‌تواند بوی نا مطبوع سیر را از بین می‌برد.

میزان مصرف پیشنهادی: خوردن یک یا دو حبه سیر در برنامه غذایی روزانه توصیه می‌گردد.

منابع:

Margaret P. Rayman 'food-chain selenium and human health';

Emphasis on intake 'British Journal of Nutrition (2008), 100, 254-268 the Authors 2008.

دکتر عباس حاجی آخوندی- دکتر ناصر بلبلغ، راهنمایی کاربردی گیاهان دارویی انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی.

آریو موحدی- روپا روستا، جدول ترکیبات مواد غذایی انتشارات انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور.



سیگاری حاوی سطوح بالای از کادمیوم است که آنها را در معرض مسمومیت با کادمیوم و صدمات ناشی از آن مثل فشار خون بالا، از دست دادن اشتها، کم‌خونی و غیره قرار می‌دهد.

مصرف سیر به عنوان منبع سلنیوم یک آنتی‌اکسیدانت کادمیوم و جلوگیری از عوارض ناشی از مسمومیت آن عمل می‌کند.

در ۱۰۰ گرم سیر خام مواد زیر موجود است:

- آب ۶۱ گرم
- انرژی ۱۴۹ کالری
- مواد نشاسته‌ای ۲۳ گرم
- چربی ۰/۱۵ گرم
- قند ۱ گرم
- پروتئین ۶/۳۹ گرم
- کلسیم ۱۸۱ میلی‌گرم
- فسفر ۱۵۳ میلی‌گرم
- پتاسیم ۴۰۰ میلی‌گرم
- سدیم ۱۷ میلی‌گرم
- ویتامین ب ۱ میلی‌گرم
- ویتامین ث ۳۱ میلی‌گرم
- ویتامین B۶ ۱/۲۳ میکروگرم
- فیبر ۳ گرم
- سلنیوم ۱۴/۲ میکروگرم
- روی ۱/۱۶ میلی‌گرم
- منیزیم ۲۵ میلی‌گرم
- منگنز ۱/۶۷ میلی‌گرم
- فولات ۳ میکروگرم

#### موارد منع مصرف:

سیر با آنکه خواص بسیاری دارد باید بحد اعتدال مصرف شود زیرا استفاده زیاد از آن در بعضی اشخاص موجب سردرد می‌شود.

اشخاصی که دارای فشار خون پایین هستند یا داروی وارفارین مصرف می‌کنند و همیتطور کسانی که آلرژی دارند، نباید از سیر استفاده کنند.



**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 مواد دخانی صرفاً توسط دولت انجام می‌گیرد.

**ماده ۵-** پیامهای سلامتی و زیانهای دخانیات باید مصور و حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) سطح هر طرف پاکت سیگار (تولیدی-وارداتی) را پوشش دهد.

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

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

**ماده ۷-** پروانه فروش فرآورده‌های دخانی توسط وزارت بازرگانی و براساس دستورالعمل مصوب ستاد صادر می‌شود. تبصره- توزیع فرآورده‌های دخانی از سوی اشخاص فاقد پروانه فروش ممنوع است.

**ماده ۸-** هر سال از طریق افزایش مالیات، قیمت فرآورده‌های دخانی به میزان (۱۰٪) افزایش می‌یابد.

تا دو درصد (۲٪) از سرجمع مالیات مأخوذه از فرآورده‌های دخانی به حساب خزانه‌داری کل واریز و 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 مصرف مواد دخانی را فراهم نماید.

**ماده ۱۰-** انجام هرگونه تبلیغات مغایر با این قانون و آیین نامه اجرایی آن، جرم و مستوجب مجازات از پانصد هزار

**ماده ۱۱-** 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 می‌شود 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.

- فرمانده نیروی انتظامی.

- دو نفر از 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 هیئت وزیران و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی ارائه می‌شود.

تبصره ۳- نمایندگان دستگاههای دولتی مرتبط با موضوع مورد بحث به تشخیص دبیر ستاد بدون حق رأی 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 آموزش 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 اجرا است.



تبصره ۱- مصرف دخانیات در اماکن عمومی یا وسایل نقلیه عمومی موجب حکم به جزای نقدی از پنجاه هزار (۵۰/۰۰۰) ریال تا یکصد هزار (۱۰۰/۰۰۰) ریال است.

تبصره ۲- هیئت دولت می‌تواند حداقل و حداکثر جزای نقدی مقرر در این قانون را هر سه سال یک بار بر اساس نرخ رسمی تورم تعدیل کند.

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

**ماده ۱۵-** ثبت هرگونه علامت تجاری و نام خاص فرآورده‌های 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 (۵۰/۰۰۰) ریال تا دویست هزار (۲۰۰/۰۰۰) 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-** آیین نامه اجرایی این قانون ظرف سه ماه بوسیله وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و با همکاری شرکت دخانیات ایران تدوین و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

**ماده ۱۹-** احکام جزایی و تنبیهات 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.

(۵۰۰/۰۰۰) ریال تا پنجاه میلیون (۵۰/۰۰۰/۰۰۰) ریال جزای نقدی است. دادگاه مکلف است علاوه بر مجازات، دستور جمع‌آوری محصولات مورد تبلیغ را صادر نماید و میزان مجازات‌های یاد شده براساس نرخ تورم (هر سه سال یکبار) بنا به اعلام بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و تأیید هیئت 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 (۵۰۰/۰۰۰) ریال تا سی میلیون (۳۰/۰۰۰/۰۰۰) ریال جزای نقدی است و میزان مجازات‌های یاد شده براساس نرخ تورم (هر سه سال یکبار) با اعلام بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و تأیید هیئت وزیران قابل افزایش است.

**ماده ۱۲-** فروش یا عرضه به افراد زیر هجده سال یا بواسطه این افراد، علاوه بر ضبط فرآورده‌های دخانی کشف شده نزد متخلف، وی به جزای نقدی از یکصد هزار (۱۰۰/۰۰۰) ریال تا پانصد هزار (۵۰۰/۰۰۰) ریال محکوم می‌شود، تکرار یا تعدد تخلف، مستوجب جزای ده میلیون (۱۰/۰۰۰/۰۰۰) ریال مجازات است.

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

الف- چنانچه مرتکب از کارکنان نهادهای مذکور باشد، به حکم هیئت رسیدگی به تخلفات اداری به یکی از تنبیهات مقرر در بندهای (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 می‌شود.

ب- سایر مرتکبین به جزای نقدی از هفتاد هزار (۷۰/۰۰۰) ریال تا یکصد هزار (۱۰۰/۰۰۰) ریال محکوم می‌شوند.

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

## هر روزی بزرگ‌ترین چاپ شده

مبالغه درباره تأثیر اقتصادی؛ شرکت‌های دخانیاتی سعی کرده‌اند با سازمان‌های گردشگری و توریستی متحد شوند و برای رسیدن به اهدافشان صاحبان رستورانها، هتلها و بارها را به خدمت گرفته‌اند. این افراد به منظور مقابله با قانون ممنوعیت مصرف سیگار اظهار می‌کنند که اجرای این قانون در اماکن فوق و دیگر اماکن تجمع مردم ضرر مالی زیادی را به همراه دارد. در حالیکه تحقیقات در سراسر جهان نشان داده است که این ادعاها بی‌اساس می‌باشند. ترویج تسهیلات و برنامه‌های احترام به انتخاب دیگران؛

- شرکت‌های دخانیاتی استفاده از تهویه مناسب را در سرتاسر جهان چارم‌ای برای داشتن هوای پاکیزه و بدون دخانیات می‌دانند، در حالیکه حقیقت امر این است که تکنولوژی تهویه قادر به از بین بردن تمامی عناصر مضر موجود در دود سیگار نمی‌باشد. طی یکی از جدیدترین مطالعات انجام شده در آمریکا مشخص شده است که شرکت‌های دخانیاتی شبکه‌ای از مشاورانی را تشکیل داده است تا ترویج تهویه را به عنوان راه حلی برای مقابله با دود سیگار انجام دهند. این مشاوران فعالیتشان را مستقل جلوه می‌دهند در حالی که عموماً تحت نظارت شرکت‌های دخانیاتی می‌باشند.

- شرکت‌های دخانیاتی همگام با صنعت گردشگری و توریستی برنامه‌هایی تحت عنوان احترام به انتخاب دیگران ترتیب داده‌اند که طی آنها سعی دارند با ترویج جداسازی فضاهایی برای مصرف سیگار و یا استفاده از تهویه هوا که در بالا اشاره شد، حق سیگار کشیدن را با حق تنفس هوای سالم یکسان نشان دهند. در یکی از مقالات آنالیز دود سیگار در مجله جامعه پزشکان آمریکا



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 شمار قرار می‌دهیم. این کتابها حاصل تلاش همکاران این مرکز طی سالهای پیشین بوده که امید است مورد استفاده عزیزان واقع گردد. عنوان کتاب پیش رو «درباره سیگار» می‌باشد. این کتاب گردآوری شده توسط دکتر غلامرضا حیدری، ترجمه

پریزاد سینایی 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: پس از یک دهه فعالیت در زمینه آموزش و پژوهش مرتبط با برنامه‌های کنترل دخانیات تجارب اندکی که حاصل گردیده است نشان می‌دهد در این موضوع هر چه بیشتر بدانی و کار کنی الفقه‌های گسترده‌تری برای آموختن و اجرا کردن می‌یابی، همان گونه که در تمامی علوم این چنین می‌باشد.

مقرر گردید جهت ارتقاء سطح آگاهی عمومی در خصوص دخانیات و پدیده‌های مرتبط با آن مطالبی علمی در سطح بین‌المللی و به روز گردآوری شود تا با ترجمه و تلخیص آنان و اضافه نمودن برخی از نتایج تحقیقات داخل کشور و تجارب بدست آمده، کتابی مهیا گردد تا مورد استفاده عموم قرار گیرد.

امید است خواننده گرامی با ارائه پیشنهادات و انتقادات سازنده ما را در راستای هر چه بهتر کردن فعالیت‌ها یاری نماید.

ذکر شده است که استنشاق دود سیگار مضر نمی‌باشد. در چنین موردی با کمال تعجب باید گفت که احتمالاً نویسنده این مقاله نیز وابسته به شرکتهای دخانیاتی بوده است.

کاهش مجاورت افراد غیرسیگاری با دود سیگار: ترویج محللهای کاری و اماکن عمومی بدون دخانیات می‌تواند از در معرض بودن کودکان و دیگر افراد غیرسیگاری با دود سیگار جلوگیری نماید و آگاهی عمومی نسبت به اثرات منفی دود سیگار را بالا می‌برد. همچنین پذیرش اجتماعی نسبت به مصرف سیگار کاهش می‌یابد و تمایل افراد سیگاری در هر سن به سیگار کم می‌شود یا باعث ترک سیگار در آنها می‌شود. به گفته مؤسسه ملی سرطان آمریکا، کار کردن در محللهای کاری بدون دخانیات با کاهش مصرف سیگار در روز همراه است و میزان موفقیت در ترک نیز افزایش می‌یابد؛ طی چند سال گذشته کشورهای بسیاری، محللهای کاری و اماکن عمومی بدون دخانیات ایجاد کرده‌اند. فقط در نیمه اول سال ۲۰۰۴، هندوستان، ایرلند، نروژ، زلاندنو، بوتان و اوگاندا، قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در محللهای کاری و اماکن عمومی از جمله بارها و رستورانها را به تصویب رساندند و در حال حاضر این قانون در کشورهای فوق کاملاً اجرا می‌شوند.

اجرای معاهده جهانی کنترل دخانیات (FCTC): ماده ۴/۱، FCTC (اصول کلی) از دولتها می‌خواهد تا به جای محافظت از قشر خاصی چون کودکان یا زنان باردار، از همه اقشار جامعه در برابر دود سیگار محافظت شود. همچنین مطابق ماده ۸/۲ این محافظت باید در محللهای کاری مسقف، وسایل نقلیه عمومی، اماکن عمومی مسقف و دیگر اماکن عمومی صورت گیرد. در پرتو این قانون توصیه می‌شود که مصرف سیگار در اماکن زیر نیز صورت نگیرد:

- بیمارستانها، مراکز مراقبت از کودکان، مدارس و دانشگاهها
- اماکن تفریحی مانند سالنهای کنسرت، تئاتر و موزه‌ها
- وسایل نقلیه عمومی، مانند اتوبوس‌ها، تاکسی‌ها، قطارها، هواپیماها و قایق‌ها

- بارها، رستورانها، فروشگاهها و مراکز خرید
- کلیه ساختمانهای دولتی
- کلیه محللهای کاری مسقف

توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی (WHO):

- بکارگیری هشدارهای بهداشتی روی پاکتهای سیگار باعث آگاهی افراد سیگاری نسبت به مضرات دود سیگار برای کودکان و افراد غیرسیگاری می‌شود.
- آموزش اثرات دود سیگار بر سلامت افراد غیرسیگاری به پزشکان و دیگر رابطین بهداشت،
- اجرای برنامه‌های ترک سیگار برای زنان باردار سیگاری. منازل شخصی افراد، جایی است که اکثریت کودکان و جوانان در معرض دود سیگار قرار می‌گیرند، با این وجود جلوگیری از مصرف سیگار در منازل شخصی کار دشواری می‌باشد. بنابراین WHO به دولتها توصیه می‌کند در این باره تبلیغات آموزنده‌ای برای مصارف خانگی تهیه کنند.

#### فصل چهارم

##### سیگار و بیماریها

استعمال دخانیات پدیده‌ای زیان‌بخش برای سلامت عمومی است و در حقیقت می‌توان آن را مهمترین آسیب برای سلامت عمومی دانست. تعداد مرگهای ناشی از سیگار کشیدن در ایران حدود ۵۰۰۰۰ مورد در سال تخمین زده می‌شود، که به طور چشمگیری بالاتر از سایر دلایل اختصاصی مرگ است. هزینه‌های بهداشتی (سلامتی) سیگار کشیدن نه تنها در کشورهای توسعه یافته، بلکه در کشورهای در حال توسعه نیز بالاست. با توجه به این حقیقت که زیانهای بهداشتی ناشی از سیگار به موازات گسترش مصرف آن بیشتر می‌شود، تعجب‌آور نیست که بیماریهای پدید آمده بر اثر سیگار در کشورهای در حال توسعه شایع‌تر است چرا که شیوع مصرف سیگار در این کشورها رو به افزایش است. همچنین سیگار کشیدن در بعضی زیر گروههای جمعیتی، مثلاً زنان جوان، در کشورهای توسعه یافته در حال افزایش است سیگار کشیدن با مکانیسمهای متعددی سبب بیماری می‌گردد. از میان شایع‌ترین بیماریهایی که با استعمال دخانیات در ارتباط است، بیماریهای اترواسکلروتیک

قلبی - عروقی، سرطانها، COPD، حملات مغزی و ... را می‌توان نام برد. شواهد اپیدمیولوژیک و مکانیکی ارتباط دهنده سیگار با این بیماریها، معتبر است.

حمله مغزی

تمام سیگارها در معرض خطر بیشتری از جانب حمله مغزی هستند. با وجود این، آن دسته از زنان سیگاری که قرص ضدبارداری خوراکی نیز استفاده می‌کنند تا ۲۰ برابر بیشتر در معرض خطر حمله قلبی و نیز حمله مغزی نسبت به زنانی هستند که نه سیگار می‌کشند و نه قرص ضدبارداری صرف می‌کنند.

بیماریهای قلبی - عروقی:

- بیماریهای آترواسکلروتیک قلبی • عروق کاروتید
- بیماری عروق کلیوی، آنوریسم آنورت شکمی • آریتمی
- ترومبوآنژییت اوبلیتران (بیماری برگز) • آمبولی ریه
- بیماری شراین کرونر • اسپاسم شریان کرونر • سایر
- بیماریهای قلبی • بیماری عروق محیطی • ترومبوز ورید عمقی

بیماریهای روان شناختی:

- افسردگی • اسکیزوفرنی

بیماریهای دهانی:

- بیماری پریودنتال • کاهش حس چشایی

بیماریهای بدخیم:

- بدخیمی‌های تنفسی • سرطان ریه • سرطان حنجره
- سرطان مری • سرطان پانکراس • سرطان پستان
- سرطان مقعد • سرطان کبد • سرطان ریه
- سرطان حفره دهان • سرطان دهانه رحم • سرطان مثانه
- سرطان کلیه • سرطان معده • سرطان خون

بیماریهای غیر بدخیم ریه:

- COPD • گرانولوم اتوزینوفیلیک ریه • پنوموتوراکس
- سندرم Good Pasture • آسم • برونشبولیت • آپنه خواب

بیماریهای دستگاه گوارش:

- بیماری زخم پپتیک • پانکراتیت مزمن • آدنومهای
- کولون • ریفلاکس معدی - مری • بیماری کرون

بیماریهای عفونی:

- سل • عفونتها مننگوککی • عفونتهای پنوموککی

بیماریهای غددی:

- تغییرات ترشحات هورمونی • آنتی دیورز • گواتر

بیماریهای کلیوی:

- گلوبولونفریت • هیپرتروفی خوش خیم پروستات

بیماریهای پوستی:

- سوریازیس • چین و چروک

بیماریهای تولید مثل:

- نارسایی تخمدان

بیماریهای وابسته به حاملگی:

- زایمان نارس • سقط خود به خودی

سرطان ریه:

خطر ایجاد سرطان ریه حدود ۲۰ برابر در سیگارها بیشتر از غیرسیگارهاست. در حقیقت سیگار کشیدن فاکتور خطر اصلی همراه با سرطان ریه است. خطر قابل استناد برای ایجاد سرطان ریه در زنان حدود ۷۹٪ و در مردان ۹۰٪ است. اکثر کسانی که بر اثر سرطان ریه می‌میرند، سیگاری هستند. خطر ایجاد سرطان ریه مستقیماً با تعداد سیگارهای کشیده شده در روز، مدت سیگار کشیدن و محتوای قطران و نیکوتین سیگارهای کشیده شده ارتباط دارد. در سیگارهای قهار، ۱۵ تا ۲۵ بار احتمال مرگ ناشی از سرطان ریه ناشی از سرطان ریه نسبت به غیرسیگارها بیشتر است. تنها گذشت ۱۵ تا ۲۰ سال از شروع سیگار کشیدن کافی است تا سرطان ریه ایجاد شود و تعداد کمی از بیماران مبتلا به آن بیش از ۵ سال پس از تشخیص زنده می‌مانند. خطر سرطان ریه بین سیگارهای غیرفعال یا تحمیلی نیز افزایش یافته است. شواهد تجربی بسیاری نقش دود سیگار را در سرطان ریه نشان داده‌اند و به نظر می‌رسد که یک شیوه چند مرحله‌ای در مورد کارسینوژن‌ها دخالت داشته باشد.

بیماریهای قلبی - عروقی:

سیگار کشیدن همچنین یک عامل خطر اصلی برای ایجاد بیماریهای قلبی - عروقی است. در حقیقت تأثیر سیگار از نظر میزان، مشابه دو عامل خطر اصلی دیگر، یعنی فشار خون و هیپرکلسترولمی است. اما از دیدگاه بهداشت عمومی، شیوع بیشتر سیگار کشیدن از هیپرکلسترولمی یا هیپرتانسیون، عامل خطر مهمتری نسبت به هر دو آنهاست.

ادامه دارد ...

**همکار و خواننده گرامی،** از آنجا که ماهنامه کنترل دخانیات، همواره بهترین بودن را آرمان خود قرار داده است و دستیابی به این هدف، در گرو ارتباط متقابل با شما مخاطبان عزیز است، لذا خواهشمند است فرم نظرسنجی را با دقت پر کنید و به مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات ارسال نمایید.

۱- محتوای هر شماره مجله را چگونه مطالعه می‌کنید؟

الف- تمام محتوا را مطالعه می‌کنم       ب- بر حسب نیاز به آن مراجعه می‌کنم

ج- بطور اتفاقی آن را مطالعه می‌کنم       د- به هیچ وجه از آن استفاده نمی‌کنم

۲- در چه مواردی از این مجله استفاده کرده‌اید؟

الف- پژوهشی علمی       ب- پژوهشی موردی       ج- مطالعه عمومی       د- مطالعه تخصصی

۳- تعداد مقالات علمی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

الف- خیلی زیاد       ب- زیاد       ج- کافی       د- کم       ه- خیلی کم

۴- تنوع عناوین و مطالب نشریه چگونه است؟

الف- عالی       ب- خوب       ج- مناسب       د- کم       ه- بسیار کم

۵- سطح مطالب مجله از نظر شما چگونه است؟

الف- بسیار تخصصی       ب- تخصصی       ج- معمولی       د- غیر علمی       ه- بسیار پایین

۶- سطح مقالات مجله از نظر شما چگونه است؟

الف- بسیار تخصصی       ب- تخصصی       ج- معمولی       د- غیر علمی       ه- بسیار پایین

۷- ظاهر نرم افزار مجله چگونه است؟

الف- بسیار مناسب       ب- مناسب       ج- معمولی       د- نامناسب       ه- بسیار نامناسب

۸- تعداد صفحات نشریه چگونه است؟

الف- بسیار مناسب       ب- مناسب       ج- معمولی       د- نامناسب       ه- بسیار نامناسب

۹- طرح جلد نشریه چگونه است؟

الف- بسیار مناسب       ب- مناسب       ج- معمولی       د- نامناسب       ه- بسیار نامناسب

۱۰- شیوه توزیع مجله چگونه است؟

الف- بسیار مناسب       ب- مناسب       ج- معمولی       د- نامناسب       ه- بسیار نامناسب

۱۱- فاصله زمانی انتشار مجله (یکبار در ماه) چگونه است؟

الف- زیاد       ب- مناسب       ج- کم

۱۲- در صورت امکان بخشهای مختلف مجله را از بهترین (۱) تا بدترین (۷) امتیازبندی کنید.

الف- سخن روز ....      ب- فعالیتهای مرکز ....      ج- اخبار داخلی ....      د- اخبار بین الملل ....

ه- مقالات برگزیده ....      و- زیر ذره بین ....      ز- صفحه آخر ....

۱۳- به نظر شما چه عناوین / مطالب / و یا بخشی باید به نشریه اضافه شود؟

فرم نظرسنجی را به آدرس: تهران - نیاوران - دارآباد - بیمارستان دکتر مسیح دانشوری - مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات پست نمائید یا به شماره ۰۲۶۱۰۹۵۰۸ فکس کنید و یا به صورت آنلاین از طریق آدرس: [www.tpcrc.ac.ir](http://www.tpcrc.ac.ir) ارسال نمائید.

**پیشنهادها و انتقادات:**