

۰/۹ میلی گرم و مونوکسیدکربن ۹ میلی گرم و با استفاده از پروتوکول کمیسیون تجارت فدرال با ۳۵ سانتی متر مکعب در هر یک ۲ بار در دقیقه جدا شده است. این دود شامل جریان اصلی (انتهای ماشین) و جریان فرعی از (سر سیگارها) بوده است که در محل کشت متوسط RPMI بدون فنل قرمز وارد می شود. نوتروقیل های مورد استفاده از دهنندگان داوطلب و از طریق جریان خون و ریوی هپارنیزه شده حاصل گردید و سلول های گیرنده TLR9 از سلول ۲۹۳ کلویی جنینی جدا شد. عمل ترکیب آنان در فازهای مختلف و با بکار بردن مواد از قبیل کلروکین، مهار کننده ضد حس ODN و - بر اساس روش Western Blot و با مراحل بسیار پیچیده انجام گردید تا مرحله اندازه گیری مقدار واسطه های شیمیایی CXCL8 فرا برسد و این کار بوسیله اسپکتوفتومتری صورت گرفت. همان طوری که در شکل ۲ و شکل ۸ مقاله آمده است دود سیگار باعث تحریک گیرنده های TLR9 و بعد از آن منجر به آزادسازی CXCL8 شده است این اولین مرحله در واکنش التهابی می باشد که بعد از آن بیماری زایی حاصل می گردد.

ERJ-70136-NS-P1-12

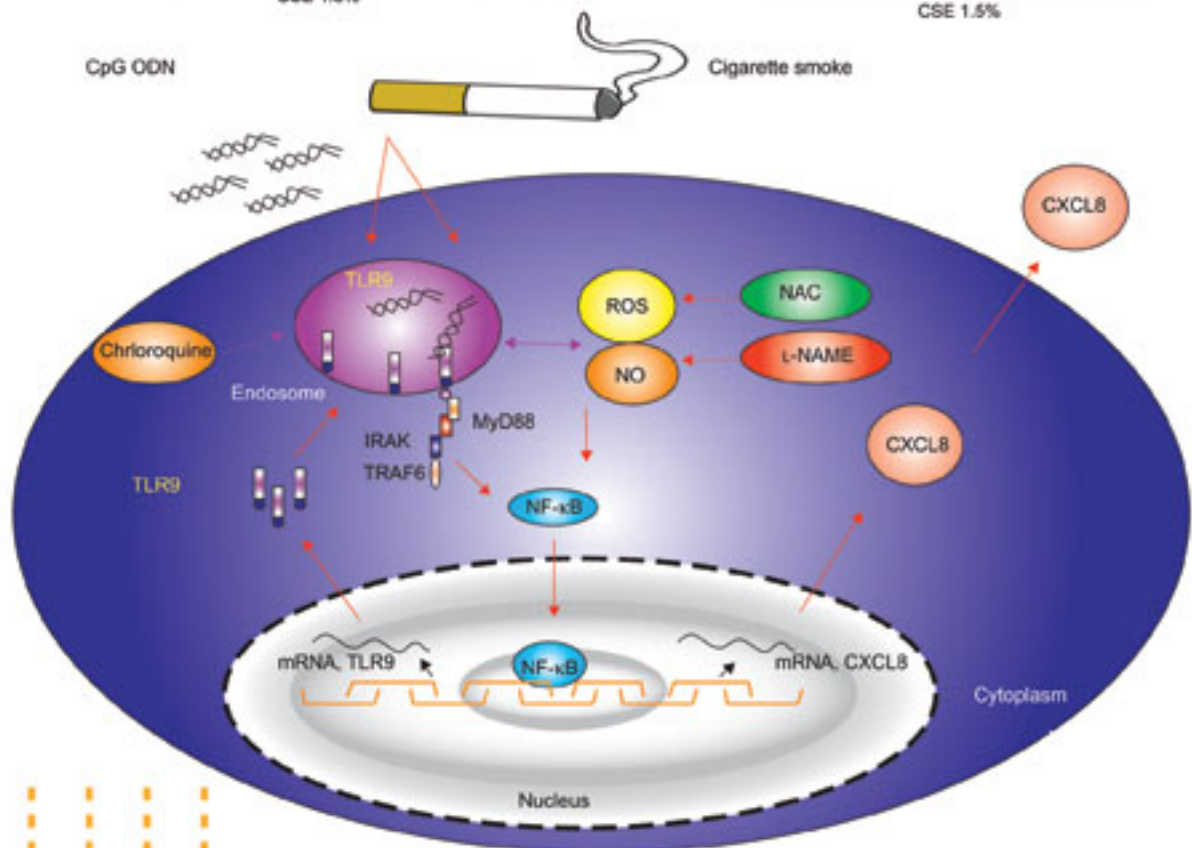
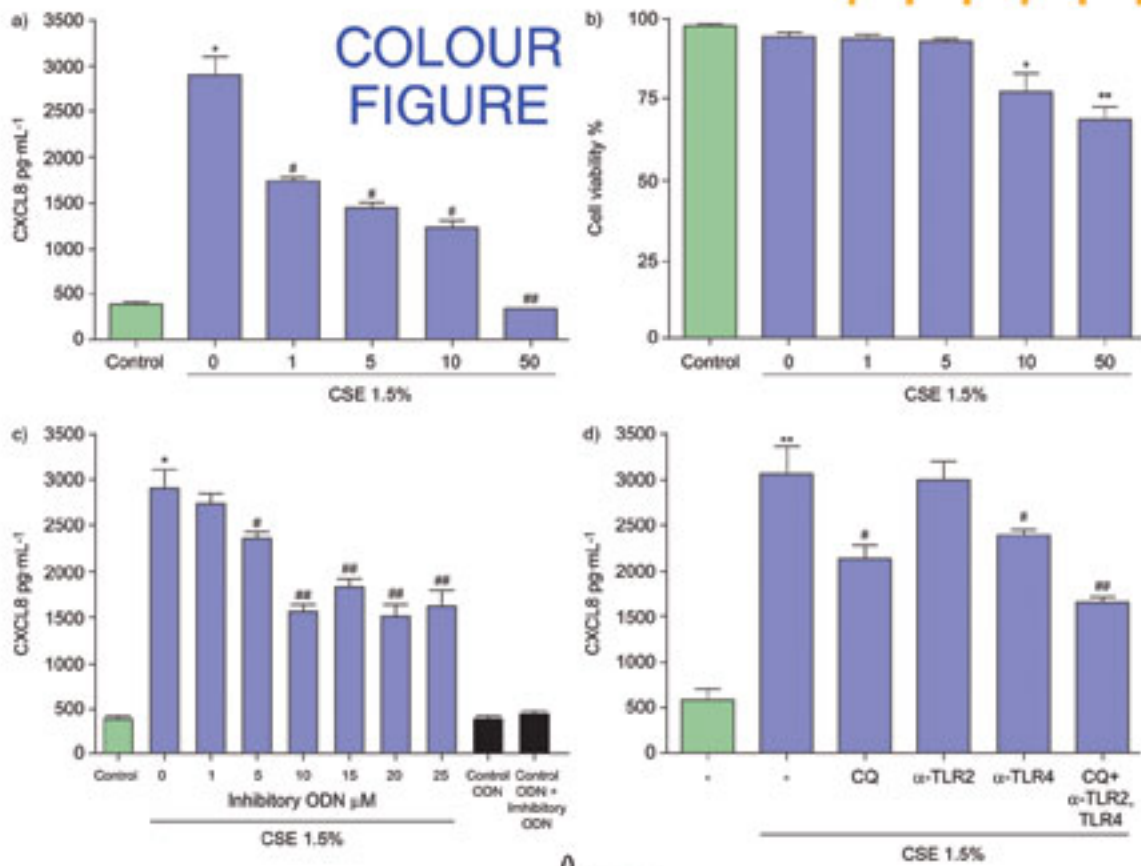


ساختاری دیواره های برونشی را تخریب کند و می تواند در نتیجه اتساع پایدار برونشی و تغییر شکل یافته در برونشکنازی ایجاد شود. استرس اکسیدان نیز به وسیله پراکسیداسیون چربی، فعال شدن پروتئازها و ظهور سیتوکین های پیش التهابی در زمره دیگر عوامل در این امر مشارکت می کنند. محرک های نوروژنیک نیز به نظر می رسند در پاتوژنز بیماری انسدادی راه هوایی مهم باشند. راه های هوایی ارتباطی به وسیله عضله صاف احاطه می شوند که محتوی گیرنده های آدرنرژیک و کولینرژیک هستند. تحریک گیرنده های ۲- آدرنرژیک به وسیله کاتکولامین های در گردش، راه های هوایی را گشاد می کنند در صورتی که تحریک گیرنده های برانگیزنده راه هوایی، راه های هوایی را از طریق یک مکانیسم کولینرژیک در اثر عصب واگ منقبض می کند. مسیرهای تحریک کننده منقبض کننده برونشی به طور طبیعی برای محافظت بر علیه استنشاق مواد سمی وجود دارند، اما در حالات پاتولوژیک این مسیرها ممکن است در بیش فعالی راه هوایی مشارکت کنند. یک میزان مدیاتورهای شیمیایی درونزا نظیر پروتئازها، فاکتورهای رشد و سیتوکین ها می توانند بر فشار راه هوایی اثر بگذارند.

واضحاً مکانیسم هایی که منتهی به آمفیزم می گردند پیچیده و چند عاملی هستند و مطالعات بیشتر، به منظور روشن کردن پاتوژنز آن مورد نیاز است. به علت اینکه تنباکو شایع ترین عامل زیانبار منتهی به آمفیزم است تعجب آور نیست که بسیاری از مطالعات توانایی مصرف تنباکو را در فعال کردن این مسیرها مستند می کنند.

یکی از واسطه ها (CXCL8) می باشد نقش مهمی در واکنش التهابی راه های هوایی ریه دارد. چگونگی این واکنش ها همیشه مورد سؤال بوده و از آنجایی که تا کنون ۱۱ نوع از گیرنده های TLR شناخته شده است در مطالعات مختلف نقش هر کدام مورد بررسی می باشد. در چندین مطالعه اثر دود سیگار در تحریک TLR4 و ایجاد آمفیزم مشخص شده است و این مطالعه بدنال یافتن اثر دود سیگار بر TLR9 می باشد.

در قسمت مواد و روش ها که بسیار حرفه ای نوشته شده است به درستی به جزئیات اجرا اشاره شده است. دود سیگار مورد استفاده در مطالعه از طریق ماشین TG-۱۰۰ و سیگارهای با تار ۱۲ میلی گرم، نیکوتین





پیدایش سیگار در ایران:

ورود سیگار به ایران به دهه ۱۸۶۰ میلادی (یعنی حدود ۱۵۰ سال پیش) برمی‌گردد که توسط سربازان و تاجران روسی و ترک صورت گرفت. در آن زمان اولین افرادی که در ایران سیگار مصرف می‌کردند، افراد متمولی بودند که به دنبال تقلید از جامعه اروپایی و اروپاییان تبعیدی به شمال ایران اقدام به مصرف سیگار نمودند. پس از آن مصرف سیگار به سرعت مورد استقبال همگان قرار گرفت. در سال ۱۸۶۹ میلادی در تبریز که مرکز تجارت برای ترکیه و روسیه محسوب می‌شد حدود ۳۵۰ فروشنده سیگار وجود داشت. در سال ۱۸۸۰ تعداد افراد سیگاری به وضوح افزایش یافت که این امر باعث زراعت داخلی تنباکوی سیگار گردید و در عین حال منجر به واردات منظم سیگارهای خارجی شد. زراعت داخلی تنباکوی سیگار tun tun-1 در استان‌های گیلان و مازندران آغاز گردید. به دنبال نقاضای داخلی رو به رشد برای سیگار به زودی تولید سیگار نیز در ایران شروع شد. در سال ۱۸۹۰ سرمایه‌گذاران روسی مجموعه‌ای از تسهیلات لازم برای تولید سیگار را در رشت فراهم کردند. طبق اظهارات سرکنسول انگلیسی آن زمان در رشت، «سیگارهای تولید شده برای ذائقه اروپاییان تند و سنگین بوده ولی به خوبی تهیه شده و قیمت مناسبی داشتند که برای ایرانیان می‌توانست مطلوب باشند» با توجه به افزایش تولید داخلی سیگار، تولید داخلی تنباکو نیز افزایش یافت. در سال ۱۸۹۰ در حدود ۳۰۰۰۰۰ باتمن (۹۹ تن) تنباکوی تولید داخلی به تهیه سیگار اختصاص یافت که این میزان تقریباً معادل یک درصد کل محصول بوده است.

براساس آمارهای موجود در سال ۱۸۹۰ به دنبال انحصار تنباکو ناشی از جنبش تنباکو در ایران، در حدود ۱۵۰۰۰۰ فرد سیگاری در ایران وجود داشت. این رقم از میزان تولید تنباکوی سیگار یا سیگار tun tun-1 بدست آمد که در عین حال میزان مصرف سالانه هر فرد سیگاری ۲ باتمن بود (این رقم بسیار کمتر از حد پیش بینی شده بود). طی دهه بعد، سیگار با قیمتی ارزان‌تر مورد استفاده عموم قرار گرفت. در استان‌های شمالی ایران که بیشتر جمعیت ایران و مراکز تجاری را در بر داشت تا قبل از شروع قرن بیستم مصرف سیگار غالب‌ترین نوع مصرف دخانیات محسوب می‌شد. در سال ۱۹۰۶ مراکز تولید سیگار علاوه بر رشت به مشهد، تبریز و تهران نیز گسترش یافت در حالی که استان گیلان همواره منبع اصلی تولید تنباکوی داخلی بود. تولید داخلی با واردات مداوم سیگار روسی نیز افزایش یافت. با نزدیک شدن دهه ۱۹۲۰ مصرف سیگار عمده‌ترین نوع مصرف دخانیات گردید. تقریباً همه تنباکوهای تولید شده در ایران برای تولید سیگار مصرف می‌شد. از این دوره به بعد طی بررسی تاریخی، سیگار جذابیت‌اش را از دست داد. مصرف سیگار به یک امر عادی تبدیل شد و دیگر آنقدر برای علما جذابیت نداشت. از طرف دیگر با وجود اینکه مضرات استعمال دخانیات مطرح نشده بود جامعه پزشکان نیز علاقه‌ای به مصرف سیگار نشان ندادند. اما چیزی که غیرقابل انکار است دوره‌ای بود که کاشت تنباکو برای سیگار tun tun-1 و تولید داخلی سیگاری فراوان بود. آمار و ارقام سال ۱۹۴۰ نشان می‌دهد که محصول سالانه کاشت تنباکو تقریباً به ۱۳۵۰۰ تن رسید که این میزان در مساحتی به اندازه ۳۰۰۰۰ جریب فرنگی کاشته شد. این آمار نشان دهنده افزایش ۱۵۰ برابری تولید داخلی تنباکوی سیگار طی ۵۰ سال است. در همان سال ایران روزانه شروع به تولید ۱۲ میلیون نخ سیگار نمود. چنین رشدی در ۵۰ سال بعدی نیز گسترش یافت، به طوری که در سال ۱۹۸۶ در حدود ۳۰ میلیارد نخ سیگار در ایران به فروش رسید که ۶۰ درصد آن یعنی ۱۸

میلیارد نخ آنها تولید داخلی بودند. چنین آماری حاکی از افزایش ۴۱۸ درصدی محصول طی ۴۶ سال می‌باشد. در این زمان میزان رشد سالانه تولید در حدود ۷ درصد شناور بود.

افزایش چهار برابری فروش سیگار ناشی از یک سری تغییرات عمده در ساختار بازار سیگار در ایران است که به توسعه و تبدیل ایران به یک کشور مدرن پس از جنگ جهانی دوم باز می‌گردد.

در چنین شرایطی تأثیر شرکت‌های بزرگ دخانیات چند ملیتی به طرز چشمگیری افزایش یافت و به روش‌های جدید تولید، توزیع و بازاریابی منجر شد که نهایتاً موجب شیوع فراوان مصرف سیگار در بین ایرانیان و اقتصاد متأثر از این اعتیاد گردید. اقدامات مستقیم شرکت‌های بزرگ دخانیات در سطح جهان جایگزین واردات اندکی شد که در بندر دومی توسط افراد انجام می‌گرفت زیرا این مقدار اندک دیگر پاسخگوی تقاضای روزافزون ایرانیان نبود. شناخت این ویژگی‌های بازار ایران و مطرح شدن فرد سیگاری به عنوان یک نمونه انسان امروزی در ایران باعث شد تا شرکت‌های دخانی آمریکایی و انگلیسی بازار ایران را فضای مناسبی برای فروش محصولاتشان بدانند.

در دهه ۱۹۸۰ شرکت دخانی RJ Reynolds از مارک Winston برای تسخیر بازار ایران استفاده کرد. به منظور حصول اطمینان از فروش زیاد محصول، لازم بود که این شرکت قیمت‌ها را پایین نگه دارد. تفاوت قیمت بین سیگارهای تولید داخل کشور و معادل‌های خارجی آنها اغلب مهمترین عامل بازدارنده خرید سیگار برای ایرانیان شد، ایرانیانی که عادت به خرید سیگارهای ارزان داشتند. به منظور سرمایه‌گذاری مؤثر بر این درخواست شدید برای سیگارهای خارجی مطابق مد، لازم بود که سیگارهای ارزانی وارد بازار کنند. بدین ترتیب شرکت دخانی RJR برای پایین نگه‌داشتن قیمت‌ها، محصولات خود را به صورت قاچاق وارد ایران کرد. بنابراین توانست از پرداخت مالیات‌های اضافه‌ای که دولت ایران بر واردات این محصولات می‌بندد، جلوگیری نماید. در یکی از نامه‌های محرمانه شرکت Phillips Morris نیز در خصوص ضرورت این قاچاق‌ها چنین ذکر شده است: «امروزه مالیات سیگارهای وارداتی به ایران معادل مالیات مشخص ۷/۷۰ دلار و مالیات تجاری ۲/۶۰ دلار بوده که در مجموع بیش

از ۹۰٪ بار مالیاتی می‌باشد ... در حالی که ساختار مالیات مشخص مطلوب به نظر می‌رسد، برای دولت ایران به گونه‌ای مطرح شده‌ایم که میزان بسیار بالای مالیات باعث تقویت قاچاق می‌شود. این میزان یک سوم بازار تخمین زده شده و چنین سطح مالیات بهینه‌ای اندک می‌باشد.» شرکت دخانی RJR با استفاده از روش‌های قاچاق توانست ۵۰ درصد بازار ایران را در سال ۱۹۹۴ تصاحب کند که فروش سالانه‌ای معادل ۱۶/۴ میلیارد را در برداشت. قیمت‌های نسبتاً پایین محصولات خارجی باعث جذب ایرانیان سیگاری شد. رشد شدید شرکت RJR باعث ایجاد علاقه‌مندی مشارکت سایر شرکت‌های بین‌المللی دخانی شد و به زودی شرکت British American Tobacco و Phillips Morris International به منظور رقابت با گروه جدید توسعه تجارت BAT با عنوان «اولین اولویت» بازار، خط قاچاق کالاهاشان را آغاز کردند.

در ابتدا سیگارها به طرق مختلف برای فرار از مالیات قاچاق می‌شدند. در بررسی مدارک BAT در خصوص راه‌های قاچاق چنین آمده است: «کلیه محصولات وارداتی از طریق دومی به مقصد بندر جنوبی ایران یا ترکیه و قبرس وارد بازار می‌شوند. محصولات از آنجا به وسیله اتوبوس یا کامیون به نبارهای بزرگ و امن در حومه شهرهای بزرگ منتقل می‌شوند. تا اینجای امر به عنوان قاچاق در نظر گرفته می‌شود در حالی که پس از آن توزیع این محصولات نیز امر مهمی است که از نظرها دور مانده است. در بین همه مارک‌های سیگار Winston و Marlboro فروش چشمگیری دارند.» اخیراً دولت ایران از محدودیت‌های واردات کاسته است تا جلوی قاچاق را بگیرد و کسب درآمد بیشتری داشته باشد. امروزه اسانس، ضمیم و شهرت سیگارهای خارجی به ویژه سیگار Marlboro در بین ایرانیان مورد پسند می‌باشد. شرکت BAT همواره در ایران فعالیت دارد به طوری که پس از عقب‌نشینی شرکت RJR با شرکت دخانیات ژاپن و سایرین جای خالی RJR را پر کردند. شرکت دخانیات ایران که با مالکیت دولتی کلیه تولیدات داخلی و توزیع محصولات را تحت نظر دارد ۳۸٪ سهم بازار را دارا می‌باشد و ۶۲٪ باقی مانده سهم سیگارهای خارجی می‌باشد. چنین سهمیه‌بندی در بازار کاملاً برعکس ساختار سهم بازار در اواخر دهه ۱۹۸۰ می‌باشد. ایرانیان علاوه بر تمایل به مصرف



سیگارهای خارجی میزان مصرف سیگارشان را نیز بسیار بالاتر بردند. فروش سیگار در ایران به ۴۵ میلیارد واحد در سال ۲۰۰۳ رسید و این رشد سالانه به میزان یک درصد افزایش می‌یافت، به طوری که میزان واحد فروش سالانه در سال ۲۰۱۰ پنجاه میلیارد تخمین زده شد. چنین امری به دلیل شیوع مصرف سیگار بین ۱۰/۶٪ و ۲۴٪ می‌باشد. تمایل آقایان به مصرف سیگار نسبت به خانم‌ها کاملاً بیشتر بوده ولی بیشترین رشد مصرف سیگار در بین خانم‌ها دیده می‌شود. میزان شیوع مصرف در مناطق شهری و روستایی تقریباً برابر بوده که به ترتیب ۱۱/۸ و ۱۱/۹ درصد می‌باشند. با وجود اینکه ارقام متفاوت می‌باشند کاملاً مشخص می‌باشد که شیوع مصرف سیگار رو به رشد است.

رشد شیوع مصرف همچنین تحت تأثیر عوامل دموگرافیک نیز می‌باشد. اگر روند مصرف سیگار در ایران را پدیده‌ای محبوب در نظر بگیریم که ریشه آن به دهه ۱۹۲۰ بر می‌گردد، تقریباً از آن زمان تاکنون سه نسل به وجود آمده است. با نگاهی به مقایسه آمار تجربه مصرف سیگار در بین این سه نسل شاهد روند تاریخی آزاردهنده‌ای می‌شویم. در سال ۲۰۰۴ مطالعه مقطعی توصیفی توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بر روی عادات مصرف سیگار ایرانیان در رده‌های سنی مختلف انجام شد. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که نسل‌های اخیر ایرانیان در سنین پایین‌تر مصرف سیگار را تجربه می‌کنند. ارقام زیر بیانگر درصد افرادی است که از زمان تولد به صورت آینده‌نگر در این مطالعه قرار گرفتند و زیر سن بیست سالگی تجربه مصرف سیگار داشته‌اند. در افرادی که در حدود سال ۱۹۳۰ به دنیا آمدند تجربه مصرف سیگار بین مردان ۳۳ درصد و بین زنان ۲۱ درصد بوده است. برای متولدین حدود ۱۹۶۰ این آمار برای مردان ۳۹ درصد و برای زنان ۲۴ درصد بود. برای متولدین سال ۱۹۷۵ که به سن بیست سالگی رسیدند این آمار در بین مردان ۴۹ درصد و در زنان ۴۰ درصد بود. آمار فوق نشان‌دهنده یک روند صعودی است. در کشوری که دو سوم جمعیت‌اش زیر سی سال می‌باشد و بدترین آمار نشانگر این است که ۸۰/۶ درصد افراد سیگاری اولین تجربه مصرف سیگارشان قبل از ۱۵ سالگی بوده است. افزایش شیوع مصرف سیگار امر بعیدی نیست.

چنین رشد شدیدی ناشی از سهل‌الوصول بودن تهیه سیگار و عدم آگاهی عمومی از مضرات مصرف سیگار است. طبق گزارش مرکز آموزشی پژوهشی سل و بیماری‌های ریوی در سال ۲۰۰۶ طی مطالعه‌ای هزینه روزانه مصرف سیگار در شهر تهران ارزیابی گردید. در این مطالعه مشخص گردید که حداقل هزینه روزانه مصرف سیگار ۱۰۰ ریال و حداکثر آن ۶۳۰۰۰ ریال می‌باشد که میانگین آن معادل ۲۶۸۰ ریال است. اگر چه میانگین بدست آمده هزینه سنگینی نمی‌باشد، ولی با این هزینه می‌توان یک پاکت سیگار ایرانی و یا نصف یک پاکت مارلبرو یا سیگارهای خارجی مشابه خرید. بنابراین به طور متوسط ایرانی‌ها روزانه در حدود یک پاکت سیگار خریداری می‌کنند. ارقام موجود همچنین نشان می‌دهد که طی دهه گذشته قیمت سیگار به طور چشمگیری کاهش یافته به طوری که سیگارهای داخلی در حدود ۹ درصد و سیگارهای خارجی در حدود ۹/۰۶ درصد کاهش داشتند. قیمت ارزان سیگار باعث می‌شود که این کالا به راحتی تهیه شده و مصرف آن افزایش می‌یابد که این امر شدیداً میزان اعتیاد در اجتماع را نیز افزایش می‌دهد.

دولت ایران در سال ۲۰۰۲ آمار مرگ و میر ناشی از مصرف سیگار را سالانه ۵۰۰۰۰ نفر برآورد کرد که چنین آماري پیش‌بینی می‌کند که این رقم طی یک دهه سالانه به ۲۰۰۰۰۰ نفر برسد. در نهایت لازم به ذکر است که یک آگاه‌سازی سازمان یافته و فرهنگی برای اطلاع‌رسانی از مضرات مصرف سیگار الزامی است، هر چند که ایران در

هر دو این موارد دچار ضعف است. پژوهشگران دریافته‌اند که ۸۲ درصد افراد سیگاری اقدام به ترک نموده ولی فقط ۴۴/۷ درصد مردان و ۲۶/۳ درصد زنان به هنگام پرسشگری واقعا تمایل به ترک دارند. میانگین تعداد دفعاتی که افراد اقدام به ترک می‌نمایند برای مردان ۵ بار و برای زنان ۳ بار می‌باشد. بهترین روش‌های درمانی مشاوره‌ای و دارودرمانی ترک سیگار که شروع درمان ترک سیگار را برای افراد تسهیل می‌کند در ایران وجود ندارد.

درسهایی از دیدگاه تاریخی:

جذابیت مصرف سیگار تنها روندی است که در طول تاریخچه صد ساله سیگار در ایران بی‌وقفه در جریان بوده است. اولین مصرف‌کنندگان سیگار در ایران در اواخر قرن نوزدهم، دولت‌مندیانی بوده که قصد تصویرسازی از یک جامعه مدرن غربی داشتند. امروزه ما این انگیزه را در جوانان ایرانی نیز می‌بینیم. طبق مدارک یک مشاور حقوقی انگلیسی در استان گیلان در اواخر قرن نوزدهم چنین آمده است: «سیگار به طور قطعی از محبوبیت قلبان می‌کاهد. قلبان امروزه فقط در خانه‌های افراد پیر به ویژه ملاها و دهقانان یافت می‌شود. در خیابان‌ها و جاده‌ها به هنگام سفر می‌توان ایرانیان متجددی را دید که در حال مصرف سیگار عادی یا دست‌ساز می‌باشند.» در اینجا تأکید بر لفظ ایرانی متجدد در خصوص مصرف سیگار نکته مهمی می‌باشد. همچنین در مطالعه‌ای که در مجله روانپزشکی ایران در سال ۲۰۰۷ به چاپ رسید نیز نتایج مشابهی در زمان حال به دست آمد. پژوهشگران دانشگاه کرمان نیز طی مطالعه‌ای انگیزه دانش‌آموزان دبیرستانی در مصرف سیگار را بررسی کردند. جوانان معتقدند که «مصرف سیگار عادی مطابق با مد روز است» و برای آنها این نظر، دلیل اصلی تجربه مصرف سیگار و همچنین ادامه مصرف آن می‌باشد. حقیقت این است که پشت تاریخچه مصرف سیگار در ایران روانشناسی بازاری خفته است. سیگار همواره به عنوان وسیله‌ای برای برقراری ارتباط به کار می‌رفته است. امروزه یکی از شیوه‌هایی که جوانان برای پیشرفت زندگی‌شان در پیش می‌گیرند، روی آوردن به مصرف سیگار است. به عبارت دیگر، سیگار (به ویژه سیگار خارجی) به عنصر اصلی تبدیل می‌شود که افراد به وسیله آن خود را در جامعه مطرح نمایند. راه حل ساده برای این معضل، نشان دادن جنبه خطرناک مصرف

سیگار و عواقب ناشی از مصرف آن می‌باشد و نه مطرح کردن سیگار به عنوان یک کالای مد روز از فرهنگ غربی. از سی سال پیش تاکنون اقدامات فراوانی جهت مبارزه با مصرف سیگار در کشورهای توسعه‌یافته انجام گرفته است. ایران نیز برای از بین بردن طرز فکر غلط درباره جذابیت مصرف سیگار نیازمند اقدامات جدی می‌باشد. در ایران ضرورت این مبارزه با بررسی آمار و ارقام دموگرافیک و رابطه آنها با شیوع مصرف سیگار مشخص می‌گردد. با توجه به شروع مصرف سیگار به عنوان یک پدیده محبوب در ایران که به دهه ۱۹۲۰ برمی‌گردد، سه نسل طی این مدت به وجود آمده است. با مقایسه آمار تجربه مصرف سیگار بین این سه نسل روند تاریخی آزردهنده‌ای می‌بینیم. در مطالعه‌ای که دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۲۰۰۴ انجام داد، عادات مصرف سیگار ایرانیان در گروه‌های سنی متفاوت طی یک مطالعه مقطعی توصیفی بررسی شد. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که تجربه مصرف سیگار در نسل جدید ایرانیان بیشتر دیده می‌شود و این عمل را در سنین کمتری انجام می‌دهند.

نتیجه‌گیری:

در بررسی تاریخچه مصرف سیگار در ایران مشخص می‌گردد که افراد در سنین بسیار پایین و به تعداد زیادی مصرف سیگار را تجربه می‌کنند. چنین روندی واقعا نیاز به تغییر دارند. بنابراین جهت مبارزه با این اعتیاد در ایران انجام اقدامات جدی هر چه سریعتر الزامی است. رشد سریع اعتیاد به سیگار در ایران را در نظر بگیرید. هنگامی که تعداد سیگارهای تولید داخلی طی ۵۰ سال چهار برابر می‌شود نشان می‌دهد که میزان اعتیاد فعلی افزایش یافته است. ولی اهمیت منظر تاریخی این موضوع در این است که وجوه مشترک بین دوره‌های زمانی و جنبه‌هایی از تجربه ایران که در طول زمان بدون تغییر مانده بررسی می‌شود. از میان این وجوه مشترک می‌توان به راهکارهای مبارزه با اعتیاد به سیگار و روش‌های بررسی علل روانشناختی و تاریخی مصرف سیگار دست یافت. در نظر گرفتن این معضل فقط به عنوان یک پدیده امروزی بسیار زیان‌آور است. با وجود این که توجه به مضرات بهداشتی مصرف سیگار فقط در سال‌های اخیر مطرح شده است، اقدام به مصرف سیگار همواره در طول تاریخ ایران بوده و امروزه به معضل تأسف‌باری تبدیل شده است.

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 مصاحبهات 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 به ما بگویید سیگار کشیدن را از چه سنی شروع کردید؟
عباسعلی سفیدیان هستم و ۳۶ سال سن دارم. متأهل می‌باشم و شغلم نظامی است. سیگار را قبل از سربازی به صورت تفننی می‌کشیدم اما در دوران سربازی به یک سیگاری واقعی تبدیل شدم. از نظر خودم دلیل سیگاری شدن من این است که «نه» گفتن را بلد نیستم. اولین بار سیگار را از روی کنجکاوای کشیدم ولی زود ترک کردم تا این که یک روز یکی از هم خدمتی‌هایم را در خیابان

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.

دیدم. او به من سیگار تعارف کرد و من چون «نه» گفتم را بلد نیستم از او قبول کردم و این شد که من دوباره به سمت سیگار رفتم. ولی این بار که تصمیم به ترک گرفتم مطمئن هستم که مجددا سراغ سیگار نخواهم رفت.

۲- آیا از مضرات سیگار مطلع هستید؟

جامعه بشری به حدی پیشرفت کرده و امروزه اطلاع رسانی به مردم آن قدر افزایش پیدا کرده که اکثر مردم از مضرات سیگار مطلع هستند. من فکر می‌کنم از کوچکترین عضو بدن که یک سلول است تحت تأثیر دود حاصل از دخانیات قرار می‌گیرد تا بقیه اعضای بدن از جمله پوست و مو و ...

۳- آیا در خانواده شما کسی هم سیگاری بوده است؟

بله، پدرم قلیان مصرف می‌کرد. ما چهار برادر هستیم و سه نفر از ما سیگاری هستیم.

۴- چطور شد که اولین پک سیگار را تجربه کردید؟ از احساسات برای ما بگویید.

از زمانی که سیگار به صورت کوبنی در کشور درآمد سیگار در خانه ما جای خود را باز کرد و همان زمان بود که من اولین پک سیگار را تجربه کردم. خوب به خاطر دارم که خیلی جالب بود یا به عبارت ساده‌تر خیلی مزه داد شاید به خاطر همین لذت سیگار کشیدن را ادامه دادم.

۵- چطور شد که تصمیم گرفتید در این کلاس‌ها شرکت کنید؟

محل سکونت من نزدیک کلینیک ترک سیگار است. از طرف دیگر فشارهای همسرم باعث شد که تصمیم به شرکت در این کلاس‌ها بگیرم.

۶- چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟

توصیه من به آنها این است که سیگار خود را هر چه سریعتر کنار بگذارند بهتر است. چرا که هر چه قدر بیشتر سیگار مصرف کنند در نهایت می‌بینند به هیچ جایی نمی‌رسند. ممکن است در مراحل اولیه لذت بخش باشد ولی بعد از یک مدت که من آن را تجربه کردم جز مریضی و مشکلات چیز دیگری ندارد.

۷- از وضعیت روحیتان بعد از ترک به ما بگویید؟

زمانی که سیگار می‌کشیدم خیلی زود عصبانی می‌شدم ولی الان در مقابل مسائل و مشکلات منطقی برخورد

می‌کنم. به این دلیل کمتر عصبانی می‌شوم و جای دارد که همین جا از همکاران کلینیک ترک سیگار تشکر نمایم چرا که با کمک آنها توانستم بهتر و راحت‌تر سیگار خود را ترک کنم.

۸- آیا بعد از ترک تا به امروز هوس کردید که سیگار بکشید؟

بله، اما با روش‌هایی که در این کلینیک اجرا می‌شود بالاخص نوشیدن آب لیمو و آب یخ و همچنین داروهای تجویز شده توانستم جلوی وسوسه نفس خودم را بگیرم.

۹- از خاطرات تلخ و شیرین خود در طول این مدت چهار هفته برای ما بگویید؟

خاطره تلخی نداشتم اما وقتی همسرم به من گفت: «این ماه رمضان بهترین ماه رمضان زندگی‌م است زیرا تو دیگر بعد از افطار سیگار نمی‌کشی.» این جمله همسرم خیلی خوشحالم کرد و این جزء شیرین‌ترین خاطراتم است.

۱۰- مختصری از تصمیمتان برای آینده به ما بگویید؟

هرگز سراغ سیگار و هیچ‌گونه دخانیات دیگری نخواهم رفت و هر فردی را که سیگار بکشد به این کلینیک معرفی خواهم کرد.

۱۱- دیدم که یک لوح تقدیر گرفتید با این لوح چه می‌کنید؟

به همه افرادی که از ترک سیگار من خوشحال می‌شوند این لوح را نشان می‌دهم و جلوی دید دیگران قرار می‌دهم تا دیگران بدانند که من هم توانستم.



من خدا هستم شاهم بر خدا دنیا

بسم الله الرحمن الرحیم
 در روز دوشنبه ۱۴۰۲/۰۵/۰۵
 در منزل آقای ...
 ...
 ...

از خدا
 ...
 ۸۹/۰۲

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 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

جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما پیوندید

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات که بر اساس برنامه استراتژیک خود و دیدگاه (برائیم 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



حضور در جلسه توسعه انسانی و اهداف توسعه هزاره

زیست و همکاری بین‌المللی اشاره شد و این که در این برنامه شاخص توسعه انسانی محوریت دارد و هدف آن تأمین فرصت‌های آتی برای نسل‌های آینده است. دکتر فرزین در سخنان خود به این نکته اشاره کرد که بسیاری از مردم دنیا از نبودن فرصت برای رضایتمندی از زندگی آسیب می‌بینند و ۹ میلیون کودک زیر ۵ سال هر ساله می‌میرند. ۶۹ میلیون کودک سن مدرسه درس نمی‌خوانند، ۱۸ میلیون نفر در جنوب آسیا در فقر مطلق هستند، حدود ۱/۵ میلیارد نفر در دنیا درآمد کمتر از ۲/۵ دلار روزانه دارند، هر ساله بیش از ۱ میلیون کودک جدا از مادر مجبور به زندگی می‌شوند و ۸۰۰ میلیون نفر در دنیا در حلیه‌آباد زندگی می‌کنند. در قسمت بحث گروهی یکی از شرکت کنندگان دکتر اولیایی‌منش از وزارت بهداشت به موضوع بیماری‌های غیرواگیر و اهمیت آن در برابر بیماری‌های عفونی و اثری که بر اهداف توسعه هزاره خواهد گذاشت مطالبی را مطرح نمودند. این موضوع با تأیید دیگر شرکت کنندگان بود. مواردی مانند کم تحرکی، تغذیه بد، اثرات استرس و مصرف سیگار بر این بیماری‌ها و بار مالی و بیماری آنان اشاره شد. اکثر حضار به ادامه یافتن جلسات مشابه تأکید ورزیدند.

به دعوت فرهنگستان علوم پزشکی ایران و با مشارکت دفتر سازمان بهداشت جهانی مستقر در تهران و نیز سازمان ملل متحد جلسه‌ای با حضور رؤسای مراکز تحقیقاتی مرتبط با موضوع مورخه ۸۹/۷/۸ در محل فرهنگستان تشکیل گردید. این جلسه ۲ ساعته که با هماهنگی دکتر بیژن صدری‌زاده اداره شد با خیر مقدم و سخنان دکتر مرندی رئیس فرهنگستان آغاز گشت و در ادامه خانم کونسونلا ویدال رابط مقیم سازمان ملل متحد درباره چهارچوب اهداف توسعه هزاره MDG سخنرانی کردند. موضوع اصلی توسط دکتر علی فرزین همکار UNDP تحت عنوان توسعه انسانی ارائه گشت. بعد از ایشان دکتر مانندی رئیس دفتر سازمان بهداشت جهانی در تهران درباره متوالی بودن این مباحث و جلسات توضیحاتی دادند و جلسه با بحث و گفتگو ادامه یافت. در قسمتی از جلسه به ۸ هدف MDG شامل: کاهش فقر، آموزش ابتدایی دختران، کاهش خشونت علیه زنان، سلامت اطفال، سلامت مادران، مبارزه با ایدز و سل و مالاریا و بیماری‌های عفونی جنسی، کاهش آلودگی محیط



اجرای مرحله دوم امحای سیگار قاچاق

به نقل از دکتر علی عبدالهی‌نیا، مدیر پژوهشی جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات، روز سه‌شنبه سی‌ام شهریور سال جاری، ۱۸۰ میلیون نخ سیگار به ارزش بیش از ۵۶۰ میلیون تومان در جنوب تهران امحا گردید. این اقدام در پی عملیات کشف و نابودسازی محصولات دخانی قاچاق صورت گرفت.

لازم به ذکر است که پس از درج هشدارهای بهداشتی مصور بر روی پاکت‌های سیگار و افزایش مالیات محصولات دخانی در ایران سیل عظیمی از محصولات دخانی قاچاق برای جابجایی شدن سیگارهای برجسب‌دار وارد ایران شده است. در چنین شرایطی انجام اقدامات جدی از سوی مسئولان و ارگان‌های مربوطه و همچنین همکاری‌های منطقه‌ای و بین‌المللی الزامی می‌باشد.

جمع‌آوری سیگارهای فاقد هولوگرام

از دهم مهر ماه ۸۹ سیگارهای غیر قانونی و بدون هولوگرام (قاچاق) جمع‌آوری شد. در تاریخ ۸۹/۶/۲۹ رئیس اداره مبارزه با قاچاق کالا اعلام کرد که از دهم مهرماه سال جاری سیگارهای قاچاق جمع‌آوری می‌گردند و فروشندگانی که این قبیل سیگارها را عرضه نمایند جریمه خواهند شد. اجتهادی در ادامه اضافه نمود مرحله اول این جمع‌آوری در سوپر مارکت‌ها و خواربار فروشی‌ها صورت می‌گیرد و کلیه سیگارهایی که فاقد هولوگرام دولتی و هشدار مصور بهداشتی مشخص شده باشند، ضبط و ۳ برابر ارزش کالای ضبط شده جریمه اعمال می‌گردد. این جریمه تا ۳ نوبت بعدی تا ۱۰ برابر اعمال خواهد شد و منجر به لغو مجوز فروش محصول دخانی می‌گردد.



ترفند شرکتهای دخانی برای جلب مشتری

مدیر اجرایی جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات هشدار داد، شرکتهای دخانی برای جلب کودکان به دخانیات اقدام به تولید اسباب بازی و خوراکیهای مشابه سیگار نمودهاند.

مدیر اجرایی جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران با بیان اینکه نوک پیکان شرکتهای دخانی دنیا نوجوانان و جوانان ایرانی را هدف گرفته است، گفت: این شرکتهای برای رسیدن به این هدف فرهنگسازی در زمینه استعمال دخانیات را از دوران کودکی (مهدهای کودک) آغاز کردهاند تا مشتریانشان را در دوره جوانی و نوجوانی داشته باشند.

دکتر معدنی در گفتوگو با خبرنگار «بهداشت و درمان» خبرگزاری دانشجویان ایران، با اشاره به تولید محصولات فرهنگی، فیلم سریال و کارتون و نیز اسباب بازیها و خوراکیهایی با تبلیغ غیرمستقیم استعمال دخانیات را ترفندهای شرکتهای دخانی دنیا برای نهادینه کردن فرهنگ استفاده از سیگار در میان افراد برشمرد و افزود: به عنوان مثال شباهت جعبههای آدامس «ریلکس» حتی نحوه باز کردن روبان درب جعبهها با پاکت سیگار در ذهن ناخودآگاه کودک، سیگار را تداعی می کند.

وی با بیان اینکه با تکرار استفاده از این قبیل محصولات مشابه به تدریج قبح داشتن سیگار و به همراه داشتن پاکت سیگار برای وی از بین می رود، افزود: بدین ترتیب همین کودک در دوره جوانی و نوجوانی در محفلی دوستانه قدرت «نه گفتن» به پس زدن سیگار را خواهد داشت.

مدیر اجرایی جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات کشور با بیان اینکه در نهایت از هر ۱۰ نفر مصرف کننده سیگار دو نفر به مواد مخدر روی می آورند، گفت: سیگار دروازه ورود به اعتیاد است و باید توجه داشت که اعتیادآوری سیگار ۱۰ برابر هروئین است و به عنوان یک ماده افیونی شناخته شده است.

دکتر معدنی ابتلا به انواع عفونت های ویروسی ناشی از اعتیاد تزریقی، عدم پذیرش معنادار توسط اطرافیان و حتی اعضای خانواده و در نهایت بعد اقتصادی و هزینه های

درمانی را از عوارض اعتیاد به مواد مخدر برشمرد و افزود: سرآغاز اعتیاد به مواد مخدر، استعمال دخانیات در دوره جوانی و نوجوانی است.

وی به وجود چهار هزار نوع ماده سمی در دود سیگار اشاره کرد و گفت: ایجاد ۸۰ تا ۸۵ نوع بیماری و ۵۰ تا ۵۵ نوع سرطان از عوارض جسمانی استعمال دخانیات است.

مدیر اجرایی جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات با بیان اینکه سرآغاز «بلای خانمانسوز اعتیاد» چیزی جز استعمال دخانیات نیست، افزود: نتایج بررسی ها در یکی از زندان های شهر تهران نشان داد که اعتیاد ۱۰۰ درصد معتادان به هروئین و آلوده به ویروس ایدز با یک نخ سیگار آغاز شده است.

معدنی با استناد به نتایج تحقیق دیگری در کشور، گفت: نتایج این تحقیق هم نشان داد که بیش از ۸۵ درصد از افراد بزهکار سیگاری هستند، بنابراین وجود پیش زمینه ای چون فرهنگ سازی از دوران کودکی و غیره برای روی آوردن فرد به استعمال دخانیات در دوره جوانی و نوجوانی الزامی است.

وی، تبلیغ اسامی محصولات مختلف دخانی در قالب محصولات معروف کیف، خودکار و خودنویس و عینک را برای مدت مدیدی از شیوه های تبلیغاتی شرکتهای دخانی برشمرد و یادآور شد: پس از مدتی محصولات دخانی با این اسامی وارد بازارهای کشورهای مصرف کننده می شوند.

مدیر اجرایی جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران با بیان اینکه قلب به طور طبیعی ۷۰ تا ۷۵ بار در دقیقه می زند، گفت: بر اثر وجود موادی چون قطران، نیکوتین و مونوکسیدکربن در سیگار (درج شده بر روی پاکت سیگار) ضربان قلب به ۹۰ تا ۹۵ بار در دقیقه می رسد که این افزایش و پرکاری قلب، پرفشاری خون و کاهش طول عمر افراد سیگاری را در پی دارد.

معدنی با انتقاد از نمایش کارتون های کودکانه با تبلیغ غیرمستقیم محصولات دخانی نظیر مجموعه های تلویزیونی پلنگ صورتی و ملوان زبل و حتی برخی سریال های ایرانی گفت: کم نیستند جوانانی که بر اثر استعمال دخانیات به سرطان مبتلا و هم اکنون در

مراکز درمانی بستری هستند.

وی با بیان اینکه به این بهانه نخستین روز از هفته بدون دخانیات به عنوان «دخانیات و جوانان و نوجوانان» نامگذاری شده است، افزود: سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ گزارش داد ۱۲ درصد از بالغین ۱۵ تا ۶۴ ساله ایرانی، مصرف کننده روزانه دخانیات هستند که از این تعداد ۲۱ درصد مرد و سه درصد زن هستند.

مدیر اجرایی جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات با بیان اینکه بر اساس نتایج طرح ملی جوانان در سال ۸۲، حدود ۱۳ درصد از افراد ۱۳ تا ۱۵ ساله ایرانی استعمال دخانیات را تجربه کرده‌اند به ایسنا گفت: از این میزان ۱۷/۶ درصد پسر و ۸/۹ درصد دختران هستند. معدنی با تأکید بر اینکه هر ایرانی باید یک مبلغ ضد سیگار باشد، افزود: بدین ترتیب افراد سیگاری در اماکن عمومی احساس ناامنی خواهند کرد. وی به وجود ۱۲ تا ۱۳ میلیون سیگاری در کشور اشاره کرد و گفت: روزانه پنج میلیارد تومان بر اثر استعمال سیگار در کشور دود می‌شود و این در حالی است که سه برابر این میزان (۱۵ میلیارد تومان) صرف هزینه‌های درمانی افراد سیگاری می‌شود.

مدیر اجرایی جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات، میزان کشته‌شدگان ناشی از استعمال دخانیات در کشور را سالیانه ۷۰ هزار نفر برشمرد و افزود: این میزان معادل سقوط روزانه یک فروند هواپیما یا دست کم ۲۰۰ سرنشین و دو برابر قربانیان زلزله بم است.

استعمال دخانیات در اداره‌ها صفر شد

مسئول دبیرخانه کنترل دخانیات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کرد: با اجرای ماده ۱۳ قانون جامع کنترل دخانیات در مورد ممنوعیت استخدام افراد سیگاری در اداره‌ها، استعمال دخانیات در این مراکز به صفر رسیده است.

خدیجه محصلی در گفت و گو با ایرنا افزود: طبق آخرین آمارها، ۱۴/۲ درصد افراد بالای ۱۵ سال در کشور سیگاری هستند که سه درصد آنها زن و سه درصد را افراد ۱۳ تا ۱۵ سال تشکیل می‌دهند.

وی اظهار داشت: ماده ۱۳ قانون جامع کنترل دخانیات، استعمال دخانیات را در تمامی مراکز دولتی و اماکن عمومی ممنوع اعلام کرده و برای کارکنان دولت هم در صورت تخلف، مجازاتی را در نظر گرفته است.

محصلی ادامه داد: با کارمندی که در اماکن دولتی مصرف دخانیات داشته باشند، برابر قانون استخدام کشوری (ماده ۱۸) برخورد خواهد شد.

وی توضیح داد: به این ترتیب که برای بار اول تذکر شفاهی، بار دوم تذکر کتبی و برای بار سوم کسر حقوق منظور می‌شود.

محصلی با تأکید بر ضرورت اطلاع‌رسانی به جوانان و نوجوانان در مورد مضرات مصرف مواد دخانی، گفت: مطالعه در مورد گرایش نوجوانان به استعمال دخانیات که در سال ۸۲ و ۸۶ انجام شده، نشان می‌دهد در سال ۸۲ نوجوانانی که سیگار نمی‌کشیدند، ۱۲/۲ درصد تمایل داشتند که مواد دخانی مصرف کنند، ولی در سال ۸۶، این گرایش به ۹/۷ درصد رسید.

وی با بیان این که کاهش گرایش نوجوانان به مواد مخدر به دلیل بالا رفتن آگاهی این قشر است، تصریح کرد: اکنون هدف شرکت‌های مواد دخانی، نوجوانان هستند و این میزان آگاهی نوجوانان کافی نیست و باید مضرات استعمال دخانیات به طرق مختلف به آنان آموزش داده شود.

دود سیگار در کاهش وزن هنگام تولد نوزادان

یافته‌های یک مطالعه حاکی است وزن هنگام تولد نوزادان مادران غیرسیگاری که در معرض دود سیگار بودند، کمتر از نوزادان مادران غیرسیگاری است که در معرض دود سیگار قرار نگرفته‌اند.

به گزارش سرویس پژوهشی ایسنا، منطقه علوم پزشکی تهران، هدف از این مطالعه تعیین رابطه تماس با دود سیگار در مادر حامله با شاخص‌های تن‌سنجی نوزاد هنگام تولد در زنان حامله مراجعه کننده به زایشگاه بود که توسط زهره سادات مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. گروه مواجهه یافته و غیرمواجهه به

بیش از ۶۰ هزار ایرانی قربانی دخانیات

با توجه به آمار حدود ۱۰ میلیون سیگاری در کشور، ۴ تا ۵ سال عمر افراد به دلیل مرگ‌های زودهنگام ناشی از مصرف دخانیات از دست می‌رود. ۱۰ میلیون ایرانی، حدوداً سالی هزار و ۷۰۰ میلیارد تومان سیگار دود می‌کنند و سالانه بیش از ۶۰ هزار ایرانی قربانی مصرف مواد دخانی می‌شوند. مرگ این تعداد افراد که اکثراً سرپرست خانوار هستند، به طور ثانویه باعث اختلال در روند زندگی خانواده در زمینه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی می‌شود و در موارد زیادی فروپاشی خانواده را به دنبال دارد. در گزارش وزارت بهداشت آمده است: در ایران با توجه به ۱۰ میلیون فرد سیگاری، ۴ تا ۵ سال عمر افراد به دلیل مرگ‌های زودهنگام ناشی از مصرف دخانیات از دست می‌رود. بر پایه این خبر مصرف دخانیات به تنهایی باعث مرگ بیش از ۵ میلیون نفر در سراسر دنیا می‌شود.

شواهد علمی نشان می‌دهد که مصرف انواع محصولات دخانی به هر شکلی مضر بوده و باعث مرگ و میر و ناتوانی در افراد شده و استعمال دخانیات عامل بروز ۹۰ درصد سرطان ریه، ۸۰ درصد برونشیت مزمن و ۲۵ درصد بیماری‌های ریوی است. سیگار یکی از عوامل بروز حداقل ۱۴ سرطان مختلف از جمله سرطان‌های ریه، پوست، لوزالمعده، مثانه، پستان، حنجره و ... شناخته شده است. آنچه مسلم است، بیش از ۸۵ درصد افراد جامعه ما دخانیات مصرف نمی‌کنند در حالی که به طرق مختلف در معرض عوارض استعمال دخانیات توسط اقلیت جامعه هستند. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی ۳۰ درصد بیماری‌های قلبی و یک سوم بیماری‌های تنفسی افرادی هستند که در معرض استنشاق تحمیلی و ناخواسته دود ناشی از مصرف دخانیات قرار دارند. همچنین میزان بروز سرماخوردگی، عفونت گوش میانی، گلودرد، سرفه و گرفتگی صدا در کودکانی که والدین سیگاری دارند بیش از کودکان دارای والدین سیگاری است.



این تحقیق تحلیلی بر روی ۱۵۰ مادر غیرسیگاری که در تمام دوران حاملگی هر ۲۴ ساعت حداقل در تماس با دود سیگار محیطی به میزان ۵ نخ یا بیشتر بودند به عنوان گروه مواجهه یافته و ۱۵۰ مادر غیرسیگاری که با دود سیگار محیطی تماس نداشتند به عنوان گروه غیر مواجهه انجام شد.

در این مطالعه میانگین وزن هنگام تولد نوزادان در گروه مواجهه یافته و غیرمواجهه به ترتیب ۳۲۷/۸ و ۳۲۷ گرم بود. اختلاف میانگین قد و دور سر هنگام تولد نوزادان در دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود. نتایج نشان می‌دهد وزن هنگام تولد نوزادان مادران غیرسیگاری که در معرض دود سیگار بودند ۱۳۳ گرم نسبت به مادران غیرسیگاری که در معرض دود سیگار نبودند کمتر بود.

مطالعات بعدی برای تعیین نقش سیگاری بودن غیرفعال مادر بر قد و دور سر هنگام تولد توصیه می‌شود. خلاصه این پژوهش در مجله دانشگاه علوم پزشکی قم به چاپ رسیده است.



چندی پیش با کودک دو ساله اهل اندونزی آشنا شدیم (خبر آن در مجله کنترل دخانیات، شماره ۱۱ مرداد ۱۳۸۹ آمده بود) که با وجود سن کمش روزی دو پاکت سیگار می‌کشید. هم‌اکنون آردی ریزال این کودک دو ساله به کمک پزشکان سیگار را ترک کرد. کودک دو ساله اهل اندونزی که توسط پدرش سیگاری شده بود، مورد توجه رسانه‌ها قرار گرفته و بسیاری از مردم عمل پدرش را تقبیح نموده بودند و به همین خاطر پزشکان با استفاده از روش‌های ترک اعتیاد و سیگار بعد از چند ماه موفق شدند تا وی را ترک دهند. آزمایش‌های پزشکی از ریه و بدن ریزال نشان می‌دهد دیگر وی اصراری به استفاده از سیگار ندارد.

به گزارش خیر آنلاین سازمان‌های حمایت از کودکان بعد از اینکه فهمیدند وی روزی ۴۰ سیگار پک می‌زند وارد عمل شدند تا وی را به زندگی طبیعی برگردانند. پدر ریزال توسط این سازمان‌ها تحت تعقیب قضایی قرار گرفته است تا پاسخگوی عمل زشت خود باشد.



ترک سیگار ۶۰۰ زائر خانه خدا

به گزارش سرویس حوادث خبرگزاری دانشجویان ایستا «عبداله سیروچی» رییس انجمن مقابله و مبارزه با مصرف مواد دخانی عربستان در مصاحبه‌ای با رسانه‌های دولتی این کشور، تصریح کرد: این انجمن یک کلینیک سیگار دارد که به سیگاری‌ها کمک می‌کند تا سیگار را ترک کنند.

وی خاطرنشان کرد: در برنامه‌ای زمانبندی شده قصد داریم کلیه افراد سیگاری عربستان را با حضور در کنار خانه خدا، آنها را در این فضای معنوی به ترک سیگار تشویق و هدایت کنیم در این راستا تاکنون موفق شده‌ایم ۶۰۰ فرد سیگاری را در این برنامه ترک دهیم.

به گزارش ایستا به نقل از وزارت بهداشت عربستان، در شهر «مکه» و «مدینه» به هیچ وجه مغازه‌ها و باجه‌های روزنامه فروشی اجازه فروش سیگار را ندارند.

روند کاهش کند مصرف سیگار نوجوانان آمریکا

مرکز طبقه‌بندی بیماری‌های ایالات متحده در آگوست ۲۰۱۰ اعلام نمود که روند مصرف سیگار در نوجوانان آمریکایی سرعت کم و رو به کاهش دارد و به کار بیشتری برای مبارزه با این مشکل نیاز می‌باشد.

این مرکز در گزارش ناتوانی و مرگ و میر هفتگی خود آورده است که حمایت مالی بیشتری برای برنامه‌های جامع ضد سیگار ضروری است و به دولت فدرال توصیه می‌کند که در لازم‌الاجرا کردن دستورات و قوانین ضد سیگار نظیر الصاق هشدار بهداشتی مصور بر پاکت سیگار و ممنوعیت تبلیغ سیگار همت کند. همچنین افزایش مالیات بر سیگار می‌تواند به کاهش مصرف آن خصوصاً در نوجوانان اثر گذارد. در این گزارش که بر اساس اطلاعات بدست آمده از طرح ملی دخانیات جوانان که یک مطالعه دبیرستانی بوده است توضیح داده می‌شود که از ۲۲۹۷۹ نوجوان خواسته شده تا پرسشنامه‌ای را در سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹ پر کنند. مصرف دخانیات به صورت استفاده از سیگار، سیگار برگ، دخانیات جویدنی، پیپ و غیره در یک ماه قبل از پرسشگری تعریف شده است و نیز مصرف روزانه استفاده از یک بار از آنان در هر ۳۰ روز گذشته بوده است. و تجربه مصرف استفاده از حتی ۱ یا ۲ پک تا کمتر از ۱۰۰ نخ سیگار بوده است. نتایج این گزارش نشان می‌دهد که در خلال سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹:

- شیوع مصرف دخانیات روزانه دانش‌آموزان دبیرستانی از ۳۴/۵٪ به ۲۳/۹٪ رسیده است.
- شیوع مصرف سیگار روزانه دانش‌آموزان دبیرستانی از ۲۸٪ به ۱۷/۲٪ رسیده است.
- تجربه مصرف دخانیات آنها از ۳۹/۴٪ به ۳۰/۱٪ رسیده است.
- شیوع مصرف دخانیات در دانش‌آموزان متوسطه از ۱۵/۱٪ به ۸/۲٪ رسیده است.
- شیوع مصرف سیگار در دانش‌آموزان متوسطه از ۱۱٪ به ۵/۲٪ رسیده است.
- تجربه مصرف دخانیات در دانش‌آموزان متوسطه از ۲۹/۸٪ به ۱۵٪ رسیده است.
- در گزارش آمده است که در سال ۲۰۰۹، ۸/۲٪ از دانش‌آموزان

متوسطه و ۲۳/۹٪ دانش‌آموزان دبیرستانی مصرف دخانیات داشته‌اند. در سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۹ مصرف سیگار روزانه در دختران دوره راهنمایی از ۶/۴٪ به ۴/۷٪ و در نژاد غیر اسپانیایی سفید از ۶/۵٪ به ۴/۳٪ کاهش یافته است.

در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی این کاهش از ۱۸/۴٪ به ۱۴/۸٪ برای مصرف سیگار و از ۲۱/۳٪ به ۱۸/۲٪ برای مصرف دخانیات و در سفیدپوستان غیر اسپانیایی برای مصرف بیدی (سیگار برگ دست‌بیچ کوچک) از ۲/۶٪ به ۱/۷٪ بوده است. محققین در نتایج مطالعه خود گفته‌اند که این کاهش آهسته است و خیلی قابل قبول نیست و هنوز نیز مصرف سیگار و دخانیات در دانش‌آموزان از حد مطلوب بالاتر می‌باشد و بایستی برای کم اثر کردن فعالیت‌های صنایع دخانیاتی تلاش‌های بیشتری انجام گیرد. یکی از این تلاش‌ها ممنوع کردن پخش رایگان نمونه‌های دخانیات جویدنی و سیگار در بین دانش‌آموزان می‌باشد همچنین حمایت صنایع دخانیاتی از وقایع ورزشی، موسیقی و فرهنگی نیز ممنوع گردید. این برنامه‌ها به جهت پیشگیری از شروع مصرف دخانیات در جوانان طراحی شده است.

منبع: مرکز طبقه‌بندی بیماری‌های ایالات متحده آمریکا

ممنوعیت سیگار کشیدن در یونان

سیگاری‌های یونان با اجرای قانون جدید ممنوعیت سیگار کشیدن در اماکن عمومی در بسته در این معتادترین کشور اروپایی به نیکوتین دوباره تحت فشار قرار می‌گیرند.

به گزارش خیرگزاری فراتسه این قانون جدید که با شعار «سیگارتان را خاموش کنید، به عمرتان بیفزایید» از روز اول سپتامبر به اجرا در آمد. سیگار کشیدن را در همه اماکن عمومی به جز قمارخانه‌ها و سالن‌های بزرگ موسیقی، که یک فرصت ۹ ماهه را خواهند داشت، ممنوع می‌کند.

این قانون جدید مکمل یک قانون قبلی است که در ژوئیه ۲۰۰۹ با شدت به اجرا در آمد ولی پیش از شروع انتخابات از شدت اعمال آن کاسته شد.

این بار دولت می‌گوید این قانون را به اجرا در خواهد

آورد، قانونی که به گفته جرج پاپاندرو، نخست‌وزیر یونان: «به ما در رسیدن به اهدافمان کمک خواهد کرد ... تا کشورمان را نه تنها از لحاظ اقتصادی بلکه از لحاظ زندگی روزمره سرزنده‌تر کنیم.»

در عین حال وزیر بهداشت، مارلیزا زوبیانا کوبولو گفت سیگاری‌ها یک فرصت یک ماهه خواهند داشت که طی آن به خاطر زیر پا گذاشتن این قانون جدید با مجازات روبه‌رو خواهند شد.

او گفت: «مسئله بهداشت عمومی است، نه بگیر و ببند راه انداختن.»

در حالی که در روز اول سپتامبر بازرسان در مرکز شهر آتن گشت می‌زدند و خبرنگاران تلویزیونی آنها را دنبال می‌کردند، صاحبان کافه‌ها به سرعت زیرسیگاری‌ها را جمع می‌کردند.

واسیلیس کاپلانگلو، یک کافه‌دار گفت: اگر این بار این قانون رعایت شود، خوب است. به نظر می‌رسد دولت مصمم است که آن را اجرا کند، اما هنوز خیلی زود است در مورد موفقیت آن اظهار نظر کرد.

بسیاری از صاحبان کافه‌ها و رستوران‌ها تهدید کرده‌اند که قانون جدید را نادیده می‌گیرند، زیرا به گفته آنها این قانون کسب و کار آنها را به خطر می‌اندازد و این قانون در میانه رکود فزاینده و بحران اقتصادی ملی قرار است اجرا شود.

یانیس تاسکوس، دبیرکل انجمن رستوران‌دارها و مکان‌های تفریحی در این باره گفت: «ما در اساس با این قانون مخالفی ندارم.»

اما نمی‌توانیم مسئولیت اعمال دیگران را بپذیریم ما می‌توانیم زیرسیگاری‌ها را برداریم، تابلوهای سیگار کشیدن ممنوع بگذاریم و هر کاری دیگری که به اجرای این قانون کمک کند، انجام دهیم، اما نمی‌توانیم با مشتریان مان دعوا کنیم.»

«ما برای ادامه کسب و کارمان به آنها نیاز داریم. در این بحران اقتصادی که کسب و کار ۳۰ تا ۵۰ درصد افت کرده است، با ۲۰ درصد افت دیگر آیا امکان ادامه دادن وجود دارد؟»

سایر صاحبان کسب و کار اشاره می‌کنند که این آخرین اقدام برای ممنوع کردن سیگار کشیدن در اماکن عمومی مانند سایر تلاش‌ها در گذشته به مرور زمان رو به افول

خواهد گذاشت، به خصوص اینکه مأموران شهرداری و افسران پلیس که قرار است این مقررات جدید را اجرا کنند، خودشان سیگاری‌های قهاری هستند. به گفته یک روزنامه محلی چهل درصد یونانی‌ها سیگاری هستند و به طور میانگین روزی هشت نخ سیگار می‌کشند.

جرج کلاواتاس، یک عضو ارشد انجمن رستوران‌داران به تلویزیون دولتی NET گفت: «ما به زودی شاهد خواهیم بود که قانون جدید در قهوه‌خانه‌ها در حالی که پلیس و مشتریان در کنار هم سیگار می‌کشند، به استهزاء گرفته خواهد شد.»

«در زمانی که کشور با بزرگترین رکود اقتصادی از زمان جنگ جهانی دوم به بعد روبه‌رو است، انجام چنین اقداماتی تنها وضع را بدتر می‌کند.»

دود سیگار باعث التهاب ریه‌ها

محققان می‌گویند: قرار گرفتن در معرض دود سیگار یک واکنش پیچیده التهابی ایجاد می‌کند و التهاب با ابتلا به بیماری قلبی، دیابت و سایر بیماری‌ها ارتباط دارد.

به گزارش خبرنگار سایت پزشکان بدون مرز به نقل از یونایتدپرس، «آدلاید کراتزر» محقق دانشگاه «کلرادو دنور» می‌گوید: در این مطالعه برای تشخیص چگونگی واکنش بافت ریه به دود سیگار، محققان موش‌های نر را پنج بار در هفته به مدت دو تا چهار ماه در یک اتاق مخصوص در معرض دود سیگار قرار دادند.

۸۹ درصد این دود سیگار، ناشی از سوختن ته سیگار روشن بود و ۱۱ درصد آن جریان مستقیم دود بود که مستقیماً توسط موش‌ها استنشاق می‌شد.

در این مطالعه موش‌ها در دو نوبت سه ساعته روزی دو بار در معرض دود سیگار قرار می‌گرفتند.

این مطالعه که در کنفرانس «انجمن رواتشناسی آمریکا» ارائه شد، نشان می‌دهد که دو ماه قرار گرفتن در معرض دود سیگار، تغییرات مهمی در بافت ریه موش‌ها ایجاد می‌کند.

این نتایج پس از چهار ماه عمیق‌تر بود. برای مثال این مطالعه نشان می‌دهد که شمار گلبول‌های سفید خون ماکروفاژهای ریه‌های قرار گرفته در معرض

دود سیگار نشان می‌دهد که بدن موش‌ها دچار یک واکنش ایمنی شده که به التهاب نیز معروف است. پزشکان پیش از این اعلام کرده بودند سیگار موجب بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی نظیر آمفیزم، برونشیت مزمن، کاهش ظرفیت شش‌ها و سرطان ریه می‌شود. کشیدن سیگار شایع‌ترین دلیل COPD است. بیشتر افراد مبتلا به COPD سیگاری هستند یا قبلاً سیگاری بوده‌اند. بیماری مزمن انسدادی ریه، چهارمین علت مرگ در ایالات متحده است و طبق تحقیقات، احتمالاً در سال ۲۰۲۰ از رتبه ششم عوامل شایع مرگ در جهان، به رتبه سوم خواهد رسید. عوامل محیطی و ژنتیکی مانند استعمال دخانیات، استنشاق دود دخانیات به صورت غیرفعال، آلودگی هوا، سن بالا، عوامل شغلی و نقص آنزیم آلفا یک آنتی‌تریپسین در بروز COPD دخالت دارند. علامت مهم بیماران که از شکایات شایع آنهاست، تنگی نفس و خستگی است و با پیشرفت بیماری، ناتوانی بیمار برای انجام فعالیت‌های روزمره بیشتر می‌شود.

مصرف سیگار و چروکیدگی پوست

به غیر از صدمات ناشی از نور خورشید، مصرف سیگار سریع‌تر از هر چیز دیگر باعث پیری پوست می‌شود. بنابراین اگر به شادابی و جوانی پوستتان اهمیت می‌دهید، باید سیگار را ترک نمایید. با آشکار شدن چین و چروکهای مشهود اطراف دهان و چشمها در افراد سیگاری، دوره میانسالی از اوایل دهه سوم زندگی این افراد آغاز می‌شود. این درحالیست که زنان جوان سیگاری با خریدن کرمهای ضدچروک صورت، سعی بر جلوگیری از این روند پیشرونده دارند. موارد زیر نتایج حاصل از سالها مطالعه و تحقیق توسط جامعه پزشکی است ولی افراد بسیاری از آنها غافل می‌باشند:

- نیکوتین موجود در سیگار برای زنان اعتیادآورتر و ترک سیگار برای زنان مشکلتر از مردان می‌باشد.
- احتمال بروز حملات قلبی، سکته‌های مغزی و سرطان ریه در زنان سیگاری دو برابر مردان سیگاری است.
- در ایالات متحده میزان مرگومیر زنان بر اثر سرطان ریه، سه برابر بیشتر از سرطان سینه می‌باشد. در حال حاضر این آمار سالانه ۷۰۰۰۰ نفر می‌باشد.
- مصرف سیگار باعث یائسگی زودرس در زنان می‌شود.
- پیری و افزایش چین و چروک پوست بر اثر مصرف

سیگار در زنان بیش از مردان دیده می‌شود. سیگار باعث می‌شود پوست صورت فرد سیگاری خاکستری، رنگ پریده و پرچین و چروک شود. افراد سیگاری مسن‌تر از افراد غیرسیگاری به نظر می‌رسند. مصرف سیگار باعث بوجود آمدن رادیکالهای آزاد در بدن می‌شود. این رادیکالهای آزاد مولکولهای بسیار ناپایدار و قدرتمندی می‌باشند که می‌توانند باعث بروز بیماری و آسیب به DNA سلولی شوند. عملکرد سلولهای بدن را نامنظم کرده، باعث پاسخهایی می‌شود که پوست سریعتر پیر شود. جدی‌ترین آسیبهای وارده به پوست عبارتند از:

- بسته‌شدن جریان خون درون مویرگها (رگهای ظریف نزدیک به سطح پوست) و ممانعت از رسیدن اکسیژن و مواد مغذی به پوست.
- افزایش تولید آنزیمی که کلاژن ساختار پوست را از بین می‌برد. برخورداری از کلاژن برای نرمی و نشاط پوست ضروری می‌باشد. با افزایش سن کلاژن پوست کاهش می‌یابد و مصرف سیگار نیز این روند را سرعت بیشتری می‌بخشد.
- ذخیره ویتامین A بدن که باعث محافظت پوست در برابر صدمات می‌شود، بر اثر مصرف سیگار کاهش می‌یابد.
- مصرف سیگار باعث اختلالاتی در جذب ویتامین C می‌شود (آنتی‌اکسیدان ضروری برای محافظت و سلامت پوست).
- همچنین با مصرف مداوم سیگار در طول زمان پوست فرد سیگاری دارای خصوصیات زیر می‌شود:
 - رنگ چهره مات و فاقد درخشش و سرزندگی.
 - تغییر رنگ پوست (چهره غبار گرفته در افراد سفیدپوست).
 - چین و چروک عمیقتر اطراف دهان و چشمها.
 - از بین رفتن سریعتر حالت نرمی و ارتجاعی پوست نسبت به روند طبیعی آن.
- بدیهی است که تمام صدمات ناشی از مصرف سیگار کاملاً جبران‌پذیر نمی‌باشند. رژیم غذایی مناسب، مکملهای پوستی تأییدشده و مراقبتهای پوست می‌توانند جوانی پوست را بازگردانند. برخی از صدمات پوستی تا ۲۰-۱۰ سال پس از مصرف سیگار پدیدار نمی‌شوند، بنابراین اگر شما نیز تاکنون در این حد سیگار نکشیده‌اید و آسیبی در پوستتان مشاهده نکرده‌اید، هرگز تصور نکنید که در آینده آسیبی به شما نمی‌رسد.

<http://lifestyle.simplyantiaging.com/smoking-and-skin-aging>

سفرهای خانگی

که به عنوان یک گروه کوماندویی ویژه و همیشه مقتدر تحت نظارت ژنرال موريسون آمریکایی عمل می‌کنند به طوری که در ۸ سال ۸۰ مأموریت موفق داشته‌اند. در اواخر جنگ عراق موريسون به آنان مأموریت می‌دهد تا یک محموله یک میلیارد دلاری اسکناس تقلبی و شمش‌های قالب آن را در بغداد بدزدند که آنان به شکلی خارق‌العاده این کار را انجام می‌دهند و در لحظه تحویل که ژنرال موريسون می‌آید در انفجاری به وسیله خاکی به نام پایک گشته می‌شود و پول‌ها و قالب‌ها از بین می‌رود. گروه A به علت عدم کفایت خلع شده و هر یک به زندانی مجزا می‌افتند. لینچ که از سازمان سیا می‌باشد ترتیب آزاد شدن هانیبال را می‌دهد (هانیبال می‌خواهد که سیگار برگی برایش بیاورند که حاوی سمی خاص است که بعد از کشیدن آن فرد بیهوش و ظاهراً مرده به نظر می‌رسد و در زندان او را در کوره آدم‌سوزی می‌گذارند که او زنده می‌گردد و خود را رها می‌سازد)



با وجود اعمال قوانین سخت‌گیرانه ضد دخانیات در ایالات متحده هنوز هم در فیلم‌های معروف آمریکایی مصرف سیگار تبلیغ می‌گردد



فیلم جدید گروه A (The A Team) که نسخه بازسازی شده از سریال قدیمی به همین نام در دهه ۸۰ میلادی است فیلمی سراسر اکشن و با صحنه‌های زد و خورد و کشتار و انفجار می‌باشد. فیلم که محصول سال ۲۰۱۰ کمپانی فوکس قرن بیستم است و از یازده ژوئن در سینماهای سراسر دنیا نمایش داده شده در آمریکا بیش از ۷۶ میلیون دلار فروخته است. این فیلم که از ساخت خوبی برخوردار بوده و ضربه‌هنگ تندی دارد دارای یک نمونه عنوان‌بندی خاص می‌باشد که معرفی ۴ شخصیت اصلی فیلم و معرفی اعضای گروه ساخت فیلم همراه با حادثه ابتدایی فیلم و توقف‌های انیمیشنی ویژه بسیار طولانی و تأثیرگذار می‌باشد به طوری‌که معرفی کارگردان (جوکارنامان) در دقیقه شانزدهم فیلم صورت می‌گیرد.

گروه A که شامل هانیبال اسمیت (با بازی لیام نیسون که در فهرست شیندلر اسکار قرار گرفت و در Taken بسیار تأثیرگذار بازی کرد، مغز متفکر و رئیس گروه است) فیس (با بازی برادلی کوپر که با فیلم Hang Over معرف شد، شرور و خوشگذران و زیرک می‌باشد) B.A (با بازی کولین هانسون سیاه‌پوست که آرایش مو و ریش ویژه‌ای به مانند پرسوناژ قبلی و قدیمی فیلم دارد) مورداک (با بازی شارلتو کوپلی که تا انتهای فیلم نمی‌فهمیم نابعه است یا دیوانه و یا هر دو) است. ۴ نفری

انفجار بیشتر به دست‌های پنهان و پشت پرده سیاست آمریکا و احتمال وجود افراد بدطینت و خرابکار در ارتش آمریکا می‌پردازد اما علت اینکه ما این فیلم را برای اشاره و بحث انتخاب کردیم وجود صحنه‌های مصرف سیگار توسط شخصیت اصلی آن (هانیهال اسمیت) می‌باشد. در سکانس اولیه فیلم که مأموریت آنان با موفقیت انجام می‌گیرد او سیگار برگی را روشن می‌کند و صحنه نمایش روی او متوقف می‌گردد. او را در ۱۳ صحنه همراه با سیگار و مصرف آن می‌بینیم که به نظر می‌رسد بسیار تأثیرگذار است. فیلم به واسطه وجود صحنه‌های خشونت و کلمات و مصرف سیگار در طبقه‌بندی گروه PG-۱۳ (برای کودکان زیر ۱۳ سال همراه با والدین) قرار می‌گیرد. با اینکه مطالعات متعددی نشان داده است که نمایش مصرف سیگار در فیلم‌ها بروی مخاطب و عموماً جوانان تأثیرگذار می‌باشد ولی هنوز نیز این مهم صورت می‌گیرد حتی با وجود اینکه بر اساس نتایج مطالعات علمی تعداد این صحنه‌ها در سالیان گذشته کم شده است ولی هنوز نیز وجود این تعداد کم می‌تواند تأثیرگذار باشد.

سپس او بقیه گروه را از زندان‌هایشان آزاد می‌کند و تصمیم می‌گیرند تا پایک خائن را ببینند. پایک که با گروهی عرب سر و کار دارد در فرانکفورت مشغول معامله است که گروه A به آنجا می‌روند و درگیر می‌شوند. آنان موفق می‌شوند شمش قالب اسکناس و مرد عرب (که همان ژنرال موریسون می‌باشد و زنده بوده و خائن اصلی است) را بگیرند.

ولی سازمان سیا که نمی‌خواهد همه چیز لو برود یا راکت محل را منفجر می‌کنند ولی گروه A سالم می‌ماند. قرار می‌گذارند تا در لوس‌آنجلس قالب‌ها را تحویل دهند و آزادی و بی‌گناهی خود را بدست آورند. اما لینچ و پایک که دستشان با هم است برنامه‌ای دارند تا آنها را نابود سازند که این اتفاق نمی‌افتد و بالاخره گروه A پیروز می‌شود مأموران دولتی و FBI متوجه همه چیز می‌گردند. در صحنه آخر عده‌ای از سازمان سیا لینچ را می‌برند و گروه A به علت فرار از زندان بازداشت می‌گردد ولی با حقه‌ای می‌توانند فرار کنند. فیلم که بر است از صحنه‌های تعقیب و گریز و کشتار و





و نمی‌تواند خون پراکسیژن را به قلب تحویل دهد. در یک جمع‌بندی کلی سیکل معیوبی انجام می‌شود که از مجموع اینها خون سیاه به وجود می‌آید این همان حالتی است که ما به آن

اصطلاحاً بیماری قلبی-ریوی می‌گوییم. حالا سیگار در این مسیر چه نقشی دارد؟ سیگار با پاره کردن آئولها یا حبابچه‌ها باعث تخریب بافت‌ها می‌شود و همان سیکل معیوب را ایجاد می‌کند ولی به نظر من سیگار به تنهایی نمی‌تواند بیماری آسم را به وجود بیاورد ولی در بروز و روند آن تشدید ایجاد می‌کند و به عبارتی در پیشرفت سریع آسم کمک می‌کند.

۳- آیا بیماری داشتید که به خاطر مشکلات جسمی مجبور به ترک سیگار شده باشد؟

بله، خیلی از بیماران بودند که من به آنها می‌گفتم تو نباید سیگار مصرف کنی هر چند که خودم سیگار می‌کشیدم ولی هرگز تظاهر نمی‌کردم که سیگار می‌کشم ولی صحبت‌های من تأثیرگذار بود. وقتی مریض احساس کند که سیگار باعث سرفه یا ایجاد خیلی از بیماری‌ها می‌شود رغبتی به ادامه سیگار نشان نمی‌دهد.

۴- آیا ترک سیگار این گونه بیماران در روند بهبود بیماریشان مؤثر بوده است؟

طبعاً ترک سیگار در روند بهبود بیماری مؤثر خواهد بود. فرد بیماری که ریه او دچار آسیب شده ریه‌اش نباید به هیچ عنوان تحریک شود و مصرف سیگار، ریه آسیب دیده را تحریک می‌نماید.

۵- چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟
من حدود ۴۵ سال سیگار مصرف کردم تا روزی سه پاکت مصرف من بود ولی الان حدود ۷ سال است که سیگار را ترک کردم. احساس می‌کنم نفسی که الان می‌کشم آن نفسی نیست که طی ۴۵ سال می‌کشیدم.

در این شماره پای صحبت‌های ارزشمند آقای دکتر سالک سالک می‌نشینیم.

۱- لطفا خودتان را معرفی کنید و مختصری از فعالیت‌های خود را بیان نمایید؟

دکتر سالک سالک هستم. متولد سال ۱۳۱۹ تحصیلات ابتدایی تا دبیرستان را در همدان به پایان رسانده بعد از اخذ دیپلم در روستاهای اطراف همدان به شغل معلمی پرداختم. پس از یک مدت کوتاه به این نتیجه رسیدم که سکون یعنی عدم رشد. اینجا بود که به فکر ادامه تحصیل افتادم. از این رو در کنکور دانشگاه تهران در رشته پزشکی در سال ۱۳۴۸ پذیرفته و در سال ۵۴ یا ۵۵ فارغ‌التحصیل شدم. در آن زمان علاقمند به رشته سل شدم و شروع به کار کردم. روزی در مطب خود بودم که دختر جوانی را به نام فریده که تازه ازدواج کرده بود نزد من آوردند رنگ و روی او بسیار زرد بود و شدیداً سرفه می‌کرد. بلافاصله به سل شک کردم و درمان اولیه را شروع کردم ولی متأسفانه بعد از ۱۲ روز او فوت کرد. مرگ بیمارم تأثیر خیلی بدی روی من گذاشت و تصمیم گرفتم در کلاس‌های درس دکتر شمس که مسئول برنامه سل کشور بود شرکت کنم. بعد از اتمام دوره سل به تبریز برگشتم و به عنوان مسئول برنامه سل استان آذربایجان شرقی شروع به کار کردم. در واقع تمام دوران خدمت من در راه مبارزه با بیماری سل گذشت حتی بعد از بازنشستگی هم عضو فعال مبارزه با سل بودم.

۲- آیا بین بیماری‌های تنفسی مثل COPD یا آسم با مصرف سیگار یا هرگونه دخانیات دیگر ارتباط وجود دارد؟

به جرأت می‌توانم بگویم بله. اصولاً COPD بیماری است که ریه نمی‌تواند اکسیژن هوا را بگیرد و خون روشن را به بطن راست قلب بفرستد و چون ریه قادر به تصفیه خون نیست و خون نیز نیاز به اکسیژن هوا دارد و چون خون کافی به قلب نمی‌رسد بنابراین قلب شروع به زیاد کار کردن می‌نماید در نتیجه بزرگ می‌شود و به مرور زمان به ریه فشار وارد می‌کند. از طرفی ریه آسیب دیده

الان که من نفس می‌کشم تا اعماق وجود من هوا وارد ریه می‌شود و من از این نفس کشیدن لذت می‌برم. توصیه من به افراد سیگاری این است که فقط دو روز سیگار نکشند و لذت نفس کشیدن روز سوم را با روزهایی که سیگار می‌کشیدند مقایسه کنند. البته ناگفته نماند عوارض ترک سیگار همیشه برای انسان باقی خواهد ماند.

۶- نقش دولت در کاهش مصرف دخانیات چیست؟
از دیدگاه اینجانب سیگار نباید به راحتی در دسترس افراد باشد و فروش آن باید محدودیت داشته باشد. این محدودیت در فروش دو کمک عمده می‌نماید: اولاً آنهایی که سیگار می‌کشند وقتی با محدودیت دسترسی به سیگار مواجه می‌شوند طبیعتاً مصرف آنها کم می‌شود. ثانیاً دولت در رسانه‌های ملی مثل رادیو و تلویزیون برنامه‌هایی برای افراد سیگاری فراهم کند. افرادی که موفق به ترک سیگار شده‌اند از آنها جهت مصاحبه دعوت نماید که این دو گام گام‌های مؤثری در کاهش مصرف دخانیات است. آموزش جهت ترک سیگار و عوارض جانبی آن باید فرد فرد جامعه را فرا گیرد و قابل لمس باشد و دولت باید این زمینه‌ها را فراهم نماید. در صورتی که در کشور ما با کمترین قیمت می‌توان سیگار را تهیه نمود.

۷- چطور شد که از ابتدا شروع به مصرف سیگار کردید؟
پدر من سیگاری بود و من هم می‌خواستم به دیگران بگویم من هم بزرگ شدم. البته ناگفته نماند سیگاری بودن پدرم هیچ نقشی در سیگاری شدن من نداشت. وقتی که شغل معلمی را انتخاب کردم خیلی جوان بودم و در همان دوران جوانی مستقل شدم و از آن جایی که استقلال مالی داشتم و سیگار هم یک ضد ارزش نبود سیگاری شدم. در آن زمان سیگار کشیدن حتی یک ارزش هم به حساب می‌آمد تا جایی که در جلسات رسمی افراد سیگار می‌کشیدند یا یک معلم که الگوی دانش‌آموزان است سر کلاس درس جلوی چشم هزاران دانش‌آموز سیگار می‌کشید. به تدریج با افزایش آگاهی آحاد جامعه و آشنایی با مضرات سیگار کم‌کم سیگار به عنوان یک ضد ارزش به حساب آمد و کار به جایی رسید که با اعتراض فرزندانم مواجه شدم. به نظر من به جایی که بروید و به سیگاری‌ها بگویید سیگار نکشید به آنها بگویید سیگار بکشند. در اینجا علت آن را با یک مثال بیان می‌کنم. من در جایگاه کلاس داشتم و مجبور بودم

که با هوایما مسافرت کنم از آن جایی که در هوایما اجازه سیگار کشیدن نمی‌دهند خیلی کلافه شده بودم وقتی به فرودگاه رسیدیم سریع تاکسی گرفتم و بلافاصله سیگارم را روشن کردم. راننده بلافاصله ماشین را خاموش کرد و پیاده شد از او سؤال کردم که چرا حرکت نمی‌کنید او جواب داد شما سیگارتان را بکشید بعد حرکت می‌کنیم. حرف او برایم خیلی سنگین بود. با عصبانیت به خانمم گفتم بیا برویم تاکسی دیگری بگیریم گفت چرا؟ گفتم مگر نمی‌بینی راننده چه می‌گوید؟ گفت راست می‌گوید من دیدم همسرم که ۵۰ سال با من زندگی می‌کند جانب راننده را گرفت و این مسئله برایم خیلی سنگین بود. به نظر من فرد سیگاری باید به جایی برسد که خودش تصمیم به ترک بگیرد و با نصیحت، کسی ترک نمی‌کند. همانطور که دوستان، همسر و فرزندانم نتوانستند با نصیحت کاری را از پیش ببرند. برای تغییر رفتار عواملی مؤثر است که عبارتند از: ۱- آگاهی ۲- باور. که در نهایت به تغییر رفتار می‌انجامد من چون پزشک بودم و پیرامون سل کار می‌کردم بنابراین آگاهی لازم را داشتم ولی باید خودم به جایی می‌رسیدم که سیگار را ترک می‌کردم و الان که موفق به ترک سیگار شدم در منزل و ماشینم سیگار دارم. حتی برای مهمان‌هایی که سیگاری هستند نیز سیگار در منزل دارم ولی امیدوارم که هر کسی به جایی برسد که خودش بلور کند که سیگار چقدر مضر است. در پایان از پزشک معالج ترک سیگار خود جناب آقای دکتر حیدری تشکر و سپاسگزاری می‌نمایم که در این راه به اینجانب کمک‌های زیادی کرده است.



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.

روشهای ترک سیگار در بیماران ریوی



ششها، حفره و ریه‌ها، حفره‌ها
 ریه‌ها، ششها و مجاری هوایی
 مرکز سلامت و رفاه و کنترل سیگار

ترجمه پرواز سنجی
 زیر نظر دکتر محمدرضا سجیدی

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 «روش‌های ترک سیگار در بیماران ریوی» می‌باشد. این کتاب ترجمه پریزاد سنجایی 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: «مصرف سیگار مهم‌ترین عامل ایجاد بیماری‌های تنفسی می‌باشد که معمولاً حدود ۱۵-۱۰ سال بعد از شروع مصرف آن حاصل می‌گردد. قابل توجه اینکه حتی با بروز ناتوانی‌های تنفسی و وجود علائم شدید، فرد سیگاری به مصرف آن ادامه می‌دهد. این نکته جالب وابستگی شدید جسمی و روانی سیگار را نمایان می‌سازد. همیشه در درمان بیماران مبتلا به مشکلات تنفسی سابقه سیگار کشیدن را می‌پرسیم و توصیه می‌کنیم بیماران مصرف سیگار را قطع کنند و سپس امیدواریم این عمل صورت گیرد. ولی در اکثریت موارد این اتفاق نمی‌افتد چون بیمار توانایی آن را ندارد و ما نیز به او کمک نمی‌کنیم. به عنوان پزشک ما موظفیم که شیوه برخورد با فرد سیگاری و توصیه‌های درمانی لازم را بدانیم و به آن عمل کنیم تا نتیجه درمان بیماری تنفسی کامل و مؤثر گردد. کتاب پیش‌رو با اقتباس از جزوه آموزشی ترک سیگار مجله تنفسی اروپا شماره ۲۹ سال ۲۰۰۷ تکمیل گردیده است.»

کنترل وزن:
 کنترل وزن بدن در بیماران تنفسی عامل مهمی است. (۱۱۹-۱۱۸) برای بسیاری از بیماران COPD که در مراحل پایانی بیماری می‌باشند، کم بودن میزان BMI یکی از مشکلات می‌باشد و پیش‌آگهی بیماری را در آنها ضعیف‌تر می‌نماید. در این گروه افراد، اضافه وزن ۵-۴ کیلوگرم طی اولین سال پس از ترک سیگار می‌تواند نویدبخش باشد. از نظر تئوری وقوع این اضافه وزن در بیمارانی یا سرطان ریه که کم اشتها می‌باشند نیز، رضایت‌بخش است. بسیاری از زنان نگران اضافه وزن بعد از ترک می‌باشند، بنابراین جلوگیری از این اضافه وزن، میزان موفقیت را افزایش نمی‌دهد. در بیماران COPD با BMI بالا، مزیت ترک سیگار به منظور حفاظت از عملکرد ریه بسیار مهم‌تر از اثرات منفی اضافه وزن است. تقریباً یک سوم اضافه وزنها بعد از ترک سیگار به دلیل کاهش میزان متابولیسم پایه و دو سوم آنها به دلیل افزایش جذب کالری می‌باشد، (۱۲۰) از این رو ۲-۳ ماه بعد از تاریخ ترک می‌توان محدودیتهای رژیم غذایی را اعمال کرد که از سختی‌های اضافی در مراحل اولیه ترک جلوگیری می‌نماید. همچنین ورزش کردن زیاد نیز برای جلوگیری از اضافه وزن بعد از ترک بسیار مناسب می‌باشد.

فصل پنجم

مداخلات روانی و رفتاری

در این بخش به مداخلات روانی و رفتاری و کارایی آنها در ترک سیگار می‌پردازیم که بحث و بررسی در بکارگیری این مداخلات برای افراد سیگاری مبتلا به COPD مورد نظر ما می‌باشد.

برای کمک به ترک سیگار سه مداخله با راهکارهای روانی و رفتاری وجود دارد که عبارتند از: مداخلات خودآموز، توصیه‌های مختصر و مشاوره.

میزان ترک یا موفقیت عبارتست از:

۱) ترک دائم یعنی مصرف نکردن سیگار (حتی یک نخ) معمولاً از تاریخ ترک (با مهلت تأخیر ۱ یا ۲ هفته) تا نقطه پایانی، ۶ ماه تا یک سال بعد.

۲) ترک مقطعی یعنی مصرف نکردن سیگار طی ۲۴ ساعت یا یک هفته گذشته، میزان این ترک معمولاً کمی بیشتر از ترک دائم است، اما میزان ترک دائم بطور دقیق‌تری نشان‌دهنده ترک طولانی مدت می‌باشد.

برنامه‌های خود آموز:

خودآموزی عبارت از یک برنامه سازمان یافته برای افراد سیگاری مایل به ترک، بدون تماس زیاد با معالج می‌باشد. بررسی متونی در خصوص تأثیر راهنمایی‌های خودآموز ترک سیگار نشان‌دهنده تأثیر رو به رشد استفاده از این موارد در ترک انفرادی می‌باشد. (۱۲۱-۱۲۴) براساس چنین اطلاعاتی، استفاده از خودآموز در ترک سیگار به صورت انفرادی، توصیه می‌شود (سطح شواهد الف).

توصیه‌های مختصر:

به طور معمول پزشکان و پرستاران با توصیه‌های مختصر به افراد سیگاری، اطلاعات لازم را به آنها انتقال داده و انگیزه ترک را در آنها قوی‌تر می‌سازند. بررسی تأثیر ارائه توصیه‌های مختصر توسط پزشکان یا پرستاران (۱۲۵-۱۲۶) نشان می‌دهد که ارائه این توصیه‌ها توسط پزشک تأثیر چشمگیر ولی اندکی دارد. براساس مطالعات انجام شده افزایش احتمال ترک نیز مشهود ولی اندک بوده است (OR: ۱/۶۹، ۹۵٪ CI: ۱/۴۵-۱/۹۸) بطوریکه این اختلاف بارز در آمار ترک افراد سیگاری که توصیه‌های پزشکی داشته‌اند در مقایسه با دیگر افراد سیگاری در حدود ۲/۱۵٪ است. بدین ترتیب پس از ۶-۱۲ ماه بعد از ارائه توصیه‌های مختصر به ۵۰ بیمار، یک نفر بیشتر ترک خواهد کرد.

مقایسه مطالعات انجام شده بر ترک سیگار توسط BTS نشان داده است که توصیه‌های مختصر برای افراد سیگاری مبتلا به COPD مفید می‌باشد. (۱۲۷)

افزایش تعداد جلسات توصیه‌های مختصر تأثیر بارزی در افزایش کارایی آن ندارد. (۱۲۸) ارائه این توصیه‌ها توسط پرستاران میزان ترک را ۱٪ نسبت به گروههای کنترل شده افزایش می‌دهد. (۱۲۶) براساس این اطلاعات توصیه می‌شود پزشکان توصیه‌های مختصری به افراد سیگاری شامل بیماران تنفسی سیگاری ارائه دهند. پرستاران نیز باید چنین توصیه‌هایی به بیماران ارائه دهند (سطح شواهد الف). با این وجود، به هنگام روبرویی با بیشتر بیماران ریوی، توصیه‌های مختصر به تنهایی کفایت نمی‌کند و مداخلات شدیدتری نیاز می‌باشد. بنابراین توصیه‌های مختصر بیشتر برای افراد سیگاری سبک، مناسب می‌باشد.

مشاوره:

بطور کلی سه نوع مشاوره (فردی، گروهی و تلفنی) وجود دارد که با توجه به روش ارائه و زمان‌گیری آن متمایز می‌شوند.

مشاوره فردی:

مشاوره فردی عبارت از روبرویی بیمار و مشاور دوره دیده ترک سیگار است. مطابق آخرین مطالعات انجام شده مدارک بسیاری بر تأیید مشاوره فردی ترک سیگار وجود دارد. بطوریکه با ارائه مشاوره فردی به هر ۲۵ بیمار، یک نفر از آنها ترک خواهد کرد. (۱۲۸) رابطه بسیار قوی مستقیمی بین مدت زمان جلسه حضوری و نتیجه درمانی موفق وجود دارد. مداخلات شدید نیز مؤثرتر از مداخلاتی با شدت کمتر می‌باشند (سطح شواهد الف). همچنین شواهد موجود نشان می‌دهد رابطه مستقیمی بین تعداد جلسات و کارایی دوره درمان وجود دارد بدین معنی که دوره درمانی بیش از ۸ جلسه به وضوح مؤثرتر از مداخلاتی است که حداکثر سه جلسه بطول انجامد (سطح شواهد الف).

در مجموع، برای کمک به ترک سیگار بیماران، مشاوره فردی مؤثر می‌باشد (سطح شواهد الف).

مشاوره گروهی:

درمان گروهی باعث می‌شود افراد، فنون رفتاری ترک سیگار را فرا گیرند و نسبت به یکدیگر حمایت متقابل

مداخلات برای افراد سیگاری سالم ندارد. (۱۳۱-۱۳۳) یافته‌های حاصل نشان می‌دهند که مشاوره تلفنی واکنشگرا در مقایسه با دیگر مداخلات جزئی، مؤثر می‌باشد (سطح شواهد الف).

رفتار درمانی:

یک درمان جامع لازم است بخش رفتاری/ روانی وابستگی به دخانیات را نیز مورد توجه قرار دهد. برخی انواع رفتار درمانی که گاهی اوقات همان مشاوره است، در یک روش درمان بهینه حائز اهمیت می‌باشد.

۱) بیزاری جویی از سیگار:

بیزاری درمانی، محرک لذت بخش مصرف سیگار را با محرکهای ناخوشایند کنار هم قرار می‌دهد. متداول‌ترین روش آن، یک زدن سریع و بی‌وقفه به سیگار است که معمولاً به حالت تهوع منجر می‌شود. هرچند که بررسی آخرین مطالعات روشمند cochrane نشان داده است یک زدن سریع به سیگار می‌تواند مؤثر باشد، مطالعات دیگر چنین روندی را تأیید نمی‌کنند (۱۳۴) نتایج حاصل بیان می‌کند که شواهد کافی برای تأیید استفاده از روش بیزاری از سیگار، وجود ندارد.

۲) ورزش درمانی:

مباحث بسیاری در تأیید ورزش کردن به هنگام ترک سیگار وجود دارد، زیرا ورزش بسیاری از متغیرهای منفی حاصل از علائم ترک را تعدیل می‌سازد. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد ورزش بر عوامل بازدارنده عود مصرف سیگار تأثیر مثبت می‌گذارد. (۱۲۸-۱۲۵) با این وجود، مطالعات روشمند اخیر نشان می‌دهند که شواهد کافی در تأیید ورزش به هنگام ترک سیگار وجود ندارد. (۱۳۹)

روند مداخلات روانی و رفتاری در ترک سیگار:

بخش مهمی از برنامه کمک به افراد سیگاری در ترک، تنظیم برنامه ملاقاتها بعد از روز ترک می‌باشد. این برنامه‌ریزی انواع مختلف دارد و لازم است پزشکان تشخیص دهند که افزایش تعداد این ملاقاتها تا ۸ جلسه باعث افزایش میزان موفقیت می‌شود. در این راستا

فراهم آورند. در این روش افراد بیشتری توسط یک درمانگر، درمان می‌شوند و نسبت به مشاوره فردی مقرون به صرفه‌تر می‌باشد.

در مقایسه با استفاده از هیچ نوع مداخله‌ای (OR: ۲.۱۷)؛ (۳.۴۵-۱.۳۷.CI/۹۵) و همچنین درمان خودآموز (۲۰۴.۱۶۰-۲۶۰)، درمان گروهی در ترک سیگار مناسب‌تر می‌باشد. برای ارزیابی مؤثرتر و مقرون به صرفه‌تر بودن درمان گروهی نسبت به مشاوره فردی فشرده شواهد کافی وجود ندارد. (۱۲۹) با این وجود، چندین آزمایش کنترل شده با شبه دارو در درمان گروهی و درمان با داروهای جایگزین نیکوتین نشان دهنده میزان نسبتاً بالای ترک یک ساله (۳۰٪) توسط داروهای جایگزین نیکوتین و گروه درمانی می‌باشد. (۱۲۹) شواهدی در خصوص کارایی درمان گروهی برای بیماران تنفسی در دسترس نمی‌باشد.

بطور کلی این نتیجه حاصل می‌شود که مشاوره گروهی در ترک سیگار مؤثر است.

(سطح شواهد الف) ولی هنوز مشخص نیست که اثر مشاوره گروهی بیشتر یا کمتر از مشاوره فردی باشد (سطح شواهد الف).

مشاوره تلفنی:

مشاوره تلفنی می‌تواند مکمل مداخلات حضوری یا جانشین تماس رو در رو، در کنار مداخلات خودآموز باشد. همچنین با توجه به نیازهای فرد تماس گیرنده می‌توان با زمان بندی، در نزدیکی تاریخ ترک میزان سطح حمایت را بالا برد. مشاوره تلفنی به دو صورت کنشگرا و واکنشگرا انجام می‌شود. (۱۳۰) در روش کنشگرا، مشاور با فرد سیگاری تماس می‌گیرد تا در ترک سیگار به او کمک نماید. (OR: ۱.۴۱، ۹۵.CI/۱.۵۷-۱.۲۷) در روش واکنشگرا، فرد سیگاری بوسیله تماس یا خطوط مشاوره تلفنی، مشاوره لازم را کسب می‌نماید. (۱.۲۱-۱.۴۷، ۱.۳۳-۱.۳۰) (۱۳۰)

تجزیه و تحلیل آخرین مطالعات روشمند نشان می‌دهد که در مقایسه با وسایل خودآموز استاندارد، مشاوره تلفنی واکنشگرا بسیار مؤثرتر می‌باشد. در حالی که، مشاوره تلفنی به عنوان مکملی در دارودرمانی یا مکمل مداخلات رو در رو بدون دارودرمانی، تأثیری در این

توصیه می‌شود برنامه زمان‌بندی این جلسات در هفته‌های ۱۲، ۸، ۴، ۲، ۰ و ماههای ۶ و ۱۲ پس از روز ترک باشد. به منظور بیشترین کمک به فرد سیگاری در طول دوره پیگیری پس از درمان، باید رسیدگی‌های لازم انجام گیرد.

برخی از اوقات بعد از ترک، افراد سیگاری پیشین احساس می‌کنند، به مصرف دوباره سیگار حتی بیشتر از روزهای اولیه ترک نیاز دارند. این احساس فرد سیگاری را بسیار پریشان کرده و می‌تواند باعث عود مصرف وی گردد. لازم است به افراد سیگاری توصیه شود که بروز چنین احساساتی، طبیعی است و آنها را تشویق به یادآوری انگیزه ترکشان نمود. انجام کارهای پاداش‌بخش در طول این دوره می‌تواند باعث تسکین چنین حسی گردد. (۹)

گاهی فرد سیگاری که در ترک است تا مدت زیادی دچار علائم ترک می‌شود. درمانگران باید بدانند که توضیح تغییرات علائم مختلف به بیماران ضروری است. افراد سیگاری نیز لازم است این علائم، طول مدت، شدت و تغییرات آنها را بشناسند تا بتوانند ترک آسان‌تری داشته باشند. همچنین پزشکان باید بیشتر از دوره درمان توصیه شده، دارودرمانی را بکار گیرند یا از ترکیب انواع مختلف درمان دارویی استفاده کنند. به منظور تسکین علائم ترک استفاده از دوزهای بالاتر داروهای جایگزین نیکوتین نیز توصیه می‌شود. با وجود این، هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان‌دهنده احتمال بهبود حال بیمار بر اثر موارد فوق باشد. (۱۴۱-۱۴۰)

در موقعیتهای خاص (مناسبتهای اجتماعی، خوردن و آشامیدن، ملاقات دوستان و ...) افراد سیگاری آنقدر بی‌باک می‌شوند که ممکن است حتی یک نخ سیگار هم مصرف کنند. اغلب همین یک نخ سیگار بی‌خطر می‌تواند فوراً باعث از سرگیری مصرف سیگار گردد. بنابراین لازم است پزشکان برای بیمار کاملاً شرح دهند که شروع مصرف سیگار، حتی یک یک، نیاز به مصرف سیگار را بالا برده، ترک را برای وی مشکل‌تر می‌سازد و بیمار را در معرض احتمال زیاد عود مصرف قرار می‌دهد. (۹) افراد سیگاری باید بدانند که حتی یک بار مصرف بعد از ترک معمولاً به شکست منجر می‌شود. افراد سیگاری که ۲-۳ هفته بعد از دریافت درمان

مناسب برای اعتیادشان، به مصرف روزانه سیگار ادامه می‌دهند، به عنوان افراد ناموفق در نظر گرفته می‌شوند. روش درمان این بیماران عبارتست از:

(۱) به دلیل تلاش جدی فرد سیگاری، پزشک باید به وی تبریک گفته و برای فرد سیگاری شرح دهد که علیرغم شکست حاصل، مهارتهایی آموخته است که می‌تواند در تلاشهای بعدی مفید واقع شوند و هر چه بیشتر تلاش کنند احتمال موفقیت بیشتر است. پزشکان باید چنین افرادی را تشویق کنند تا طی ۲-۳ ماه آینده مجدداً اقدام به ترک نمایند.

(۲) در بعضی موارد نیز استفاده از روش کاهش آسیب مناسب می‌باشد.

مداخلات روانی و رفتاری در بیماران تنفسی سیگاری:

کارایی مداخلات رفتاری در ترک سیگار بیماران مبتلا به COPD، طی سه مطالعه بررسی گردید. (۱۴۴-۱۴۲) در اولین مطالعه که کوچک و به صورت پایلوت انجام گرفت، کارایی استفاده از عبارت "ریه فرد سیگاری" به جای عبارات سنتی به هنگام صحبت با افراد سیگاری مبتلا به COPD در اثربخشی بر نحوه سیگار کشیدن آنها مورد بررسی قرار گرفت. (۱۴۲) گرچه استفاده از عبارت "ریه فرد سیگاری" میزان ترک را افزایش داد، ولی تأثیر آن چشمگیر نبود. در حقیقت مؤلفان فعلی از بکارگیری این عبارت بیزارند زیرا اغلب، فرد سیگاری مبتلا به COPD را سرزنش کرده و بیمار را مقصر می‌داند.

مطالعه دیگری کارایی برنامه‌های تقویتی رفتاری مختلف را مقایسه کرده است. (۱۴۲) در طول برنامه‌های تقویتی - تشویقی با اهدای بلیطهای بخت‌آزمایی به افراد، گروهی که در اندازه‌گیری مونوکسیدکربن بازدمی کاهش نشان داده‌اند در مقایسه با گروهی که کاهش مصرف را با گزارش فردی اعلام می‌کردند، هیچ تفاوتی در میزان ترک طولانی مدت آنها مشاهده نشد. همچنین با اهدای بلیطهای بخت‌آزمایی به گروه اول در مقایسه با بیمارانی که برای آمدن به جلسات ملاقاتشان جوایز را می‌گرفتند، هیچ گونه تفاوت چشمگیری دیده نشد. مطالعه سوم نشان داده است که مشاوره انفرادی در

پاسخ به نیازها و پرسشهای بیماران، آمیخته با استفاده از خودآموز ترک سیگار، بسیار مؤثرتر از توصیه‌های پزشک نمی‌باشد. (۱۴۳)

طی سه مطالعه وسیع قدیمی‌تر بالینی ریه که توسط BTS در سال ۱۹۸۳ و ۱۹۹۰ به چاپ رسید، تأثیر مداخلات مختلف بر ترک سیگار در بیماران ربوی سرپایی بدون هیچ‌گونه اطلاعی از عملکرد ریه آنها، مورد بررسی قرار گرفت. (۱۴۵-۱۲۷) مطالعه اول شامل ۱۶۱۸ بیمار سرپایی مراجعه کننده به کلینیک تنفسی بوده است. در این مطالعه ۴ روش زیر مورد بررسی قرار گرفت:

توصیه‌های پزشک به تنهایی، توصیه به همراه کتابچه، توصیه به همراه کتابچه و آدامس شبه دارو، و هرسه مورد فوق به علاوه آدامس ۲ میلی گرمی نیکوتین با ۴ جلسه پیگیری.

در مجموع میزان موفقیت بعد از یک سال ۹۱/۷٪ بود (۸۰۳-۱۱۱،۳٪: CI: ۹۵٪) (که تغییر بارزی بین چهار گروه فوق وجود نداشت، (۱۲۷) ولی کارل فاگرتروم (۷۹) احتمال چندین خطای متدولوژیکی را در این مطالعه اشاره کرده است. دومین و سومین مطالعات ترک سیگار BTS، مطالعات چند مرکزی بودند شامل ۲۸۵۴ بیمار سرپایی (۸۷٪ مبتلا به بیماریهای تنفسی) که به بیمارستان یا کلینیکهای تنفسی مراجعه کرده‌اند. (۱۴۵) مطالعه A تأثیر توصیه‌های پزشک را در دو حالت مقایسه کرده است: تأثیر توصیه‌های پزشک به همراه تعیین و تأیید روز ترک توسط امضای بیمار، تأثیر توصیه‌های پزشک به همراه دو جلسه ملاقات با مراقب بهداشتی و چندین نامه تشویق کننده پزشک برای بیمار. تأثیر دو مداخله فوق یکسان بوده است. در مطالعه B، چهار گروه با مشخصات زیر مورد بررسی قرار گرفتند:

(۱) توصیه‌های پزشک، (۲) توصیه‌های پزشک به همراه تعیین و تأیید روز ترک توسط امضای بیمار، (۳) توصیه‌های پزشک به همراه نامه‌های پزشک، (۴) توصیه‌ها و نامه‌های پزشک به همراه تعیین و تأیید روز ترک توسط امضای بیمار.

تعیین و تأیید روز ترک تأثیری بر نتیجه ترک نداشت درحالیکه نامه‌های پزشک نتیجه را از ۵/۱ به ۸/۷٪ افزایش داد. از ترکیب نتایج دو مطالعه فوق طبقه‌بندی

جدیدی حاصل شد که نشان می‌داد فقط با کمک توصیه‌های پزشک، ۵٪ افراد، ترک کرده و وجود تشویق‌های بعدی نیز میزان موفقیت در ترک را بیش از تیمی افزایش می‌دهد. همچنین ملاقاتهای سرپایی نیز میزان موفقیت را افزایش می‌داد. (جدول ۳)

جدول ۳ نتیجه یک ساله توصیه‌های پزشک، نامه‌ها و ملاقاتها		
ملاقاتهای سرپایی	توصیه‌های پزشک	مداخلات (نامه‌ها)
هیچ	۵	۹
یک یا بیشتر	۹	۱۳

اعداد درصد میزان ترک را براساس طبقه‌بندی حاصل از دو مطالعه نشان می‌دهند (۲۸۵۴) و اثرات مداخلات و ملاقاتهای سرپایی را بررسی می‌کند. زرقام برگرفته از منبع (۱۲۷) می‌باشد.

ترک سیگار عادی در کلینیک ریه طی مطالعه‌ای در دانمارک (۱۴۶) مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه ۱۹۷ نفر مراجعه کننده سیگاری سبک (مصرف کمتر از ۱۰ نخ سیگار در روز) و ۳۱۰ نفر سیگاری (مصرف بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز) شرکت کردند که مایل به شرکت در برنامه‌های ترک سیگار رسمی نبودند. پرستاران این کلینیک مداخلات جزئی را اعمال نمودند که عبارت از توصیه‌های پرستار به منظور ترک (به مدت ۵ دقیقه)، ارزیابی مونوکسیدکربن بازدمی، ارائه کتابچه و نامه تشویق کننده‌های بعد از ۶-۴ هفته بوده است. از گروه تحت کنترل سؤالاتی درباره مصرف سیگار پرسیده شد و ارزیابی مونوکسیدکربن بازدمی آنها بدون هیچ واکنشی صورت گرفت. طی یک سال میزان ترک مقطعی ۸/۷٪ در برابر ۳/۶٪ بود ($P = 0.025$) در حالیکه میزان ترک دائم ۳/۱٪ در مقابل ۱/۲٪ (غیرچشمگیر) بوده است. (۱۴۶) در مجموع مشاهده می‌شود، توصیه‌های پزشک و پرستار به همراه نامه‌های تشویق آمیز مؤثرتر از فقط توصیه کردن به بیماران تنفسی سرپایی با ترک یک ساله و در حدود ۱۰٪ بوده است.

فصل ششم

دارو درمانی در ترک سیگار

خط اول درمانی:

دارو درمانی اصل مهمی در درمان وابستگی به دخانیات است. در دستورالعمل فعلی ترک سیگار به عنوان دارو

درمانی خط اول، استفاده از درمان با داروهای جایگزین نیکوتین (NRT) و یا بوپروپیون آهسته‌رهش به همراه مداخلات رفتاری توصیه می‌شود (۱۵۰-۱۴۷ و ۱۰) به جز مواردی که صلاح نباشد، استفاده از این داروها تقریباً در همه بیماران مایل به ترک مناسب می‌باشد. افراد سیگاری با مصرف روزانه بیشتر یا مساوی ۱۰ نخ سیگار که آماده ترک می‌باشند را می‌توان به مصرف NRT یا بوپروپیون تشویق نمود. شافلین گروه بهداشتی به هنگام فراهم آوردن مداخلات ترک سیگار، لازم است اطلاعات دقیق و توصیه‌هایی دربارهٔ این محصولات را به افراد سیگاری ارائه دهند.

طی یک متآنالیز Cochrane مشخص شده است که NRT در ترک به افراد سیگاری کمک می‌کند (۱۴۰) (جدول ۵). مجموع ۱۰۵ آزمایش تصادفی شبه دارویی کنترل شده NRT، OR=۱.۸ (CI/۹۵: ۱.۷-۱.۹) بوده است که موافق مصرف NRT نسبت به شبه دارو است. در عداد کامل، این به معنی افزایش رو به رشد ۷ درصدی میزان ترک بعد از ۶-۱۲ ماه، به دلیل مصرف ۳ ماهه NRT می‌باشد و با افزودن حمایت‌های رفتاری به NRT، میزان ترک ۸-۷٪ بیشتر افزایش می‌یابد. در متآنالیز Cochrane میزان ترک یک ساله برای NRT، ۱۷٪ و برای گروه کنترل شده ۱۰٪ بوده است.

درمان جایگزین نیکوتین (NRT) :

وابستگی به نیکوتین عنصر مشخصی از اعتیاد به دخانیات است، بنابراین یک روش استاندارد برای ترک دارویی سیگار استفاده از درمان جایگزین نیکوتین می‌باشد. هدف از این درمان جایگزینی نیکوتین کسب شده از مصرف سیگار است، بنابراین به هنگام ترک سیگار، از علائم ترک می‌کاهد. انواع مختلف داروهای جایگزین نیکوتین (آدامس، برچسب‌های پوستی، وسیله استنشاقی دهانی، افشانه بینی، قرص زیرزبانی و آب‌نات مکیدنی) بسیار مؤثر و قابل تحمل می‌باشند (جدول ۴) (۱۵۴-۱۵۱ و ۱۴۰).

متآنالیز Cochrane بر روی تأثیر داروهای جایگزین نیکوتین		جدول ۵
میزان ترک	NRT در مقابل شبه دارو	درمان ترک سیگار
کنترل		شبه انواع NRT
۱۰	۱۷ (۱.۷-۱.۹)	آدامس نیکوتین
	۱۷ (۱.۷-۱.۹)	برچسب نیکوتین
	۱۷ (۱.۷-۱.۹)	افشانه نیکوتین
	۱۷ (۱.۷-۱.۹)	اسپری بینی نیکوتین
	۱۷ (۱.۷-۱.۹)	قرص زیرزبانی آب‌نات مکیدنی نیکوتین
	۱۷ (۱.۷-۱.۹)	آدامس ۲ میلی‌گرم در مقابل آدامس ۴ میلی‌گرم
	۱۷ (۱.۷-۱.۹)	آدامس fixed در مقابل آدامس ad libitum
	۱۷ (۱.۷-۱.۹)	ترکیب دو نوع NRT در مقابل یک نوع NRT
	۱۷ (۱.۷-۱.۹)	بوپروپیون آهسته رهش

اعداد نشانگر (OR/95% confidence interval) درصد می‌باشند. ۳-۴% مجموع موارد در تجزیه و تحلیل اعداد برگرفته از منبع^{۱۱۱} می‌باشند جز^{۱۱۲} که برگرفته از منبع^{۱۱۳} است.

جدول ۴	انواع داروهای جایگزین نیکوتین موجود
نوع	محصولات موجود در بازار
برچسب پوستی نیکوتین	5mg, 10mg, 15mg /16h (Nicorette®, Pfizer)
آدامس نیکوتین	7mg, 14mg, 21mg/24h (Nicotinel®, TTS10, TTS20, TTS30, Novartis) 7mg, 14mg, 21mg/24h (NiQuitin® CQ, GSK)
قرص‌های خوراکی نیکوتین	2mg, 4mg (Nicorette®, Pfizer; Nicotinel®, Novartis) 2mg (Nicorette® Microtab®, Pfizer) قرص زیرزبانی، 2mg 1mg (Nicotinel®, Novartis) آب‌نات مکیدنی، 1mg 2mg and 4mg (NiQuitin® CQ, GSK) آب‌نات مکیدنی، 2mg and 4mg
وسيله استنشاقی دهانی نیکوتین	10mg (Nicorette® inhalator, Pfizer) پوکه افشانه بعلاوه دهانی، 10mg
افشانه بینی نیکوتین	0.5mg (Nicorette® Nasal Spray, Pfizer) برای اسپری کردن در هر سوراخ بینی، 0.5mg
TTS: سیستم درمانی از طریق پوست	GlaxoSmithKline : GSK

نقص جدی کلیوی یا کبدی و زخم معده، ولی در بیماری کرونری قلب، مصرف NRT برای بیمار بی خطر است و در چنین بیمارانی که ترک سیگار یکی از مهمترین عوامل مؤثر در بهبود بیماری است، قابل مصرف می باشد. بررسی سود و زیان NRT در زنان باردار یا شیرده نشانگر حقیقتی است که مصرف سیگار نیکوتین بیشتری نسبت به NRT به آنها می رساند، بنابراین مصرف دوز پایین NRT به آنها توصیه می شود. بطور کلی مصرف داروهای جایگزین نیکوتین قابل تحمل می باشد. شایع ترین اثر سوء آنها تحریک موضعی ناشی از نیکوتین است مانند تحریک موضعی پوست بر اثر مصرف برچسب یا تحریک لایه های مخاطی دهان و حلق بر اثر مصرف داروهای خوراکی، که معمولاً بر اثر افزایش مقاومت آن قسمت، این تحریک بعد از چند روز کم شده یا از بین می رود. در اروپا داروهای جایگزین نیکوتین را با ارائه نسخه یا خرید آزاد می توان تهیه کرد.

اثربخشی NRT در بیماران تنفسی سیگاری :

هرچند به نظر می رسد که ترک سیگار مهمترین اقدام درمانی در بیماران مبتلا به COPD است، ولی مطالعات اندکی اثربخشی درمانهای مختلف ترک سیگار را در این بیماران بررسی کرده است. نتیجه این مطالعات بر روی بیماران COPD و دیگر اختلالات تنفسی در جدول ۶ خلاصه شده است. (۱۶۳-۱۵۵)

مطالعات بر روی NRT نشان می دهد که عود زود هنگام در این نوع درمان شایع است و پیش بینی می شود که ترک با شکست روبرو شود. تجویز دوز NRT به میزان وابستگی، بستگی دارد. به طور معمول مصرف آن فقط در زمان محدودی مجاز است ولی در مواردی که وابستگی به نیکوتین ادامه یابد، می توان مصرف آن را تا ۳ ماه و بیشتر از آن نیز ادامه داد. در صورتیکه فرد مصرف سیگار را از سر بگیرد، مصرف NRT باید قطع شود. (۱۵۴ و ۱۵۲ و ۱۵۱) شواهدی وجود ندارد که نشانگر تأثیر بیشتر یک محصول NRT نسبت به دیگری باشد، بنابراین انتخاب محصول به سلیقه افراد بستگی دارد. بیشتر ترکهای موفق در افرادی با وابستگی شدید بر اثر مصرف آدامس ۴ میلی گرمی نیکوتین به جای آدامس ۲ میلی گرمی می باشد. برای برخی افراد سیگاری با وابستگی بسیار شدید، ترکیب دو محصول NRT مؤثرتر می باشد. ترکیب چند محصول NRT، نتیجه حاصل را بهبود می بخشد ولی مصرف آنها در طولانی مدت چنین نمی باشد. به عنوان مثال، در مصرف برجسبهای نیکوتین ۱۶ ساعته و ۲۴ ساعته تفاوتی مشاهده نشده است و طولانی کردن دوره درمان بیش از ۳ ماه، میزان ترک را افزایش نداده است. در حالی که دوزهای بالاتر برجسبهای نیکوتین باعث افزایش متعادلی در میزان موفقیت می شوند. کاهش دوز برجسبها نیز مؤثرتر از قطع ناگهانی مصرف آن نمی باشد. مصرف NRT در موارد زیر صلاح نمی باشد: بیماریهای قلبی- عروقی، بیش فعالی غده تیروئید، دیابت شیرین،

جدول ۶	میزان ترک سیگار یک ساله در مطالعاتی بر روی بیماران تنفسی سیگاری		
	اولین نویسنده / جامعه ^۱	تعداد بیماران	درصد ترک دائم
			مداخله
			مراقبت عادی / کنترل
			p-value
	بیماران بستری در بیمارستان		
	CAMPBELL ^(۱۵۳)	۱۱۱	۲۰ (+NRT) / ۲۰
	CAMPBELL ^(۱۵۴)	۲۳۶	۲۱ (+NRT) / ۱۶
	MILLER ^(۱۵۵)	۱۲۰۲*	۱۲ (+NRT) / ۱۲
		۱۲۸۲*	۱۱ (+NRT) / ۱۲
	LEWIS ^(۱۵۶)	۱۵۵*	۶۵ (+NRT) / ۲۶
	بیماران سرپایی		
	British Thoracic ^(۱۵۷)	۱۵۰-	۹۸ (+NRT) / ۸۹
	MURRAY ^(۱۵۸)	۵۸۷	۲۸ (+NRT) / ۲
	TONNESEN ^(۱۵۹)	۲۶۶	۵۶ (+NRT) / ۱۸
	TASHKIN ^(۱۶۰)	۲۰۴*	۲۳ (+NRT) / ۱۶
	HAND ^(۱۶۱)	۲۲۵	۱۵ (+NRT) / ۱۲
	TONNESEN ^(۱۶۲)	۳۷۰	۱۷ (+NRT) / ۱۰

میزان موفقیت پس از ۶ ماه: * مداخله کم و زیاد در یک مطالعه؛ # داروهای جایگزین نیکوتین؛ NRT برچسب نیکوتین ۵ میلی گرمی مصرف شده به عنوان شبه دارو؛ * (نقار بر گرفته از منبع^(۱۶۲) و با اجازه ناشر می باشد)

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- پژوهش علمی ب- پژوهش 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- غیرعلمی ه- بسیار پایین

۶- سطح مقالات مجله از نظر شما چگونه است؟

الف- بسیار تخصصی ب- تخصصی ج- معمولی د- غیرعلمی 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 کنترل و پیشگیری دخانیات پست نمائید یا به شماره ۰۲۶۱۰۹۵۱۵ فکس کنید و یا به صورت آنلاین از طریق آدرس: www.tpccr.ac.ir ارسال نمائید.

پیشنهادها و انتقادات:

کنترل دخانیات

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی کنترل دخانیات کشور
سال دوم شماره ۲ آبان ۱۳۸۹ - تیراز ۱۰۰۰ نسخه - بهاء ۱۵۰۰۰۰ ریال



آبان

۱۴

الحمد للرحمن الرحيم

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی شماره ۱۴ آبان ۱۳۸۹

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 آریاتپور،

دکتر شبنم اسلام پناه، دکتر زهرا حسامی

مدیر اجرایی، مترجم و ویراستار

پریزاد سینایی

تایپ و حروفچینی

سعیده طباطبایی زاده

همکاران

مونا آقایی، بهروز الماس نیا، نازی دوزنده طبرستانی، دکتر فیروزه طللسچی

گرافیکست و صفحه آرا

فائزه صفرعلی

امور تبلیغات و بازاریابی

کامبیز بابایی

آدرس

تهران، نیاوران، انتهای دارآباد، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات

کدپستی

۱۹۵۵۸۴۱۴۵۲

تلفکس

۲۶۱۰۶۰۰۳ - ۲۶۱۰۹۵۱۵

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

با همکاری

جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

بها: 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
	دود سیگار از طریق فعال سازی گیرنده های شبیه آ باعث تولید محصولات نوتروفیلی می گردد
۹	زیر دره بین چشم انداز تاریخی به سیگار در ایران
۱۳	ما توانستیم شما هم می توانید
۱۵	فعالیت های مرکز جهت ایجاد محیطی بدون دخانیات به ما ببینید
۱۷	اخبار کشوری
	جمع آوری سیگار های فاقد هولوگرام
	اجرای مرحله دوم امحای سیگار قاچاق
	توفند شرکت های دخانی برای جلب مشتری
	استعمال دخانیات در اداره ها صفر شد
	دود سیگار در کاهش وزن هنگام تولد نوزادان
	بیش از ۶۰ هزار ایرانی قربانی دخانیات
۲۱	اخبار بین المللی
	ترک سیگار کودک دو ساله
	ترک سیگار ۶۰۰ زائر خانه خدا
	روند کاهش کنند مصرف سیگار نوجوانان آمریکا
	ممنوعیت سیگار کشیدن در یونان
	دود سیگار باعث التهاب ریه ها
	مصرف سیگار و چروکیدگی پوست
۲۵	سینما و دخانیات
	هنوز هم در فیلم های معروف آمریکایی مصرف سیگار تبلیغ می گردد!
۲۷	نشستی با صاحب نظران
	دکتر سالک سالک
۲۹	قانون جامع کنترل دخانیات
۳۱	مروری بر کتب چاپ شده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات
	روش های ترک سیگار در بیماران ربوی

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



مقرر شده است از دهم مهر ماه سیگارهای بدون هولوگرام دولتی و به اصطلاح قاچاقی جمع آوری گردد. در نگاه اول به این فکر که برای دست اندرکاران حوزه سلامت بسیار فواید کثیفه است تصور می شود یک اقدام ضربتی در راه است ولی بر اساس تئوری قبیضی (همان طوریکه در پروریدن قلیان ها دیده شد) بیم آن می رود که با شکست روبرو گردد. زیرا با گشایی به بازار سیگار درمی یابیم موضوع زیاد چری گرفته نشده است و از طرفی به غیر از چند نوع از سیگارهای قاچاقی بدون کیفیت و نامرغوب و عمدتاً کم مشتری یک نوع سیگار معروف وجود دارد که بر اساس این تعریف غیر قانونی محسوب خواهد شد. این سیگار که در بررسی های مرکز تحقیقات کنترل دخانیات نیز - پر فروش ترین سیگارهای شهر تهران بوده (در سراسر دنیا نیز اینگونه می باشد) به وجود و در انواع مختلف در دسترس قرار دارد و کلیه مراکز عرضه سیگار شامل کیوسک های روزنامه فروشی و لوازم فروشی ها قابل خریداری است.

سوال این است که آیا این نوع سیگار هم جمع آوری می گردد و فروشنده آن ۳ برابر قیمت محصول بریمه می شود؟ یا شاید این سیگارها از معرض دید به زیر پیشخوان منتقل گردد و با قیمت بیشتر فروش یابد؟ سوال دیگر اینکه آیا مراکز فروش آمادگی اجرای این قانون را دارند؟ یا آنها هماهنگ شده است؟ البته جای شکر آن باقی است که بر خلاف موارد قبلی این بار یک فاصله دو هفته ای از اعلام تا اجرای قانون وجود دارد. و سوال آخر اینکه اجرای این قانون چقدر با هماهنگی ستار کشوری مبارزه ملی با دخانیات وزارت بهداشت انجام می گیرد؟

ما ضمن حمایت از اجرای این مصوبه از صمیم قلب آرزو می کنیم دست اندرکاران اداره مبارزه با قاچاق کالا و دیگر عوامل و بازرسان این موضوع در هر چه بهتر اجرا کردن آن موفق باشند تا گام مثبت دیگری در راستای پرتلاطم های کنترل دخانیات به منظور حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه برداشته شود. انشاء...

سردبیر



Cigarette smoke induces CXCL8 production by human neutrophils *via* activation of TLR9 receptor

E. Mortaz^{a,*}, I.M. Adcock^b, K. Ito^c, A.D. Kraneveld^d, F.P. Nijkamp^e and G. Folkerts^a

ABSTRACT: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a major health problem and cigarette smoke is the main risk factor for the development of COPD. The characteristic changes in airway morphology, inflammatory cell infiltration and mediator expression in COPD may result from direct effects of cigarette smoke on airway cells. Toll-like receptors (TLRs) are key elements in pathogen recognition by the host immune system. Although TLRs have been intensely studied in innate immunity and infection, their critical role in noninfectious challenges has only recently emerged.

Here we investigate whether cigarette smoke induces TLR9- signalling in human neutrophils. Human neutrophils were isolated from buffy coat and exposed to cigarette smoke extract. The production of CXC chemokine ligand (CXCL8) was measured as a functional readout and the role of TLR9 signalling was investigated. Cigarette smoke extract induced CXCL8 release via TLR9 activation in neutrophils, which was confirmed in TLR9 stably transfected human embryonic kidney 293 cells. Moreover, cigarette smoke extract upregulated the expression of TLR9 and the upregulated expression was suppressed by *N*-acetylcysteine.

TLR9 mediates cigarette smoke-induced release of CXCL8 and this may contribute to the accumulation of neutrophils and inflammation within the airways of smokers.

KEYWORDS: Cigarette smoke, neutrophils, Toll-like receptors

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is recognised as a major cause of death worldwide and poses an increasing global healthcare problem [1]. As previously stated [2], the definition of COPD recognises the "abnormal", exaggerated or amplified inflammatory response in the lung and systemically to cigarette smoking. The pattern of inflammation involves recruitment of lymphocytes, macrophages and neutrophils, as well as activation and damage to structural cells following the release of inflammatory chemokines and cytokines [2-5]. In the Western world, the major driver of disease is cigarette smoke which is a complex mixture of organic chemicals, heavy metals and reactive oxygen species (ROS) [6-11]. Importantly, Sorosi [12] highlighted that chronic inhalation of cigarette smoke can modulate both innate and adaptive immune responses. Moreover, it has been speculated that many of the health consequences of chronic inhalation of cigarette smoke might be due to its adverse effects on the immune system [13].

It is likely that smokers develop airway inflammation through oxidative stress. Cigarette smoke

activates macrophages and neutrophils to release proinflammatory mediators, chemokines and elastolytic enzymes [14]. CXC chemokine ligand (CXCL8) is an important chemokine produced by macrophages, neutrophils and epithelial cells and induces the recruitment of neutrophils to the airways [15, 16]. As a part of the innate immune response, pattern recognition receptors mediate the interaction between conserved patterns on micro-organisms and the host. Toll like receptors (TLRs) are pathogen-associated molecular-pattern receptors for diverse microbially derived molecules expressed predominantly on innate immune cells [17]. To date, 11 TLR family members have been identified in the human genome [18, 19]. Bacterial DNA containing unmethylated CpG motifs act as important regulators of human neutrophil functions via TLR9. For example, stimulation of the TLR9 pathway via CpG oligonucleotides (ODN), induces CXCL8 production by neutrophils via the generation of peroxynitrite (ONOO⁻) [20].

Recently, we and others have demonstrated that cigarette smoke extract (CSE) activates TLR4

AFFILIATIONS

^aDivision of Pharmacology and Pathophysiology, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Faculty of Sciences, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands.

^bDept of Clinical Biochemistry, Faculty of Medical Sciences, Tabriz Medical University, Tabriz.

^cDept of Basic Science, Section of Biochemistry, Faculty of Veterinary Medicine, Umeå University, Umeå, SW, and

^d Airways Disease Section, National Heart and Lung Institute, Imperial College London, London, UK.

CORRESPONDENCE

E. Mortaz
 Division of Pharmacology and Pathophysiology, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Faculty of Sciences
 Utrecht University
 P.O. BOX 80062
 3508 TB Utrecht
 The Netherlands
 E-mail: emortaz@gmail.com

Received

April 14 2009

Accepted after revision

April 09 2010

First published online

Oct 19 2009

European Respiratory Journal
 Print ISSN 0954-6820
 Online ISSN 1399-3003

دود سیگار از طریق فعال‌سازی گیرنده‌های شبیه آ باعث تولید محصولات نوتروفیلی می‌گردد

ترجمه و نقد: دکتر غلامرضا حیدری

برگرفته از: *European Respiratory Journal*
1-12, 36; 2010

بیماری انسدادی مزمن ریه یکی از بزرگترین مشکلات سلامتی است و مصرف سیگار اصلی‌ترین عامل خطر آن می‌باشد. تغییرات حاصله در شکل و اندازه راه‌های هوایی ریه از طریق واکنش‌های التهابی سلولی و ترشح واسطه‌های ناشی از اثر مستقیم دود سیگار در این سلول‌های هوایی است. گیرنده‌های شبیه ۱ (TLR۱) نقش کلیدی در بیماری‌زایی این سیستم ایمنی و دفاعی دارند. اگرچه این گیرنده‌ها در واکنش‌های عفونی و ایمنی بسیار مطالعه شده‌اند ولیکن نقش آنان در واکنش‌های غیرعفونی به تازگی در حال بررسی است.

در این مطالعه ما به دنبال یافتن مسیر حساس شدن نوتروفیل انسانی بعد از تحریک TLR9 بوسیله دود سیگار بودیم. نوتروفیل‌های انسانی با پوشش خنثی به طور مستقیم در مجاورت دود سیگار قرار گرفتند. مقدار واسطه‌های شیمیایی تولید شده (CXCL8) به عنوان عملکرد تحریکی سلولهای TLR9 اندازه‌گیری گردید.

دود سیگار از طریق فعال کردن TLR9 باعث آزاد شدن CXCL8 شد که در سلول ۲۹۲ کلونوی جنین تأیید گردید. در همین حال دود سیگار باعث بیش‌تنظیمی فعالیت TLR۱ و نیز این حالت توسط N استیل سیستین مهار گردید.

نتایج مطالعه نشان داد که واسطه‌های شیمیایی ناشی از تحریک TLR9 بوسیله دود سیگار باعث آزاد شدن CXCL8 شده و این حالت باعث التهاب راه‌های هوایی ریه می‌گردد.

نقد و بررسی:

این مقاله به دو دلیل مورد توجه قرار گرفت. یکی این که توسط یک محقق ایرانی نوشته و در مجله ریه اروپا

به چاپ رسیده است (ایشان که همکار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و گروه بیوشیمی بالینی دانشگاه تربیت مدرس تهران می‌باشند در حال فعالیت در انستیتو علوم دارویی اوتریخ هلند هستند). دوم اینکه به یکی از پدیده‌های سلولی ملکولی اثرات زیان‌بار سیگار در علوم پایه اشاره می‌کند. با اینکه بارها به خطر ایجاد بیماری انسدادی مزمن ریه (که عمدتاً برونشیت و آمفیژم می‌باشند) در افراد سیگاری اشاره شده است ولی مستندات علمی و شواهد به روز در این باره بسیار مورد نیاز می‌باشد.

در مقدمه مقاله آمده است افراد سیگاری از طریق استرس‌های اکسیداتیو ناشی از دود سیگار دچار التهاب راه‌های هوایی ریه می‌شوند. دود سیگار باعث فعال شدن ماکروفاژها و نوتروفیل‌های این سلول‌ها شده و مواد شیمیایی و واسطه‌های مختلفی مثل آنزیم‌های الاستوتیک از آنان آزاد می‌گردند.

اگر چه الاستاز زیادی که در اثر التهاب مزمن ربوی تولید می‌شود ممکن است ناپود کننده باشد حتی اگر سطح طبیعی آلفا-۱ آنتی‌تریپسین موجود باشد. دیگر سیستم‌های پروتئاز- آنتی‌پروتئاز ممکن است در پیشرفت این حالات مشارکت کند به طور شایع مقادیر افزایش یافته متاپروتئازهای ماتریکس در ریه و نقش بالقوه آن و اینکه چگونه اختلالاتی در ظهور و فعالیتشان در سیگاری‌ها ایجاد می‌شود، ممکن است منتهی به آمفیژم گردد.

به علت اینکه الاستازها، متاپروتئازهای ماتریکس و دیگر پروتئازها می‌توانند به وسیله نوتروفیل‌ها، ماکروفاژها و دیگر سلول‌های ایمنی به ریه تحویل داده شوند، التهاب نیز به نظر می‌رسد یک مرحله کلیدی در آمفیژم باشد. بعضی مطالعات، افزایشی در تظاهر و سطوح پروتئینی سیتوکین‌های پیش‌التهابی در آمفیژم را ارائه داده‌اند که منتهی به این عقیده شده است که تحویل دائمی مولکول‌های پیش‌التهابی به ریه، سلول جدید ایمنی را تحریک می‌کند که با تحویل پروتئازها که بافت ریه را تخریب می‌کنند، جایگزین می‌شوند. التهاب همچنین در نتیجه ادم موکوسی و افزایش تولید موکوس ایجاد می‌شود که هر دو اینها راه هوایی را تنگ می‌کنند. التهاب دائم یا راجعه می‌تواند عناصر