

ماهنامه کنترل دخانیات

ماهنامه اطلاع رسانی، پژوهشی و آموزشی شماره ۱۷ بهمن ۱۳۸۹
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 نغتی،
دکتر محمدرضا مسجدی

مشاوران علمی
دکتر مهشید آرپانپور،
دکتر شبنم اسلام پناه، دکتر زهرا حسامی
مدیر اجرایی، مترجم و ویراستار
پریراد سینایی

تایپ و حروفچینی
سعیده طباطبایی زاده
همکاران

لیلا آزادی، مونا آقایی، بهروز اناس تبا، نازی دوزنده طبرستانی، دکتر فیروزه طلبچی

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 - ۲۶۱۰۹۵۰۸

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

با همکاری
جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات ایران

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه
بهاء: ۱۵۰۰۰ ریال

چاپ و صحافی
سازمان چاپ و انتشارات

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منبع بلامانع است.



| | |
|----|--|
| ۳ | معرفی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات |
| ۴ | سخن روز |
| ۵ | مقالات منتخب |
| | اتوات بهداشتی ۴-۱ نخ سیگار روزانه |
| ۹ | زهر نره‌بین از کاشت توتون تا ترک توتون |
| ۱۳ | ما توانستیم، شما هم می‌توانید |
| ۱۵ | فعالیت‌های مرکز برگزاری کارگاه آموزش مدیران سیستم بهداشتی در درمان وابستگی به نیکوتین برگزاری پنجاه و چهارمین جلسه شورای پژوهشی |
| ۱۷ | اخبار کشوری پارک فیطربه نخستین پارک بدون دخانیات ایران برگزاری اولین جشنواره سراسری شهر بدون دخانیات تولید سیگارهای قاچاق از توتون‌های سوخته در همسایگی ایران ورود یک جریان سیاسی به عرصه قاچاق سیگار هر یک فلین معادل مصرف ۱۰۰ نخ سیگار! مروری بر برنامه تلویزیونی حباب کشف بیش از ۵۰۵۷۲۰ نخ سیگار و ۵۰ بسته تنباکوی معسل قاچاق در استان لرستان کشف ۵۲ میلیون و ۴۹۹ هزار و ۱۴۰ نخ سیگار قاچاق پارک قائم پارکی بدون دخانیات نوجوانان، سیگار، پیشگیری |
| ۲۳ | اخبار بین‌المللی استنشاق دود سیگار سالیانه جان ۶۰۰ هزار غیرسیگاری را می‌گیرد مادران به ترک سیگار تشویق نمی‌شوند رابطه زنتیک و سیگار سیگارهای الکترونیکی طعم‌دار درخواست پزشکان برای استعفاي رئیس IDRC از معاهدات تنباکو وضع قوانین دخانی توسط FDA به درازا می‌کشد شایع‌ترین علت قابل پیشگیری مرگ در جهان |
| ۲۹ | سیما و دخانیات I love you Phillip Morris عاشقم فلیپ موریس |
| ۳۱ | نستنی با صاحب‌نظران دکتر محمدرضا زالی |
| ۳۳ | فانون جامع کنترل دخانیات |
| ۳۵ | مروری بر کتب چاپ شده در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات روشهای 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



با همت شهرداری تهران و با مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد مقرر شده است در این ماه جشنواره تهران بدون دانه‌نیات برگزار گردد. این مهم در نگاه اول آرمانی و دست‌نیافتنی به نظر می‌رسد ولیکن با صبر و هوسله و پشتکار و برنامه‌ریزی و نیز تداوم در اجرا و نظارت دقیق می‌تواند حاصل گردد. بسیار فرسندیم که این ایده توسط شهرداری هدایت می‌شود چرا که معتقدیم وظیفه شهرداری فقط ارائه خدمات شهری نمی‌باشد و ارتقا سلامت شهروندان و تمرکز بر برنامه‌های ضد دانه‌نیات یکی از مهمترین‌ها است.

به سال ۱۳۷۷ و در منطقه ۱۳ تهران را داشتیم. اخیراً نیز با ایده پارک بدون دانه‌نیات حضور این سازمان را موثر دیدیم و بدین طریق از فعالیت همکاران و عزیزان دلسوز در شهرداری و حوزه سلامت و معاونت‌های مربوطه قدردانی نموده و برای آنان آرزوی موفقیت و سلامت داریم.

امید است با هم‌دلی و هم‌یاری بتوانیم گامی موثر در ارتقا سطح سلامت جامعه برداریم.

انشاء...

سرمدبیر

RESEARCH PAPER

Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day

K Bjartveit, A Tverdal

Tobacco Control 2005;14:315–320. doi: 10.1136/tc.2005.011932

See end of article for authors' affiliations

Correspondence to: Dr Kjell Bjartveit, Fridtjof Nærans vei 24 B, N-0369 Oslo, Norway (home address); kjell.bjartveit@cheffo.no

Received 23 March 2005
Accepted 20 July 2005

Objectives: To determine the risk in men and women smoking 1–4 cigarettes per day of dying from specified smoking related diseases and from any cause.

Design: Prospective study.

Setting: Oslo city and three counties in Norway.

Participants: 23 521 men and 19 201 women, aged 35–49 years, screened for cardiovascular disease risk factors in the mid 1970s and followed throughout 2002.

Outcomes: Absolute mortality and relative risks adjusted for confounding variables, of dying from ischaemic heart disease, all cancer, lung cancer, and from all causes.

Results: Adjusted relative risk (95% confidence interval) in smokers of 1–4 cigarettes per day, with never smokers as reference, of dying from ischaemic heart disease was 2.74 (2.07 to 3.61) in men and 2.94 (1.75 to 4.95) in women. The corresponding figures for all cancer were 1.08 (0.78 to 1.49) and 1.14 (0.84 to 1.55), for lung cancer 2.79 (0.94 to 8.28) and 5.03 (1.81 to 13.98), and for any cause 1.57 (1.33 to 1.85) and 1.47 (1.19 to 1.82).

Conclusions: In both sexes, smoking 1–4 cigarettes per day was associated with a significantly higher risk of dying from ischaemic heart disease and from all causes, and from lung cancer in women. Smoking control policymakers and health educators should emphasise more strongly that light smokers also endanger their health.

Is there a threshold value for daily cigarette consumption that must be exceeded before serious health consequences occur?

Numerous population studies have reported on a strong dose-response relationship between cigarette consumption and severe diseases. In most studies, however, the lowest consumption group was set at 1–9 or 1–15 cigarettes per day. One may argue that smokers in these groups clustered close to the upper limit of this consumption span, and that a threshold value might be found on a lower level.

Only a few prospective studies have reported on the health consequences of smoking fewer than five cigarettes per day.^{1,2}

Our aim was to determine the risk in men and women smoking 1–4 cigarettes per day of dying from specified smoking related diseases and from any cause. We report on a Norwegian population of 23 521 men and 19 201 women, aged 35–49 years, who in the mid 1970s were screened for cardiovascular disease risk factors and followed throughout 2002 for deaths from ischaemic heart disease, all cancer, lung cancer, and from all causes.

METHODS

Participants

From 1972 to 1978 screening examinations for cardiovascular disease were undertaken in the Norwegian capital, Oslo, and in three Norwegian counties with a mainly rural settlement. In Oslo, all male residents aged 40–49 years were invited, and a 7% random sample of male residents aged 20–39.³ In the counties, all male and female residents aged 35–49 years were invited, and a 10% random sample of all residents aged 20–34.⁴

The screening programmes in the four areas included a questionnaire related to cardiovascular diseases. Height, weight, and blood pressure were measured according to an identical protocol. A non-fasting blood sample was drawn and serum analysed at the same laboratory for total

cholesterol, triglycerides, and glucose. Details on the screening programme have been given elsewhere.^{5,6}

A more extensive report on this study population after 13 years of observation with relevance to smoking and mortality has been reported previously.⁴

We will present pooled data for the age group 35–49 in the Oslo study and the County study. In Oslo the attendance was 65%, in the counties 91%.

Exclusions

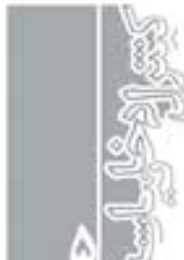
The following groups were excluded:

- Men and women with a history of myocardial infarction, angina pectoris, stroke, diabetes, atherosclerosis of the legs, treatment for hypertension, use of glyceryl trinitrate (nitroglycerine), and symptoms indicative of angina pectoris or atherosclerosis obliterans. These exclusions applied to 10.2% of the attending men and 10.2% of the attending women, leaving 36 759 men and 21 960 women.
- Ex-smokers and men smoking a pipe. The very few women who smoked a pipe and the very few men and women who smoked cigars are disregarded. As a result, a further 15 238 men and 2759 women were excluded.

Hence, 23 521 men and 19 201 women were left as participants for analysis. At the time of screening, they did not report a history related to cardiovascular disease or diabetes, or symptoms indicative of angina pectoris or atherosclerosis obliterans. They were daily smokers of cigarettes only, or had never smoked daily.

Categories of daily cigarette consumption

In Oslo, the participants stated their daily cigarette consumption by ticking one of the preset categories in the questionnaire: 1–4, 5–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25+ cigarettes. In the counties, the attending persons reported the actual number of cigarettes per day in a special box in the



اثرات بهداشتی ۱-۴ نخ سیگار روزانه

ترجمه و نقد: دکتر غلامرضا حیدری
Tob Control ۲۴۰-۲۱۵:۱۴ ۲۰۰۵

اهداف: مشخص کردن خطر مرگ ناشی از بیماریهای مرتبط با مصرف سیگار از ۱ تا ۴ نخ روزانه و هر دلیل دیگر در زنان و مردان
مطالعه: آینده‌نگر

محل: شهر اوسلو و ۳ شهرک دیگر در نروژ
شرکت کنندگان: ۲۳۵۲۱ مرد و ۱۹۲۰۱ زن، با سن بین ۲۵-۴۹ سال، بررسی شده برای عوامل خطر بیماریهای قلب و عروق در اواسط سال ۱۹۷۰ تا سال ۲۰۰۹
پیامدها: مرگ و میر معلق و خطرات وابسته مطابق شده با عوامل مخدوش‌گر، مرگ بر اثر بیماریهای قلبی و عروقی، همه سرطان‌ها، سرطان ریه و ناشی از دیگر علت‌ها
یافته‌ها: خطر وابسته تطابق یافته (۹۵٪) فاصله اطمینان) در سیگاری‌های ۱ تا ۴ نخ روزانه در برابر غیر سیگاری‌ها به صورت مرجع، به وسیله مرگ ناشی از بیماریهای قلبی عروقی ۲/۷۴ برابر در مردان و ۲/۹۴ برابر در زنان است. این عدد برای همه سرطان‌ها به ترتیب ۱/۰۸ و ۱/۱۴، برای سرطان ریه ۲/۷۹ و ۵/۰۳ و برای دیگر علت‌ها ۱/۵۷ و ۱/۴۷ برابر بوده است.

نتیجه‌گیری:

مصرف ۱ تا ۴ نخ سیگار روزانه به طور معنی‌داری با افزایش خطر مرگ و میر به علت بیماریهای قلبی، همه سرطان‌ها و دیگر علت‌ها در هر دو جنس و در زنان به علت سرطان ریه ارتباط دارد. سیاست‌های کنترل دخانیات و آموزش‌های بهداشتی بایستی به خطرات جدی سیگار کشیدن کم اشاره جدی نمایند.

نقد و بررسی:

این مطالعه به واسطه ایده خاص و روش اجرا بسیار ارزشمند است. این باور در جامعه عمومی بسیار دیده می‌شود که کم سیگار کشیدن بی‌خطر است و افراد سیگاری تلاش می‌کنند تا از تعداد نخ سیگار روزانه خود کم کنند و وقتی به مقدار ۲-۳ عدد روزانه می‌رسند بسیار راضی و خرسند هستند و به زعم خود کاری بهداشتی انجام داده‌اند. به تجربه بسیار دیده شده است که افراد سیگاری می‌گویند اگر من

بتوانم ۳-۴ نخ سیگار روزانه بکشم دیگر ترک نمی‌کنم. معمولاً برای مدت موقت این اتفاق حادث می‌شود ولی بعد از گذشت زمان دوباره فرد به تعداد مصرف بالاتری خواهد رسید. بنابراین طراحی مطالعه در پرورش این اصل بسیار نوآوری دارد.

دیگر نکته ویژه مطالعه اجرای آن در حجم نمونه بسیار بالا و زمان بیش از ۳۰ سال می‌باشد. وقتی در روش اجرا و مطالعه عوامل مداخله‌گر و نحوه بی‌اثر کردن آنها دقت می‌کنیم به حرفه‌ای بودن اجرای مطالعه پی می‌بریم به طوری که با افزایش نمونه و در نظر گرفتن همه عوامل قدرت بررسی و مطالعه متغیرها هنوز بالا می‌باشد.

در این مطالعه نتایج جالبی در مقایسه زنان و مردان بر اساس مصرف روزانه به دست آمده است (جدول ۱). همان‌طور که مشاهده می‌کنید هر چه سال‌های مصرف سیگار بیشتر می‌گردد تعداد نخ سیگار مصرفی نیز افزایش می‌یابد. این نکته بیانگر عدم مصرف تعداد نخ سیگار در افراد با سابقه سیگار کشیدن بالا است. همچنین (جدول ۲) با افزایش تعداد نخ سیگار روزانه مرگ و میر به هر علتی در ۱۰۰ هزار نفر سال افزایش معنی‌داری دارد. همان‌طوری که نویسنده اشاره می‌کند بایستی در تغییر اذهان عمومی برای خطرات بهداشتی مصرف کم سیگار همت و برنامه‌ریزی جدی صورت گیرد.

نکات مهم جدول ۱

با افزایش مصرف سیگار روزانه فشار خون سیتولیک و دیاستولیک تغییر نمی‌کند.

- با افزایش مصرف سیگار روزانه کلسترول افزایش می‌یابد
- با افزایش مصرف سیگار روزانه تغییرات قند و تری‌گلیسیرید غیرمرتبط است.

- با افزایش مصرف سیگار روزانه فعالیت جسمانی کاهش می‌یابد.

نکات مهم جداول ۲ و ۳

۷٪ مردان و ۵٪ زنانی که از ابتدای مطالعه غیرسیگاری بودند ۱۰ سال بعد تغییر کرده‌اند.

۲٪ هر دو جنس مصرف سیگار را شروع کرده‌اند.

۲۴٪ مردان و ۲۰٪ زنانی که در ابتدای مطالعه سیگار کم می‌کشیدند ۱۰ سال بعد بدون تغییر مانده‌اند.

افزایش مصرف سیگار این گروه در ۱۰ سال بعد در

۲۶٪ مردان و ۴۱٪ زنان دیده شده است.

۴۸٪ مردان و ۳۹٪ زنان این گروه ترک سیگار کرده‌اند.



Table 1 Baseline characteristics of 23521 male and 19201 female participants.* Mean values, by cigarette consumption recorded at screening†

| | Number of cigarettes smoked daily | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 0 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25+ |
| Males | | | | | | | |
| Age (years) | 42.3 | 43.5 | 43.2 | 43.0 | 42.6 | 42.6 | 42.4 |
| Duration of smoking (years) | | 16.7 | 21.6 | 22.7 | 22.8 | 23.3 | 23.9 |
| Systolic BP (mm Hg) | 134.9 | 134.8 | 135.2 | 135.2 | 135.4 | 135.2 | 135.2 |
| Diastolic BP (mm Hg) | 85.6 | 84.9 | 84.2 | 84.1 | 84.1 | 85.0 | 85.5 |
| Total serum cholesterol (mmol/l) | 6.65 | 6.67 | 6.97 | 7.04 | 7.04 | 7.14 | 7.13 |
| Serum triglycerides (mmol/l) | 2.16 | 2.28 | 3.31 | 2.56 | 2.39 | 2.46 | 2.44 |
| Serum glucose (mmol/l) | 5.79 | 5.77 | 5.78 | 5.81 | 5.82 | 5.80 | 5.82 |
| Physical activity leisure‡ | 2.22 | 2.13 | 2.09 | 2.04 | 1.97 | 1.91 | 1.79 |
| Physical activity work‡ | 2.20 | 2.17 | 2.43 | 2.39 | 2.37 | 2.23 | 2.15 |
| BMI (kg/m ²) | 24.9 | 24.7 | 24.5 | 24.5 | 24.6 | 24.9 | 25.2 |
| Height (cm) | 176.4 | 176.3 | 175.0 | 175.4 | 175.9 | 175.9 | 176.4 |
| Females | | | | | | | |
| Age (years) | 42.2 | 42.3 | 42.0 | 41.5 | 41.4 | 41.5 | 41.0 |
| Duration of smoking (years) | | 12.5 | 16.3 | 18.3 | 19.5 | 19.5 | 20.1 |
| Systolic BP (mm Hg) | 132.0 | 129.3 | 130.0 | 129.0 | 128.9 | 128.6 | 128.7 |
| Diastolic BP (mm Hg) | 81.4 | 80.1 | 80.0 | 79.5 | 79.7 | 80.5 | 81.4 |
| Total serum cholesterol (mmol/l) | 6.63 | 6.74 | 6.88 | 6.92 | 6.95 | 6.99 | 7.00 |
| Serum triglycerides (mmol/l) | 1.50 | 1.64 | 1.74 | 1.76 | 1.76 | 1.84 | 1.91 |
| Serum glucose (mmol/l) | 5.76 | 5.69 | 5.71 | 5.65 | 5.69 | 5.71 | 5.65 |
| Physical activity leisure‡ | 1.90 | 1.93 | 1.89 | 1.85 | 1.77 | 1.74 | 1.75 |
| Physical activity work‡ | 2.22 | 2.18 | 2.12 | 2.10 | 2.01 | 2.03 | 2.08 |
| BMI (kg/m ²) | 25.0 | 24.7 | 24.0 | 23.7 | 23.7 | 23.7 | 24.5 |
| Height (cm) | 162.5 | 162.7 | 162.1 | 162.6 | 162.8 | 163.5 | 163.0 |

*Participants not reporting cardiovascular disease, diabetes or treatment for hypertension, nor symptoms of angina pectoris and atherosclerosis obliterans.

†Number of participants within the consumption groups (see table 2).

‡Physical activity during leisure and at work was graded 1-4, with 4 as the heaviest activity.

BMI, body mass index; BP, blood pressure.

Table 2 Number of participants and person years; deaths from all causes, ischaemic heart disease, all cancer, and lung cancer, number and per 100000 person years, by number of cigarettes recorded at screening, 23521 male and 19201 female participants aged 35-49*

| | Number of cigarettes smoked daily | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|
| | 0 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25+ |
| Males | | | | | | | |
| Number of participants | 8308 | 627 | 2326 | 4941 | 3401 | 2599 | 1119 |
| Number of person years | 219699 | 16367 | 63464 | 122128 | 82936 | 61967 | 26310 |
| All causes | | | | | | | |
| Number of deaths | 1348 | 141 | 740 | 1697 | 1245 | 1064 | 499 |
| Per 100000 person years | 548 | 964 | 1198 | 1390 | 1303 | 1749 | 1897 |
| Ischaemic heart disease | | | | | | | |
| Number of deaths | 287 | 63 | 233 | 521 | 406 | 311 | 128 |
| Per 100000 person years | 131 | 385 | 367 | 427 | 490 | 502 | 487 |
| All cancer | | | | | | | |
| Number of deaths | 446 | 40 | 236 | 525 | 392 | 349 | 171 |
| Per 100000 person years | 203 | 244 | 356 | 430 | 473 | 563 | 650 |
| Lung cancer | | | | | | | |
| Number of deaths | 17 | 4 | 41 | 148 | 136 | 146 | 70 |
| Per 100000 person years | 8 | 24 | 96 | 138 | 152 | 236 | 266 |
| Females | | | | | | | |
| Number of participants | 11027 | 756 | 2759 | 3005 | 1008 | 477 | 79 |
| Number of person years | 288178 | 20537 | 70509 | 76158 | 25196 | 11720 | 2036 |
| All causes | | | | | | | |
| Number of deaths | 956 | 98 | 427 | 520 | 222 | 113 | 16 |
| Per 100000 person years | 332 | 477 | 606 | 695 | 881 | 954 | 786 |
| Ischaemic heart disease | | | | | | | |
| Number of deaths | 85 | 17 | 72 | 79 | 36 | 13 | 2 |
| Per 100000 person years | 29 | 83 | 102 | 104 | 143 | 111 | 98 |
| All cancer | | | | | | | |
| Number of deaths | 579 | 46 | 197 | 264 | 100 | 58 | 9 |
| Per 100000 person years | 201 | 224 | 279 | 347 | 397 | 495 | 442 |
| Lung cancer | | | | | | | |
| Number of deaths | 14 | 5 | 43 | 65 | 33 | 14 | 3 |
| Per 100000 person years | 5 | 24 | 61 | 85 | 131 | 119 | 147 |

*Participants not reporting cardiovascular disease, diabetes, or treatment for hypertension, nor symptoms of angina pectoris and atherosclerosis obliterans.



Table 3 Adjusted relative risk (RR, 95% confidence intervals) of death from all causes, ischaemic heart disease, all cancer, and lung cancer, by number of cigarettes daily recorded at screening, with never smokers as reference, 23521 male and 19201 female participants aged 35–49*

| | Number of cigarettes smoked daily | | | | | | Test for trend, p |
|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|
| | 1–4 | 5–9 | 10–14 | 15–19 | 20–24 | 25+ | |
| Males | | | | | | | |
| All causes | | | | | | | |
| RR† | 1.36 (1.22 to 1.54) | 2.03 (1.83 to 2.23) | 2.47 (2.25 to 2.65) | 2.78 (2.57 to 2.95) | 3.29 (3.09 to 3.44) | 3.71 (3.54 to 4.11) | <0.001 |
| 95% CI | 1.27 (1.23 to 1.43) | 1.94 (1.77 to 2.12) | 2.36 (2.19 to 2.53) | 2.64 (2.46 to 2.88) | 3.19 (3.03 to 3.46) | 3.43 (3.27 to 3.81) | <0.001 |
| Ischaemic heart disease | | | | | | | |
| RR† | 2.65 (2.02 to 3.48) | 3.67 (3.24 to 3.17) | 3.34 (2.81 to 3.74) | 3.89 (3.34 to 4.52) | 4.19 (3.49 to 4.82) | 4.57 (3.21 to 5.02) | <0.001 |
| 95% CI | 2.74 (2.07 to 3.61) | 3.47 (2.98 to 3.94) | 3.09 (2.67 to 2.58) | 3.70 (3.17 to 4.31) | 3.73 (3.18 to 4.42) | 3.80 (2.91 to 4.46) | <0.001 |
| All cancer | | | | | | | |
| RR† | 1.29 (1.19 to 1.39) | 1.69 (1.44 to 1.98) | 2.14 (1.88 to 2.42) | 2.43 (2.14 to 2.81) | 3.03 (2.63 to 3.47) | 3.57 (3.19 to 4.26) | <0.001 |
| 95% CI | 1.28 (1.19 to 1.49) | 1.63 (1.38 to 1.92) | 2.05 (1.81 to 2.34) | 2.37 (2.08 to 2.72) | 2.93 (2.54 to 3.38) | 3.41 (3.03 to 4.09) | <0.001 |
| Lung cancer | | | | | | | |
| RR† | 2.84 (2.16 to 4.43) | 11.54 (8.97 to 20.48) | 17.78 (10.92 to 29.41) | 20.77 (12.32 to 34.47) | 22.48 (10.78 to 39.33) | 28.64 (22.74 to 49.65) | <0.001 |
| 95% CI | 2.79 (2.14 to 3.26) | 11.30 (8.29 to 15.39) | 16.73 (10.14 to 27.60) | 19.26 (11.63 to 32.18) | 21.49 (11.14 to 39.47) | 26.22 (21.33 to 41.81) | <0.001 |
| Females | | | | | | | |
| All causes | | | | | | | |
| RR† | 1.44 (1.17 to 1.77) | 1.90 (1.70 to 2.13) | 2.21 (2.08 to 2.37) | 3.01 (2.69 to 3.40) | 3.29 (2.71 to 4.00) | 2.67 (2.43 to 4.28) | <0.001 |
| 95% CI | 1.47 (1.19 to 1.82) | 1.90 (1.69 to 2.14) | 2.29 (2.01 to 2.54) | 2.97 (2.55 to 3.45) | 3.14 (2.56 to 3.84) | 2.41 (1.99 to 4.28) | <0.001 |
| Ischaemic heart disease | | | | | | | |
| RR† | 2.81 (1.67 to 4.72) | 3.49 (2.67 to 3.08) | 4.02 (2.97 to 5.48) | 5.80 (3.92 to 8.57) | 4.31 (3.32 to 4.10) | 3.89 (3.16 to 3.81) | 0.044 |
| 95% CI | 2.94 (1.75 to 4.93) | 3.35 (2.57 to 4.89) | 3.78 (2.75 to 5.18) | 4.28 (3.30 to 7.97) | 4.28 (3.35 to 7.48) | 3.53 (3.07 to 4.42) | 0.114 |
| All cancer | | | | | | | |
| RR† | 1.31 (1.02 to 1.30) | 1.44 (1.22 to 1.69) | 1.87 (1.61 to 2.14) | 2.18 (1.79 to 2.70) | 2.73 (2.08 to 3.57) | 2.44 (1.36 to 4.70) | <0.001 |
| 95% CI | 1.14 (0.84 to 1.53) | 1.44 (1.23 to 1.71) | 1.85 (1.59 to 2.14) | 2.23 (1.79 to 2.74) | 2.47 (1.86 to 3.29) | 2.43 (1.36 to 4.70) | <0.001 |
| Lung cancer | | | | | | | |
| RR† | 8.02 (1.81 to 13.93) | 13.06 (7.34 to 23.67) | 19.19 (10.76 to 34.31) | 30.27 (14.24 to 56.81) | 37.48 (13.18 to 98.11) | 34.03 (9.77 to 118.44) | <0.001 |
| 95% CI | 5.53 (1.81 to 13.98) | 11.85 (6.43 to 21.84) | 17.43 (9.80 to 31.44) | 28.63 (15.39 to 54.38) | 23.85 (11.13 to 51.33) | 31.96 (9.13 to 111.84) | <0.001 |

*Participants not reporting cardiovascular disease, diabetes, or treatment for hypertension, nor symptoms of angina pectoris and atherosclerosis obliterans.
†Adjusted for age.
‡Adjusted for age, systolic blood pressure, total serum cholesterol, serum triglycerides, physical activity during leisure, body mass index, and height.

Table 4 Relative risk (95% confidence interval) of death from all causes, ischaemic heart disease, all cancer, and lung cancer, per five years of smoking estimated from Cox proportional hazards regression, adjusted for age and number of cigarettes*

| | Males | Females |
|-------------------------|---------------------|---------------------|
| All causes | 1.09 (1.06 to 1.12) | 1.12 (1.08 to 1.18) |
| Ischaemic heart disease | 1.07 (1.02 to 1.12) | 1.07 (0.96 to 1.19) |
| All cancer | 1.14 (1.09 to 1.20) | 1.13 (1.06 to 1.21) |
| Lung cancer | 1.29 (1.18 to 1.41) | 1.47 (1.26 to 1.71) |

*Participants not reporting cardiovascular disease, diabetes, or treatment for hypertension, nor symptoms of angina pectoris and atherosclerosis obliterans.

Table 5 Smoking habits 10 years after baseline screening in persons who attended both examinations. 3774 men and 7591 women reporting at baseline never to have smoked, and 224 men and 552 women reporting at baseline a consumption of 1–4 cigarettes per day. Number of persons, age 35–49 at baseline*

| Category of baseline | Categories of smoking 10 years after baseline screening | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|------------|----------|----------|------------|------------|------------|----------|-----------|---------------|-------------------------|
| | Never smoked | Ex-smokers | 1–4 cigs | 5–9 cigs | 10–14 cigs | 15–19 cigs | 20–24 cigs | 25+ cigs | Pipe only | Pipe + cigars | Total number of persons |
| Males | | | | | | | | | | | |
| Never smoked | 3523 | 177 | 18 | 16 | 14 | 9 | 3 | 2 | 7 | 5 | 3774 |
| 1–4 cigs | 15 | 93 | 53 | 44 | 13 | 2 | 0 | 0 | 3 | 1 | 224 |
| Females | | | | | | | | | | | |
| Never smoked | 7239 | 163 | 58 | 69 | 42 | 10 | 6 | 2 | 0 | 0 | 7591 |
| 1–4 cigs | 71 | 144 | 113 | 179 | 38 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 | 552 |

*Participants not reporting cardiovascular disease, diabetes, or treatment for hypertension, nor symptoms of angina pectoris and atherosclerosis obliterans.





توتون چیست؟

توتون گیاهی است محتوی نیکوتین، دارویی اعتیادآور که دو اثر محرک و افسرده کننده را با هم دارد. رایج‌ترین شیوه استعمال توتون، تدخین آن به شکل سیگار است. توتون هم چنین به شکل سیگار برگ یا پیپ دود می‌شود. به شکل توتون جویدنی جویده می‌شود و به شکل انفیه خشک با بینی بالا کشیده شده و یا به شکل انفیه‌ی تر بین لب‌ها یا داخل گونه نگاه داشته می‌شود. توتون را همچنین می‌توان با حشیش به شکل سیگاری تدخین کرد. تمامی روش‌های استعمال توتون نیکوتین را به بدن منتقل می‌کنند. سیگار کشیدن به عنوان خطری برای سلامتی قلمداد می‌شود و به همین دلیل در بسیاری کشورها سخت‌گیری در مورد استعمال آن در اماکن عمومی افزایش یافته است.

گیاه توتون

در حال حاضر ۲ نوع گیاه توتون (تنباکو) به نام‌های نیکوتینا تاباکوم و نیکوتینا رستیکا (Higher nicotine content) و (Domesticated plant) در جهان وجود دارد که مصرف فرم اول شایع‌تر بوده و بیشتر مورد کشت قرار می‌گیرد. کلمه تنباکو از اسم یک وسیله به نام توپاک (tobac) گرفته شده، این وسیله چوبی به شکل Y بوده و در منافذ بینی قرار می‌گرفت و آتش و توتون را در سر آن قرار می‌دادند و با مکش از بینی، دود آن را استفاده می‌کردند.

نیره اصلی گیاه تنباکو



گیاه اصلی - سرسبز جهان

میزان نیکوتین بیشتر
آمریکای جنوبی و روسیه

تاریخچه توتون

آشنایی دنیا با پدیده دخانیات به کشف قاره آمریکا ارتباط دارد. در سال ۱۴۹۵ میلادی بدنبال کشف قاره آمریکا توسط کریستف کلمب، وی متوجه شد که افراد بومی آن ناحیه در مراسم مذهبی یا به عنوان دارو از گیاهی استفاده می‌کردند که همان تنباکو می‌باشد. این افراد بومی از طریق جویدن، آتش زدن و یا مصرف موضعی از این گیاه استفاده می‌کردند. در حدود قرن ۱۶ میلادی این گیاه به اروپا راه می‌یابد و مصرف آن در قشر اشراف اروپا رایج می‌گردد. در ابتدا این گیاهان را در ظرفی می‌ریختند و آن را آتش زده و افراد حاضر در سالن با استنشاق دود حاصل از سوختن این گیاه از اثرات تخدیری آن استفاده می‌کردند. در حدود قرن ۱۷ این گیاه به چین راه می‌یابد و با توجه به مستعد بودن جامعه آن کشور به سرعت گسترش می‌یابد. ژان نیکو، سفیر فرانسه در پرتغال بود که بدنبال ورود توتون به پرتغال توسط مهاجران پرتغالی از آمریکا، با این گیاه آشنا می‌شود و آن را به دربار فرانسه می‌برد. ملکه فرانسه که به بیماری میگرن مبتلا بود با استفاده از این گیاه متوجه اثرات تخدیرکنندگی آن می‌گردد و از ترویج مصرف این گیاه استقبال نموده و بعدها کلمه نیکوتین از نام این سفیر گرفته می‌شود.

در قرن ۱۸ میلادی این گیاه وارد ایران می‌گردد که در این مورد ۳ روایت وجود دارد:

- ۱- از کشور عثمانی بعثت وجود مرز مشترک و مرادات گسترده سیاسی و بازرگانی به صورت چیق وارد ایران می‌گردد که بعدا جای خود را به قلیان می‌دهد.
- ۲- پرتغالی‌ها که اولین کشور اروپایی استعمال کننده مواد دخانی بودند احتمالا این گیاه را از مرزهای جنوب غربی کشور وارد ایران کرده و سپس کشت می‌دهند. این نوع تنباکو هنوز هم در سواحل خلیج فارس کشت می‌گردد و در حال حاضر نیز تنباکو برازجان، بهترین نوع تنباکو دنیا است.

۳- توتون توسط روس‌ها به ایران وارد شده و مردم ایران کم‌کم از این ماده استفاده کردند. کارخانجات و کارگاه‌های سیگارسازی در جهان از سال ۱۸۹۹ شکل گرفت و سیگار از آن زمان وارد بازار جهانی شد. ولیکن مصرف آن در اوایل قرن ۲۰ رایج گشت. در واقع بعد از دو جنگ جهانی با مشاهده مصرف زیاد سیگار توسط سربازان، کارخانه‌های سیگارسازی، تولید آن را توسعه و سرعت دادند و بدنبال آن مصرف سیگار بسیار گسترش یافته و جهانی شد.

تنباکو به اروپا آورده می‌شود

- ۱۴۹۲: کریستف کلمب بعد از اولین سفر خود به قاره آمریکا تنباکو را به اروپا می‌آورد.
- ۱۵۵۶-۵۹: تنباکو در فرانسه، اسپانیا و پرتغال شناخته می‌شود.
- ۱۵۶۰: ژان نیکو برای معالجه ملکه فرانسه مصرف تنباکو را پیشنهاد می‌کند.



از اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰، کارخانه‌های سیگارسازی در دنیا بوجود آمد و در این زمان دنیا به سمت استفاده از مارک‌های ویژه‌ای از سیگار بیشتر رفت. در سال ۱۹۱۳ اولین مارک سیگار با نام Camel توسط کارخانه‌داری به نام رینولد ساخته می‌شود و این کارخانه از سال ۱۹۲۰ کاملاً بر روی خانم‌ها متمرکز گردید تا با تبلیغات فراوان مصرف آن را در خانم‌ها افزایش دهد.

سال ۱۹۶۰، سیگار Marlboro با نماد فرد تگزاسی با تیپ و لباس‌های خاص آن منطقه توسط فیلیپ موریس وارد بازار شد و در حدود ۱۹۷۲ به پرفروش‌ترین سیگار جهان تبدیل شده و بازار کل دنیا را تسخیر نمود و در سال‌های بعد در اثر رقابت بوجود آمده بین سیگارهای مختلف افراد بیشتری تحت تأثیر تبلیغات قرار گرفته و شروع مصرف سیگار افزایش یافت.

- ۱۹۲۱: سیگار معمولی شایع‌ترین نوع مصرف دخانیات است.
- ۱۹۶۴: پدید آمدن نماد مرد تگزاسی مارلبورو و افزایش فروش سالیانه ۱۰ درصد
- ۱۹۷۰: صنایع بزرگ دخانی به کشورهای در حال توسعه، آفریقا و آسیا و آمریکای لاتین توجه می‌کنند.
- ۱۹۷۲: مارلبورو به بهترین نوع سیگار مصرف‌شده در جهان تبدیل می‌گردد

چه کسانی سیگار می‌کشند؟

بالا رفتن آگاهی درباره اثرات منفی سیگار بر سلامتی و افزایش محدودیت‌ها، سیگارکشیدن را در کشورهای پیشرفته به میزان ثابتی کاهش داده است. در حالی که سیگارکشیدن و مصرف سایر انواع توتون در کشورهای توسعه یافته در حال کاهش است. در کشورهای در حال توسعه، این میزان روبه افزایش است. همچنین سیگارکشیدن در میان افراد دارای سطح تحصیلات و درآمد پایین‌تر در حال افزایش است. مطالعات نشان می‌دهد که عوامل ژنتیکی در وابسته شدن یا وابسته نشدن فرد به سیگار نقش دارند. در میان افرادی که مبتلا به اختلالات خاص روانپزشکی هستند، احتمال سیگارکشیدن بیشتر است. در پیمایشی که در آمریکا بر روی دریافت‌کنندگان خدمات سرپایی روانپزشکی انجام گردید، نشان داده شد که میزان استعمال سیگار در میان مبتلایان به اسکیزوفرنی ۸۸ درصد، در میان افراد مبتلا به مانیا ۷۰ درصد و در میان مبتلایان به افسردگی ۴۹ درصد است. پژوهش دیگری نشان داده است که ۸۵ درصد کسانی که به دلیل وابستگی به الکل به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند نیز سیگاری هستند.

استعمال توتون چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟

نیکوتین موجود در تنباکو به سرعت وارد مغز شده، در آن جا به شکل یک محرک عمل کرده و سرعت ضربان قلب و تنفس را افزایش می‌دهد. دود سیگار همچنین سطح اکسیژن را در جریان خون کاهش داده و افت درجه حرارت پوست را سبب می‌شود. در مورد سیگاری‌های بی‌تجربه، احتمال بروز سرگیجه، تهوع و سرفه یا



راه‌های هوایی را سبب می‌شود. قیر در دود توتون به شکل ذرات ریزی آزاد می‌شود که به شش‌ها و راه‌های هوایی آسیب رسانیده و دندان‌ها و انگشتان را رنگی می‌کند. قیر عامل اصلی سرطان‌های ریه و گلو است. سوختن توتون همچنین تولید منوکسیدکربن می‌کند، یعنی گازی سمی که قابل دیدن یا بویدن نیست. با استنشاق دود سیگار، منوکسیدکربن به جای اکسیژن با هموگلوبین موجود در گلبول‌های قرمز اتصال می‌یابد. نیکوتین با افزایش سرعت ضربان قلب، سبب می‌شود که قلب شدیدتر کار کند حال آن که منوکسیدکربن قلب را از اکسیژن اضافی که لازمه این کار سنگین است، محروم می‌نماید. این یکی از راه‌هایی است که بدان وسیله سیگار کشیدن به قلب آسیب می‌رساند. زمانی تصور می‌شد که سیگارهای دارای تار و نیکوتین کمتر ممکن است برای فرد سیگاری کم ضررتر باشند. اما تحقیقات نشان داده است که سیگارهای سبک نیز عیناً می‌توانند همان بیماری‌ها را تولید کنند.

آیا توتون اعتیادآور است؟

بله، زمانی که فرد شروع به کشیدن سیگار می‌کند، به ویژه در دوران جوانی، شانس معتاد شدن بسیار بالا است. سیگاری‌های مبتدی به سرعت نسبت به اثرات سوء آغازین، تحمل پیدا می‌کنند و اگر آثار محرک و مطبوع سیگار برای ایشان لذت‌بخش باشد استعمال مستمر آن را آغاز می‌کنند. سیگاری‌هایی که به طور منظم سیگار می‌کشند، معمولاً تعداد ثابتی سیگار در روز دود می‌کنند. سیگاری‌های کانادایی به طور میانگین، روزانه ۱۶ سیگار دود می‌کنند. وابستگی به نیکوتین عوامل روانشناختی و فیزیکی را درگیر می‌کند. عوامل روانشناختی می‌تواند شامل احساس لذت و هشیاری باشد. کسانی که به طور منظم سیگار می‌کشند، ممکن است یاد بگیرند که برای دست یافتن بدین احساسات اثرات نیکوتین را بر بدن خویش تحمل کنند. در این افراد همچنین علائم یا آغازگرهای شرطی شده‌ای برای مصرف سیگار شکل می‌گیرد. برای مثال برخی افراد همیشه پس از غذا، در حین پرداختن به کاری خاص یا در وضعیت‌های خاص عاطفی مانند احساس

عق زدن وجود دارد. تغییرات خلقی حاصل از استعمال نیکوتین ملایم، پیچیده و قدرتمند هستند. برخی افراد احساس می‌کنند که سیگار کشیدن به هشیاری و تمرکزشان کمک کرده و نیز سبب آرامش آنها می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد سیگار کشیدن افزایش سطح دوپامین را که ماده‌ای شیمیایی در مغز است، به همراه داشته و در فرد احساس لذت ایجاد می‌کند و تمایل به ادامه این عمل را در فرد برمی‌انگیزد. کشیدن سیگار و دود غیرمستقیم آن می‌تواند چشم‌ها، بینی و گلو را تحریک کند، دود سیگار می‌تواند سردرد، سرگیجه، تهوع، سرفه و خس‌خس سینه را سبب شده و آلرژی و آسم را بدتر کند. سیگار همچنین حس چشایی و بویایی را ضعیف کرده، احساس گرسنگی را کاهش داده و تولید اسید را توسط معده سبب می‌شود. این که چگونه سیگار بر شما تاثیر می‌گذارد، بستگی به این دارد که:

- چقدر و چند وقت یک بار سیگار می‌کشید؟
 - برای چه مدت است که سیگار می‌کشید؟
 - خلق، انتظارات و محیط شما چگونه است؟
 - سن شما چقدر است؟
 - آیا به بیماری‌های خاص داخلی یا روان‌پزشکی مبتلا بوده‌اید؟
 - آیا الکل و سایر داروها (غیرمجاز تجویز شده به وسیله پزشک، داروهای بدون نیاز به نسخه پزشک یا داروهای گیاهی) را مصرف می‌کنید.
- این احساس تا چه زمانی باقی می‌ماند؟**
- زمانی که یک نخ سیگار دود می‌شود، اثرات آن در کمتر از ده ثانیه احساس می‌شوند و فقط برای چند دقیقه باقی می‌مانند.

آیا سیگار کشیدن خطرناک است؟

بله، سیگار کشیدن یکی از مهم‌ترین علل بیماری و مرگ قابل پیشگیری است. نیکوتین به شدت سمی است. خوردن حدود ۴۰ میلی‌گرم نیکوتین خالص، یا مقدار موجود در دو نخ سیگار، کشنده است. اما زمانی که سیگار دود می‌شود، بیشتر نیکوتین سوزانیده شده و تنها یک تا چهار میلی‌گرم آن توسط بدن فرد جذب می‌شود. با سوختن توتون یک قیر چسبناک از ترکیب صدها ماده شیمیایی به وجود می‌آید که سرطان و بیماری



کاهش تعداد سیگارها و دودکردن بخش کمتری از هر نخ سیگار است. گر چه کاهش تدریجی مصرف می‌تواند برخی خطرات تهدید کننده سلامتی را کاهش دهد، اما برای سیگار کشیدن منطقه بدون خطر وجود ندارد. کاهش تدریجی نمی‌تواند جایگزین ترک سیگار شود.

اثرات طولانی مدت استعمال توتون چیست؟

با افزایش تعداد سیگارهای دود شده و طول مدتی که فرد به سیگار روی آورده است، خطر بروز اثرات درازمدت افزایش می‌یابد. سیگار عامل اصلی سرطان ریه بوده، خطر سرطان‌های کلون، دهان، گلو، پانکراس، مثانه و گردن رحم را می‌افزاید. کشیدن سیگار شایع‌ترین عامل برونشیت مزمن و آمفیزم بوده و سرفه مزمن را در فرد سبب می‌شود. سیگار عامل اصلی بیماری قلبی و سکنه مغزی است و خطر بروز مشکلات طبی را در زنان باردار افزایش می‌دهد (خطراتی چون: خونی‌ریزی، جفت نابجا و اختلال در ترمیم زخم) و خطر تولد نوزاد کم وزن یا مرگ شیرخوار را بالا می‌برد. سیگار استئوپروز (پوکی استخوان) را سبب شده، خطر اختلالات گوارشی را افزایش می‌دهد و با اثر بر سیستم ایمنی خود را مستعد سرماخوردگی، آنفلونزا و پنومونی (ذات الریه) می‌کند و با کاهش میزان ویتامین ث بدن ترمیم زخم را به تعویق می‌اندازد. سیگار می‌تواند با انسداد شریان‌های ساق پا و ایجاد نارسایی در گردش خون، درد ساق پا، گانگوین و در نهایت از دست دادن اندام را سبب شود. بسیاری از خطرات و مضرات مصرف سیگار افراد غیرسیگاری را که در معرض دود سیگار هستند، تهدید می‌کند. تماس طولانی مدت با دود غیرمستقیم سیگار با بیماری قلبی و سرطان (در زنان باردار) رابطه داشته و خطر عوارض بارداری و زایمان را افزایش می‌دهد. همچنین احتمال تولد نوزاد کم‌وزن بالا می‌رود. در کودکان کم سن، سیگار احتمال سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار را افزوده و می‌تواند مشکلات تنفسی مانند آسم را وخیم‌تر کند و عفونت‌های گوش میانی را سبب می‌شود. استعمال فرآورده‌های غیرتدخینی توتون مانند انفیه و تنباکوی جویدنی با افزایش بروز سرطان‌های دهان، التهاب لته‌ها و پوسیدگی دندان‌ها رابطه دارد.

<http://www.tebyan-ardebil.ir/sdescription.aspx?id=6484>

افسردگی یا اضطراب، سیگار خود را آتش می‌زنند. این آغازگرها الگوهای رفتاری یا عاداتی را به وجود می‌آورند که تغییر آنها دشوار است. از نشانه‌های وابستگی فیزیکی اضطراب فرد برای سیگار کشیدن چند دقیقه پس از برخاستن از خواب، دود کردن سیگار در فواصل منظم در طول روز و ضروری قلمداد کردن اولین سیگار روزانه و مقدم دانستن آن بر سایر کارها است. کسانی که به نیکوتین وابسته هستند، ممکن است نسبت به آثار نامطلوب آن تحمل پیدا کنند. در این صورت دیگر از سیگار کشیدن لذت نخواهند برد، اما به کشیدن سیگار ادامه می‌دهند تا دچار علائم ترک نشوند. علائم ترک سیگار شامل تحریک‌پذیری، بی‌قراری، اضطراب، بی‌خوابی و خستگی است. این علائم طی دو هفته به تدریج از بین می‌روند. در برخی افراد تمرکز مختل شده و تمایل شدید به سیگار کشیدن برای هفته‌ها تا ماه‌ها پس از ترک سیگار ادامه می‌یابد.

ترک سیگار

کسانی که سیگار کشیدن را ترک می‌کنند، عموماً می‌توانند پس از چند سالی به سطح افراد غیرسیگاری برسند، به ویژه اگر ترک سیگار را در جوانی انجام داده باشند. ترک سیگار ممکن است در چند مرحله انجام شود، از این رو تلاش مداوم امری ضروری است. فرآورده‌های حاوی نیکوتین که به ترک سیگار کمک می‌کنند، مانند برچسب، آدامس، شکل استنشاقی یا اسپری بینی می‌توانند در کاهش تمایل به سیگار کشیدن و تخفیف علائم ترک موثر باشند. کاربرد این محصولات در کنار انگیزه قوی برای ترک و وجود سایر حمایت‌ها مانند حمایت خانواده، دوستان، گروه ترک سیگار یا حمایت‌های تلفنی می‌تواند بسیار موثر باشد. برخی داروهایی که در آنها نیکوتین به کار نرفته است می‌توانند فرد را در ترک سیگار یاری کنند. این داروها شامل بوپروپیون (زیبان) و نورتریپتیلین (اونتیل) هستند. هر دوی این داروها با نسخه پزشک به فروش می‌رسند. در برخی افراد کاهش تدریجی مصرف قبل از ترک، به کاهش علائم ترک کمک کرده و به آنها اجازه می‌دهد که رفتارهای خود را به تدریج تغییر دهند. استراتژی‌های کاهش تدریجی مصرف شامل به تاخیر انداختن هر وعده سیگار کشیدن،

ما توانستیم شما هم می‌توانید



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

-لطفا خودتان را معرفی کنید و به ما بگویید سیگار کشیدن را از چه زمانی شروع کردید؟

امیر سلیمانی هستم. سی و سه سال سن دارم. ما شش فرزند هستیم (سه برادر و سه خواهر). با وجود این که پدرم سیگاری نبود، هر سه برادر و یک خواهر سیگاری شدیم. از سن ۱۴ سالگی سیگار کشیدن را شروع کردم اولین نخ آن را پسرخاله‌ام به من داد. در واقع او مرا سیگاری کرد.

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 هفته‌ای 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.

۲- آیا از مضرات سیگار مطلع هستید؟
بله. ریه و قلب را از کار می‌اندازد رنگ چهره زرد می‌شود. اشتهای فرد کم می‌شود صدای فرد خشن می‌شود و مهمتر از همه فرد دچار سرطان می‌شود.

۳- زمانی که اولین پک سیگار را تجربه کردید چه احساسی داشتید؟
سرگیجه شدید داشتم و این احساس را داشتم که انگار در ابرها راه می‌روم. این احساس لذت‌بخش بود.

۴- چطور شد که با این کلینیک آشنا شدید؟
از طریق خواهرم.

۵- محل سکونت شما کجاست؟
میدان خراسان.

۶- فرض کنید راه کلینیک دور بود چه می‌کردید؟
بازهم مراجعه می‌کردم.

۷- چرا؟
به خاطر هدفم.

۸- چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟
هرگز پک اول را نزنند و کنجکاو به خرج ندهند چرا که تجربه برخی مسائل عواقب ناخوشایندی را همراه دارد. آخر این راه تباهی است. اگر سیگار کشیدن چیز خوبی بود من آن را قطع نمی‌کردم.

۹- لحظه‌ای که سیگارتان را در سطل زباله انداختید چه احساسی داشتید؟
احساس کردم از چیزی که به آن خیلی وابستگی داشتم جدا شدم و این جدایی برایم خیلی سخت بود.

۱۰- چرا تحصیلات خود را ادامه ندادید؟
دوستی با افراد ناباب.

۱۱- اگر روزی دیدید فرزند شما سیگاری شده چه برخوردی با او می‌کنید؟

در واقع انگیزه اصلی من از ترک همین بود. ولی اگر روزی این صحنه را ببینم او را نصیحت می‌کنم و تجربه خودم را در اختیارش قرار می‌دهم.

۱۲- چرا به سمت سیگار روی آوردید و لطفاً به ما بگویید چرا می‌خواهید آن را ترک کنید؟
از روی نا آگاهی، ولی امروز پشیمان هستم و از آنجایی که هفده سال است که سیگار مصرف می‌کنم آسیب‌های جبران ناپذیری به من وارد شده و امروز که هفده سال از آن روزها می‌گذرد می‌گویم که سیگار سرآغاز اعتیاد است و در آخر توصیه من به جوان‌ها این است که تجربه را تجربه نکنند.



پاسلا ۳ امیر سلیمانی

من توانستم، شما هم می‌توانید

امیرسلیمانی ۳۳ سال دارم، مازوسی ۱۶ سالگی شروع به کشیدن سیگار کردم. باور من کرد که توانم حتی یک روز هم سیگار نکشم. اما ناامیدانه رفتم در کلینیک ترک سیگار باورم شکست خورد من هم می‌توانم، چون خیلی وابسته به سیگار بودم ولی به این وابستگی پایان دادم و این شکست یک پیام به منم بود برای آنهایی که هنوزتر سیگار می‌کشند. امروز که سیگار من کشم، تازه من محرم لذت زندگی را در پایان از عوامل کلینیک و خواهرم بردم که مرا به این راه من را کمک کردند.

من گفتم که کمون با که نشین و چه منوش که قرصود دانی اگر زمرک و عاقل بالقی.

امیر سلیمانی

بر اساس ماده ۱۴ قانون جامع کنترل دخانیات کمک به افراد سیگاری برای ترک سیگار یکی از راهکارهای مهم و در اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات می‌باشد. برای سهولت دسترسی همه افراد جامعه به سرویس‌های خدمات ترک سیگار یکی از بهترین گزینه‌ها ادغام برنامه‌های ترک در سیستم مراقبت‌های اولیه سلامت می‌باشد که برای یافتن راهکارها و تقویت این خدمات این کارگاه ۳ روزه برگزار گردید. در روز اول کارگاه نماینده بهداشت جهانی در ایران Dr. Manenti و جناب آقای دکتر مسجدی قائم مقام پژوهشگرده سل و بیماری‌های ریوی ضمن خیر مقدم به شرکت کنندگان به ضرورت برگزاری چنین کارگاه‌هایی تاکید نمودند.



دو روز اول یعنی ۱۲-۱۳ دسامبر محل برگزاری کارگاه در دفتر مرکزی جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات واقع در خیابان فتحی شقایق بود و روز سوم ۱۴ دسامبر در مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات (مرکز همکاری‌های سازمان بهداشت جهانی در منطقه مدیترانه شرقی) برگزار گردید. مبحث ارائه شده در روز اول و دوم آموزش کارآموز و موضوع مورد بحث در روز سوم آموزش مرئی بود. در روز اول کارگاه آقای دکتر غلامرضا حیدری رئیس مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات گزارشی از فعالیت‌های بخش درمان این مرکز (خط تلفنی مشاوره ترک، کلینیک‌های ترک سیگار گروهی و انفرادی) به سمع و نظر مدعوین رسید. در بررسی وضعیت کشورهای منطقه از نظر اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات، کشور ایران در وضعیت نسبتاً مطلوبی برخوردار بود.

برگزاری کارگاه آموزش مدیران سیستم بهداشتی در درمان وابستگی به نیکوتین

در تاریخ ۱۴-۱۲ دسامبر ۲۰۱۰ کارگاه آموزشی، آموزش مدیران سرویس مراقبت اولیه سلامت با عنوان تقویت سیستم‌های مراقبت اولیه سلامت برای درمان وابستگی به نیکوتین در تهران با مشارکت مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، دفتر سازمان بهداشت جهانی مستقر در تهران و وزارت بهداشت در محل جمعیت مبارزه با دخانیات برگزار شد. مدرسین این کارگاه دکتر Dongbo fu از دفتر سازمان بهداشت جهانی مستقر در ژنو و Rana Abuel Naga از دفتر مستقر در قاهره بودند.



افراد شرکت‌کننده گروهی از پزشکان، کارشناسان و پژوهشگران از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بعضی از دانشگاه‌ها و مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات بودند که این افراد به نوعی در فعالیت‌های کنترل دخانیات و ترک سیگار در کشور مشارکت فعال دارند. این برنامه آموزشی توسط مرکز همکاری‌های سازمان بهداشت جهانی در منطقه EMRO ترتیب داده شد. همکاران شرکت کننده از مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات: دکتر غلامرضا حیدری، دکتر هومن شریفی، دکتر زهرا حسامی، دکتر مهشید آریانپور و دکتر شبنم اسلام پناه بودند. هدف اصلی برگزاری این کارگاه آموزشی راهکارهای اصلی و اولیه برای ادغام برنامه‌های ترک دخانیات در سیستم شبکه بهداشتی کشور بود.



دخانیات در سال ۸۹ توسط دکتر معدنی ارائه شد و مقرر گردید ضمن هماهنگی با مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه مورد داوری قرار گیرد.

۳- جلسه آموزشی تقویت ترک سیگار در سیستم بهداشتی هفته آینده با هماهنگی دفتر WHO و دبیرخانه کنترل دخانیات در جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات برگزار می‌گردد.

۴- به پیشنهاد دکتر فلاح تفتی مقرر گردید در کنفرانس بین‌المللی بیماریهای ریوی سال آینده یک نشست برگزار و از Stakeholder های مختلف دعوت گردد و به پیشنهاد دکتر رمضانخانی پاتل‌های مختلف هم درگیر شوند. و برای کنفرانس چهارم بین‌المللی ریه اهداف خاص برای برنامه بعد از کنفرانس و استفاده از فرصتها تعیین گردد.

۵- به پیشنهاد دکتر فلاح برای سال آینده وظایف هر یک از اعضاء مرکز تحقیقات در یک شیوه نظام‌مند مشخص گردد.

۶- با برگزاری دوره آموزش ترک سیگار جهت پزشکان معرفی شده از دانشگاه‌ها در هر ماه در کلینیک ترک سیگار موافقت گردید.

۷- نامه دفتر سلامت روان وزارت بهداشت در خصوص دعوت به انجام طرح‌های پژوهشی در مورد تخمین سبب غیرمستقیم سوء مصرف کنندگان مواد مخدر عنوان گردید.

۸- با گزارش پیشرفت ۳۰٪ طرح استعمال دخانیات در ورزشکاران حرفه‌ای خاتم دکتر حسامی موافقت گردید.

در طی این ۳ روز ضمن آموزش مدرسین در مورد کارگاه، تجارب همکاران شرکت‌کننده، دانشگاه‌های کشور از جمله شیراز، اصفهان، یزد، کرمانشاه، خراسان و تهران و مسئولین از وزارتخانه مورد تبادل نظر قرار گرفت.

نهایتاً بر اساس هفت مؤلفه اصلی چارچوب تقویت سیستم که توسط سازمان بهداشت جهانی به منظور درمان وابستگی به دخانیات تدوین شده است، شرکت کنندگان به شرکت در بحث‌های گروهی به نقاط قوت، ضعف، فرصتها و تهدیدهای موجود در این زمینه در منطقه خویش اشاره نمودند.

در کل به نظر می‌رسد برگزاری چنین کارگاه‌هایی در سطح بالاتر جهت ارتقاء برنامه‌های کنترل دخانیات ضروری می‌باشد.

برگزاری پنجاه و چهارمین جلسه شورای پژوهشی

پنجاه و چهارمین جلسه شورای پژوهشی مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات در روز پنجشنبه مورخ ۸۹/۹/۱۸ با حضور اعضاء تشکیل گردید که خلاصه صورتجلسه آن به شرح زیر می‌باشد:

۱- گزارش اجلاس چهارم مجمع کشورهای عضو معاهده جهانی کنترل دخانیات توسط دکتر حیدری ارائه گردید.

۲- عنوان پژوهشی بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان دانشکده دندانپزشکی نسبت به استعمال

پارک قیطره نخستین پارک بدون دخانیات ایران

در منطقه شش و پارک بهمن در منطقه نه تا پایان سال به پارک بدون دخانیات تبدیل خواهد شد. معاون پیشگیری اداره کل سلامت شهرداری تهران افزود: بعد از پارک‌ها، طرح ساماندهی صنوفی که مواد دخانی عرضه می‌کنند، اجرا می‌شود که بر اساس آن، فقط صنوفی می‌توانند مواد دخانی عرضه کنند که مجوز لازم را داشته باشند.

قهرمانی گفت: گسترش فرهنگ مبارزه با دخانیات در سطح جامعه و جدی‌تر کردن جلوگیری از استعمال دخانیات در ساختمان‌ها، اتوبوس‌های عمومی و مترو از دیگر برنامه‌های طرح تبدیل تهران به شهر بدون دخانیات است.

منبع: تابناک، کد خبر: ۱۲۷۵۸۷

پارک قیطره به عنوان نخستین پارک بدون دخانیات کشور نامگذاری شد.

این مهم با مشارکت اداره کل سلامت شهرداری تهران، شرکت ارمغان بهبود ایرانیان و مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات برای اولین بار در کشور انجام گرفته است.

به گزارش واحد مرکزی خبر، از این پس هرگونه استعمال دخانیات و عرضه سیگار در داخل پارک و کیوسک‌های اطراف این پارک ممنوع شد.

معاون پیشگیری اداره کل سلامت شهرداری تهران در این زمینه گفت: در نقاط مختلف ورودی و داخل پارک، بنرهای مختلفی درباره ممنوع بودن استعمال دخانیات در پارک قیطره نصب شده است.

رضا قهرمانی افزود: چاپ بروشور و توزیع روزانه آن در نقاط مختلف پارک درباره مضرات استعمال دخانیات، ممنوع بودن فروش سیگار در کیوسک‌های داخل و اطراف پارک از دیگر برنامه‌های نخستین پارک بدون دخانیات کشور است.

وی گفت: نهبانان پارک نیز از ورود افراد سیگار به دست، به داخل پارک ممانعت می‌کنند و کسانی را که داخل پارک قصد استعمال دخانیات داشته باشند، به بیرون هدایت خواهند کرد.

معاون پیشگیری اداره کل سلامت شهرداری تهران گفت: برگزاری سمینارها و پایگاه‌هایی درباره مضرات استعمال دخانیات و راهکارهای ترک سیگار به صورت هفتگی در دفتر پارک و همچنین استقرار یک مشاور دائمی در زمینه ترک استعمال دخانیات، از دیگر برنامه‌های نخستین پارک بدون دخانیات کشور است. قهرمانی افزود: طبق برنامه‌ریزی صورت گرفته، شهر تهران باید به شهر بدون دخانیات تبدیل شود. بر این اساس، این طرح در نقطه شروع از پارک‌ها آغاز شده است.

وی گفت: پارک فدک در منطقه هشت، پارک بعثت در منطقه ۱۶، پارک قائم در منطقه ۱۸، پارک هنرمندان



برگزاری اولین جشنواره سراسری شهر بدون دخانیات

این جشنواره با همکاری معاونت فرهنگی اجتماعی شهرداری تهران، انجمن زندگی بدون دخانیات، جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات، مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، سازمان بهداشت جهانی (حوزه مدیرانه شرقی)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاست‌گذاری سلامت صدا و سیما، جمهوری اسلامی، دانشگاه انقلاب اسلامی و وزارت آموزش و پرورش ۲۷-۲۵ بهمن ماه ۱۳۸۹ در بوستان گفتگو برگزار می‌گردد.

هدف اصلی برگزاری جشنواره شهر بدون دخانیات، ارتقا دانش مردم به عنوان مصداق سرمایه اجتماعی سلامت بوده و همچنین ایجاد تغییر نگرش در آنان به منظور کنترل دخانیات مد نظر می‌باشد. دستیابی به این مهم از طرق زیر قابل انجام می‌باشد:

- ۱- ایجاد فضای بحث در جامعه مورد نظر.
- ۲- کمک به همکاری بین‌بخشی و درون‌بخشی.
- ۳- تعامل رسانه و سلامت و پیدایی حلقه مفقوده در موضوع مغفول کنترل دخانیات.
- ۴- ایجاد جذابیت برای رسانه‌ها عمومی به عنوان یکی از وظایف استراتژیک نهادهای مرتبط با سلامت در موضوع کنترل دخانیات.
- ۵- بهینه نمودن سامانه منجر به تفکر انتزاعی در مردم به عنوان سرمایه اجتماعی سلامت.
- ۶- تلفیق سیاست‌های MPOWER و CBI در نظام سلامت شهری در موضوعیت کنترل دخانیات.
- ۷- جلب و جذب مشارکت سرمایه اجتماعی به عنوان اصلی‌ترین ثروت هر نظام سلامت.
- ۸- اطلاع‌رسانی به جامعه درباره حقایق و قوانین به منظور جلوگیری از تضییع حقوق شهروندی در موضوع دخانیات.
- ۹- جلب و جذب مسئولان تاثیرگذار و افزایش حساسیت در آنان در موضوع دخانیات.
- ۱۰- بومی‌سازی فرهنگ کنترل دخانیات در راستای شعار راهبردی تلفیق تفکر جهانی و عملکرد منطقه‌ای.

محورهای جشنواره عبارتند از:

- ۱- استعمال و قطع مصرف دخانیات در هر نوع، انتخاب بیماری یا سلامت
- ۲- دخانیات و قوانین
- ۳- ترندهای شرکت‌های دخانی در تشویق به مصرف
- ۴- دخانیات و زنان
- ۵- دخانیات و حقوق شهروندی
- ۶- دود محیطی دخانیات
- ۷- مصرف دخانیات در محل کار
- ۸- مصرف دخانیات در اماکن عمومی
- ۹- روش‌های کنترل دخانیات و قطع آن
- ۱۰- دخانیات و رسانه و کودکان

امتیازات شرکت‌کنندگان در اولین جشنواره تهران بدون دخانیات عبارتند از:

- ۱- اهدای جوایز نفیس تا سقف سی میلیون ریال به نفرات برتر در بخش‌های ده گانه جشنواره.
- ۲- اهدای لوح تقدیر و تندیس یادواره جشنواره به نفرات برتر انتخاب شده توسط هیئت داوران.
- ۳- عدم محدودیت شرکت‌کنندگان جشنواره در یک رشته و آثار ارسالی
- ۴- اهدای لوح شرکت در جشنواره به کلیه افرادی که آثارشان به مرحله داوری رسیده است.
- ۵- انتشار آثار جشنواره به صورت کتاب یا درج نام پدیدآورندگان با موضوع‌های نقاشی، آثار مکتوب، آثار هنری و گرافیک و عکس در سه سطح و کتاب ویژه ایده‌ها و پیام‌های تاثیرگذار شهروندی در موضوع کنترل دخانیات و شهر بدون دخانیات
- ۶- اهدای جوایز و بسته‌های فرهنگی به ارائه‌کنندگان کلیه آثار انتخابی برای انتشار
- ۷- حمایت جشنواره از پایان نامه‌ها، فیلم‌نامه‌ها و پروژه‌های مرتبط با محورهای جشنواره.
- ۸- استفاده از سرمایه اجتماعی شناسایی شده در جشنواره در طرح (تهران شهر بدون دخانیات) برای کسب اطلاعات بیشتر و ارسال مقالات می‌توانید به آدرس بزرگراه آیتا... سعیدی، شهرک ولی‌عصر، خیابان شهید میرزایی، معاونت امور اجتماعی فرهنگی شهرداری منطقه ۱۸ و شماره تلفن ۶۶۲۹۷۵۲۳ تماس حاصل نمایید.

هر یک قلیان معادل مصرف ۱۰۰ نخ سیگارا

مصرف‌کنندگان قلیان در هر پک، یک لیتر دود استنشاق می‌کنند.

اسانس‌ها و عطرهای استفاده شده در تنباکوهای معسل یا میوه‌ای، حاوی هزاران ماده سمی و کشنده است.

به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنا، منطقه علوم پزشکی تهران؛ برخلاف بسیاری از عقاید و باورهای سنتی، دود منتشره از قلیان حاوی مقدار زیادی مواد سمی است. این مواد به عنوان عوامل اصلی بروز سرطان ریه، بیماری‌های قلبی-عروقی و سایر بیماری‌ها شناخته شده‌اند. نیکوتین حاصل از دود قلیان، همانند سایر مواد دخانی اعتیادآور است.

بنابر اعلام مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، مصرف‌کنندگان قلیان در هر بار مصرف، دود بسیار زیادی را در مقایسه با کشیدن یک نخ سیگار دریافت می‌کنند. با وجود اینکه بخشی از نیکوتین موجود در دود قلیان در اثر عبور از آب جدا می‌شود، میزان نیکوتین دریافتی در افراد مصرف‌کننده قلیان به اندازه‌ای است که وابستگی ایجاد می‌کند.

افراد سیگاری به طور متداول ۸ تا ۱۲ نخ سیگار در روز مصرف می‌کنند و به طور متوسط با ۴۰ تا ۷۵ پک در روز، حدود ۰/۵ تا ۰/۶ لیتر دود استنشاق می‌کنند. این در حالی است که مصرف‌کننده قلیان در هر وعده مصرف که به طور متداول ۲۰ تا ۸۰ دقیقه طول می‌کشد، حدود ۵۰ تا ۲۰۰ پک می‌زند و هر یک پک حاوی تا یک لیتر دود است.

به گزارش ایسنا برخلاف بسیاری از عقاید و باورهای سنتی، دود منتشره از قلیان حاوی مقدار زیادی مواد سمی است. این مواد به عنوان عوامل اصلی بروز سرطان ریه، بیماری‌های قلبی-عروقی و سایر بیماری‌ها شناخته شده‌اند. نیکوتین حاصل از دود قلیان، همانند سایر مواد دخانی اعتیادآور است.

به عبارت دیگر از نظر مواجهه و استنشاق دود، هر فرد مصرف‌کننده قلیان در هر وعده معادل ۱۰۰ نخ یا بیشتر سیگار، دود دریافت می‌کند. مصرف‌کنندگان قلیان و اطرافیان آنها که در معرض دود تحمیلی آن قرار دارند، همچون مصرف‌کنندگان سیگار مبتلا به

انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی-عروقی، تنفسی و اثرات سوء آن بر بارداری خواهند شد.

میزان متوکسیدکربن، فلزات سنگین و ترکیبات شیمیایی سرطانزای منتشره از احتراق ذغال و یا مواد ایجادکننده حرارت در قلیان، در مقایسه با سیگار به مراتب بیشتر از اثرات سوء آن، چه برای مصرف‌کننده و چه افراد در معرض دود تحمیلی است. این در حالی است که احتمال انتقال بیماری از راه دهان و دندان آلوده، در اثر استفاده مشترک از قلیان، همچون سل و هپاتیت قابل بررسی است.

خطر انتقال بیماری‌های عفونی به دلیل استفاده مشارکتی افراد از قلیان وجود دارد. توتون و تنباکوی استفاده شده در قلیان از پست‌ترین توتون و تنباکوهای موجود و در واقع خطرناک‌ترین آنها است. اسانس‌ها و عطرهای استفاده شده در تنباکوهای معسل یا میوه‌ای، حاوی هزاران ماده سمی و کشنده است.

برگرفته از مجله جامعه پزشکی تهران- شماره ۸۸ بهار ۱۳۸۹

تولید سیگارهای قاچاق از توتون‌های سوخته در - همسایگی ایران

دبیر کل جمعیت مبارزه با استعمال دخانیات از تولید سیگارهای قاچاق در کشورهای همسایه ایران با استفاده از بدترین نوع توتونی که باید سوزانده شوند خیر داد.

دکتر محمدرضا مسجدی در گفت و گو با مهر اظهار داشت: سیگارهای قاچاق توسط چند شرکت بین‌المللی که انحصار سیگار دنیا را در اختیار دارند تولید می‌شود. وی با اشاره به ورود ۲۰ میلیارد نخ سیگار قاچاق به کشور افزود: قطعاً این میزان سیگار با چمدان و ساک دستی قاچاق نمی‌شود.

مسجدی افزود: توتون‌هایی که در سیگارهای قاچاق استفاده می‌شود، استاندارد نیست و مواد افزودنی آنها به مراتب خطرناک‌تر از توتون‌های استاندارد است که توسط شرکت دخانیات استفاده می‌شود.

اطلاعات- ۲۴ آبان ۸۹

ورود یک جریان سیاسی به عرصه قاچاق سیگار

سایت روزنامه جوان نوشت: یک جریان سیاسی در ادامه فعالیت‌های خود وارد حوزه اقتصادی شده است.

این جریان که سعی دارد در حوزه رسمی سیاسی سعی در بسترسازی برای آینده نماید، این روزها برای بهره‌گیری از منابع اقتصادی به برنامه‌ریزی‌های چندریزی روی آورده است. گفته می‌شود یکی از این برنامه‌ریزی‌ها تلاش برای اتصال به مافیای قاچاق سیگار است تا از این طریق بتواند به منابع قابل توجهی دست یابد.

در همین زمینه شنیده می‌شود تلاش این جریان برای ارتباط‌گیری با برخی سرپل‌های خارجی برای مذاکرات وارد دور جدیدی شده و به احتمال زیاد تا چند هفته آینده منجر به توافقات اصولی در این زمینه شود.

به نقل از خبرگزاری تابناک - کدخبر ۱۲۰۲۲۱

مروری بر برنامه تلویزیونی حباب

«... انگار چیزی کم کرده‌ام، سیگار کشیدن پس از مدتی عادی می‌شود و دیگر آن هیجان اولیه را ندارد.

سر کوجه نشسته بودم دوستم تعارف کرد، کشیدم. اولش سرفه، سرگیجه و سوزش گلو داشتم ولی بعد برایم عادی شد طوری که الان وقتی سیگار نمی‌کشم انگار چیزی را کم کردم اما دیگر آن هیجان اولیه را برایم ندارد»

اینها صحبت‌های پسر نوجوانی است که در گزارش برنامه حباب از شبکه دوم سیما به آن اشاره کرد. او از ۱۰ سالگی سیگار کشیدن را آغاز کرده است.

برنامه زنده تلویزیونی حباب کاری از گروه اجتماعی شبکه دوم سیما است که در تاریخ ۸۹/۹/۱۹ به موضوع سیگار و اعتیاد اختصاص داشت و دکتر محمدرضا مسجدی (دبیرکل جمعیت مبارزه با دخانیات) و دکتر اختیاری (روانپزشک و کارشناس حوزه اعتیاد) به عنوان میهمان در آن حضور داشتند. آنچه از نظر آنان می‌گذرد برخی از پرسش و پاسخ‌های این برنامه است:

دبیرکل جمعیت مبارزه با دخانیات، درباره این که هنوز در خانواده‌های ما بچه‌ها از این که خانواده‌هایشان متوجه شوند آنها سیگار می‌کشند ناراحت می‌شوند توضیح داد: حرمت خانواده هنوز در کشورمان پا

برجاست که نکته قوت مهمی است و اگر بخواهیم در بحث مبارزه با مواد اعتیادآور برنامه عملیاتی عرضه شود باید از استفاده از سیگار و قلیان شروع کرد چرا که این دو به راحتی مورد استفاده قرار می‌گیرند و هنوز در جامعه ما پدر و برادر بزرگ حرمت دارد و باید آن را تقویت نموده و از این طریق وارد شویم. اگر بچه‌ای بتواند از ۵ تا ۱۰ سالگی به سیگار نه بگوید به سایر مواد مخدر هم نه خواهد گفت و در این زمینه رسانه‌ها نقش مهمی دارند. به عنوان مثال در بحث انفولانزا رسانه‌ها نقش عمده‌ای را ایفا کردند و با آگاهی دادن خوب به مردم آنها را وارد صحنه کردند و در خصوص سیگار هم رسانه می‌تواند در قالب سناریوی ویژه هنری برنامه‌ای را تنظیم کند که مردم بتوانند آن را لمس کنند.

دکتر مسجدی درباره این که آیا از مالیات سیگار برای پیشگیری هزینه شده است اظهار کرد: سال گذشته مبلغ خوبی به وزارت بهداشت و تربیت بدنی تعلق گرفت اما امسال هنوز مبلغی به وزارت بهداشت پرداخت نشده است.

دکتر مسجدی درباره شیوع رو به افزایش استفاده از قلیان متذکر شد: متأسفانه در خصوص قلیان سنت شکنی در حال اتفاق افتادن است و ما با بحرانی در این زمینه مواجه هستیم چرا که هنوز در خانواده‌های ما فرزندی نیست که درمقابل پدر سیگار بکشد اما متأسفانه در خصوص قلیان همه اعضای خانواده دور هم می‌نشینند و قلیان می‌کشند.

وی ادامه داد: این دسته جمعی مصرف کردن قلیان سنت‌شکنی است و حرمت خانواده را می‌شکند و از سویی دیگر مضرات قلیان به مراتب بیشتر از سیگار است و عوارض بیشتری دارد طوری که یک قلیان معادل ۲ پاکت سیگار است و مضرات سیگار و قلیان باید به قدری تکرار شود تا همه مردم با دیدن آنها به یاد توصیه‌های ما بیفتند.

دبیرکل جمعیت مبارزه با دخانیات در پاسخ به سوال مجری برنامه مبنی بر این که چه نمره‌ای به اجرای قانون جامع ملی کنترل دخانیات می‌دهید اظهار کرد: ایران نمره قبولی در این زمینه نمی‌گیرد البته باید گفت ما در خیلی از رخدادهای منطقه‌ای و جهانی در



به گزارش روابط عمومی شرکت دخانیات ایران، در طول آذرماه سال جاری تعداد ۲ هزار و ۳۸۳ تیم روز بازرسی از سوی اکیپ‌های متشکل از نیروی انتظامی، سازمان بازرگانی، شورای اصناف و شرکت دخانیات ایران از تعداد ۲۵ هزار و ۵۲۳ خرده‌فروشی و ۳ هزار و ۹۹ عمده فروشی در سطح کشور صورت گرفت که در این راستا ۱۸۱ پرونده بالای یک میلیون تومان و ۵۹۳۶ پرونده زیر یک میلیون تومان تشکیل شد و تحویل مراجع قضایی گردید.

براساس این گزارش استان آذربایجان غربی با ۱۳ میلیون و ۶۱۷ هزار و ۱۱۰ نخ سیگار قاچاق و استان سیستان و بلوچستان با کشف هزار و ۶۸۲ کیلو تنباکوی معسل در صدر استانهای کاشف در کشور در طول آذرماه قرار دارند.

بیشترین برند سیگارهای قاچاق کشف شده شامل: اسه، ویکتوریا، پرستیژ، مدرن، زست، مارلبورو، آفایر و سیما می‌باشد و بیشترین برند تنباکوی معسل قاچاق کشف شده: الوحده و النخله می‌باشد.

www.irtobacco.com.portal/Default.aspx

پارک قائم پارکی بدون دخانیات

عباس بیگدلی مسئول اداره سلامت شهرداری منطقه ۱۸ با اشاره به اختصاص یک بوستان منطقه به بوستان بدون دخانیات گفت: کشیدن سیگار به دلیل ضررهایی که برای افراد دارد و با توجه به این که سالانه بیش از شش میلیون نفر از طریق دخانیات جان خود را از دست می‌دهند از سوی شورای اسلامی شهر تهران طرح شهر بدون دخانیات در تهران به تصویب رسید و طی آن پارک قائم بزرگترین بوستان جنوب غرب تهران، به عنوان «پارک بدون دخانیات» معرفی شد.

مسئول اداره سلامت منطقه ۱۸ افزود: استعمال دخانیات، امروزه یک معضل فرهنگی و اجتماعی است که باید متولیان و کارشناسان سلامت به دنبال یک راهکار مناسب برای کاهش آن در شهر باشند. بیگدلی با اشاره به پارک بدون دخانیات اظهار داشت:

آسیا پیشگام هستیم و ایران اولین کشوری است که قانون جامع کنترل دخانیات در مجلس آن تصویب شده و ما اولین کشور منطقه هستیم که مالیات بر سیگار را در منطقه مصوب کرده، در ابتدا پیشگام هستیم اما در ادامه متوقف می‌شویم و این رویه باید تغییر نماید.

دکتر مسجدی در پایان سخنان خود بر نقش صدا و سیما در اطلاع‌رسانی به مردم و آگاه‌سازی آنان تاکید کرد و گفت: بر اساس پرسشگری مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات ۱۲٪ افراد جامعه اصلا نمی‌دانند که چنین قانونی وجود دارد و تنها ۵٪ از آنها از محتوی قانون با خبر هستند که مثلا سیگار کشیدن در اماکن عمومی جریمه دارد و به حقوق مردم تجاوز می‌شود.

کشف بیش از ۵۰۵۷۲۰ نخ سیگار و ۵۰ بسته تنباکوی معسل قاچاق در استان لرستان

در پی عملیات مشترک مامورین مبارزه با قاچاق دخانیات استان لرستان با مامورین نیروی انتظامی و پلیس آگاهی استان بیش از ۵۰۵۷۲۰ نخ سیگار و ۵۰ بسته تنباکوی معسل قاچاق از مورخه اول آذر ماه تا سی‌ام آذر ماه کشف و ضبط گردید که کشفیات فوق همراه با متهمان تحویل مقامات قضایی شد. به گزارش روابط عمومی شرکت دخانیات این کشفیات در پی گشت‌های روزمره انجام شده است.

www.irtobacco.com.portal/Default.aspx

کشف ۵۲ میلیون و ۴۹۹ هزار و ۱۴۰ نخ سیگار قاچاق

تعمیرات حکومتی، سازمان بازرگانی، شورای اصناف و شرکت دخانیات ایران و همکاری و تعامل بسیار سازنده ستاد مرکزی مبارزه با قاچاق کالا و ارز در آذر ماه سال جاری ... باعث شدند تعداد ۵۲ میلیون و ۴۹۹ هزار و ۱۴۰ نخ سیگار و همچنین ۲۳ هزار و ۴۵۰ کیلو تنباکوی معسل و ۶ هزار و ۷۸۴ بسته توتون پیب قاچاق کشف و ضبط گردد.





افرادی که وارد بوستان قائم می‌شوند، پیامک‌های سلامت شامل مضرات استعمال دخانیات به آنها از طریق اداره سلامت منطقه ارسال می‌شود.

وی ادامه داد: همچنین با نصب پلاکارد و تابلو، پیام‌های سلامتی مختلفی را در شاخه فرهنگ‌سازی ترک دخانیات در این بوستان منطقه نصب شده است. بیگدلی، در پایان با اشاره به برگزاری جشنواره «شهر بدون دخانیات» خاطر نشان کرد: مهلت شرکت در این جشنواره ۱۵ آذر است که در روز ۲۶ بهمن طی برپایی نمایشگاهی، آثار رتبه‌های برگزیده در بوستان گفتگو به نمایش در می‌آیند و روز ۲۷ بهمن نیز در مجتمع «مختار سلیمانی» منطقه ۱۸ مراسم افتتاحیه آن با حضور شهردار محترم و اعضای شورای اسلامی شهر تهران برگزار شده و به نفعات برگزیده جوایزی اهدا می‌شود.

<http://social.yjc.ir/NewsDesc.aspx?newsid=390574>

نوجوانان، سیگار، پیشگیری

امروزه علی‌رغم هشدارهای پیاپی مجامع پزشکی و فرهنگی، مصرف سیگار به طور روزافزون در جامعه ما بالا می‌رود. متأسفانه اغلب سیگاری‌ها با اینکه از مضرات سیگار باخبرند، ولی از روی عادت و به بهانه کسب آرامش و رفع خستگی، اقدام به مصرف آن می‌کنند و سلامت خود را به خطر می‌اندازند.

میزان مصرف افراد سیگاری، با ایجاد تشدید مسائل روانی افزایش می‌یابد و گاه به حدی می‌رسد که جای خواب و خوراک را نیز می‌گیرد. دوری از خانواده، بیکاری، محرک‌های روانی، اصرار دوستان و خویشان و حتی علاقه شخصی، کسب لذت و تقلید و خودنمایی، از عوامل مؤثر در روی‌آوری به سیگار است. استعمال سیگار در نوجوانان، بیشتر جنبه خودنمایی دارد و آرام برای کسب لذت صورت می‌گیرد. تجربه استعمال سیگار تا قبل از بیست سالگی یعنی در بحرانی‌ترین سنین نوجوانی، به این سبب که دوران شخصیت‌سازی نوجوان است و هر تجربه‌ای را تا آخر عمر فرا راه خود قرار می‌دهد، بسیار خطرناک است. یکی از دلایل اصلی روی‌آوری نوجوانان به سیگار، کنجکاوی در

امتحان کردن آن است که اغلب از طریق دوستان تبلیغ می‌شود و کم‌کم برای ادامه این تجربه، بهانه‌های دیگری نیز فراهم می‌شود. برخی از نوجوانان برای مخالفت با خانواده و رفع حقارت‌ها به این کار دست می‌زنند و می‌خواهند از این طریق اعتماد به نفس بیشتری کسب کنند. رقابت با گروه همسالان از طریق خودنمایی، بزرگترین دلیل شایع برای آغاز مصرف سیگار است.

بسیاری از پسران نوجوان سیگاری، عقیده دارند با هر پکی که به سیگار می‌زنند، احساس مردانگی می‌کنند و این شیوه به زودی جزئی از شخصیت آنها می‌شود. تقلید از پدر و مادر و اطرافیان نیز تأثیر زیادی در سیگاری شدن نوجوان دارد. اضطراب، تنش، محرک‌های شدید روانی و ناراحتی‌های خانوادگی عوامل عمده زمینه‌ساز برای روی آوردن به سیگار هستند.

نقش خانواده در مراقبت از نوجوانان برای پیشگیری از استعمال دخانیات حائز اهمیت است. خانواده‌های هوشیار باید با آگاهی از شرایط ویژه این دوره همواره مراقب فرزندان نوجوان خود باشند. موقعیت حساسشان را درک کنند و هرچه بیشتر آنها را در پناه خود بگیرند. وقتی که مشکلات نوجوان در محیط خانه و در جمع صمیمی خانواده بدون ترس از شماتت مطرح شود و از طریق راه‌حل‌های منطقی والدین رفع گردد، دیگر نیازی به حضور و دخالت دوستان و همسالان نیست. نقش تربیتی خانه و خانواده به عنوان محیطی که فرزندان بیشترین وقت خود را در آن می‌گذرانند تا جایی مهم است که به جرأت می‌توان گفت، منشا تمام موفقیت‌ها و شکست‌ها را باید در شیوه تربیتی خانواده‌ها جستجو کرد.

والدین باید هوشیار باشند و ارتباطات، رفتار نوجوان خویش را تحت نظر بگیرند و اگر متوجه سیگار کشیدن فرزندان‌شان شدند با سعه‌صدر این نطفه شوم را خفه کنند. آموزش قبل از سن ۱۵ سالگی، تلاش برای کاستن فشارهای روانی، تشویق و تقویت به موقع موفقیت‌ها، فراهم کردن تفریحات سالم و سازنده و درونی کردن ارزش‌ها در پیشگیری از روی آوردن نوجوان به سیگار تأثیر زیادی دارد.

<http://www.findfa.com/6087>



اخبار بین الملل

استنشاق دود سیگار سالیانه جان ۶۰۰ هزار غیرسیگاری را می‌گیرد

گزارش رویترز، این در حالی است که براساس همین مطالعه مشخص شده بیشتر زنان، سیگاری بودن خود را با پزشکشان در میان می‌گذارند و آمادگی خوبی برای ترک آن دارند. همچنین بررسی‌های قبلی نیز نشان داده بود که انجام مشاوره، یکی از راههای مفید و مؤثر برای کنار گذاشتن سیگار است. به گفته محققان مجری این مطالعه در مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریهای آمریکا، از آنجا که مشاوره ترک سیگار برنامه‌ای وقت‌گیر است و همیشه هم موفقیت آمیز نیست، بیشتر پزشکان، تمایلی به انجام آن ندارند. این مطالعه همچنین نشان داده که از هر ۱۰ زن باردار، یک نفر اظهار کرده است که در دوران بارداری سیگار می‌کشیده است. جالب اینکه ۱۶ درصد این زنان گفته‌اند قبل از بارداری سیگار را کنار گذاشته و نیمی از آنان قبل از شروع مراقبت‌های بارداری این کار را کرده‌اند.

www.reuters.com

رابطه ژنتیک و سیگار

محققین دانشگاه تورنتو در حال انجام مطالعه‌ای در جهت تعیین یک درمان بصورت فردی در مورد ترک سیگار می‌باشند.

محققین دانشگاه تورنتو و مرکز ترک سیگار در تورنتو این واقعبیت را کشف کرده‌اند که دلیل سخت بودن ترک سیگار می‌تواند ژنتها باشد. چرا که هر فرد سیگاری یک آرایش ژنی خاصی دارد که این می‌تواند روی پاسخ آنها به درمان‌های مختلف در جهت کمک به ترک سیگار تأثیر بگذارد. به همین دلیل در صدد هستند تا درمان اختصاصی مرتبط با هر فرد سیگاری را جهت افزایش تأثیر تلاش‌های مرتبط با ترک سیگار بیابند.

یک گروه از دانشمندان در سر تا سر آمریکای شمالی در تلاش جهت فهم این موضوع هستند که چگونه ژنها باعث پاسخ‌های فردی متفاوت به درمان می‌شوند. در مطالعات انجام شده توسط گروهی از تحقیق یک Marker شناخته شده است که نمایانگر تفاوت‌های

خبرگزاری فارس؛ نتایج یک تحقیقات نشان می‌دهد استنشاق دود سیگار سالیانه جان ۶۰۰ هزار غیرسیگاری را می‌گیرد.

به گزارش مانتیورینگ فارس به نقل از شبکه تلویزیونی پرس تی‌وی، بر اساس تحقیقات پزشکی که در مجله انگلیسی «لانسِت» منتشر شد، سالیانه ۶۰۰ هزار غیرسیگاری که یک سوم آنها را کودکان تشکیل می‌دهند بر اثر استنشاق دود سیگار جان خود را از دست می‌دهند.

این تحقیقات نشان می‌دهد شمار تلفات ناشی از استنشاق دود سیگار در بین کشورهای فقیر و ثروتمند جهان در حال افزایش است به طوری که از سال ۲۰۰۴ تا کنون در حدود ۶ میلیون غیرسیگاری جان خود را از دست داده‌اند.

دکتر «آنت پروس اوستون» عضو گروه تحقیق از سازمان بهداشت جهانی گفت: مصرف دست دوم سیگار استنشاق دود سیگار یکی از معمول‌ترین آلاینده‌های محیط زیست در سراسر جهان است.

وی افزود: ۴۰ درصد کودکان، ۲۵ درصد زنان و ۲۳ درصد مردان را مصرف‌کنندگان دست دوم سیگار در سراسر جهان تشکیل می‌دهد. پژوهشگران اعلام کردند بیشترین گروهی که از دود سیگار رنج می‌برند کودکان هستند که تاکنون ۱۶۵ هزار نفر از آنها بر اثر استنشاق دود سیگار جان خود را از دست داده‌اند.

این تحقیقات افزود: فقر یکی از عواملی است که اوضاع را برای کودکان تحت تأثیر این موضوع وخیم‌تر می‌کند.

www.isna.ir

مادران به ترک سیگار تشویق نمی‌شوند

تازه‌ترین بررسی‌ها نشان داده با وجود اتفاق نظر همه پزشکان بر زیان‌های گسترده سیگار کشیدن مادران باردار بر جنین‌شان، بیشتر پزشکان، حداقل در آمریکا، مادران باردار را به ترک آن تشویق نمی‌کنند. به

فردی در این زمینه که نیکوتین با چه سرعتی در بدن شکسته می‌شود می‌باشد.

این بیومارکر می‌تواند جهت تخمین اینکه درمان‌های مختلف ترک سیگار برای افراد سیگاری تا چه اندازه مفید و مؤثر هستند استفاده شود.

این مطالعات اخیر جهت کاربردی کردن این بیومارکر در عملکردهای کلینیکی می‌باشد. این بیومارکر که Nicotine Metabolite Ratio (NMR) نامیده می‌شود، نمایانگر تفاوت‌های ژنتیکی ورژن CYP2A6 و همچنین تأثیرات محیطی روی متابولیسم نیکوتین می‌باشد.

http://www.dentii.info/fa/index.php?option=com_content&view=article&id=145&genen&catid=1&latest-news&I

سیگارهای الکترونیکی طعم‌دار

متخصصین آزمایشگاهی در شرکت جانسون کریک که برای سیگارهای الکترونیکی بدون دود، اسانس دود می‌سازند در محیطی استریلیزه کار می‌کنند. این اسانس در سیگارهای الکترونیکی باطری‌خور استفاده می‌شود تا به مصرف‌کننده آن حس سیگارکشیدن واقعی را بدهند.

متخصصان آزمایشگاه شرکت جانسون کریک این اسانس را در سیگارهای این شرکت جمع می‌کنند. سازنده اسانس متراکمی را در سیگارها به کار می‌برد که نیکوتین را با شدت‌های مختلف آزاد می‌کند.

کریستین برکی فرد سیگاری بوده که روزی دو پاکت سیگار مصرف می‌کرد. او وقتی در مورد سیگارهای الکترونیکی شنید یعنی وسیله‌ای که محلول آب، نیکوتین را بخار می‌کند بدون آن که دود و آتش داشته باشد، ابراز کرد این وسیله همان حس و طعم سیگار واقعی را می‌دهد. برکی از طریق اینترنت یکی از آن وسیله‌ها را سفارش داد. «گیج شده بودم. یکی زدم همان حس سیگارکشیدن را می‌داد. انگار دود بیرون می‌آمد اما بوی آن را حس نمی‌کردم.»

«یک مشکل وجود داشت. طعم آن خیلی به من نمی‌چسبید. اسانس چینی طعم مواد شیمیایی را

می‌داد.» او تصمیم گرفت کار بهتری انجام دهد. او نگران کامل کردن این وسیله مداد مانند نبود که باطری می‌خورد و معمولاً چراغ قرمز LED ته آن روشن می‌شد. او می‌خواست اسانسی را درست کند که با تجربه سیگارکشیدن، طعم بهتری بدهد.

برکی دست به کار شد و چند فرمول متعدد را آزمایش کرد و سعی نمود طعم آن را بهتر نماید. ماه نوامبر سال ۲۰۰۷ بود. تا ماه فوریه سال ۲۰۰۸، کم‌کم متوجه برخی نتایج شد. دو ماه بعد با اعمال تغییرات بسیار روی محلول، فرمولی را که می‌خواست پیدا کرد. برخلاف نسخه چینی که مواد بسیاری در آن به کار رفته شده بود، فرمول برکی ساده بود و فقط هفت ماده اولیه در آن به کار می‌رفت. در ماه جولای سال ۲۰۰۸، برکی شغل خود را به عنوان مدیر یک فروشگاه خرده فروشی محصولات شرکت اپل ترک کرد و با جسارت به انجام کاری که می‌خواست مبادرت کرد. او شروع به بازاریابی برای محصول خود در بازارهایی کرد که فقط سیگارهای الکترونیکی می‌فروختند. او به مشتریان به طور رایگان نمونه‌هایی از محصول خود را داد. نتیجه‌ای که دریافت کرد خوب بود، او گفت: آنها خیلی خوششان آمد. دیگر هیچکدام نمی‌خواستند آن جنس چینی را استفاده کنند.

آن لحظه، لحظه موفقیت برکی بود. او یک قدم جلوتر رفت و شرکت مستقل خود را با عنوان شرکت جانسون کریک ثبت نمود. به گفته برکی: «تصمیم راحتی نبود اما من این تصمیم را گرفتم.» برکی، هیدی براون کارمند دیگر شرکت اپل را هم متقاعد کرد تا به او بپیوندد. براون سیگار نمی‌کشید و مبتلا به آسم بود و به همین خاطر ایده شراکت در این کار برای تجارت اسانس سیگارهای الکترونیکی چندان خوب به نظر نمی‌رسید. عقیده او این بود: «اما من به توانایی کریستین برای ارائه برنامه تجاری اعتماد کردم.» از همان آغاز شرکت جانسون کریک ۱۴ کارمند تمام وقت را به کار می‌گیرد و تجارت پررونقی دارد که قرار است امسال دو میلیون دلار تولید داشته باشد و در نظر دارد که «اسانس دود جانسون کریک اورجینال»، همان محصول این شرکت و سیگارهای الکترونیکی را به بارها، رستوران‌ها، میخانه‌ها و سالن‌های بولینگ



گفته برکی، FDA در تحقیقات خود DEG را در این نمونه‌ها پیدا کرد اما مقدار آن بسیار ناچیز بود. سوال این است که آیا FDA اسانس دود جانسون کریک را امتحان کرده است یا نه؟

او در ادامه گفت: «می‌دانم قرار است مقرراتی تعیین گردد و این خوب است. ما به طور قطع، بی‌صبرانه در انتظار کار کردن با FDA هستیم.» برکی و براون انتظار پنجم جولای را هم می‌کشند، وقتی که تجارت کشور باید به سمت تجارتي بدون دود برود. این شرکت در مورد سیگارهای الکترونیکی با شرکت «بلو» قرارداد انحصاری دارد و امیدوار است صاحبان بارها، رستوران‌ها و دیگر اماکن عمومی را برای فروش سیگارهای الکترونیکی و اسانس دود این شرکت، در مجموعه خودشان متقاعد کند. به گفته براون، ما افراد زیادی را داریم که به آن علاقه‌مندند.

قانون جدید استفاده و مصرف سیگارهای الکترونیکی را قدغن نمی‌کند اما هم برکلی و هم براون در مورد این مطلب توافق دارند که آنها در صورتی موفق خواهند شد که عموم را در مورد این وسیله و اسانس دود آن آموزش دهند. ماورین بوسالاجی، مدیر اجرایی «ویسکوزین بدون دود» آن را خریداری نمی‌کند. تلاش‌های جانسون کریک برای راه پیدا کردن به رستوران‌ها و بارهای این ایالت با فروش سیگارهای الکترونیکی و اسانس دود شرکتشان احتمالاً باعث سردرگم شدن ساکنین این ایالت می‌گردد. او می‌گوید: «این خیلی وحشتناک است که آنان تلاش می‌کنند کودکان را هم به نیکوتین معتاد کنند.»

روزنامه سنتپل/ ۲۳ ژوئن سال ۲۰۱۰/ دان والکر

بفروشد و هر دو این کار را بدون تبلیغات انجام دادند. در دفاتر کار کوچکشان در شهرک صنعتی جانسون کریک، برکی مدیرعامل و براون سرپرست بخش عملیات، از کنترل کیفیتی که در کارشان دارند به خود می‌بالند. این اسانس آماده شده و در بطری‌های کوچکی در یک اتاق استریل‌زده ریخته می‌شود، محیطی کنترل شده که در آن محصولات ساخته می‌شوند. در این محیط، متخصصین آزمایشگاهی سر تا پا روپوش آزمایشگاهی پوشیده و عینک محافظ به چشم دارند. این شرکت ادعا می‌کند که اولین شرکت تولیدکننده اسانس دود در ایالات متحده می‌باشد. آنها لیستی از مواد سازنده آن را روی هر بطری قید می‌کنند، از درپوش‌هایی روی بطری‌ها استفاده می‌نمایند که بچه‌ها نتوانند درب آن‌ها را باز کنند و این بطری‌ها را برای ایمنی بیشتر درون قوطی‌هایی می‌گذارند. به گفته برکی و براون، این تجارت بسیار خوب پیش می‌رود. برنامه آنها این است که طی ماه‌های آینده ۱۲ تا ۱۴ کارمند دیگر را هم به مجموعه خود اضافه کنند. به دنبال ساختمان بزرگ‌تری می‌گردند که فضای کافی برای پاسخگویی به نیازهای آنها را داشته باشد. شرکت جانسون کریک ده طعم مختلف را با چهار میزان نیکوتین برای خط تولید اسانس دود جانسون اورجینال تولید می‌کند. این شرکت شش طعم را با سه میزان نیکوتین برای «رد اوک»، خط تولید اسانس دود بدون پروپیلن گلیکول ارائه می‌کند. یک بطری ۱ اونس (حدود ۱/۵ گرم) ۱۹/۹۵ دلار قیمت دارد. بطری نیم اونس آن ۹/۹۵ دلار می‌باشد. این تجارت، کار هر کسی نیست. سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) آزمایشی بر روی نمونه‌های سیگارهای الکترونیکی به عمل آورد. به گفته این سازمان این نمونه‌ها محتوی مواد شیمیایی سمی و مواد سرطان‌زا نظیر دایتیلن گلیکول (DEG)، ماده مورد استفاده در ضدیخ بودند. به علاوه FDA هشدار داد که اسانس دود و سیگارهای الکترونیکی که به افراد جوان عرضه و فروخته می‌شود هیچ اختطاری مبنی بر به خطر انداختن سلامتی ندارد. به گفته FDA این طعم‌ها افراد جوان را مجذوب خود می‌کنند. به

درخواست پزشکان برای استعفای رئیس IDRC از معاهدات تنباکو

اخیرا روزنامه CMAJ روابط باربارا مک دوگوال را با صنعت دخانیات مورد انتقاد قرار داد. این روزنامه در پاسخ به تماس‌ها گفت که وزیر سابق کابینه فدرال از آژانس تحقیقاتی پیشرفت بین‌المللی استعفا داد. به نقل از همین روزنامه باربارا مک دوگوال



حاصل از استعمال دخانیات باید قوانین کنترل دخانیات وضع می‌شد. وقتی رئیس جمهور باراک اوباما اواخر ماه ژوئن ۲۰۱۰ مبلغی طبق قانون تصویب کرد، حامیان حرکت ضد دخانی پیشنهاد دادند که این امر می‌تواند به کاهش میزان نیکوتین، ممنوعیت سیگارهای نعنائی (Menthol) یا اقدامات جدی دیگری منجر گردد.

چنین اقداماتی هنوز مسیر طولانی پیش رو دارند، در حالی که FDA برای تعیین شواهد علمی برای بهبود سلامت عمومی زمان بیشتری می‌خواهد. این کار آینده این صنعت و اثرات آن روی شرکت‌ها و مشتریان را در برده ابهام قرار می‌دهد. اما برای کارشناسان بهداشت عمومی یک چیز روشن است، برای پایان دادن به مرگ و بیماری ناشی از سیگار و دیگر محصولات دخانی و جلوگیری از روی آوردن سریع افراد به این محصولات، کارهای بیشتری باید انجام شود.

نگرش حساب شده FDA جلوی تغییرات آن را طبق تجویز قانون نمی‌گیرد: محدود کردن بازاریابی خصوصاً برای کودکان، قدغن کردن سیگارهای طعم‌دار بجز سیگار با طعم نعنا، برداشتن عناوینی نظیر «سیک»، «ملایم» یا «کم قطران» از روی پاکت‌های سیگار، بزرگتر کردن برچسب‌های هشدار بهداشتی روی پاکت محصولات دخانی بدون دود و بررسی مواد سازنده سیگارها، علاوه بر اثرات سلامتی سیگار نعنائی.

به گفته ماتئو میرز رئیس مبارزه با اعتیاد کودکان، FDA در طی مدت کوتاهی پیشرفت شایانی کرده و به تدریج اثر هدفمندی روی سلامتی افراد داشته است.

مطابق قانون، FDA می‌تواند تولید و مصرف نیکوتین یا دخانیات را به طور کامل قدغن کند، این آژانس می‌تواند تا سطحی که اعتیاد به همراه نداشته باشد میزان نیکوتین را پایین بیاورد و این دقیقاً همان چیزی است که دیوید کسلر رئیس سابق FDA در یک اقدام ضد دخانی برای بهداشت عمومی مقام اول را به خود اختصاص داد.

صنعت دخانیات‌سازی چهل سال پیش می‌دانست که

باید عنوان ریاست هیئت مدیره آژانس تحقیق و توسعه بین المللی (IDRC) را در یک جلسه دو روزه رها کند چون او نیز تا این اواخر عضو شرکت دخانیات ITC کانادا بود. خانم مک دوگوال که از سال ۲۰۰۷ عضو هیئت مدیره مرکز تحقیق و توسعه بین‌المللی بود در آوریل همین سال از ITC استعفا داد. مؤسسه بیل و ملیندا گیت، اعطای ۵/۲ میلیون دلار به این آژانس را اوایل همین سال وقتی متوجه همکاری خاتم دوگوال با صنعت دخانیات شد لغو نمود.

این روزنامه پزشکی می‌گوید ریاست هیئت مدیره این آژانس توسط خاتم دوگوال تخلص از چارچوب قوانین بین‌المللی کنترل دخانیات محسوب می‌گردد که جلوی همکاری صنعت دخانیات با بخش تحقیق و توسعه را می‌گیرد.

آژانس تحقیق و توسعه بین‌المللی به کشورهای در حال توسعه در یافتن راهکارهایی برای مشکلات محیطی و اجتماعی- اقتصادی از طریق علم و دانش کمک می‌کند. طبق سرمقاله، نقش خانم مک دوگوال در هیئت مدیره آژانس تحقیق و توسعه بین‌المللی، در حال حاضر، خراب کردن شهرت و اعتبار مؤسسه و تأثیر گذاری او به عنوان رئیس این مجموعه است.

خانم مک دوگوال که سابقه‌ای درخشان در خدمات عمومی دارد، با کنار کشیدن خود به بهترین شکل به آژانس تحقیق و توسعه بین‌المللی خدمت می‌کند. اوایل ماه مه، روزنامه «طب آزاد» هم از خاتم مک دوگوال خواست که از شغلش در آژانس تحقیق و توسعه بین‌المللی استعفا کند.

این روزنامه توسط ویراستارانی شروع به کار کرد که در اعتراض به CMAJ وقتی صاحبان آن مجمع پزشکی کانادایی ویراستار سابق خود، دکتر جان هوی را اخراج کرد آنجا را ترک کردند.

اخبار مربوطه را در سایت زیرملاحظه کنید.
<http://www.teglobeandmail.com>

CMAJ روزنامه June 23, 2010

وضع قوانین دخانی توسط FDA به درازا می‌کشد

یک سال بعد از آن که قانون جدید، تعیین قوانین دخانیات را در حیطه اختیارات سازمان نظارت بر غذا و داروی ایالات متحده (FDA) قرار داد یک چیزی روشن می‌شود: که سال‌ها قبل برای کاهش مرگ‌ومیر



که میزان نیکوتین را تنظیم کند. اهمیتی ندارد که این نگرش چه باشد دیتون گفت که او از آمریکایی‌ها می‌خواهد به کار آزانس در مورد قوانین دخانی اعتماد کنند. او در ادامه صحبت‌های خود افزود: «ما حالا فرصتی برای گفتن حقیقت در مورد محصولات دخانی داریم و این کار را نیز به شیوه‌ای منطقی انجام می‌دهیم. ما متعصبانه مبادرت به این کار نمی‌کنیم، آنرا همچون حرکتی تهاجمی انجام نمی‌دهیم، آن را به طریق معقول و منظم انجام می‌دهیم. در عرض یک سال بعد، یک گروه علمی، توصیه‌هایی در مورد این که چطور FDA باید سیگارهای دارای طعم نعنا را کنترل کند. دودهایی با طعم نعنائی جای خود را برای رشد در بازار پرنوسان سیگار باز می‌کنند. اغلب ناظرین این صنعت فکر می‌کنند احتمال قدغن کردن سیگار نعنائی وجود دارد. FDA نیز تا ماه ژوئن آینده رهنمودهایی را باید تعیین کند که درج برچسبهای هشدار بهداشتی مصور بر روی بسته‌های سیگار الزامی گردد. شرکت‌های دخانی یک ماه وقت دارند تا از این قوانین تبعیت کنند.

تعدادی از تولیدکنندگان دخانیات، دعوی علیه محدودیت‌های بازاریابی اقامه کرده‌اند که شامل ممنوعیت در استفاده از رنگ و ترسیمات در اغلب تبلیغات دخانی می‌شود، تخطی از حقوق سخنرانی آزاد آنها در دادگاه فدرال هنوز در دست بررسی باقی می‌ماند. یک قاضی فدرال در کنتاکی اغلب محدودیت‌ها را تأیید کرد اما FDA و شرکت‌های دخانی که آنها را به چالش کشیده‌اند، قسمتی از این حکم را مورد بررسی قرار داده‌اند.

آسوشیتد پرس / ۲۴ ژوئن ۲۰۱۰ / مایکل فلبر باوم

شایع‌ترین علت قابل پیشگیری مرگ در جهان

کودکانی که پدر و مادر سیگاری دارند بیش از دیگر کودکان در خطر مرگ در دوران شیرخواری، عفونت گوش، کم‌خونی و آسم قرار دارند و ریه آنان در مقایسه با کودکان والدین غیرسیگاری، رشد کندتری دارد.

سازمان جهانی بهداشت اعلام کرد، سالیانه بیش از

استانه‌ای برای مقدار نیکوتین وجود دارد که زیر آن مقدار افراد ترک می‌کنند. کسلر در مصاحبه‌ای با آسوشیتدپرس گفت: «کاهش سطح نیکوتین در سیگارها چنان که می‌دانید کشیدن سیگار را تغییر می‌دهد. این آخرین استراتژی برای به حداقل رساندن زیان‌های ناشی از آن است. اغلب افراد سیگاری بین یک تا سه میلی‌گرم نیکوتین در سیگار را استنشاق می‌کنند. پیشنهاد کسلر این است که FDA این مقدار را بین ۱ و ۰/۵ میلی‌گرم کاهش دهد. او در ادامه گفت: «برخی استدلال می‌کنند که باید جلوی چنین پیشنهادی گرفته شود در حالی که با این کار اعتیاد به سیگار کم شده و خیل عظیم سالانه بیش از ۴۰۰۰۰۰ مرگ ناشی از مصرف سیگار در ایالت متحده کاهش می‌یابد. حال زمان آن فرا رسیده است که این خط سیر روی آوردن به سیگار، اعتیاد مزمن و مرگ زودرس را عوض کنیم. موفقیت این آزانس در نهایت باید از نظر تعداد کودکانی که تازه به سیگار روی آورده‌اند مورد ارزیابی قرار گیرند.»

به گفته میرز رئیس مبارزه با اعتیاد کودکان، پیشنهاد کسلر برای کم کردن مواد اعتیادآور دخانیات شایان توجه بسیار است. دو نگرش برای تنظیم استفاده از دخانیات وجود دارد: یکی نگرشی که می‌گوید هیچ راه ایمنی در مصرف دخانیات و تحت فشار گذاشتن افراد برای ترک وجود ندارد. نگرش‌های دیگر هم حاکی از این است که راه‌های چاره کم‌خطری مثل دخانیات بدون دود و سیستم‌های رساندن نیکوتین مانند آدامس یا حتی سیگارهای الکترونیکی می‌توانند به بهبود سلامت همگانی کمک کنند. به گفته دکتر لارنس دیتون مدیر مرکز FDA برای محصولات دخانی، این قانون احتمال برای هر دو را در نظر می‌گیرد و یک نگرش علمی را برای بهبود سلامت عمومی تجویز می‌کند. استراتژی‌های متعددی وجود دارد که مورد توجه FDA می‌باشند. دیتون در مصاحبه‌ای با آسوشیتد پرس گفت: «ما مطمئناً هیچ تصمیمی در مورد یک طرف یا طرف دیگر اتخاذ نکرده‌ایم.»

دیتون نگفت که آیا پیشنهاد کسلر رنگ واقعیت می‌گیرد یا نه اما گفت قانون به FDA اجازه می‌دهد



پنج میلیون نفر در جهان بر اثر سیگار کشیدن فوت می‌کنند.

سازمان جهانی بهداشت اعلام کرد، سالیانه ۵۱۰۰۰۰۰ نفر بر اثر استعمال دخانیات فوت می‌کنند و ۶۰۰ هزار نفر نیز به علت استنشاق تحمیلی دود سیگار دیگران قربانی می‌شوند.

پژوهش سازمان جهانی بهداشت حاکیست، اکثر این قربانیان ساکنان آفریقا و جنوب شرقی آسیا هستند. بررسی‌ها حاکیست، ۴۰ درصد کودکان و بیش از ۳۰ درصد افراد بزرگسال غیرسیگاری؛ مرتب دود سیگار دیگران را استنشاق می‌کنند که نتیجه این امر ۴۰۰ هزار مرگ به علت بیماری‌های قلبی و ۱۶۵ هزار مورد مرگ به علت بیماری‌های دستگاه تنفسی و حدود ۲۷ هزار مورد مرگ به علت بیماری‌های آسم و بیش از ۲۱ هزار مرگ بر اثر سرطان ریه در جهان است.

این آمار ۶۰۰ هزار نفری جدا از آمار مرگ و میرهای ناشی از استعمال دخانیات خود افراد است.

بیش از ۲۰۰ هزار مورد مرگ‌های سالانه کودکان زیر ۵ سال به علت قرار گرفتن آنان در معرض دود سیگار دیگران است و در بین بزرگسالانی که به علت استنشاق دود سیگار سایرین از دنیا می‌روند، بیشتری تعداد متعلق به قاره اروپا و آسیاست که زنان بیشترین آسیب‌ها را در این میان متحمل می‌شوند به طوری که بیش از ۲۸۰ هزار مورد مرگ از کل ۶۰۰ هزار مورد مرگ متعلق به زنان است.

سازمان جهانی بهداشت از دولت‌ها خواست، استعمال دخانیات را در اماکن عمومی و بسته ممنوع کنند.

<http://persianload.com/?p=96936>

ورزش و سهولت ترک سیگار

طبق یک تحقیق، انجام ورزش‌های ملایم مانند پیاده روی، دشواری ترک نیکوتین را برای سیگاری‌ها به اندازه زیادی کاهش می‌دهد.

به گزارش خبرنگار سایت پزشکان بدون مرز به نقل از آسوشیندپرس، دکتر «آدریان تیلور» که ریاست این تحقیق را بر عهده داشت و پرفسور ورزش و روانشناسی تندرستی در دانشگاه «اکستر» گفت، اگر

چنین تأییراتی را در دارویی می‌یافتیم این دارو فوراً به عنوان یک داروی کمکی برای ترک سیگار به فروش می‌رسد.

تیلور و همکارانش در این تحقیق با بررسی ۱۲ مقاله ارتباط میان ورزش و ترک نیکوتین را مورد مطالعه قرار دادند.



آنها محور تمرکزشان را بر روی ورزش‌هایی مانند پیاده‌روی و منقبض و منبسط کردن ماهیچه‌ها قرار دادند که می‌توان آنها را در خارج از باشگاه انجام داد. طبق تحقیق آنها، انجام حتی پنج دقیقه ورزش اغلب برای کمک به سیگارها در ترک این عادت کافی است.

در این آزمایش پس از انجام انواع مختلفی از ورزش‌های ملایم افراد مورد مطالعه را بر اساس میزان نیازشان به سیگار طبقه‌بندی کردند. افرادی که ورزش کرده بودند تمایل کمتری به سیگار گزارش دادند.

دکتر «روبرت وست» پروفیسور روانشناسی تندرستی در دانشگاه کالج لندن گفت، آنها دریافتند که تأثیر ورزش در ترک سیگار به اندازه برچسب‌های نیکوتین است.

این مطالعه در مجله بین‌المللی پزشکی «Addiction» منتشر شده است.

<http://www.pezcshk.us/?p=6661>

زندان بارها و بارها با کلک‌های عجیب غریب خود را بیمار نشان می‌دهد و حتی خبر مرگ او نیز به فیلیپ مورس که از او بسیار دلگیر شده است هم می‌رسد ولی او زنده است و به عنوان وکیل باعث آزادی مجدد فیلیپ مورس می‌شود در صحنه‌ای به صورت تصادفی همکار قبلی شرکت را می‌بیند و دوباره دستگیر می‌شود و به حبس ابد (انفرادی) و تنها روزی ۱ ساعت آفتاب و شستشو محکوم می‌گردد. در آخرین صحنه دوباره او در حال فرار است. جالب است که هیچ صحنه‌ای از سیگار کشیدن را در فیلم نمی‌بینیم.



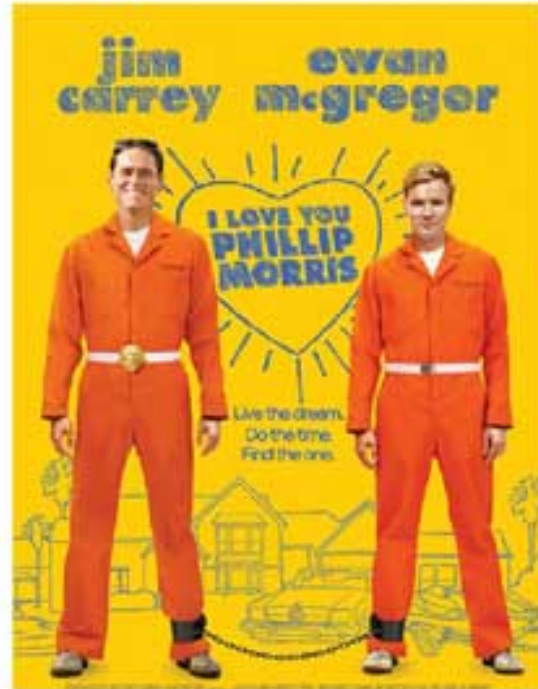
در نگاه اول شک می‌کنیم که این فیلم بایستی از کمپانی بزرگ سیگار سازی "فیلیپ مورس" حمایت کند و یا شاید با واسطه آنان ساخته شده باشد. اما بعد از مشاهده آن متوجه می‌شویم که وقت خود را تلف کردیم. فیلم که محصول سال ۲۰۰۹ آمریکا و با بازی جیم کری (که او را در نقش‌های کمدی خوبی مثل ماسک، احق و احق‌تر، دروغگو دروغگو و ... دیده بودیم) و آنان مک کری گور (که در فیلم موزیکال مولن روز بسیار خوب نقش آفرینی کرد) است بسیار هجو و زننده می‌باشد و

فیلم که ظاهراً از یک اتفاق واقعی الهام گرفته است هیچ نکته هنری قابل ذکری ندارد و بعید بود که این دو بازیگر به بازی در آن تن در دهند و شاید اجرای این نقش کاملاً متفاوت و عجیب آنها را به این کار راضی کرده باشد. یک احتمال دیگر نیز وجود دارد و آن اینکه کمپانی دخانیاتی با دستمزدی کلان این کار را عملی کرده باشد. زمانی که فیلم در ایالات متحده پخش شد مبارزین و فعالان کنترل سیگار هیچ ردپایی از این حمایت پیدا نکردند. فقط در روزهای اولیه نمایش فیلم موج مخالفی راه افتاد که بعدها با توضیح کارگردان و نویسنده فیلم که اسم فیلیپ مورس بدون ارتباط با این کمپانی سیگار سازی بوجود آمده است این اعتراض‌ها هم پایان یافت. ولی همیشه این شک و نگرانی‌ها وجود دارد که کمپانی‌های سیگار سازی از طرق مختلف و غیر مستقیم سعی در ورود خود و نام‌شان در اذهان مردم دارند و در پنهان‌کاری تبلیغاتی نیز پد طولایی داشته و همواره فقط به دنبال روش‌هایی برای افزایش فروش محصولات خود هستند. بایستی بیشتر به هوش باشیم!

به زندگی استیون راسل (کری) که پلیس است و بعد از مشکلاتی به همراه با همسر و پسرش به شهر دیگری نقل مکان می‌کنند می‌پردازد. بعد از این واقعه او که اوضاع اقتصادی مناسبی ندارد به حقه‌گیری و حقه‌بازی در امرار معاش رو آورده و علاوه بر آن تمایلات همجنس‌بازی پیدا می‌کند. بعد از مدتی دستگیر می‌شود و به زندان می‌افتد و در آنجا با فیلیپ مورس (مک کری گور) که او نیز همجنس‌باز است آشنا می‌شود و بین آنها رابطه عاطفی خاصی بوجود می‌آید. در صحنه‌ای که او را به زندان دیگری منتقل می‌کند به دوستش می‌گوید (فیلیپ مورس دوستت دارم) بعد از کلک‌های بسیار از زندان فرار می‌کند و با حقه‌بازی خود را وکیل و حسابرس معرفی می‌کند و اتفاقی در شرکت بزرگ همکار می‌شود. او که از همسر خود جدا شده در این بین با حقه‌بازی شرایط آزادی فیلیپ مورس را هم فراهم می‌کند و با هم شروع به زندگی مشترک می‌نمایند. در شرکت به جعل اسناد می‌پردازد و ثروتی به هم می‌زند. یکی از پرسنل شرکت که به او شک کرده حساب‌ها را چک می‌کند و شرایط دستگیری او را فراهم می‌آورد. او در



دقیقاً نوع «تحصاری» مورد تقاضا که در معامله جایگزینی محصول در صحنه انجام می‌شود را نشان می‌دهد. نویسندگان و کارگردانان ادعا می‌کنند، انعکاس واقعیت به خوبی انجام نمی‌شود. سیگار کشیدن روی صحنه امروزه از فیلم‌های دهه ۱۹۶۰، ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ بیشتر شده است، در آن دهه‌ها آمریکایی‌های بیشتری سیگاری بودند. سیگار کشیدن در بین شخصیت‌های برجسته فیلم نسبت به افراد مورد مقایسه با آن در جمعیت آمریکا رایج‌تر است. شخصیت‌های سیگاری که در فیلم‌ها نشان داده می‌شوند اغلب سطح بالا هستند در حالیکه در زندگی واقعی، سیگارها بیشتر کم در آمد و با تحصیلات کمتر هستند. در سراسر جهان سالیانه ۵ میلیون نفر توسط دخانیات کشته می‌شوند، اما فیلم‌ها اغلب سیگار کشیدن و در معرض دود سیگار قرار گرفتن را به صورت یک امر مضر برای سلامتی و کشنده به تصویر نمی‌کشند. این به این معنی نیست که بودجه‌های صنعت دخانیات برای تبلیغات و ترویج دخانیات کمتر از پیش شده است. در آخرین گزارش، صنعت دخانیات در حراجی‌های جزئی فروش، ۶ برابر هالیوود کار تبلیغاتی انجام داده و تنها روی تبلیغ بیشتر هزینه پرداخت کرده است. ستارگان سینما مجبور نیستند راهی برای علاج سرطان پیدا کنند. اما حداقل آنها می‌توانند ایجاد سرطان را متوقف کنند. دخانیات عامل منجر به مرگی است که قابل پیشگیری است. هنوز ستارگانی مانند جولیا رابرتز و براد پیت با سیگار کشیدن در فیلم‌هایی که سراسر جهان نمایش داده می‌شوند، این محصول مرگ‌آور را زیبا جلوه می‌دهند. فکر کنید که چقدر خوب می‌شد که اگر آنها سیگار کشیدن در فیلم‌هایشان را به راحتی متوقف نمایند. در طی ۱۲ ماه آینده در آمریکا، صنعت دخانیات به تنهایی زنان و مردان بیشتری را نسبت به ایدز، رانندگی پس از مصرف الکل، داروهای غیر مجاز، خودکشی و دیگر کشی (همه عوامل روی هم) از بین می‌برد. در طی ۱۰ سال آینده بیش از ۵۰ میلیون نفر از بیماری‌های مرتبط با دخانیات بیماری‌های قلبی، آمفیژم و سرطان در سراسر دنیا می‌میرند. یک هفتم کودکان در سراسر دنیا تا سن ۱۵ سالگی به نام می‌افتند. امروزه خیلی‌ها می‌خواهند ترک کنند، بسیاری شکست خواهند خورد و یک سوم موارد اعتیاد منجر به مرگ می‌شوند.



صنعت دخانیات و هالیوود از دهه ۱۹۲۰ برای هم سودمند بوده‌اند به طوری که ستارگان سینما در تبلیغات شرکت می‌کردند و دخانیات روی صحنه مورد استفاده قرار می‌گرفت. وقتی که محدودیت تبلیغات دخانیات در سایر رسانه‌ها شدیدتر شد، فیلم‌ها از نظر امنیت مانند یک وسیله تبلیغ جهانی بخصوص برای مخاطبین جوان قرار گرفتند. بر خلاف وعده صنعت دخانیات در سال ۱۹۸۹ مبنی بر توقف پرداخت وجه برای قرار دادن محصولات دخانی در فیلم‌ها (سازندگان سیگار برگ از سال ۱۹۹۸)، استعمال دخانیات در فیلم‌ها از دهه گذشته اوج گرفته است. حتی محدودیت‌ها در تبلیغ دخانیات در توافق تنظیمی چند میلیارد دلاری بین ایالت‌ها و صنعت دخانیات در تغییر این روند ناتوان مانده است. بعضی از افراد در هالیوود می‌گویند که مصرف سیگار روی صحنه در اختیار هنرپیشه و برای ایجاد راحتی در بیان است. فیلم سازان طوری عمل می‌کنند که گویی جایگذاری محصولات دخانی هنوز متوقف نشده است. به عنوان مثال بیشترین سیگار تبلیغاتی در آمریکا، مارلبورو، همچنان در پرده بزرگ سینما حاکم است. وقتی چند شخصیت اول فیلم در یک فیلم سیگار می‌کشند، آنها هیچ وقت از مارک کمپانی‌های رقیب استفاده نمی‌کنند. این امر



خونریزی می‌شود. بنابراین بیماران با هر پکی که به سیگار می‌زنند احساس سوزش در مری خود دارند، بنابراین هرگونه علائم چه اختلال حرکتی در مری باشد و چه بیماری‌ها، نظیر ریفلکس و سرطان ... سیگار مضر است.

۴- ترک سیگار در روند بهبود بیماری‌های گوارش چقدر تأثیر دارد؟

در جهت پیشگیری، درمان و عوارض بیماری‌های گوارشی جلوگیری از مصرف دخانیات به همه بیماران توصیه می‌شود.

به عنوان مثال در مورد زخم‌های اثنی عشر و زخم معده عدم مصرف دخانیات جزء توصیه‌های مهم پزشکی است مصرف دخانیات خطر ابتلا به سرطان را ۲ تا ۳ برابر می‌کند بخصوص در پانکراس و کلون و مری. بنابراین اگر بیماری ناراحتی گوارشی دارد همانطور که رژیم غذایی تأثیرگذار است به همان اندازه عدم مصرف دخانیات مؤثر است.

۵- از دیدگاه شما کنترل دخانیات در کشور از چه راه‌هایی امکان پذیر است؟

این یک بحث بزرگ اجتماعی در تمام کشورهای دنیا است. متأسفانه گرایش به سیگار و دخانیات میان دانش‌آموزان و دانشجویان بیشتر از گذشته نمو پیدا کرده است که برای سلامت جامعه خطرناک است.

نکته دیگر این است که در کشور ما مصرف قلیان به عنوان یک پدیده اجتماعی در برخی از رستوران‌ها و قهوه‌خانه‌ها باب شده است، بنابراین اطلاع‌رسانی از مضرات آن وظیفه رسانه‌ها است چراکه جوانان و نوجوانان ما با مضرات این ماده آشنا نیستند که به عنوان خوشگذرانی و گردش و تنوع در زندگیشان به قلیان پناه می‌آورند که پناه آوردن به آن راه درستی به دنبال نخواهد داشت. بنابراین برای کنترل دخانیات باید مسئولین و ارگان‌های متعدد دخالت داشته باشند و تنها



دکتر محمدرضا زالی
متخصص بیماری‌های داخلی و فوق
تخصص بیماری‌های گوارش و کبد
استاد دانشگاه
رئیس مرکز تحقیقات بیماری‌های
گوارش و کبد
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
عضو هیئت‌مدیره فرهنگستان علوم پزشکی

۱- چه ارتباطی میان مصرف دخانیات و بیماری‌های گوارشی وجود دارد؟

مصرف دخانیات در تمام بیماری‌های گوارشی، چه عضوی و چه غیر عضوی تأثیر سونی دارد. بنابراین اولین قدم پیشگیری و عدم مصرف دخانیات است.

۲- لطفاً از مضرات دخانیات برای خوانندگان این مجله بیان نمایید؟

مصرف دخانیات باعث تشدید علائم و عوارض بیماری‌ها می‌شود. بنابراین هر نوع بیماری مثل زخم اثنی عشر، ورم معده، زخم معده، ریفلکس معده یا بیماری‌های رودهای با مصرف دخانیات شدت پیدا می‌کند و طبیعتاً بهبودی را به تأخیر می‌اندازد. همچنین مصرف دخانیات باعث ترشح اسید می‌شود. تحقیقات نشان داده است که مصرف دخانیات در ایجاد سرطان دستگاه گوارش نقش دارد. نظیر سرطان‌های مری، پانکراس، کبد و به طور واضح در مورد سرطان روده بزرگ. در یک جمع‌بندی کلی در بیماری‌های عضوی و بیماری‌های غیر عضوی التهابی نظیر سرطان‌ها ارتباط مستقیم بین مصرف دخانیات و بیماری‌های گوارشی وجود دارد.

۳- چه ارتباطی میان مصرف دخانیات و خونریزی‌های گوارشی وجود دارد؟

خونریزی‌های گوارشی به هر دلیل ممکن است در دستگاه گوارش صورت بگیرد که این خونریزی‌ها یا به علت وجود زخم یا خونریزی‌های ناشی از سرطان است و مصرف دخانیات باعث تشدید و شدت علائم و عوارض



است درست شود قطعاً مسائل و مشکلات پدیده اعتیاد در جامعه ما کاهش پیدا خواهد کرد.

۱۰- نقش معلمان و اساتید دانشگاه در کاهش مصرف دخانیات چیست؟

معلمان و دانشجویان به عنوان الگو در جامعه هستند و تمامی دانشجویان و دانش‌آموزان به اساتید خود نگاه می‌کنند آنها نمی‌توانند به دانشجویان خود بگویند که سیگار نکشید، در صورتیکه خودشان سیگار می‌کشند؛ همان‌طوریکه خود ما نمی‌توانیم به بیماران خود بگوییم سیگار نکش، درحالیکه سیگار گوشه لب خودمان است. چون در این صورت اعتماد بیمار به پزشک و اعتماد دانشجو به استاد سلب می‌شود و اینها چوپان‌های دروغ‌گویی هستند که خودشان امر به معروف و نهی از منکر می‌کنند در حالیکه خودشان هم قبول ندارند. به عنوان سخن آخر با یک مطالعه و سرشماری روند روی‌آوری به سیگار و شیوه‌های مبارزه با آن را پیدا کنیم و ببینیم چه کسانی بیشترین قشر آسیب‌پذیر در این زمینه هستند. سپس عوامل موثر در این زمینه را پیدا کنیم و با آن مبارزه نماییم. بدون شناخت و آگاهی از مسائل و عوامل در معرض خطر هرگونه اقدامی بی‌فایده خواهد بود. در گذشته نه چندان دور، آمار سیگاری‌های بالای ۴۰ سال زیاد بود و امروز این آمار به سنین پایین انتقال پیدا کرده است، بنابراین مسئولین و سیاست‌گذاران و مجریان کشور باید با این معضل اجتماعی مبارزه کنند که این خود گام اول در سایر ناهنجاری‌های اجتماعی است.

راه‌های جلوگیری از سیگار باید سهل و آسان شود و فقط از عناوینی چون "سیگار بد است"، "سیگار نکش" استفاده نکنیم، مثل اینکه به انسان‌های چاق بگوییم نخور چون راه لاغر شدن با نخوردن امکان‌پذیر نیست. شما یک بیمار را می‌توانید درمان کنید ولی یک عادت را نمی‌توانید ترک بدهید.

یک ارگان از پس کنترل دخانیات بر نمی‌آید، مثلاً از یک طرف سیگار تولید کنیم و از طرف دیگر از کشیدن سیگار جلوگیری کنیم. مثل اینکه بگوییم ماشین تولید می‌کنیم بعد بگوییم چون ترافیک زیاد است کسی سوار ماشین نشود. خلاصه همگان باید مثل کشورهای صنعتی که مصرف سیگار را در مناطق عمومی منع نمودند که دولت ما هم این کار را انجام داده ولی کافی نیست.

۶- به جهت بالا بردن آگاهی مردم از مضرات دخانیات چه توصیه‌ای دارید؟

- افزایش آگاهی مردم از طریق آموزش همگانی - آموزش در مورد بیماری‌هایی که سیگار علت آن است

۷- نقش دولت و مجلس در کنترل دخانیات چیست؟

دولت و مجلس یکی از مهمترین ارگان‌های تصمیم‌گیری در جهت کنترل دخانیات هستند که نقش بسیار مهم در کاهش تولید و جلوگیری از اشاعه آن در کشور دارند.

۸- چه توصیه‌ای برای افراد سیگاری دارید؟

اگر افراد علاقه‌مند به سلامت و افزایش کیفیت و طول عمر خودشان هستند قطعاً سیگار را به عنوان یک تابلوی ورود ممنوع در این راه می‌دانند. پیشنهاد ما به این افراد این است که به بیمارستانها مراجعه نمایند و از تجربیات افراد سیگاری که دچار بیماری‌های علاج‌ناپذیر شده‌اند استفاده نمایند. تا به حال فردی سیگار نکشیده که از آن بهره‌ای برده باشد، تا ما افراد را ترغیب به سیگار کشیدن نماییم. در یک جمع‌بندی کلی تجربیات پزشکی و علمی ثابت کرد که ترک سیگار در روند سلامت افراد مؤثر است.

۹- به نظر شما منع مصرف دخانیات در دانشگاه‌ها چه تأثیری در عدم استفاده از آن را دارد؟

دانش‌آموزان و دانشجویان اولین قشر آسیب‌پذیر در جامعه هستند و بیشتر از تمام افراد در معرض خطر مصرف سیگار و سایر معضلات اجتماعی از جمله اعتیاد هستند و اگر آجر اول که همان عدم مصرف دخانیات



قانون جامع

کنترل دخانیات

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 تعبیر گمراه‌کننده مانند ملایم، لایت، سبک و مانند آن ممنوع گردد.

ماده ۶- کلیه فرآورده‌های دخانی باید در بسته‌هایی با شماره سریال و برچسب ویژه شرکت دخانیات عرضه شوند. درج عبارت ((مخصوص فروش در ایران)) بر روی کلیه 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 ستوانی 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 ۱۰- 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 با 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.

(۵۰/۰۰۰) 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



انستیتو نوروپاتولوژی و روانپزشکی
وزارت بهداشت، سازمان بهداشت جهانی
مرکز تحقیقات و آموزش تخصصی

ترجمه و ویرایش فارسی
دکتر محمدرضا مسجدی

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

است. دکتر غلامرضا حیدری در پیشگفتار این کتاب چنین آورده است: «مصرف سیگار مهم‌ترین عامل ایجاد بیماری‌های تنفسی می‌باشد که معمولاً حدود ۱۰-۱۵ 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 یا 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.»

هزینه‌های بهداشتی وابسته به مصرف سیگار در ایتالیا برای گسترش مدل جبرگرای بین‌المللی مبتنی بر جامعه محاسبه شده است. نام آن پیامدهای اقتصادی مصرف سیگار (ECOS) بوده که همسو با برنامه اقدام برای ایجاد اروپایی بدون دخانیات در سال ۱۹۹۹ توسط سازمان بهداشت جهانی تأیید شده است. (۲۰۸) در ایتالیا طی سال ۱۹۹۸، بار مالی کل هزینه‌های بهداشتی ناشی از مصرف سیگار برابر بود با ۴/۳۱۲۷۱ میلیارد یورو (بیماری‌های قلبی-عروقی ۲/۴۶۴۱۹ میلیارد یورو، COPD، ۴۵۱/۵۳ میلیون یورو؛ سرطان ریه small-cell، ۵۸/۰۶ میلیون یورو؛ سرطان ریه non-small cell، ۲۳۲/۲۵ میلیون یورو؛ سگته مغزی ۱/۱۰۶۶۷ میلیارد یورو). (۲۰۹)

همچنین به غیر از هزینه‌های بهداشتی، خسارات آتش سوزی ناشی از مصرف سیگار نیز باید در نظر گرفته شود. بطوریکه این خسارات سالانه در اسکاتلند هزینه‌ای معادل ۶ میلیون یورو (۲۱۰) و در انگلستان و ولز معادل ۲۱۸ میلیون یورو به بار می‌آورند. (۲۰۷)

طی مطالعاتی در اسکاتلند بر روی هزینه‌های ناشی از کاهش بازدهی کار، مشخص گردید که میزان کارگریزی در افراد سیگاری بیشتر از افراد غیرسیگاری است. (۲۱۰) هزینه این غیبت‌های کاری در اسکاتلند سالانه ۶۰ میلیون یورو می‌باشد. (۲۱۰) در حالیکه کل هزینه‌های ناشی از کاهش بازدهی در این کشور معادل ۶۶۰ میلیون یورو در سال است. (۲۰۷)

مقرون به‌صرفه بودن مداخلات ترک سیگار: مداخلاتی که به منظور ترک سیگار اعمال می‌گردند، در مقایسه با برنامه‌های بهداشتی دیگر بسیار مقرون به صرفه‌تر می‌باشند. مطابق یکی از معروفترین لیستهای

خدماتی و به ترتیب افزایش هزینه‌ها، با توجه به هزینه‌های ناشی از مصرف سیگار در طول زندگی (۲۱۰) یا هزینه‌های حاصل از آن طی سالهای مفید از دست رفته زندگی (QALY) (۲۱۳-۲۱۱) مشخص شده است که ترک سیگار با استفاده از توصیه‌های پزشک عمومی (با هزینه QALY ۴۰۰ یورو مطابق قیمت‌های سال ۱۹۹۶) بسیار مقرون به صرفه می‌باشد. بطوریکه از ۲۱ مداخله پزشکی و جراحی انجام شده به منظور جلوگیری یا درمان بیماری‌های مختلف نیز در مقام سوم قرار دارد (۲۱۳) مطابق قیمت‌های سالهای ۹۱-۱۹۹۰، از بین برنامه‌های مراقبت بهداشتی در بیماران تنفسی، هزینه درمان ترک سیگار در طول عمر این افراد ۶۵۰۰ دلار (۲۱۷) بوده در حالیکه هزینه‌های برنامه بازتوانی دستگاه تنفسی یا درمان کمبود آنتی تریپسین ۱ در طول عمر این افراد به ترتیب ۲۴۳۰۰ و ۵۰۰۰۰ دلار بوده است. (۲۱۵) از طرفی دیگر زمانی که قیمت‌های سال ۱۹۹۷ بررسی می‌شود، هزینه مداخلات ترک سیگار، مقرون به صرفه‌تر (۲۷۰۰ دلار در طول زندگی صرفه‌جویی می‌شود) از دیگر برنامه‌های بهداشتی برای بیماری‌های مختلف از جمله معاینه ماموگرافی (۵۰۰۰۰ دلار در طول زندگی صرفه‌جویی می‌شود) و درمان میزان کلسترول بالا (۱۰۰۰۰۰ دلار در طول عمر صرفه‌جویی می‌شود) می‌باشد. (۲۱۷-۲۱۶)

براساس یکی از مهمترین بررسی‌های انجام شده در انگلستان بر روی تأثیر مثبت مداخلات ترک سیگار از نظر اقتصادی بودن آن مشخص گردید که هزینه‌های پس‌انداز شده از این طریق در طول زندگی یک فرد از ۲۵۴ یورو (توصیه‌های مختصر پزشک عمومی به منظور ترک سیگار) تا ۱۴۵۸ یورو (توصیه‌های پزشک همراه با خودآموز و توصیه به خریداری داروهای جایگزین نیکوتین با خدمات فرد متخصص) بوده است. این مبالغ با توجه به تورم نرخها در سال ۱۹۹۸ اعلام شده‌اند. حتی با در نظر گرفتن این نکته که حاصل شدن چنین مبالغی به دلیل فعال نبودن کلینیک‌های ترک سیگار بوده است (زیرا هزینه دوم می‌تواند اندکی بیشتر باشد) نیز نشان می‌دهد که این مداخله بسیار مقرون به صرفه است. تمامی این ارقام شامل هزینه‌های مراقبت بهداشتی و غیربهداشتی می‌شود. (۲۰۶ و ۲۰۷) براساس یک الگوی رایج در انگلستان در مقایسه مقرون به

صرفه بودن مداخلات مختلف ترک سیگار از دیدگاه NHS، هزینه‌های افزایشی که برای NRT در طول عمر صرفه‌جویی می‌شود معادل ۲۵۰۰-۱۵۰۰ یورو، هزینه‌های بوپروپیون SR ۲۲۰۰-۹۳۵ یورو و هزینه‌های NRT به همراه بوپروپیون SR، ۲۹۰۰-۱۳۰۰ یورو می‌باشد. (۲۱۸) در ایتالیا نیز بررسی مقایسه مقرون به صرفه‌ای دو مداخله فرضی در ترک سیگار با حضور پزشک، برای پزشکان عمومی جزئی از دستورالعمل‌های ترک سیگار است. (۲۱۹) در اینجا به مقایسه دو مداخله می‌پردازیم که عبارت از: مراقبت‌های اولیه (توصیه‌های پزشک درباره ترک سیگار) و کلینیک ترک (توصیه‌های پزشک به همراه NRT) می‌باشد. با توجه به تورم قیمت‌ها در سال ۲۰۰۰، هزینه‌های مراقبت بهداشتی برای مراقبت‌های اولیه و کلینیک ترک به ترتیب عبارت از ۸۷/۱۸ و ۲۶۶/۸۹ یورو بوده است. براساس شواهد قبلی، (۲۰۷) تأثیر مراقبت‌های اولیه و کلینیک ترک در الگوی فوق به ترتیب عبارت از ۷٪ و ۱۷٪ بود. در مقایسه با حالتی که هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نمی‌گیرد، نسبت مقرون به صرفه‌ای افزایشی (هزینه افزایشی برای فرد سیگاری در حال ترک در مقابل یک انتخاب کم‌هزینه‌تر با تأثیر کمتر) برای مراقبت‌های اولیه ۱۲۴۵/۴۳ یورو و برای کلینیک ترک معادل ۱۷۹۷/۱۰ یورو بوده است.

ترک سیگار و بیماران پردرآمد:

به دلیل عوامل اجتماعی خاصی (از جمله زندگی در محیطی سالم، ادامه تحصیل، آگاه بودن از مضرات سیگار)، بیماران مرفه‌تر در وابستگی به دخانیات استعداد کمتری داشته و نسبت به افراد کم درآمدتر در مداخلات ترک سیگار مطیع‌تر می‌باشند. طبق تحقیقات وسیعی که در انگلستان بر روی تفاوت سلامتی افراد انجام شده است، (۲۲۰ و ۲۱۷) بیشترین کاهش‌ها در شیوع مصرف سیگار در بین افراد مرفه‌تر بوده است، در حالیکه تعداد اندکی از این افراد نسبتاً از سیگار کشیدنشان راضی هستند. (۲۲۱)

ترک سیگار و نقش نوسان قیمت سیگار در افراد سیگاری:

تغییر قیمت سیگار (کاهش در مصرف سیگار به تبع افزایش قیمت سیگار) با سن فرد سیگاری رابطه



در حال حاضر از بین مداخلات ترک سیگار موجود، استفاده از توصیه‌های پزشک یا متخصص، NRT و بوپروپیون SR از نظر مالی مناسب می‌باشد. در انگلستان نیز به دلیل مقرون به صرفه بودن درمان با NRT، این داروها از آوریل سال ۲۰۰۱ در مراقبت‌های اولیه تجویز شده است.

فصل یازدهم

چشم‌انداز تحقیق

چشم‌انداز این تحقیق شامل موارد زیر می‌شود. (۱) آزمایش‌های تمربخشی درمان جایگزین نیکوتین، بوپروپیون آهسته‌رهش و داروهای ترکیبی به منظور ترک سیگار در بیماران تنفسی بویژه بیماران مبتلا به COPD و آسم. همچنین برای افراد سیگاری مبتلا به چندین اختلال تنفسی دیگر، از جمله سل، کمبود آنتی‌تریپسین، هیستوسیتوز X و افراد نیازمند به پیوند ریه، انجام مطالعات ترک سیگار لازم می‌باشد. (۲) آزمایش‌های تمربخشی مداخلات بازدرمانی مختلف و همچنین درمان طولانی مدت به منظور ترک سیگار در بیماران تنفسی.

(۳) آزمایش‌های تمربخشی مواد دخانی بدون دود به عنوان ابزار ترک سیگار در افراد سیگاری سرسخت. (۴) آزمایش‌های تمربخشی غربالگری عملکرد ریه در افراد سیگاری آسمپتوماتیک و سمپتوماتیک، به همراه روش‌های مختلف ترک سیگار.

(۵) کشف خصوصیات اعتیاد به نیکوتین یا وابستگی به دخانیات و موانع و انگیزه ترک در بیماران تنفسی. (۶) آزمایش‌های تأثیر کاهش مصرف سیگار در بیمارانی که انگیزه‌ای برای ترک ندارند. به منظور افزایش اعتماد به نفس و انگیزه ترک در آنها.

(۷) آزمایش‌های رابطه بین COPD و افسردگی و بررسی تأثیر درمان افسردگی در جهت کمک به ترک در بیمار تنفسی. (۸) بررسی تمربخشی داروهای جدید در ترک سیگار بیماران تنفسی.

(۹) بررسی تمربخشی برنامه‌های ترک سیگار در دوره‌های توانبخشی.

(۱۰) بررسی تمربخشی برنامه‌های اینترنتی، مشاوره تلفنی و سایر روش‌ها از طریق رسانه‌های گروهی در ترک سیگار.

معکوس دارد، به طوری که با افزایش سن، تأثیر این نوسانات قیمت کمتر می‌باشد. یک براساس تحقیقات تجربی در ایالات متحده بر روی این موضوع، کمترین تأثیر نوسان قیمت سیگار (۰/۰۹۵-) در بین سیگاریهای ۲۹-۲۷ ساله و بیشترین تأثیر نوسان قیمتها (۰/۸۳۱-) در بین سیگاریهای ۱۷-۱۵ ساله مشاهده شده است. (۲۲۲)

تئوری منطق اعتیاد و اقتصاد آن (۲۲۳-۲۲۵) این نتایج را توصیف می‌کند. این فرضیه بیان می‌کند که میزان اعتیاد به سیگار مانند سهمی از سرمایه با گذشت زمان افزایش می‌یابد. بنابراین، هرچه مدت اعتیاد به سیگار طولانی‌تر شود، احتمال اینکه فرد سیگاری مصرف سیگار را ترک کند، تابع افزایش قیمت سیگار نمی‌باشد. همچنین، نقش قیمت سیگار در جلوگیری از تبدیل افراد سیگاری تجربی (نوجوانان) به سیگاری دایمی (بزرگسالان)، (۲۲۶ و ۲۲۷) باید کاملاً مورد توجه قرار گیرد، زیرا با توجه به نتایج فوق الذکر (۲۲۲) افزایش یک درصدی در قیمت سیگار باعث کاهش ۰/۸۳٪ مصرف سیگار در بین نوجوانان می‌شود. آخرین مطالعاتی که بر روی اطلاعات کشورهای مختلف اروپایی صورت گرفته است، نشان می‌دهد که درمان‌های خط اول ترک سیگار در مقایسه با سایر مداخلات بازدارنده، بسیار مقرون به صرفه‌تر می‌باشد. (۲۲۸)

نکات کلیدی:

به موجب اختلاف زیاد در نوسان قیمت سیگار و براساس تئوری منطق اعتیاد و اقتصاد آن، افزایش مالیات و قیمت سیگار بر کاهش مصرف آینده سیگار نوجوانان تأثیری بسزا و بر مصرف سیگار بزرگسالان تأثیر کمتری دارد.

مداخلاتی که به منظور ترک سیگار انجام می‌گیرند نشان‌دهنده هزینه اندک QALY (طی سالهای زندگی) می‌باشد. با حضور افراد سیگاری کم درآمد، بیسواد و کارگر در برنامه‌های ترک سیگار (از جمله برنامه‌های منصرف‌کننده مصرف دخانیات در محل‌های کاری) ممکن است در ابتدا هزینه QALY ناشی از این مداخلات برای آنها سنگین شود، ولی این امر باعث می‌شود شیوع جهانی سیگار در آینده به میزان قابل توجهی کاهش یابد.



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

۱- محتوای هر شماره مجله را چگونه مطالعه می‌کنید؟

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

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

۲- در چه مواردی از این مجله استفاده کرده‌اید؟

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

۳- تعداد مقالات علمی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

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

۴- تنوع عناوین و مطالب نشریه چگونه است؟

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

۵- سطح مطالب مجله از نظر شما چگونه است؟

الف- بسیار تخصصی ب- تخصصی ج- معمولی د- 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 دره بین --- ز- صفحه آخر ---

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

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

پیشنهادها و انتقادات: